



# **Compendio de Circulares que instruyen a las Entidades Acreditadoras sobre la interpretación de las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud**

Intendencia de Prestadores de Salud  
**Superintendencia de Salud**

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

**Versión N° 5, aprobada por Resolución Exenta IP/N° 4330,  
de fecha 26 de octubre de 2020.**



## PRESENTACIÓN

La presente **“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”** constituye un documento oficial de la Intendencia de Prestadores, en el cual se contiene, ordenadamente, **la versión oficial y vigente de un conjunto de normativas dictadas por esta Intendencia con anterioridad a la Resolución Exenta IP/N° 4330, de fecha 26 de octubre de 2020,** que lo aprueba, las que se dictan en ejercicio de las facultades establecidas en el N°2 de los Acápites II de los Manuales de todos los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales vigentes y tienen por propósito fundamental uniformar los criterios que aquéllas deben emplear en sus tareas de evaluación en los procedimientos de acreditación que se les asignan aleatoriamente.

Las instrucciones a las Entidades Acreditadora contenidas en dichas normativas son el resultado de las principales respuestas que la Intendencia de Prestadores ha otorgado a las consultas que cotidianamente se reciben en esta respecto del correcto sentido y alcance que se debe dar a las normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, las que, mayoritariamente, son formuladas por los representantes de los prestadores interesados en obtener su acreditación, así como, por parte de las Entidades Acreditadoras, durante los procedimientos de acreditación que les corresponde ejecutar.

También es finalidad de este Compendio contribuir al conocimiento y mejor comprensión del conjunto de las normas del antedicho Sistema por parte de todos los profesionales y prestadores institucionales interesados en él, así como, contribuir a la certeza jurídica de todos los actores del Sistema y asegurar el derecho que asiste a los prestadores institucionales a ser evaluados correctamente.

Por último, debe tenerse presente que el texto vigente de este Compendio se mantendrá publicado permanentemente en la página web de esta Superintendencia ([www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl)).

**CARMEN MONSALVE BENAVIDES  
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD  
SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

Santiago, octubre de 2020.-

## ÍNDICE

PORTADA	1
PRESENTACIÓN	2
ÍNDICE	3
RESOLUCIÓN APROBATORIA DE LA VERSIÓN N° 5 DE ESTE COMPENDIO	5
<b>Acápito I: LA CIRCULAR IP/N°45, de 13 de marzo de 2020, que “SUSTITUYE, POR EL QUE INDICA, EL TEXTO DE LA CIRCULAR IP/N° 39, DE 21 DE NOVIEMBRE DE 2017, SOBRE EL SENTIDO Y ALCANCE QUE DEBEN DAR LAS ENTIDADES ACREDITADORAS A LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD EN LOS PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN QUE EJECUTEN, EMITE NUEVAS INSTRUCCIONES AL RESPECTO Y MODIFICA LAS QUE SE SEÑALAN, Y ORDENA LA EMISIÓN DE LA VERSIÓN N°5 DEL COMPENDIO DE CIRCULARES INTERPRETATIVAS DE ESE SISTEMA”</b>	8
<b>Acápito II: OFICIOS CIRCULARES VIGENTES POR LOS CUALES SE REMITEN “ORIENTACIONES TÉCNICAS” A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS, A SABER:</b>	87
1. OFICIO CIRCULAR IP/N°5, DE 17 DE MAYO DE 2019, QUE REMITE NUEVAS “ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATAción EN TERRENO DEL CUMPLIMIENTO DE LA EXIGENCIA SOBRE REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN PERIÓDICA” Y DEJA SIN EFECTO EL ORD. CIRCULAR IP N°6, DE 24 DE NOVIEMBRE DE 2017;	88
2. ORDINARIO CIRCULAR IP/N°7, DE 14 DE OCTUBRE DE 2019, QUE REMITE NUEVAS “ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATAción EN TERRENO” Y DEJA SIN EFECTO ORD. CIRCULAR IP/N°5, DE 24 DE NOVIEMBRE DE 2017;	97
3. 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” Y DEJA SIN EFECTO EL OFICIO CIRCULAR IP N°8, DE 2011;	106
4. OFICIO CIRCULAR IP/N°6 DE 24 DE NOVIEMBRE DE 2014, QUE REMITE “ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATAción EN TERRENO DEL CUMPLIMIENTO DEL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN LA MANIPULACIÓN DE MUESTRAS CLÍNICAS, EN LABORATORIO CLÍNICO”.	115

<p><b>Acápito III: CIRCULARES INTERPRETATIVAS ESPECÍFICAS PARA LAS SIGUIENTES MATERIAS:</b></p>	<p><b>125</b></p>
<p><b>1. SOBRE LA FISCALIZACIÓN DEL DEBIDO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN, TEXTO ACTUALIZADO DE LA CIRCULAR IP/N°37, DE 31 MAYO DE 2017, MODIFICADA POR LA CIRCULAR IP/N°44, DE 12 DE MARZO DE 2020, QUE “DICTA INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE EL SENTIDO Y ALCANCE QUE DEBEN DAR A LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD, PARA LOS EFECTOS DE LA FISCALIZACIÓN DEL DEBIDO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS QUE INDICA Y DEROGA LA CIRCULAR IP/N°26, DE 27 DE SEPTIEMBRE DE 2013”;</b></p>	<p><b>126</b></p>
<p><b>2. SOBRE EL INFORME DE ACREDITACIÓN: CIRCULAR IP/N°48, DE 19 DE AGOSTO DE 2020, QUE IMPARTE INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE LA ELABORACIÓN Y EL FORMATO DEL INFORME DE ACREDITACIÓN Y DEROGA LA CIRCULAR IP/N°38, DE 31 DE MAYO DE 2017.-</b></p>	<p><b>169</b></p>
<p><b>3. SOBRE LOS PRESTADORES EN SITUACIÓN DE SER ACREDITADOS CON OBSERVACIONES: CIRCULAR IP/N° 43 de 27 de febrero de 2020: MODIFICA LA CIRCULAR IP/N°40, DE 13 DE SEPTIEMBRE DE 2019, QUE IMPARTE INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN EN QUE LOS PRESTADORES INSTITUCIONALES ESTÉN EN SITUACIÓN DE SER ACREDITADOS CON OBSERVACIONES, SUS FORMALIDADES Y TRÁMITES POSTERIORES.</b></p>	<p><b>194</b></p>

## Resolución aprobatoria de la Versión N°5 del presente Compendio.-



### Intendencia de Prestadores

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud  
Unidad de Apoyo Legal

## RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 4330

SANTIAGO, 26 DE OCTUBRE DE 2020

### VISTOS:

Lo dispuesto en el Artículo 121 N° 1 y 3 del D.F.L. N° 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 N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud, todo ello en relación a lo previsto en el N°2 de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud vigentes; en el N°6 de la Circular IP/N°45, de 13 de marzo de 2020, y en el N°3 de la Circular IP/N°49, de 26 de agosto de 2020; y en la Resolución RA 882/52/2020, de 3 marzo de 2020;

### CONSIDERANDO:

Que, conforme lo dispuesto en los numerales 6° de la Circular IP/N°45, de 13 de marzo de 2020, y 3° de la Circular IP/N°49, de 26 de agosto de 2020, se debe proceder a emitir la "**Versión N°5**" del Compendio de Circulares Interpretativas sobre las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud;

**Y TENIENDO PRESENTE** las facultades que me confieren las normas legales y reglamentarias antes señaladas, vengo en dictar la siguiente

### RESOLUCIÓN:

**1° APRUÉBASE LA VERSIÓN N°5 DEL "COMPENDIO DE CIRCULARES INTERPRETATIVAS SOBRE LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD"**, el cual contendrá los siguientes acápites:

**Acápites I:** La Circular IP/N°45, de 13 de marzo de 2020, que "**SUSTITUYE, POR EL QUE INDICA, EL TEXTO DE LA CIRCULAR IP/N°39, DE 21 DE NOVIEMBRE DE**

**2017, SOBRE EL SENTIDO Y ALCANCE QUE DEBEN DAR LAS ENTIDADES ACREDITADORAS A LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD EN LOS PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN QUE EJECUTEN, EMITE NUEVAS INSTRUCCIONES AL RESPECTO Y MODIFICA LAS QUE SE SEÑALAN, Y ORDENA LA EMISIÓN DE LA VERSIÓN N°5 DEL COMPENDIO DE CIRCULARES INTERPRETATIVAS DE ESE SISTEMA”;**

**Acápito II:** Oficios Circulares vigentes por los cuales se remiten **“ORIENTACIONES TÉCNICAS”** a las Entidades Acreditadoras;

- 1) ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATAción EN TERRENO DEL CUMPLIMIENTO DE LA EXIGENCIA SOBRE REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN PERIÓDICA**
- 2) ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATAción EN TERRENO**
- 3) ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATAción DE LA TRAZABILIDAD DE BIOPSIAS Y COMPONENTES SANGUÍNEOS**
- 4) ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATAción EN TERRENO DEL CUMPLIMIENTO DEL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN LA MANIPULACIÓN DE MUESTRAS CLÍNICAS, EN LABORATORIO CLÍNICO**

**Acápito III:** Circulares Interpretativas específicas para las siguientes materias:

- 1) SOBRE FISCALIZACIÓN DEL DEBIDO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN;**
- 2) SOBRE EL FORMATO Y CONTENIDOS DEL INFORME DE ACREDITACIÓN; y**
- 3) SOBRE LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN EN QUE LOS PRESTADORES INSTITUCIONALES ESTÉN EN SITUACIÓN DE SER ACREDITADOS CON OBSERVACIONES.**

**2° INCLÚYASE** en el antedicho Compendio una copia de la presente resolución.

**3° PUBLÍQUESE EN LA PÁGINA WEB** de esta Superintendencia la **“Versión N°5”** del **“Compendio de Circulares Interpretativas sobre las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud”**, que se aprueba por la presente resolución.

**4° TÉNGASE COMO TEXTO OFICIAL DE LA “VERSIÓN N°5” DEL COMPENDIO** referido en el numeral precedente, el texto publicado en la página web de esta Superintendencia.

**5° TÉNGASE PRESENTE**, que esta Intendencia, al dictar cada una de las versiones del **“Compendio de Circulares Interpretativas”** corrige los **errores de transcripción** que hayan afectado a las circulares y demás instrucciones o recomendaciones compendiadas, así como introduce en dichos textos los **cambios de redacción** que estima indispensables para una adecuada y mejor comprensión del sentido de las instrucciones e interpretaciones dictadas.

Por tanto, en caso de **cualquier diferencia que se observe entre el texto original de las circulares y demás instrucciones o recomendaciones compendiadas, y el texto que se contenga en la “Versión N°5” del Compendio publicado en la página web de esta Superintendencia, debe entenderse que**

**este último los ha modificado en esa parte, primando siempre los textos publicado en esa página web.**

**6° Asimismo, TÉNGASE PRESENTE** que, en caso que esta Intendencia decida introducir modificaciones muy específicas o menores a las disposiciones de las normativas contenidas en el antedicho Compendio, se emitirán los textos corregidos de esta Versión N°5, indicándose dichas modificaciones en su texto publicado en la página web de esta Superintendencia.

**6° VIGENCIA:** La “Versión N°5” del Compendio antes referido entrará en vigencia desde su notificación a las Entidades Acreditadoras.

**7° NOTIFÍQUESE** la presente resolución a los correos electrónicos de los representantes legales de las Entidades Acreditadoras que se encuentren registrados ante esta Intendencia y que constan en sus respectivas inscripciones en el Registro de Entidades Acreditadoras.

**COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE**

**CARMEN MONSALVE BENAVIDES  
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD  
SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

**CSR/HOG**

**Distribución:**

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras
- Representantes Legales de los Prestadores Institucionales Acreditados (por correo electrónico)
- Representantes Legales de prestadores institucionales con ficha técnica en esta Intendencia (por correo electrónico)
- Servicios de Salud, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Subsecretario de Redes Asistenciales
- Jefe del Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención –División de Gestión de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud
- Director (S) Instituto de Salud Pública de Chile
- Jefa de la Sección de Fiscalización Laboratorios Clínicos del Instituto de Salud Pública de Chile
- Superintendente
- Fiscal
- Unidad de Coordinación Regional
- Jefa (S) del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Jefa (S) Subdepartamento de Fiscalización de Calidad IP
- Jefa del Subdepartamento de Protección de Derechos de las Personas en Salud IP
- Jefe Subdepartamento de Sanciones IP
- Encargados de Unidad y profesionales analistas de la Intendencia de Prestadores
- Oficina de Partes
- Archivo

## Acápito I

**LA CIRCULAR IP/N° 45, de 13 de marzo de 2020, que "SUSTITUYE, POR EL QUE INDICA, EL TEXTO DE LA CIRCULAR IP/N° 39, DE 21 DE NOVIEMBRE DE 2017, SOBRE EL SENTIDO Y ALCANCE QUE DEBEN DAR LAS ENTIDADES ACREDI-TADORAS A LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD EN LOS PROCE-DIMIENTOS DE EVALUACIÓN QUE EJECUTEN, EMITE NUEVAS INSTRUCCIONES AL RESPECTO Y MODIFICA LAS QUE SE SEÑALAN, Y ORDENA LA EMISIÓN DE LA VERSIÓN N° 5 DEL COMPENDIO DE CIRCULARES INTERPRETATIVAS DE ESE SISTEMA"**

**Intendencia de Prestadores**

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

Unidad de Asesoría Técnica

Unidad de Apoyo Legal

**CIRCULAR IP N° 45 (\*)**

**SANTIAGO, 13 DE MARZO DE 2020**

(\*) Texto modificado por la Circular IP/N° 49, de 26 de agosto de 2020.-

**SUSTITUYE, POR EL QUE INDICA, EL TEXTO DE LA CIRCULAR IP/N° 39, DE 21 DE NOVIEMBRE DE 2017, SOBRE EL SENTIDO Y ALCANCE QUE DEBEN DAR LAS ENTIDADES ACREDITADORAS A LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD EN LOS PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN QUE EJECUTEN, EMITE NUEVAS INSTRUCCIONES AL RESPECTO Y MODIFICA LAS QUE SE SEÑALAN, Y ORDENA LA EMISIÓN DE LA VERSIÓN N° 5 DEL COMPENDIO DE CIRCULARES INTERPRETATIVAS DE ESE SISTEMA.-**

**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 y para Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas, 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, y el N° 128, de 2018, 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;
- 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;

- 3°) Que los numerales 2° de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y 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, así como a los Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas, 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;
- 4°) Que, en virtud de tal normativa, se han dictado hasta la fecha sendas Circulares Interpretativas de las normativas del Sistema de Acreditación, las que son de obligatorio cumplimiento para las Entidades Acreditadoras, **siendo de su responsabilidad hacer que sus Directores Técnicos y evaluadores las cumplan rigurosamente**, todo lo cual es fiscalizado por esta Intendencia, de conformidad a sus facultades legales y reglamentarias;
- 5°) Que, además, la intensa actividad de fiscalización de esta Intendencia y del Instituto de Salud Pública respecto de los procedimientos de acreditación ejecutados hasta la fecha, ha generado una jurisprudencia administrativa que inciden en los contenidos de las circulares interpretativas del Sistema de Acreditación dictadas hasta la fecha, así como en diversos pronunciamientos que han tenido efectos particulares en casos individuales; y
- 6°) Que, teniendo en cuenta las diversas y numerosas normativas y pronunciamientos jurisprudenciales, así como teniendo presente los mismos fundamentos considerados al dictar la Circular IP/N°39 de 21 de noviembre de 2017, se ha estimado nuevamente conveniente **reunir toda la normativa jurisprudencial del Sistema de Acreditación en esta nueva Circular, la que actualiza, sistematiza y modifica los textos de las instrucciones dictadas hasta la fecha**;

**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:**

## 1. Preámbulo:

**Información relevante respecto al formato de la presente Circular Interpretativa de las Normas del Sistema de Acreditación:**

- a) Con el objetivo de facilitar la consulta de los usuarios, las instrucciones y normas de esta Circular se presentan ordenadas, de manera secuencial, en los siguiente **Acápites**:
- I. Aclaraciones e interpretaciones en relación a contenidos del **REGLAMENTO DE ACREDITACIÓN**
  - II. Aclaraciones e interpretaciones en relación a las instrucciones contenidas en los **MANUALES DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN**
  - III. Aclaraciones e interpretaciones en relación al alcance y aplicabilidad de ciertos **PUNTOS DE VERIFICACIÓN**
  - IV. Aclaraciones e interpretaciones en relación a ciertas **DEFINICIONES** utilizadas en los **MANUALES DE ACREDITACIÓN**
  - V. Aclaraciones e interpretaciones de normas de las pautas de cotejo, según **CARACTERÍSTICA**
  - VI. Aclaraciones e interpretaciones **ESPECÍFICAS** a diversos **ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN**
- b) Debe tenerse presente que, **cada aclaración, consta de un número que le identifica**, el cuál es único para dicha aclaración.

En tal sentido, es importante puntualizar que, en relación las aclaraciones e interpretaciones a las diversas características de los Manuales, se debe considerar que:

1. Cuando en la primera columna aparece **sólo la identificación de la característica** es porque dicha interpretación o aclaración **es aplicable para los ESTÁNDARES DE ATENCIÓN CERRADA Y ATENCIÓN ABIERTA** (ejemplo: "EQ 2.1");
2. Sin embargo, cuando en la primera columna aparece **la identificación de la característica y, además, otra(s) sigla(s), que identifican a algún Estándar en particular**, es porque dicha interpretación o aclaración es aplicable **SOLO a ese o a esos ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN**. Ejemplo: "CAL 1.2 AC/APC"; y

c) Además, debe tenerse presente que las siglas que identifican a los diversos ESTÁNDARES vigentes, son las siguientes:

**AC:** Atención Cerrada

**AA:** Atención Abierta

**APC:** Atención Psiquiátrica Cerrada

**CD:** Centros de Diálisis

**SI:** Servicios de Imagenología

**LC:** Laboratorios Clínicos

**SQ:** Servicios de Quimioterapia

**SR:** Servicios de Radioterapia

**SE:** Servicios de Esterilización

**CTRAD:** Centro de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia al Alcohol y/o Drogas.

d) Por último, debe tenerse que:

1. Las nuevas interpretaciones e instrucciones, se encuentran identificadas como **"NUEVA"**;
2. Las interpretaciones que se modifican por la presente Circular se identifican con la indicación **"MODIFICADA"**. *En estos casos el texto fundamental de la modificación se encuentra destacado en negrita.*

2. Atendido lo anterior, SUSTITÚYANSE LOS TEXTOS DE LAS INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS, CONTENIDAS EN LA CIRCULAR IP/N° 39, DE 21 DE NOVIEMBRE DE 2017, por las siguientes normas:

## I. Aclaraciones o interpretaciones en relación a contenidos del REGLAMENTO DE ACREDITACIÓN

### NÚMERO 1

**Norma:** Artículos 4, 5 y 6 del Reglamento del Sistema de Acreditación

**Sobre cómo debe efectuarse la constatación en aquellos casos en los cuáles dentro del prestador institucional que desea acreditarse existen espacios asistenciales que poseen diferente dependencia administrativa y/o clínica.**

La finalidad del Sistema de Acreditación es la de promover la seguridad de los pacientes y por tanto de los procesos clínicos desarrollados por el prestador que desee acreditarse, independiente de las figuras administrativas o contractuales que dicho prestador convenga con terceros.

Por tanto, si en un mismo prestador institucional, ya sea de atención abierta o cerrada funcionan y se encuentran integrados diversos espacios asistenciales con diversas autorizaciones sanitarias, tales como consultas médicas, salas de procedimientos, entre otros, la Entidad Acreditadora deberá incluir dentro de sus constataciones dichos espacios, para que todos ellos sean evaluados en un mismo proceso de acreditación.

En caso de situaciones distintas a las descritas o de dudas al respecto de su aplicación se debe solicitar un pronunciamiento formal a la Intendencia de Prestadores respecto a la atinencia de un proceso conjunto o separado.

### NÚMERO 2

**Norma:** Artículos 4, 5 y 6 del Reglamento del Sistema de Acreditación

**Sobre cómo debe efectuarse la constatación en aquellos casos en los cuales un prestador institucional de Servicios de Apoyo (ejemplos: Laboratorio Clínico, Servicios de Imagenología, Servicios de Esterilización, etc.) se encuentra al interior del prestador institucional de atención cerrada o abierta en proceso de evaluación.**

Tal como se menciona en la aclaración anterior, la finalidad del Sistema de Acreditación es la de promover la seguridad de los pacientes y por tanto de los procesos clínicos desarrollados por el prestador que desee acreditarse, independiente de las figuras administrativas o contractuales que dicho prestador convenga con terceros. En consecuencia, **si un prestador de Servicios de Apoyo se encuentra al interior de las dependencias del prestador que se evalúa, corresponde evaluar al prestador institucional que desee acreditarse abarcando todos los procesos clínicos que se ejecutan en sus dependencias.** Por tanto, aquellos prestadores institucionales de Servicios de Apoyo que se encuentren al interior de un prestador de atención abierta o cerrada deben ser incluidos en el proceso de acreditación de dicho prestador. A modo de ejemplo: Un Laboratorio Clínico que no pertenece al Hospital evaluado y se encuentra al interior de sus dependencias, debe ser evaluado en conjunto con dicho Hospital bajo las exigencias del Estándar de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada. Si dicho prestador de Servicios de Apoyo desea además acreditarse por el Estándar que corresponda a sus Servicios, ejemplo: Estándar de Acreditación para Laboratorios Clínicos, puede solicitar su acreditación por dicho Estándar a la Superintendencia de Salud.

En caso de situaciones distintas a las descritas o de dudas al respecto de su aplicación se debe solicitar un pronunciamiento formal a la Intendencia de Prestadores respecto a la atinencia de un proceso conjunto o separado.

### **NÚMERO 3**

#### **Norma: Artículo 10 del Reglamento del Sistema de Acreditación**

**Sobre si en los procesos de acreditación de prestadores que pertenecen a una red, pueden participar los Encargados de Calidad de dicha red de prestadores.**

Atendido que el Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud ha sido diseñado para evaluar establecimientos de salud específicos y no redes de prestadores, es de interés del Sistema que los procesos de calidad sean liderados por los responsables directos del establecimiento, de modo que todos los requerimientos del sistema de acreditación sean de cargo de los directivos y profesionales locales.

Si bien es razonable que los encargados de calidad de la red participen en la etapa preparatoria del proceso de acreditación, durante el proceso de acreditación la interlocución con la Entidad Acreditadora sólo la deben tener los responsables y profesionales locales del establecimiento. Los Encargados de Calidad de la red, podrán participar como observadores del procedimiento de acreditación, pero en ningún caso podrán obstruir el normal desenvolvimiento de dicho procedimiento ni sustituir a los directivos locales en el mismo.

### **NÚMERO 4**

#### **Norma: Artículo 16 del Reglamento del Sistema de Acreditación**

**Sobre la Autorización Sanitaria vigente como requisito de ingreso al Sistema de Acreditación.**

La existencia legal de un prestador institucional de salud, y de cada una de sus dependencias, es el resultado de la dictación y vigencia de las respectivas resoluciones de la Autoridad Sanitaria que autorizan la instalación y/o funcionamiento de dichos prestadores y de sus diversas instalaciones, equipos, así como de su ampliación, modificación y traslado, de conformidad a los Artículos 121, 122 y 123 del Código Sanitario.

Atendido lo dispuesto en el inciso final del Artículo 7° del Código Sanitario, la Autorización Sanitaria debe dictarse en forma previa al inicio del funcionamiento del referido prestador institucional.

Por otra parte, se deberá acompañar la respectiva Autorización Sanitaria en los casos de ampliación, modificación o traslado de los establecimientos públicos y particulares de asistencia médica, tales como Hospitales, Maternidades, Clínicas, Policlínicos, Sanatorios, Laboratorios Clínicos, Institutos de Fisioterapia y Psicoterapia. La referencia al Servicio Nacional de Salud en la antes señalada disposición, debe entenderse hoy hecha respecto del Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo.

Los procedimientos de acreditación de los prestadores institucionales se efectúan por cada establecimiento de salud, es decir, dicen relación con un establecimiento determinado, según cómo éste haya sido descrito y definido en las respectivas resoluciones de la Autoridad Sanitaria que autorizó su instalación, funcionamiento o modificación y, en consecuencia, no

cabe solicitar la acreditación para redes de establecimientos asistenciales, aunque pertenezcan a una misma persona natural o jurídica o se encuentren físicamente cercanos.

Cuando se solicita la acreditación de un determinado prestador institucional, se deberá acompañar:

a) Copia auténtica de la resolución o certificado de la Autoridad Sanitaria que autorizó la instalación y el funcionamiento de dicho prestador institucional, o de los que den cuenta de ello;

b) Copias auténticas de las demás resoluciones, certificados o documentos oficiales de la Autoridad Sanitaria, mediante los cuales ésta haya autorizado la ampliación, modificación o traslado del establecimiento o de sus dependencias; y

c) Copias auténticas de las demás resoluciones, certificados o documentos oficiales mediante las cuales la Autoridad Sanitaria haya autorizado la instalación, operación o funcionamiento de las demás áreas, equipos u otras dependencias, que se ubiquen dentro de dicho establecimiento y en los que se desarrollen funciones asistenciales o actividades que, de conformidad con la reglamentación vigente, requieran de una Autorización Sanitaria específica, tales como las salas de toma de muestras, los Laboratorios Clínicos, los Centro de Diálisis, botiquines, calderas, autoclaves y operadores de los mismos, las instalaciones radiactivas o los equipos generadores de radiaciones ionizantes.

Las copias de las resoluciones, certificados u otros documentos oficiales de la Autoridad Sanitaria señalados en los literales precedentes se considerarán auténticas, en la medida que hayan sido autorizadas ante Notario Público o ante ministro de fe de la Autoridad Sanitaria.

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

Tratándose de los establecimientos públicos de salud, el requisito de Autorización Sanitaria vigente, para los efectos de someterse al procedimiento de acreditación debe considerarse;

Respecto de aquellos establecimientos que se encontraban en funcionamiento al día 8 de febrero de 2006:

a) Hospitales dependientes de los Servicios de Salud: De conformidad a lo dispuesto en el N° 2 del citado D.S. N° 152/05, "los hospitales dependientes de los Servicios de Salud actualmente en funcionamiento, no requerirán de nueva autorización en conformidad con el presente decreto, sin perjuicio de lo cual, para los efectos de someterse al procedimiento de acreditación deberán demostrar previamente ante la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente su cumplimiento de los requisitos que establece el Reglamento de Hospitales y Clínicas."

b) Establecimientos de salud públicos de atención abierta: De conformidad a lo dispuesto en el N° 2 del citado D.S. N° 141, "las salas de procedimiento y pabellones de cirugía menor de establecimientos públicos de salud, actualmente en funcionamiento, no requerirán de nueva autorización en conformidad con el presente decreto, sin perjuicio de lo cual, para los efectos de someterse al procedimiento de acreditación deberán demostrar previamente ante la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente su cumplimiento de los requisitos que establece el Reglamento sobre Salas de Procedimiento y Pabellones de Cirugía Menor."

Los Hospitales y demás establecimientos dependientes de las Fuerzas Armadas se rigen, en cuanto a su autorización sanitaria, por sus leyes especiales, y a falta de éstas por las reglas generales del Código Sanitario.

La norma referida en la letra b) precedente se aplica a toda clase de establecimientos de atención abierta o ambulatoria dependiente de cualquier organismo público, tales como consultorios de dependencia municipal o de corporaciones municipales, salvo que, en cuanto a su autorización sanitaria, se encuentren sometidos a leyes especiales.

Cumplirán el requisito de autorización sanitaria vigente los establecimientos de salud públicos señalados en las letras a) y b) cuando junto a la Solicitud de Acreditación acompañen copia auténtica de la resolución del Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo, que tenga por demostrado el cumplimiento de los requisitos que establece el Reglamento de Hospitales y Clínicas o el Reglamento sobre Salas de Procedimiento y Pabellones de Cirugía Menor, según el caso.

#### **NÚMERO 5**

**Norma: Artículo 16 del Reglamento del Sistema de Acreditación  
Sobre el derecho a presentar la Solicitud de Acreditación cuando en un prestador se están desarrollando actividades de construcción y/o remodelación de sus dependencias.**

Sólo puede solicitarse la acreditación respecto de las dependencias del prestador que cuenten con Autorización Sanitaria de funcionamiento vigente. 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.

En todo caso, el procedimiento de acreditación en tales situaciones, sólo abarcará las dependencias que cuenten con sus respectivas Autorizaciones Sanitarias de funcionamiento vigentes.

## NÚMERO 6

### Norma: Artículo 19 del Reglamento del Sistema de Acreditación

#### **Sobre el derecho de las Entidades Acreditadoras a ser incluidas en los procedimientos de designación aleatoria.**

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

La renuncia a dicho derecho se efectuará oportuna y formalmente ante la Intendencia de Prestadores por el representante legal de la Entidad Acreditadora o por quien acredite personería suficiente a ese efecto, pudiendo hacerse **hasta dos horas antes de la hora señalada** en la resolución que ordenó el respectivo procedimiento de designación aleatoria. Asimismo, dicho representante legal podrá formular tal renuncia ante la Intendencia vía correo electrónico, siempre que dicha comunicación se envíe desde el correo electrónico que tuviere debidamente registrado ante esta Intendencia.

Las Entidades que renuncien a participar en un sorteo convocado para la designación aleatoria de la Entidad Acreditadora llamada a ejecutar la evaluación de un prestador en particular, deberán remitir su renuncia a esta Intendencia, a través del correo de acreditación ([acreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:acreditacion@superdesalud.gob.cl)).

En el correo electrónico antes señalado, el representante legal de la Entidad **deberá expresar clara y explícitamente los hechos específicos que motivan tal renuncia**, tales como los eventuales conflictos de interés que le afecten o los otros motivos fundados que le afecten.

## NÚMERO 7

### Norma: Artículo 22 del Reglamento del Sistema de Acreditación

#### **Sobre la utilización de documentos electrónicos o dispositivos electrónicos para el cumplimiento de las exigencias normativas del Sistema de Acreditación.**

#### **MODIFICADA**

En virtud de la Ley N° 19.799, de 2002, sobre Documento Electrónico y Firma Electrónica, en nuestro país se estableció el principio de equivalencia legal entre el soporte papel y el soporte electrónico para toda clase de documentos, así como entre la firma manuscrita y la firma electrónica. Por regla general, por tanto, es admisible en el **Sistema de Acreditación** el uso de documentos electrónicos y firmas electrónicas para el cumplimiento de sus exigencias, conforme a lo dispuesto en esa ley.

## NÚMERO 8

### Norma: Título V del Reglamento del Sistema de Acreditación, "De los Aranceles" Sobre los aranceles aplicables a los procesos de acreditación de los prestadores institucionales que a continuación se señalan: **MODIFICADA**

Conforme lo dispuesto por el Reglamento, modificado por el D.S. N° 43, de 2020, del MINSAL, publicado en el Diario Oficial con fecha 30 de julio de 2020, los aranceles aplicables a los procesos de acreditación de los prestadores institucionales que a continuación se señalan son los siguientes:

- a) Para los prestadores institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada (Hospitales y Clínicas Psiquiátricas), la suma de 150 UTM;
- b) Para los Centros de Diálisis, que funcionan de forma separada de un prestador institucional de atención abierta o cerrada, la suma de 160 UTM;
- c) Para los prestadores institucionales de Servicios de Esterilización, que funcionan de forma separada de un prestador institucional de atención abierta o cerrada, la suma de 140 UTM;
- d) Para los prestadores institucionales de Servicios de Quimioterapia, que funcionan de forma separada de un prestador institucional de atención abierta o cerrada, para efectos arancelarios, la suma de 160 UTM;
- e) Los prestadores institucionales de Servicios de Radioterapia, que funcionan de forma separada de un prestador institucional de atención abierta o cerrada, la suma de 180 UTM;
- f) Los prestadores institucionales constituidos por **Centros de Tratamiento y Rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol o drogas**, la suma de **70 UTM**;
- g) En el caso de los aranceles aplicables a los procesos de acreditación de los prestadores institucionales de Servicios de Imagenología y de Laboratorios Clínicos, a que se refieren respectivamente, los Decretos Exentos Nos. 36 y 37, de 2010, del Ministerio de Salud, se deberá aplicar el arancel de atención abierta que les corresponda, según el nivel de complejidad del prestador, atendiendo para ello a la clasificación para estas dos clases de prestadores, establecida por el Decreto Exento N° 118 de 2011, de ese mismo Ministerio. Esto es, para los de baja complejidad el arancel corresponderá a 140 UTM, para los de mediana complejidad asciende a 160 UTM y para los de alta complejidad es de 180 UTM;
- h) En el caso del Artículo 28 del Reglamento, **si el prestador a evaluar se encontrare en situación de ser acreditado con observaciones**, el arancel correspondiente a la verificación del cumplimiento del **Plan de Corrección**, corresponderá a **un cuarto del que fuera aplicado en el proceso de acreditación que lo causó** y el **recargo por distancia**, a que se refiere el inciso final del artículo 35 del Reglamento, será de **15 UTM**.

**En todo caso, al pronunciarse sobre la solicitud de acreditación de un prestador institucional, la Intendencia de Prestadores fijará, mediante resolución, el arancel que es aplicable en el respectivo procedimiento de acreditación.**

#### **NÚMERO 9**

**Norma: Artículo 24 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud sobre el sentido y alcance de las expresiones “conflicto de interés” de las Entidades Acreditadoras.**

1. Ordena a las entidades acreditadoras que se ajusten a la interpretación de las expresiones “conflicto de intereses” contenida en el artículo 24° del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud, que se indica a continuación, en la ejecución de su función de evaluación de los señalados prestadores, así como en el ejercicio de todos los deberes que les asignan las normas de dicho Sistema.

2. Interpreta la frase “conflicto de intereses” como toda contraposición o tensión real o potencial que se le presente a una entidad acreditadora, en el ejercicio de sus deberes previstos por las normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, entre el interés público comprometido en ellos, consistente en evaluar imparcial, objetiva y confiablemente a los prestadores institucionales de salud y:

2.1. Sus intereses comerciales, de asesoría, financieros, profesionales, o de cualquier otra índole privada;

2.2. Los intereses comerciales, de asesoría, financieros, profesionales, o de cualquier otra índole privada, de sus dueños, socios, directores, administradores, representantes legales, evaluadores, personal de apoyo u otros colaboradores; o,

2.3. Los intereses comerciales, de asesoría, financieros, profesionales, o de cualquier otra índole privada, de las personas naturales o jurídicas con las que tales entidades o las personas indicadas anteriormente, se relacionen o vinculen profesional, comercial, laboral o familiarmente, por íntima amistad u otras circunstancias similares. Se aclara expresamente que tales vínculos o relaciones refieren indistintamente a las formales, informales, explícitas o encubiertas.

3. Previene a las entidades acreditadoras que los conflictos de intereses no cesan por el mero transcurso del tiempo, salvo en los casos de excepción en que se hubiera fijado expresamente un plazo para dicho fin, por lo que, en los demás casos, su existencia y mantenimiento será evaluada por esta Intendencia conforme al mérito de los antecedentes correspondientes.

4. Previene, asimismo, a dichas entidades que la infracción al artículo 24° indicado, según la presente interpretación, o por la concurrencia de las incompatibilidades explicitadas en sus letras a) y b), será determinada y sancionada de conformidad a las normas legales y reglamentarias pertinentes e indicadas en los Vistos de esta resolución.

5. Instruye, por último, que toda vez que surjan dudas acerca de la norma interpretada por esta Circular y ello resulte determinante para la adopción de sus decisiones, deberán solicitar su aclaración a esta Intendencia de Prestadores, por las vías dispuestas al efecto.

## **II. Aclaraciones o interpretaciones relativas a las instrucciones contenidas en los MANUALES DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN**

**Norma: Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud: "Instrucciones y Criterios a emplear por las Entidades Acreditadoras"**

### **NÚMERO 10**

**Sobre si es posible que los directivos de un prestador sometido al procedimiento de acreditación puedan subsanar alguna falencia constatada por la Entidad Acreditadora durante la visita de evaluación y antes que ésta concluya (por ejemplo, subsanando la debida formalización o falta de la firma correspondiente en los documentos exigidos por el Estándar), con el fin de obtener su aceptación como válidos por la Entidad Acreditadora.**

En ningún caso, y respecto de ninguna característica, corresponde que la Entidad Acreditadora admita que se efectúen acciones correctivas durante su visita de evaluación para los efectos de cumplir un requisito exigido por el Sistema de Acreditación.

### **NÚMERO 11**

**Sobre el alcance de la retrospectividad de las evaluaciones en un proceso de reacreditación.**

La regla general sobre el alcance de la retrospectividad de las evaluaciones en los procedimientos de acreditación se encuentra establecida en el N° 1 del Acápites II de los diversos Manuales de los Estándares de Acreditación vigentes, el que señala -para la generalidad de las Características- que "el alcance retrospectivo de las mediciones abarcará el período de 6 meses anteriores al proceso de evaluación de la respectiva acreditación. Una vez acreditado el prestador, el alcance retrospectivo en el siguiente proceso de acreditación será de tres años".

Sin embargo, excepcionalmente existen ciertas características y elementos medibles que establecen expresamente, en ellos mismos, plazos diversos para las evaluaciones retrospectivas, los que se encuentran explicitados en las Pautas de Cotejo. Tal es el caso, por ejemplo, de la retrospectividad señalada en el Ámbito de Recursos Humanos, cuando se trata del personal que cumple funciones transitorias, en los elementos medibles de las características RH 1.1 y RH 1.2, los cuales exigen un año de retrospectividad para la evaluación de sus respectivas habilitaciones legales, lo cual debe aplicarse para la primera acreditación y para las sucesivas reacreditaciones. Sin embargo, respecto del personal que ejerce funciones permanentes, tratándose de una reacreditación, se aplica la regla general de retrospectividad de tres años, ya que los elementos medibles no contemplan un plazo especial a su respecto.

## **NÚMERO 12**

**Sobre las exigencias relativas a la forma de verificar las características que se refieren a las compras de prestaciones a terceros.**

En este caso habrá 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, la cual deberá constar en su original o ser copia autenticada ante Notario o ante el Ministro de fe del organismo que emitió el documento;

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.

## **NÚMERO 13**

**Sobre cómo debe constatar la Entidad Acreditadora que se compran prestaciones a un prestador con autorización sanitaria vigente, cuando este último es un prestador público dependiente de un Servicio de Salud cuyo inicio de funcionamiento es anterior al día 9 de febrero de 2006.**

En virtud de lo dispuesto en el N°2 del D.S. N°152/05, Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 8 de febrero de 2006, los Hospitales dependientes de los Servicios de Salud, en funcionamiento a esta última fecha, no requieren de una nueva Autorización Sanitaria, otorgada de conformidad con el "Reglamento de Hospitales y Clínicas" (D.S. N°161, de 1982, del Ministerio de Salud). Asimismo, mediante N°2, del D.S. N°141/05, MINSAL, se dispuso que las salas de procedimiento y los pabellones de cirugía menor de establecimientos públicos de salud, que se encontraban en funcionamiento a esa misma fecha, no requieren de nueva autorización otorgada de conformidad con el "Reglamento sobre Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor" (D.S. N°283/97, MINSAL).

Por tanto, los medios idóneos para que se constate por la Entidad Acreditadora la Autorización Sanitaria de los Hospitales dependientes de los Servicios de Salud y de las salas de procedimiento y los pabellones de cirugía menor de establecimientos públicos de salud, que se encontraban en funcionamiento al día 8 de febrero de 2006, estarán constituidos por cualquier medio que genere convicción en la Entidad respecto de dicha circunstancia, el que consignará en su respectivo informe, los que podrán ser documentos oficiales que acrediten su funcionamiento a esa fecha, tales como un certificado emitido por el Director del Servicio de

Salud, del Director del Hospital o de la Municipalidad o de la Corporación Municipal respectiva, así como del Director del respectivo Consultorio o CESFAM.

Si el funcionamiento de tales Hospitales o centros asistenciales públicos de atención abierta antes señalados, al 8 de febrero de 2006, fuese un hecho público y notorio, la Entidad así lo consignará en su informe.

Los servicios de apoyo de esa clase de prestadores públicos que iniciaron su funcionamiento, o que modificaron su estructura, después del 8 de febrero de 2006, requieren la obtención de su Autorización Sanitaria de conformidad con los respectivos reglamentos vigentes.

#### **NÚMERO 14**

**Sobre la retrospectividad de evaluación para un proceso de reacreditación, para aquellas características que en el proceso de acreditación precedente se dieron por incumplidas.**

Para aquellos casos en los cuales la característica fue constatada como incumplida, ya sea porque el prestador no cumplió con la exigencia o no se presentó evidencia del cumplimiento, el período de retrospectividad a evaluar en el siguiente proceso de acreditación será de 2 años, considerando que en los primeros 12 meses sucesivos a su proceso de acreditación debe elaborar e implementar las exigencias pertinentes. Los 24 meses o 2 años de evaluación, comenzarán a regir retrospectivamente desde la fecha en la cual la Entidad Acreditadora comienza el proceso de evaluación en terreno en el prestador.

### **III. Aclaraciones o interpretaciones relativas a las instrucciones contenidas en las PAUTAS DE COTEJO DE LOS MANUALES DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN**

**Norma: Letra A. de las Pautas de Cotejo de los Manuales de Acreditación: "Elementos Medibles y Puntos de Verificación"**

#### **NÚMERO 15**

**Sobre cómo deben constatarse aquellos Servicios Clínicos que atienden diversos tipos de pacientes y a los cuáles por ende les aplica más de un punto de verificación de los explicitados en las diversas Pautas de Cotejo, como por ejemplo un Servicio Médico-Quirúrgico o un Pensionado.**

Tal como se señala en la letra A. "Elementos Medibles y Puntos de Verificación" de las diversas Pautas de Cotejo, si la organización del prestador que solicita la acreditación es distinta a la prevista en el Manual, se evaluará de acuerdo a la funcionalidad de las distintas estructuras. En tal sentido, si en un Servicio Médico-Quirúrgico existen pacientes de Medicina, Cirugía, Traumatología, le son aplicables en la evaluación dichos puntos de verificación, así también sería el caso de un Pensionado que por ejemplo atiende pacientes de Medicina, Traumatología, Cirugía y Gineco-Obstetricia, siendo en esta situación aplicables los cuatro puntos de verificación.

**NÚMERO 16**

**Sobre quién debe seleccionar para la constatación los CECOF y Postas Rurales, en los procedimientos de acreditación de los establecimientos de los cuales dependen.**

Considerando lo establecido en la letra "A." de la Introducción a la Pauta de Cotejo del Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta. El cual señala la selección al azar de CECOF y Postas Rurales. Se aclara que esta selección debe ser realizada por la Entidad Acreditadora, aplicando una metodología consistente con la selección aleatoria.

**NÚMERO 17**

**Sobre cómo debe consignarse la evaluación en aquellos elementos medibles en los cuales no existen casos para constatar durante el período de retrospectividad evaluado, ejemplos: "registros de casos sometidos al Comité de Ética" (DP 5.1), "Análisis de eventos centinela" (GCL 2.3 AC/2.2 AA) **NUEVA.****

En esta situación el elemento medible **es igualmente aplicable**, sin embargo, si por ausencia de casos, por ejemplo, en el prestador no hubo casos que debieron ser presentados al Comité de Ética Asistencial en el período evaluado, o no se presentaron eventos centinela, no es posible la constatación propiamente tal de la exigencia contenida en el elemento medible, debiendo asignarse una vez verificada tal situación, un "Cumple" al elemento medible en el punto de verificación que corresponda.

Para verificar la no existencia de casos, la Entidad Acreditadora recurrirá a los elementos habitualmente utilizados de constatación: evidencia documental, entrevistas, etc. según el caso.

**Norma: Letra B. de las Pautas de Cotejo de los Manuales de Acreditación:  
"Requisitos para el cumplimiento de los elementos medibles".  
"1. Existe un documento escrito sobre..."**

**NÚMERO 18**

**Sobre los requisitos formales que deben cumplir en los prestadores públicos y privados los documentos para ser estimados como "documento de carácter institucional", según las exigencias del Manual de Acreditación **MODIFICADA****

Para efectos del Sistema de Acreditación se considerará un **documento como "institucional"** cuando exista una **aprobación explícita** de la máxima autoridad del prestador. Para esta aprobación bastará con que figure, en el mismo documento, un **acápite que señale "Aprobado por"** con el Nombre, la firma de quien aprueba y fecha de aprobación.

**Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia respectos de los procesos de acreditación que se soliciten después de 6 meses de la dictación de la presente Circular.**

**NÚMERO 19**

**Sobre si resulta admisible, para los efectos de las exigencias del Sistema de Acreditación, que el Director o Gerente del prestador institucional delegue su firma en un funcionario de su dependencia para la aprobación de los documentos de carácter institucional exigidos en los diversos Estándares de Acreditación.**

Los documentos de carácter institucional exigidos en los diversos Estándares de Acreditación deben ser aprobados por el Director o Gerente del prestador institucional, con el fin de contribuir al respaldo explícito que debe emanar desde la máxima autoridad de los prestadores, para la implementación y desarrollo de la seguridad y calidad asistencial en el establecimiento. En consecuencia, para efectos de la constatación del cumplimiento de esta exigencia de los Estándares de Acreditación, la Entidad Acreditadora no podrá admitir que los documentos de carácter institucional se encuentren firmados por profesionales en quienes se haya delegado la firma del Director o máxima autoridad del prestador evaluado.

**NÚMERO 20**

**Sobre si los documentos de carácter institucional de los prestadores que pertenecen a una red, ya sea del ámbito público o privado, deben ser aprobados por la autoridad a nivel central o por la autoridad local, ejemplo, Director del establecimiento.**

Los documentos institucionales firmados por una autoridad central ya sea del ámbito privado (ej.: Directores o Gerentes nacionales) o públicos (ej: Encargados de Salud Municipal, Directores de Servicio de Salud), que sin embargo no cuentan con la aprobación de la máxima autoridad a nivel local del prestador en evaluación, no cumplen con la exigencia relativa a un "documento de carácter institucional" propio.

**NÚMERO 21**

**Sobre si resulta admisible que aquellos prestadores institucionales que compran servicios, por ejemplo, de Anatomía Patológica, Laboratorio Clínico, entre otros, exhiban documentos que contengan procedimientos que pertenecen al tercero, para así dar por cumplidas características referentes a dichas prestaciones.**

La responsabilidad del cumplimiento de las exigencias contenidas en los diversos Estándares recae en el prestador que desea acreditarse y no sobre terceros a quienes compran servicios. En aquellos casos en que los documentos que deban ser exhibidos a la Entidad Acreditadora pertenezcan a un tercero a quien se compra la prestación, la Entidad deberá constatar que estos documentos hayan sido aprobados por la más alta autoridad del prestador en evaluación, si se tratase de documentos de carácter institucional, o por la Unidad Clínica evaluada, en el caso de otros documentos. En cualquier caso, para validar tales documentos, ellos deberán referirse a la realidad del prestador que está siendo evaluado.

**Norma: Letra B. de las Pautas de Cotejo de los Manuales de Acreditación:**

“

**Requisitos para el cumplimiento de los elementos medibles”.**

**“3. Se ha definido indicador a utilizar y umbral de cumplimiento del...”**

**“4. Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación del...”**

**“5. Se constata directamente el cumplimiento de...”**

#### **NÚMERO 22**

**Sobre cómo constatar documentos, indicadores, umbrales y evaluación periódica de una característica, cuando a un mismo Servicio Clínico le es aplicable más de un punto de verificación.**

Si a un mismo Servicio Clínico le son aplicables varios puntos de verificación de una misma característica, por ejemplo, un Servicio Médico-Quirúrgico que cuenta con Medicina y Cirugía, o un Pensionado que cuenta con Medicina, Cirugía y Ginecobstetricia), la Entidad constatará los documentos respectivos y que se haya definido un indicador y umbral de cumplimiento por cada punto de verificación señalado en la Pauta de Cotejo.

Cada prestador podrá definir un mismo indicador para todos los puntos de verificación que le sean aplicables o indicadores distintos, siempre que cada punto de verificación que le sea aplicable, cuente con la definición de un indicador y su umbral.

En el caso de que el Prestador haya definido un mismo indicador para todos los puntos de verificación, al momento de constatar la evaluación periódica, éstos pueden evaluarse como un indicador único, siempre que dicha evaluación efectivamente comprenda cada uno de los diversos tipos de pacientes que solicita la pauta de cotejo, según los puntos de verificación de la Pauta en la característica constatada. Tales pueden ser, por ejemplo, los casos de las Características GCL 1.12, sobre “Proceso de Identificación de Paciente, y GCL 1.3 relativa a la evaluación y manejo del dolor agudo.

#### **NÚMERO 23**

**Sobre la forma de constatación de las características que exigen evaluación periódica, y esta evaluación es realizada en forma centralizada.**

Tal como señala el N°3 de la letra “B.” de la Introducción a la Pauta de Cotejo de los diversos Manuales de los Estándares vigentes, si la Entidad constata o fuera informada por el prestador que la evaluación se ha realizado en forma centralizada, dicha evaluación debe constatar en el Punto de Verificación y, posteriormente ser corroborada en el lugar desde donde emanó la evaluación.

La corroboración se realizará solicitando al encargado de reportar el cumplimiento de las características del respectivo punto de verificación, que identifique el lugar de evaluación centralizada.

#### **NÚMERO 24**

**Sobre a quienes debe incluirse en las constataciones de las características cuyos elementos medibles exigen la ejecución de entrevistas y no señalan específicamente quiénes deben ser entrevistados**

Las entrevistas se deben efectuar a todo el personal que durante la evaluación se desempeñe en los Puntos de Verificación señalados en las características que se constaten (ejemplo AOC

1.1, INS 1.1). Es decir, tanto el personal sanitario como no sanitario, e independientemente del tipo de relación contractual que dicho personal mantenga con el prestador institucional evaluado (incluye tanto al personal externo como al personal propio).

Se excluyen de tales constataciones al voluntariado (tales como Damas de Rojo, de Café, etc), los alumnos de pregrado y aquellos funcionarios de las Fuerzas de Seguridad y de Orden (Carabineros, Detectives, Gendarmes, etc.) que se encuentren a cargo de la custodia de un paciente o en funciones activas no sanitarias.

#### **IV. Aclaraciones o interpretaciones relativas al alcance y aplicabilidad de los PUNTOS DE VERIFICACIÓN**

##### **NÚMERO 25**

**Sobre qué dependencias del prestador en evaluación comprenden el punto de verificación "General".**

Dicho punto corresponde a cualquier dependencia del prestador institucional en evaluación, aunque este no constituya un punto de verificación dentro de la pauta de cotejo respectiva

##### **NÚMERO 26**

**Sobre si en los "CECOF" y "Postas Rurales" de los Manuales de Atención Abierta deben efectuarse constataciones relativas a puntos de verificación como Urgencia, Dental, Kinesiología, etc. *MODIFICADO***

En los "CECOF" y "Postas Rurales" que pertenezcan al prestador de atención abierta evaluado, solo se realizará la constatación de aquellas características que contemplen expresamente tales puntos de verificación, independiente que en dichos establecimientos se otorguen prestaciones diversas, tales como atenciones de Urgencia, Dental, Kinesiología, etc.

**Hace excepción a este criterio el caso de las Tomas de Muestras que se encuentran en dependencias de los CECOF o Postas Rurales, según lo aclarado en el Número 27 y 28.**

##### **NÚMERO 27**

**Sobre cuántas de las "Unidades de Toma de Muestras" deben ser evaluadas en prestadores institucionales de atención cerrada o abierta que cuentan con dichas Unidades, ya sea en sus dependencias o fuera de ellas.**

Conforme al criterio utilizado en la constatación del Estándar de Acreditación para Laboratorios Clínicos, si el prestador en evaluación cuenta con más de tres "Unidades de Toma de Muestras", la Entidad Acreditadora seleccionará tres de ellas al azar. Las salas de toma de muestras a evaluar deben seleccionarse de entre todas con las que cuente el prestador, independiente si se encuentran físicamente en sus dependencias o no.

### **NÚMERO 28**

**Sobre qué características, en las cuales “Toma de Muestras” constituye un punto de verificación, son aplicables a un prestador institucional de atención cerrada, de atención abierta o de atención psiquiátrica cerrada, que no cuenta con servicios de Laboratorio Clínico, pero cuenta(n) con Sala(s) de Toma de Muestras en sus instalaciones.**

Si el prestador institucional no cuenta con Laboratorio Clínico y compra dichos servicios, pero posee sala(s) de toma de muestras en sus instalaciones, sea(n) o no de su dependencia y gestión, le serán aplicables todas aquellas características del Estándar en las cuales “Toma de Muestras” constituye un Punto de Verificación.

Asimismo, a los prestadores de atención cerrada les serán aplicables las características APL 1.1 y AOC 1.3; en el caso de los prestadores de atención abierta, las características APL 1.1 y AOC 1.2.; y, en el caso de los prestadores de atención psiquiátrica cerrada, la característica APL 1.1.

### **NÚMERO 29**

**Sobre cómo constatar el punto de verificación “Farmacia” en aquellos prestadores institucionales que no cuentan con una farmacia, sin embargo, poseen en sus instalaciones una droguería o un almacén farmacéutico o un botiquín o un depósito autorizado por la normativa vigente.**

En estas circunstancias, la Entidad Acreditadora deberá constatar todas aquellas características que contengan como punto de verificación “Farmacia”.

### **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 además de las características en las cuales figura Hemodinamia o PRO Hemodinamia como punto de verificación, aquellas en las cuáles la pauta de cotejo explicita “PQ”- “PQ general” como punto de verificación.**

Adicionalmente La Entidad Acreditadora constatará las características:

- REG 1.3 sobre entrega al paciente de información relevante acerca de las prestaciones realizadas
- 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)
- API 1.2 sobre seguridad de los procedimientos imagenológicos.

***Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que soliciten después de un año de la dictación de la presente Circular.***

***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.***

**NÚMERO 31**

**Sobre si las prestaciones de Medicina Nuclear deben ser consideradas en la constatación del punto de verificación "API" (Imagenología).**

No deben ser incluidas estas prestaciones para la constatación de las características en las cuales Imagenología constituye un punto de verificación, por lo tanto, las exigencias de los Manuales de Acreditación no son constatables en la actualidad en los Servicios/Unidades que otorgan prestaciones de Medicina Nuclear.

**NÚMERO 32**

**Sobre la aplicabilidad del punto de verificación "APD" de los Estándares de Acreditación para atención cerrada en aquellos prestadores que sólo realizan procedimientos de diálisis en pacientes agudos.**

El punto de verificación del Manual antes señalado dice relación con la diálisis de pacientes crónicos y no de pacientes agudos. En consecuencia, no resultan aplicable la constatación de las características en las cuales "APD" figura como punto de verificación, en aquellos prestadores que solo realizan procedimientos de diálisis en agudos.

**NÚMERO 33**

**Aplicabilidad del punto de verificación "APQ" del Manual del Estándar para la Acreditación de Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, en aquellas Unidades Clínicas distintas a una Unidad de Quimioterapia, pero que ingresan pacientes para administrar protocolos de quimioterapia.**

Atendiendo que el objetivo es resguardar la seguridad de los pacientes que siguen un protocolo de quimioterapia, y que los puntos de verificación están relacionados con el otorgamiento o no de una determinada prestación, le es aplicable el punto de verificación "APQ" a aquellas Unidades Clínicas que cuentan con pacientes que son hospitalizados con el objetivo de administrar quimioterapia en el contexto de un protocolo de tratamiento.

**NÚMERO 34**

**Aplicabilidad de los puntos de verificación "Cirugía", "Cir Adulto", "Cir Infantil" y "Traumatología" en aquellos prestadores institucionales de atención cerrada que no realiza procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas mayores en sus dependencias, pero se les derivan pacientes quirúrgicos para cursar su post operatorio.**

En este caso le son aplicables las características que contengan dichos puntos como puntos de verificación, con el objetivo de resguardar la seguridad de las prestaciones asociadas al cuidado postquirúrgico que otorgan estos prestadores.

**NÚMERO 35**

**Sobre si el punto de verificación "Traumatología" incluye las prestaciones otorgadas a pacientes pediátricos y adultos.**

Efectivamente, el punto de verificación "Traumatología" es genérico y como tal deben incluirse en él tanto las prestaciones asociadas a traumatología infantil y traumatología adulto.

### **NÚMERO 36**

**Sobre como la Entidad Acreditadora debe reconocer y clasificar los puntos de verificación que corresponden a "Áreas Técnicas de Laboratorio Clínico" (Bioquímica, Microbiología y Hematología), ejemplo: APL 1.3**

La Entidad Acreditadora para constatar las exigencias en los puntos de verificación asociados a las áreas técnicas de Laboratorio Clínico, deberá identificar qué tipo de prestaciones y/o técnicas realiza el Laboratorio utilizando como referencia las Normas Técnicas Básicas para la Autorización Sanitaria, anexo Laboratorios Clínicos, en las cuales, a modo de ejemplo, el examen de Orina Completa pertenece al área de Bioquímica. Además, podrá considerar las áreas técnicas señaladas en el Programa Anual de Control de Calidad Externa (PEEC) del ISP. En caso de duda respecto a la pertinencia de determinadas prestaciones a un área técnica consultar a esta Intendencia.

### **NÚMERO 37**

**Sobre la aplicabilidad del punto de verificación "API" en aquellos prestadores de atención cerrada y abierta que no cuentan con un Servicio de Imagenología propiamente tal, pero realizan ecotomografías. *NUEVA***

Atendido que es necesario resguardar algunos procedimientos relevantes para la seguridad asistencial en aquellos prestadores que no cuenten con un Servicio de Imagenología, entendido como un conjunto organizado de recursos humanos y físicos, cuyo objetivo es brindar servicios y atenciones de apoyo imagenológico, ya sea de manera diagnóstica o terapéutica, pero realizan ecotomografías le será igualmente aplicable el punto de verificación API, pero sólo las siguientes características en las cuales API figura como punto de verificación:

- Características GCL 2.3 AC/GCL 2.2 AA acerca de la vigilancia de eventos adversos asociados a la atención.
  - Características AOC 1.3 AC/ AOC 1.2 AA acerca de la notificación oportuna de situaciones de riesgo detectadas a través de exámenes diagnósticos.
  - Característica RH 3.1 AC y AA acerca del programa de capacitación en temas relacionados con prevención y control de infecciones y reanimación cardiopulmonar
- Y característica API 1.1 acerca de procedimientos de imagenología comprados a terceros si es el caso.

***Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que soliciten después de 6 meses de la dictación de la presente Circular.***

### **NÚMERO 38**

**Sobre la aplicabilidad del punto de verificación "API" para las prestaciones de radiología dental otorgadas en prestadores de atención cerrada y abierta. *NUEVA***

En la actualidad el punto de verificación API le es aplicable a aquellas prestaciones relativas a la imagenología médica, por ende, quedan excluidas de la constatación las prestaciones de radiología dental en el contexto de la aplicación de los Estándares de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y Abierta.

## V. Aclaraciones o interpretaciones relativas a las DEFINICIONES utilizadas en los MANUALES DE ACREDITACIÓN

### NÚMERO 39

**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. *MODIFICADA***

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 y/o o que implique entrada a cavidades estériles como peritoneo, pleura o cavidad ocular, 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 **24 horas**.

Es importante señalar que el **pabellón o los pabellones de CMA se encuentran incluidos en el punto de verificación “PQ”, pues este incluye a todos los pabellones quirúrgico disponibles en el prestador, por lo que serán constatables todas las características en las cuales “PQ” figure como punto de verificación.**

### NÚMERO 40

**Sobre si, para los efectos de las actuales exigencias del Sistema de Acreditación, la Cirugía Oftalmológica Refractiva, constituye una Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).**

Atendida la definición precedente de Cirugía Mayor Ambulatoria”, la Cirugía Oftalmológica Refractiva debe ser considerada como tal y por ende le resultarán aplicables las características en las cuales CMA constituye un Punto de Verificación de la Pauta de Cotejo respectiva, independiente del lugar donde se realice la prestación (Por Ejemplo: Pabellón o sala de procedimientos oftalmológicos).

### NÚMERO 41

**Sobre qué debe entenderse por procedimiento de “Imagenología Intervencional” para los efectos del Sistema de Acreditación (características DP 2.1 y REG 1.3).**

Se entiende por procedimiento de “Imagenología Intervencional” para efectos del Sistema de Acreditación de Salud como, ***el uso de métodos guiados por imágenes para acceder a cavidades, órganos o sistemas, con el objeto de inyectar medios de contraste en forma selectiva, obtener muestras y/o tratar percutáneamente algunas condiciones que de otro modo requerirían cirugía. Las técnicas incluyen el uso de balones, catéteres, micro-catéteres, stents, etc.***

Ejemplos de estos procedimientos se encuentran en Nota Técnica N°8 (2015) “Procedimientos de Imagenología Intervencional: Definiciones”.

**NÚMERO 42**

**Sobre cuáles medicamentos antineoplásicos deben considerarse en las constataciones de las características relacionadas con el punto de verificación "APQ".**

Deben considerarse todos aquellos fármacos aprobados como antineoplásicos ya sea por el Instituto Chileno de Salud Pública (ISP) o alguna Agencia Internacional del Medicamento (Food and Drug Administration de Estados Unidos, European Medicines Agency, etc).

## VI. ACLARACIONES E INTERPRETACIONES DE LAS NORMAS DE LAS PAUTAS DE COTEJO, SEGÚN CARACTERÍSTICA

### ÁMBITO DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP) o DIGNIDAD DEL USUARIO (DU)

Características	Materia de aclaración o interpretación
<b>DP 1.1 AC</b> <b>DP 1.1 AA</b> <b>DP 1.1 APC</b> <b>DP 1.1 LC</b> <b>DP 1.1 CD</b> <b>DP 1.1 SI</b> <b>DP 1.1 SQ</b> <b>DP 1.1 SR</b>	<p><b>NÚMERO 43</b>  <b>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.</b></p> <p>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 y la Resolución Exenta N° 605/2012/MINSAL, se 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".</p> <p>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.</p> <p>La constatación de esta exigencia se realiza verificando que se cumpla lo descrito en la normativa mencionada.</p>
<b>DP 2.1</b>	<p><b>NÚMERO 44</b>  <b>Sobre la cantidad de elementos medibles que posee esta característica.</b></p> <p>Esta característica posee sólo dos elementos medibles:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Relativo a los documentos de carácter institucional que en cada Estándar se señalan</li> <li>2) Relativo a la constatación del uso de consentimiento informado en los casos que en cada Estándar se señalan.</li> </ol>

	En consecuencia, se aclara que existe un error en los ejemplares de las Pautas de Cotejo correspondiente Manuales de los Estándares de Acreditación para Atención Cerrada y Abierta.
<b>DP 2.1</b> <b>DP 2.1 APC</b> <b>DP 2.1 SI</b> <b>DP 2.1 SR</b> <b>DP 2.1 SQ</b> <b>DU 2.1 CTRAD</b>	<b>NÚMERO 45</b> <b>Sobre quién debe obtener el consentimiento informado (y por lo tanto quién debe firmar el formulario).</b>
	Para los efectos del Sistema de Acreditación, resulta aceptable que el consentimiento informado del paciente en los procedimientos de mayor riesgo señalados en el primer elemento medible, lo obtenga y, por tanto, quien firme el formulario, sea el médico que ejecuta directamente el procedimiento o intervención, o bien, otro profesional médico tratante del mismo perfil y del mismo prestador.
<b>DP 2.1</b> <b>DP 2.1 APC</b> <b>DP 2.1 SI</b> <b>DP 2.1 SR</b> <b>DP 2.1 SQ</b>	<b>NÚMERO 46</b> <b>Sobre la generalidad o especificidad de los formularios destinados a dejar constancia del consentimiento informado del paciente.</b>
	Tanto la característica DP 2.1 de los diferentes Manuales de los Estándares de Acreditación, como la Ley N°20.584 y su "Reglamento sobre Entrega de información y Expresión de Consentimiento Informado en las Atenciones de Salud", no exigen que la antedicha información deba constar en un formulario específico por cada procedimiento o ser uno genérico, siempre que en él conste que se ha recibido la información por parte del paciente o de su representante legal, quedando a discreción del prestador, de acuerdo a sus recursos y realidad local, poseer formularios genéricos o específicos para los diversos tipos de procedimientos.
<b>DP 2.1</b> <b>DP 2.1 APC</b> <b>DP 2.1 SI</b> <b>DP 2.1 SR</b> <b>DP 2.1 SQ</b> <b>DU 2.1 CTRAD</b>	<b>NÚMERO 47</b> <b>Sobre el uso de timbres para identificación del profesional que informa y obtiene el consentimiento del paciente en el documento en que consta dicho consentimiento Informado.</b>
	Es aceptable la utilización de un timbre que dé cuenta del nombre del profesional que informa y obtiene el consentimiento del paciente.
<b>DP 2.1</b> <b>DP 2.1 APC</b> <b>DP 2.1 SI</b> <b>DP 2.1 SR</b> <b>DP 2.1 SQ</b> <b>DU 2.1 CTRAD</b>	<b>NÚMERO 48</b> <b>Sobre el uso de abreviaturas en los formularios de constancia del consentimiento informado de los pacientes.</b>
	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 DS N°31/2012/MINSAL no resulta aceptable el uso de abreviaturas en los documentos en que se deje constancia de la información proporcionada al paciente con el objeto de obtener su consentimiento informado.

<p>DP 2.1 DP 2.1 APC DP 2.1 SI DP 2.1 SR DP 2.1 SQ</p>	<p><b>NÚMERO 49</b> <b>Sobre en cuál prestador institucional debe obtenerse el consentimiento informado del paciente, cuando éstos son derivados desde un prestador institucional a otro para efectuar el procedimiento clínico.</b></p> <p>En caso de derivación de un paciente el consentimiento informado debe ser obtenido por profesionales del prestador institucional donde efectivamente se ejecute el procedimiento.</p>
<p>DP 2.1 DP 2.1 APC DP 2.1 SI DP 2.1 SR DP 2.1 SQ DU 2.1 CTRAD</p>	<p><b>NÚMERO 50</b> <b>Sobre la digitalización y firma de los documentos que dan cuenta del consentimiento Informado del paciente. <i>MODIFICADA</i></b></p> <p>En el caso del documento que da cuenta del consentimiento informado del paciente, si el prestador, conforme a sus respectivos protocolos, hubiere optado por documentos físicos y firma manuscrita para su suscripción, luego de su obtención, el prestador puede, si así lo estimare, proceder a digitalizar dicho documento, quedando incorporado como una imagen en la Ficha Clínica electrónica. Si tal hubiere sido el caso, y si se garantizare el debido resguardo del contenido y el acceso a dicha Ficha electrónica, no resulta necesario almacenar, además, tales antecedentes en formato papel, los cuales podrán ser eliminados, según lo disponga la normativa vigente (Ley N°20.584; DS N°41, de 2012, MINSAL; y Dictamen de la Contraloría General de la República N°062220N13, de 2013).</p> <p>Asimismo, el prestador institucional podrá incorporar en la práctica, el uso de documentos electrónicos y firmas electrónicas como verificador de quien obtiene y quien consiente el procedimiento respectivo, para dejar aquello consignado por escrito, todo lo cual dejará detallado en el documento al que se refiere el primer elemento medible de la característica sobre consentimiento informado.</p>
<p>DP 2.1 DP 2.1 APC DP 2.1 SI DP 2.1 SR DP 2.1 SQ DU 2.1 CTRAD</p>	<p><b>NÚMERO 51</b> <b>Sobre si en el caso de personas analfabetas, resulta admisible reemplazar la firma del paciente y/o representante legal de los formularios de consentimiento informado, por la huella dactilar.</b></p> <p>Según las actuales exigencias del Sistema de Acreditación, y en virtud de lo dispuesto en la Ley N°20.584, sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, en el caso de las personas analfabetas, resulta admisible el reemplazo de la firma por el registro de la huella dactilar del paciente y/o su representante legal, según el caso.</p> <p>Tales situaciones excepcionales deberán encontrarse explícitamente descritas en el documento de carácter institucional exigido en el primer elemento medible de la característica DP 2.1</p>

<p>DP 2.1 AC</p>	<p><b>NÚMERO 52</b>  <b>Sobre si es necesario obtener consentimiento informado para los partos por vía vaginal y por ende incluirlo en las constataciones de esta característica.</b></p>
	<p>No constituye una exigencia del Estándar la constatación de dicho consentimiento. En todo caso, sí corresponde su constatación en el caso de las cesáreas.</p>
<p>DP 3.1  DP 3.1 APC  DP 3.1 SI  DP 3.1 SR  DP 3.1 SQ  DP 2.1 LC  DU 3.1 CTRAD</p>	<p><b>NÚMERO 53</b>  <b>Sobre la definición del concepto de “investigación en seres humanos”, para efectos de las actuales exigencias del Sistema de Acreditación.</b></p>
	<p>Considerando la Ley N° 20.584, sobre Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud, así como las disposiciones del “Reglamento sobre Investigación Científica en el ser humano, su genoma y prohibición de la clonación humana” (aprobado por el D.S. N° 114/2010/MINSAL), debe entenderse por investigación científica biomédica en seres humanos como <b>“toda investigación que implique una intervención física o psíquica o interacción con seres humanos, con el objetivo de mejorar la prevención, diagnóstico, tratamiento, manejo y rehabilitación de la salud de las personas o de incrementar el conocimiento biológico del ser humano. La investigación científica biomédica en seres humanos incluye el uso de material humano o de información disponible identificable”</b>.</p> <p>Para los efectos de las constataciones durante un proceso de acreditación no deben ser considerados como “investigación científica biomédica en seres humanos” aquellas actividades en las cuales se recolectan datos para procedimientos propios de la gestión sanitaria hospitalaria o de instituciones de salud (como, por ejemplo: vigilancia de infecciones intrahospitalarias, encuestas de satisfacción usuaria, etc.)</p>
<p>DP 3.1  DP 3.1 APC  DP 3.1 SI  DP 3.1 SR  DP 3.1 SQ  DU 3.1 CTRAD</p>	<p><b>NÚMERO 54</b>  <b>Sobre si cada prestador debe tener un Comité Ético Científico para cumplir esta característica.</b>  <b>MODIFICADA</b></p>
	<p>No. La exigencia consiste en que el prestador someta a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos en las que participa. Dicho Comité, por tanto, puede ser propio o externo al prestador.</p>

<p><b>DP 4.1 AA</b> <b>DU 4.1 CTRAD</b></p>	<p><b>NÚMERO 55</b> <b>Sobre si para el cumplimiento de esta característica, es suficiente que los convenios docentes asistenciales de los prestadores de Atención Abierta hayan sido firmados por una autoridad a nivel central tal como: Alcalde, Director Municipal de Salud, Director de red, entre otros.</b></p>
<p><b>DP 4.2</b> <b>DP 4.2 APC</b> <b>DP 4.2 SR</b> <b>DP 4.2 SQ</b> <b>DU 4.1 CTRAD</b></p>	<p><b>NÚMERO 56</b> <b>Sobre si para la constatación de que se ha ejecutado la evaluación periódica de esta característica son admisibles las evaluaciones realizadas por los centros formadores (resultados académicos o de supervisión).</b></p> <p>No son aceptables las evaluaciones académicas ni el resultado de las supervisiones definidas o efectuadas por los centros formadores. Los programas de supervisión a los que alude el Estándar de Acreditación son los que desarrolla el propio prestador para velar por que la actividad docente no afecte la seguridad ni los derechos de los pacientes y deben ser independientes de la supervisión que realice el centro formador.</p>
<p><b>DP 5.1</b> <b>DP 5.1 APC</b> <b>DP 5.1 SR</b> <b>DP 5.1 SQ</b> <b>DU 5.1 CTRAD</b></p>	<p><b>NÚMERO 57</b> <b>Sobre si para cumplir esta característica es necesario que cada prestador cuente con un Comité de Ética Asistencial.</b></p> <p>Atendido lo dispuesto en la Ley N° 20.584, sobre Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud y en el "Reglamento para la constitución y funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial", aprobado por el D.S. N°62, de 2013, las Entidades Acreditadoras deben constatar esta exigencia según lo señalado en el Artículo 2° de este Reglamento, el cual señala que los Comités de Ética Asistencial podrán constituirse en todos los prestadores institucionales, tanto públicos como privados, siendo obligatoria su creación en establecimientos de atención cerrada, hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud que hayan obtenido su reconocimiento como establecimientos de autogestión en red, establecimientos de salud de carácter experimental u otros que se clasifiquen como de alta complejidad o especialización.</p> <p>Los establecimientos que no cuenten con un Comité deberán adscribirse al Comité de otro prestador institucional que lo haya constituido.</p>

DP 5.1  
DP 5.1 APC  
DP 5.1 SR  
DP 5.1 SQ  
DU 5.1 CTRAD

**NÚMERO 58**  
**Sobre cómo deben constatar las Entidades Acreditadoras el cumplimiento de la exigencia de haber descrito en un documento de carácter institucional *“las situaciones que deben someterse a evaluación ética”*.**

Atendido lo dispuesto en la Ley N° 20.584, sobre Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud y en el “Reglamento para la constitución y funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial”, aprobado por el D.S. N°62, de 2013, esta Intendencia instruye a las Entidades Acreditadoras en el sentido que las situaciones que deben someterse a evaluación ética descritas en el documento de carácter institucional respectivo, a que se refiere el segundo elemento medible de esta característica deben ser al menos las que señala el Artículo 13 de dicho Reglamento:

“1.- En caso de duda del profesional tratante acerca de la competencia de la persona para adoptar una decisión autónoma, siempre que previamente se haya realizado una evaluación clínica integral que no hubiese logrado aclarar dicha duda.

“2.- En el caso que se estime que la decisión autónoma manifestada por la persona o su representante legal la expone a graves daños a su salud o a riesgo de morir, que serían evitables prudencialmente siguiendo los tratamientos indicados y siempre que el profesional tratante haya agotado todas las instancias de información que hubiesen permitido a la persona o a su representante alcanzar una decisión autónoma.

“3.- En el caso de una posible aplicación de alta forzosa por parte de la dirección del establecimiento, a propuesta del profesional tratante, cuando la persona expresare su voluntad de no ser tratada, de interrumpir el tratamiento, o se negare a cumplir las prescripciones del profesional tratante.

“4.- En el caso de personas con discapacidad psíquica o intelectual que no se encuentran en condiciones de manifestar su voluntad, respecto de las cuales se analice la posible indicación y aplicación de tratamientos invasivos de carácter irreversible, sin perjuicio de la aplicación de la reglamentación particular que regula la materia.”

## ÁMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

<b>CAL 1.1</b> <b>(todos los Estándares)</b>	<b>NÚMERO 59</b> <b>Sobre la condición profesional que debe constatar la Entidad Acreditadora en el profesional a cargo del Programa de Calidad a nivel institucional.</b>
	<p>El profesional a cargo del Programa de Calidad a nivel institucional debe poseer un título profesional universitario. En consecuencia, no es suficiente para el cumplimiento de esta exigencia la posesión de un título técnico.</p>
<b>CAL 1.2 AC</b> <b>CAL 1.2 APC</b>	<b>NÚMERO 60</b> <b>Sobre que atributos deben considerarse en las metas de calidad formuladas por el prestador de atención cerrada evaluado en la constatación de esta característica.</b>
	<p>Las metas de calidad deben haberse estructurado considerando que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deben ser coherentes con los objetivos del programa de calidad institucional;</li> <li>• Deben ser claramente formuladas y medibles;</li> <li>• Deben expresar un valor alcanzable;</li> <li>• Debe haberse definido un plazo para alcanzarlas.</li> </ul>

## ÁMBITO GESTIÓN CLÍNICA(GCL)

<b>GCL 1.1 AC</b>	<b>NÚMERO 61</b> <b>Sobre cómo evaluar el segundo y tercer elementos medibles de esta característica en el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, cuando todos los pabellones de un prestador institucional son de uso indiferenciado.</b>
	<p>En estos casos deben separarse las categorías de pacientes que son sometidos a cirugía: cirugía general en hospitalizados, cirugía mayor ambulatoria y cirugía gineco-obstétrica.</p>
<b>GCL 1.1</b> <b>GP 1.1 SI</b>	<b>NÚMERO 62</b> <b>Sobre el profesional que debe hacer la evaluación pre-anestésica y por ende figurar como tal en el registro pertinente.</b>
	<p>La evaluación pre-anestésica debe ser realizada por los profesionales que hayan sido definidos a esos efectos en el documento de carácter institucional que establece el procedimiento respectivo.</p>

<p><b>GCL 1.1</b> <b>GP 1.1 SI</b></p>	<p><b>NÚMERO 63</b> <b>Sobre la forma de constatar la participación de los profesionales en el procedimiento de evaluación pre-anestésica, a que se refieren el primer y cuarto elementos medibles de esta característica.</b></p> <p>El documento de carácter institucional a que se refiere el primer elemento medible de esta característica, debe describir explícitamente todo el procedimiento de evaluación pre-anestésica lo cual incluye la identificación en el registro (formulario papel o digital) correspondiente de quien la realizó.</p> <p>En aquellos casos en que el profesional que realizó la evaluación pre-anestésica sea diferente al profesional que otorga la anestesia, la Entidad deberá verificar que este último deja constancia que ha tomado conocimiento de dicha evaluación, lo cual debe encontrarse descrito en el documento que contiene el procedimiento de evaluación pre-anestésica.</p>
<p><b>GCL 1.1</b> <b>GP 1.1 SI</b></p>	<p><b>NÚMERO 64</b> <b>Sobre los atributos mínimos del formulario que da cuenta de la presencia de evaluación pre-anestésica, a fin de dar por cumplido el cuarto elemento medible de esta característica.</b></p> <p>La Entidad constatará como presencia de evaluación pre-anestésica el registro de los atributos mínimos que hayan sido definidos por el prestador para el formulario de dicha evaluación.</p> <p>En caso de que el documento no contenga una declaración explícita de los atributos que deben ser registrados en los formularios de las evaluaciones pre-anestésicas, la Entidad Acreditadora, constatará el cumplimiento del registro de todos los atributos que se contengan en el formulario de Evaluación Pre-anestésica.</p>
<p><b>GCL 1.1</b></p>	<p><b>NÚMERO 65</b> <b>Sobre qué procedimientos o intervenciones quirúrgicas deben considerarse en la constatación de esta característica.</b> <b>MODIFICADA</b></p> <p>La característica es aplicable a <b>todos los procedimientos e intervenciones quirúrgicas que se realicen en los puntos de verificación de la pauta de cotejo y que requieran de la utilización de anestesia regional y general, por ejemplo, se deben incluir aquellos procedimientos imagenológicos, endoscópicos, etc.</b> que hayan requerido anestesia ya sea regional o general y que se hayan realizado en alguno de los puntos de verificación que señala la característica.</p> <p>Para efectos de la asignación del puntaje el resultado de la evaluación se consignará en la columna del punto verificador Pabellón General ("PQ") en el Manual del Estándar de Acreditación para Prestadores de Atención Cerrada y en la columna del punto verificador Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria ("CMA") para el Manual para Prestadores de Atención Abierta.</p>

GCL 1.1	<p><b>NÚMERO 66</b>  <b>Sobre la aplicabilidad de esta característica en aquellos prestadores de atención cerrada o abierta que no cuentan con ninguno de los puntos de verificación señalados en la pauta de cotejo (Pabellón General, Pabellón Obs-Gine, Pabellón CMA), pero otorgan anestesia general o regional en otra dependencia, ejemplo: salas de procedimientos imagenológicos. <b>NUEVA</b></b></p> <p>Considerando que la no aplicabilidad de una característica está condicionada por la inexistencia de los puntos de verificación o que el prestador no otorgue la prestación y que en este caso efectivamente se otorga la prestación de anestesia regional o general, es que igualmente le es aplicable la exigencia.</p> <p>Para efectos de la asignación del puntaje el resultado de la evaluación se consignará en la columna del punto verificador Pabellón General ("PQ") en el Manual del Estándar de Acreditación para Prestadores de Atención Cerrada y en la columna del punto verificador Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria ("CMA") para el Manual para Prestadores de Atención Abierta.</p> <p><b><i>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que soliciten después de 6 meses de la dictación de la presente Circular.</i></b></p>
GCL 1.1 AC	<p><b>NÚMERO 67</b>  <b>Sobre si es necesario constatar la evaluación pre-anestésica realizada en los partos.</b></p> <p>Cuando en los partos se utilice alguna de las modalidades de anestesia a que hace referencia esta característica (regional, general), el prestador debe realizar la evaluación pre-anestésica y así será constatado por la Entidad Acreditadora.</p> <p>El resultado de la evaluación se consignará en la columna correspondiente al punto de verificación "PQ Obst-gine".</p>
GCL 1.2 AC GCL 1.3 AA	<p><b>NÚMERO 68</b>  <b>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.</b></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>

GCL 1.5 AC	<p><b>NÚMERO 69</b>  <b>Sobre cómo debe constatare la característica GCL 1.5 en el caso de prestadores de atención cerrada, cuyas Unidades de Pacientes Críticos (UPC) cuenten con camas indiferenciadas.</b></p> <p>El Glosario de Términos de los diferentes Manuales de Acreditación, señala que la UPC es aquella: "Estructura que reúne a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y a la Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI) de un establecimiento". En consecuencia, si en el prestador evaluado existen camas indiferenciadas en la UPC, es decir, que según la necesidad asistencial puede constituir una cama para paciente de cuidados intensivos (UCI) o de cuidados intermedios (UTI), la Entidad Acreditadora constatará que el prestador haya definido, en el documento de carácter institucional pertinente, los criterios de ingreso y egreso a cada Unidad (UTI y UCI médicas, quirúrgicas o cardiológicas, entre otras).</p>
GCL 1.5 AA	<p><b>NÚMERO 70</b>  <b>Sobre qué tipo de protocolo de reanimación cardiopulmonar(RCP) debe constatare en un prestador de atención abierta que cuenta con Pabellón de CMA y/o sala de procedimientos endoscópicos y/o Urgencias. <i>NUEVA</i></b></p> <p>En consideración a la relevancia de contar con adecuados protocolos de RCP en relación a las prestaciones de mayor riesgo, si el prestador de atención abierta cuenta con alguno de estos Puntos de Verificación: <b>Pabellón de CMA, sala de procedimientos endoscópicos y/o Urgencias, en ellos debe constatare la existencia de un protocolo de reanimación cardiopulmonar avanzada.</b></p> <p><i>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que soliciten después de 6 meses de la dictación de la presente Circular.</i></p>
GCL 1.8 AC GCL 1.7 AA GCL 1.1 SQ GCL 1.4 SR	<p><b>NÚMERO 71</b>  <b>Sobre en cuales prestadores institucionales deben existir o en su defecto tener acceso a un Comité Oncológico Médico.</b></p> <p>Debe existir o tener acceso a un Comité Oncológico Médico, en todos aquellos prestadores institucionales, en los cuáles se adopten decisiones sobre el tratamiento oncológico ya sea médico y/o quirúrgico de pacientes hospitalizados o ambulatorios.</p>

<p>GCL 1.7 AC GCL 1.6 CD</p>	<p><b>NÚMERO 72</b>  <b>Sobre la aplicabilidad de esta característica en aquellos prestadores que indican transfusiones a sus pacientes, pero los derivan a otro prestador para realizar el procedimiento de transfusión. <i>NUEVA</i></b></p> <p>En consideración a la relevancia que para la seguridad de los pacientes tiene la estandarización de los criterios de indicación médica, cuyo propósito es evitar transfusiones innecesarias, en el caso de que el prestador derive sus pacientes a un tercero para la administración de la transfusión, <b>igualmente le es aplicable esta exigencia.</b></p> <p>La derivación conlleva un criterio clínico de indicación de transfusión, criterio que el prestador debe evidenciar a la Entidad Acreditadora, para la constatación de esta característica.</p> <p><i><b>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación de prestadores de atención cerrada, que se soliciten después de 6 meses de la dictación de la presente Circular.</b></i></p>
<p>GCL 1.6 AA</p>	<p><b>NÚMERO 73</b>  <b>Sobre la aplicabilidad de esta característica en aquellos prestadores de atención abierta que indican transfusiones a sus pacientes, pero los derivan a otro prestador para realizar el procedimiento de transfusión. <i>NUEVA</i></b></p> <p>Si el prestador de atención abierta indica transfusiones a sus pacientes en alguno de los siguientes puntos de verificación: Urgencias, Pabellón de CMA, Unidad de Diálisis, Unidad de Quimioterapia, le es aplicable la exigencia en consideración a la relevancia de la estandarización de dicha indicación en estos contextos clínicos.</p> <p><i><b>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que soliciten después de 6 meses de la dictación de la presente Circular.</b></i></p>
<p>GCL 1.9 AC</p>	<p><b>NÚMERO 74</b>  <b>Sobre si el documento(s) de carácter institucional de las medidas de prevención de caídas exigido en la característica GCL 2.2 del Estándar de Acreditación para prestadores de atención cerrada, puede ser suficiente para cumplir con los requisitos del procedimiento de contención física de pacientes en agitación psicomotora. <i>MODIFICADA</i></b></p> <p><b>No, ambas características tienen asociadas objetivos distintos</b>, por cuanto, para GCL 1.9 de AC el procedimiento de contención física de pacientes en agitación psicomotora debe estar dirigido explícitamente a las medidas de prevención para evitar los eventos adversos asociados a dicha contención.</p>

<p><b>GCL 1.10 AC</b></p>	<p><b>NÚMERO 75</b>  <b>Sobre a cuáles prestadores institucionales de salud les es aplicable, y por ende constatable, la característica GCL 1.10 AC.</b></p> <p>La característica GCL 1.10 AC, será constatable por la Entidad Acreditadora en todo prestador que cuente con pacientes hospitalizados. Lo anterior, debido a que los criterios de derivación y egreso de pacientes con intento de suicidio pueden ser aplicables a cualquier paciente que se encuentre hospitalizado, independiente de su diagnóstico de ingreso.</p>
<p><b>GCL 1.11 AC</b>  <b>GCL 1.8 AA</b></p>	<p><b>NÚMERO 76</b>  <b>Sobre la aplicabilidad de las características GCL 1.11 AC y GCL 1.8 AA, en aquellos prestadores que no cuentan con ningún tipo de pabellón quirúrgico, pero poseen "Salas de Procedimientos" (no de procedimientos endoscópicos) en las cuales se obtienen biopsias.</b>  <b>MODIFICADA</b></p> <p>En consideración a la relevancia que, para la seguridad de la atención de los pacientes posee la implementación de un sistema de trazabilidad de las muestras, independiente del lugar físico donde sean obtenidas, en el caso de aquellos prestadores que no cuentan con "Pabellón Quirúrgico", pero obtienen biopsias en "Salas de procedimientos" (que no constituyan "Salas de Procedimientos Endoscópicos"), la Entidad Acreditadora constatará el cumplimiento de las características GCL 1.11 en AC y GCL 1.8 en AA. En tales casos, el puntaje de la evaluación será asignado en la columna correspondiente, en los puntos de verificación "PQ" en Atención Cerrada y "Pabellón de Cirugía Menor" en Atención Abierta.</p> <p>En este caso, además, son aplicables las características <b>GCL 2.3 AC y 2.2 AA (vigilancia de eventos adversos)</b>, AOC 1.3 AC y 1.2 AA (notificación de resultados críticos), APA 1.1 (compra de servicios de Anatomía Patológica) y APA 1.2 (etapa pre-analítica).</p>
<p><b>GCL 1.11 AC</b>  <b>GCL 1.8 AA</b></p>	<p><b>NÚMERO 77</b>  <b>Sobre la aplicabilidad de la característica GCL 1.11 AC y 1.8 AA en prestadores que no poseen ninguno de los puntos verificadores señalados en la característica, ni tampoco "salas de procedimientos", sin embargo, obtienen muestras de biopsias.</b></p> <p>En tales casos al prestador sólo le es aplicable el primer elemento medible de dicha característica, donde deberán ser considerados los diversos tipos de muestras de biopsias.</p> <p>La Entidad Acreditadora deberá efectuar la constatación donde el prestador evaluado determine, por ejemplo: Gerencia o Dirección del Prestador, Unidad de Calidad y consignarlo en la columna correspondiente a "APA" u "Anatomía Patológica".</p>

<p><b>GCL 1.11 AC</b></p>	<p><b>NÚMERO 78</b>  <b>Sobre la aplicabilidad de esta característica en aquellos prestadores institucionales de atención cerrada que no poseen otros pabellones más que el de cirugía menor y en el cual se obtienen muestras de biopsias.</b></p> <p>Considerando la importancia que, para la seguridad de la atención de los pacientes, posee la trazabilidad de las muestras de biopsias, en el caso de aquellos prestadores que no cuentan con otro pabellón que no sea el de cirugía menor, y en el cual se obtienen muestras de biopsias, la Entidad constatará la exigencia de la característica GCL 1.11 en el pabellón de cirugía menor. En estos casos, la Entidad asignará el puntaje de su evaluación en la columna correspondiente al punto de verificación "PQ".</p>
<p><b>GCL 1.11 AC</b>  <b>GCL 1.8 AA</b></p>	<p><b>NÚMERO 79</b>  <b>Sobre las exigencias que el primer elemento medible de estas características formula a los contenidos del documento de carácter institucional, en lo relativo al "registro rotulación, traslado y recepción de biopsias.</b></p> <p>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, incluyendo en él, los relativos a las fases pre-analítica, analítica y post analítica.</p> <p>Cuando se verifique la existencia de un documento de carácter institucional que describe el registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias, la Entidad podrá considerar que en el documento se haga referencia a los procedimientos de las fases pre-analítica, analítica y post-analítica que se encuentran descritos en los protocolos que dan cumplimiento a las características APA 1.2 y APA 1.3. Los prestadores institucionales deberán contar en los puntos de verificación con todos los documentos que den cumplimiento a la característica.</p>
<p><b>GCL 1.11 AC</b>  <b>GCL 1.8 AA</b></p>	<p><b>NÚMERO 80</b>  <b>Sobre el trayecto que será evaluado al constatar la trazabilidad de las muestras de biopsias, para dar por cumplido el Segundo Elemento Medible de estas características.</b></p> <p>La constatación de la trazabilidad abarcará 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.</p>

<p><b>GCL 1.11 AC</b> <b>GCL 1.8 AA</b></p>	<p><b>NÚMERO 81</b> <b>Sobre si para dar por cumplidas estas características, 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.</b></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, 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.</p>
<p><b>GCL 1.11 AC</b> <b>GCL 1.8 AA</b></p>	<p><b>NÚMERO 82</b> <b>Sobre si para los efectos de las actuales exigencias del Sistema de Acreditación contenidas en las características GCL 1.11 AC y 1.8 AA, relativas a la trazabilidad de las muestras de biopsias, resulta admisible que la Entidad Acreditadora valide la trazabilidad en aquellos casos en que ella se interrumpa por una causa administrativa (ejemplo: no pago de la prestación), siendo las muestras no analizadas y/o eliminadas.</b></p> <p>Atendiendo que, para la seguridad de los pacientes, resulta fundamental asegurar la trazabilidad de las muestras de biopsias, y dada la imposibilidad en algunos casos, de obtener nuevas muestras en el evento que éstas no sean procesadas, será admisible que la Entidad valide la trazabilidad de la muestra, aunque no conste el informe del resultado de su análisis 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 no conste que fue informado del examen, sólo en los casos en que la interrupción de dicha trazabilidad ocurra por causas técnicas relacionadas estrictamente a los procesos pre, post y analítico, como por ejemplo, en el caso de rechazo de la muestra por el Servicio de Anatomía Patológica, por no cumplir ella con los criterios técnicos establecidos para su debido procesamiento.</p> <p>Por tanto, la Entidad no podrá validar la interrupción de la trazabilidad en aquellos casos en que las muestras no son trazadas hasta el final del proceso por causas administrativas como el no pago de la prestación asociada a su análisis.</p>

<p><b>GCL 1.11 AC</b> <b>GCL 1.8 AA</b></p>	<p><b>NÚMERO 83</b> <b>Sobre si con posterioridad a la entrega del informe del resultado de biopsias o incorporación de éste en la Ficha Clínica, es objeto de constatación el destino que se da a los respaldos de las mismas (láminas, tacos) para efectos de evaluar la trazabilidad de las muestras de biopsias.</b></p> <p>La evaluación de la trazabilidad de las muestras de biopsias concluye con la entrega del informe o la incorporación de éste a la ficha clínica. Por tanto, el destino que se dé a los respaldos, no es objeto de evaluación de la trazabilidad de las biopsias.</p>
<p><b>GCL 1.11 AC</b> <b>GCL 1.8 AA</b></p>	<p><b>NÚMERO 84</b> <b>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.</b></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 comúnmente utilizado, debe aclararse lo siguiente:</p> <p>a) Para los efectos del Sistema de Acreditación sólo serán objeto de constatación las muestras citológicas que se extraen con la finalidad de ser analizadas por Laboratorios de Anatomía Patológica.</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 efectuará su actividad de constatación, en los puntos de verificación que señala la Pauta de Cotejo.</p>
<p><b>GCL 1.11 AC</b> <b>GCL 1.8 AA</b></p>	<p><b>NÚMERO 85</b> <b>Sobre si las muestras obtenidas en prestaciones de procuramiento de órganos y tejidos, Banco de tejido y Banco de células madres deben considerarse como muestras de biopsias para efectos de la constatación por parte de la Entidad Acreditadora.</b></p> <p>No deben ser consideradas como biopsias para los efectos del Sistema de Acreditación.</p>

<p><b>GCL 1.12 AC</b></p>	<p><b>NÚMERO 86</b>  <b>En qué punto de verificación de la pauta de cotejo debe consignarse el cumplimiento de la exigencia relativa a la identificación en los recién nacidos sanos.</b></p> <p>La identificación de los recién nacidos sanos debe incluirse en la constatación, tal como se señala en el primer elemento medible de la característica GCL 1.12. Los recién nacidos sanos pueden encontrarse en diversos espacios asistenciales, lo que varía según la organización de cada prestador, independientemente de donde sea constatada la característica GCL 1.12 en los recién nacidos sanos, el puntaje deberá ser consignado en la columna del punto de verificación "Neo".</p>
<p><b>GCL 1.12 AC</b>  <b>GCL 1.9 AA</b>  <b>GCL 1.5 APC</b></p>	<p><b>NÚMERO 87</b>  <b>Sobre como constatar el cuarto elemento medible relativo a la identificación de los pacientes.</b></p> <p>La identificación de los pacientes deberá constatarse en <b>instrumentos que figuren en el paciente y no solo en su entorno</b> (ejemplo: brazaletes de identificación en muñeca u otra localización), de modo que se asegure que, en cualquier circunstancia dicho paciente resulte identificable.</p> <p>En caso que la Entidad constatare que la identificación no figura en el paciente, deberá cerciorarse que dicho caso corresponde a una situación excepcional, atendiendo a una determinada condición clínica que impida que dicha identificación conste en el paciente (como podría ser en el caso de algunos pacientes psiquiátricos o grandes quemados). Dicha situación deberá figurar en el documento institucional que describa el procedimiento de identificación de pacientes del Prestador exigido en el primer elemento medible.</p>
<p><b>GCL 1.12 AC</b>  <b>GCL 1.5 APC</b></p>	<p><b>NÚMERO 88</b>  <b>Sobre si, para evaluar el cumplimiento del cuarto elemento medible de estas características, se deben evaluar sólo los tipos de pacientes señalados en el primer elemento medible, o si, además, deben evaluarse las restantes categorías de pacientes que haya definido el prestador en su documento de carácter institucional.</b></p> <p>Si un prestador establece que identificará categorías de pacientes adicionales a las establecidas en el Estándar, se debe evaluar si ha cumplido o no con ello. En consecuencia, todas las categorías de pacientes serán constatadas por la Entidad Acreditadora, en los puntos de verificación que contiene la pauta de cotejo y que le son aplicables al prestador.</p>
<p><b>GCL 1.13 AC</b>  <b>GCL 1.4 AA</b></p>	<p><b>NÚMERO 89</b>  <b>Sobre la aplicabilidad de esta característica en un prestador que no tiene un policlínico de anticoagulantes orales.</b></p> <p>Las Entidades Acreditadoras deberán aplicar esta característica en la evaluación de todos los prestadores institucionales en los que se maneje TACO de manera ambulatoria, tengan o no un policlínico específico para ello.</p>

<p><b>GCL 1.2 AC</b> <b>GCL 1.3 AA</b></p>	<p><b>NÚMERO 90</b> <b>Sobre la aplicabilidad de esta característica en aquellos procedimientos realizados en hospitalización domiciliaria y/o atención domiciliaria.</b></p> <p>Las exigencias de estas características, no son constatables en las prestaciones realizadas en hospitalización domiciliaria o atención en el domicilio del paciente.</p>
<p><b>GCL 1.3</b></p>	<p><b>NÚMERO 91</b> <b>Sobre si en la constatación del cuarto elemento medible de esta característica deben considerarse los partos vaginales.</b></p> <p>El cuarto elemento medible de GCL 1.3 se encuentra orientado a la evaluación y manejo del dolor agudo en pacientes quirúrgicos, por lo tanto, no es constatable en las pacientes que han tenido un parto vaginal.</p>
<p><b>GCL 2.1 AA</b></p>	<p><b>NÚMERO 92</b> <b>Sobre si en la característica GCL 2.1 del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, relativa a la prevención de eventos adversos asociados a cirugía mayor ambulatoria, resultan aplicables el segundo y tercer elementos medibles en el punto de verificación “Dirección o Gerencia del prestador”.</b></p> <p>Por un error de transcripción el punto verificador “Dirección o Gerencia del prestador” en los Elementos Medibles Segundo y Tercero no se encuentra achurado, en circunstancias que es evidente que no resultan aplicables las exigencias de dichos Elementos Medibles en el antedicho punto de verificación.</p>
<p><b>GCL 2.3 AC</b> <b>GLC 2.2 AA</b> <b>GCL 2.3 APC</b> <b>GCL 2.1 CD</b> <b>GP 2.1 SI</b> <b>GCL 2.1 SR</b> <b>GCL 2.2 SQ</b> <b>GCL2.1 CTRAD</b></p>	<p><b>NÚMERO 93</b> <b>Sobre si es admisible que el análisis de los eventos centinelas se efectúe de manera centralizada en el prestador evaluado.</b></p> <p>Debe señalarse que el objetivo de este componente (GCL-2), es prevenir y vigilar la ocurrencia de eventos adversos, con el objeto que se aprenda de ellos, en especial sobre su prevención.</p> <p>Si bien es posible que el análisis de eventos centinela se realice de manera centralizada, la exigencia contenida en el tercer elemento medible de esta característica sólo se podrá constatar cómo cumplida si el prestador evaluado demuestra que en dicho análisis participan los jefes y profesionales del o los Servicios donde el evento ocurrió, de modo que los resultados de estos análisis se encuentran en conocimiento del personal de dichas Unidades. Es por ello que la constatación del análisis de eventos centinela se realiza en cada uno de los Servicios y Unidades Clínicas que se comprenden en la Pauta de Cotejo para esta característica.</p>

<p>GCL 2.3 AC GCL 2.2 AA GCL 2.3 APC GCL2.1 CTRAD</p>	<p><b>NÚMERO 94</b> <b>Sobre la aplicabilidad de las características relativas a la vigilancia de los eventos adversos asociados a la atención, cuando el prestador ha externalizado las prestaciones relativas a alguno de los puntos de verificación de estas características, pero participa en parte del proceso. <i>NUEVA</i></b></p> <p>En el caso que el prestador haya externalizado parte de las prestaciones relativas a los puntos de verificación que figuran en las respectivas pautas de cotejo, la característica que exige la vigilancia de los eventos adversos en dichos puntos le es igualmente aplicable al prestador evaluado, considerando que la vigilancia de eventos adversos constituye uno de los pilares fundamentales de la seguridad asistencial. Ejemplo: Si el prestador carece de Anatomía Patológica, pero obtiene biopsias que luego son derivadas a un tercero para su procesamiento y análisis, corresponderá que realice la vigilancia de eventos adversos en el punto de verificación "APA", como podría ser el extravío de la biopsia.</p> <p><b><i>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que soliciten después de 6 meses de la dictación de la presente Circular.</i></b></p>
<p>GCL 3.1 AC</p>	<p><b>NÚMERO 95</b> <b>Sobre si para dar cumplimiento del segundo elemento medible de la característica GCL 3.1, el profesional no médico, que allí se refiere, solo puede ser Enfermera(o).</b></p> <p>La exigencia del segundo elemento medible de la característica GCL 3.1 AC debe entenderse en correspondencia con lo dispuesto en el "Componente GCL 3" del Ámbito de Gestión Clínica: <i>"el prestador ejecuta un Programa de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) de acuerdo a orientaciones técnicas vigentes del MINSAL"</i>.</p> <p>Actualmente tales orientaciones se contienen en la Norma Técnica N° 124, sobre "Programas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)", aprobada por el Decreto Exento N° 350, de 2011, del Ministerio de Salud, y de conformidad con lo dispuesto en el literal a.2 de su numeral 1.5, para el ejercicio de la función de Encargado(a) del Programa de IAAS, en el caso del personal no médico solo resulta admisible designar a un(a) profesional de la Enfermería.</p>

<p>GCL 3.3 AC GCL 3.2 AA GCL 3.2 CD GCL 3.2 APC GP 1.7 SI GP 1.6 LC GCL 3.2 QT</p>	<p><b>NÚMERO 96</b> <b>Sobre si para el cumplimiento del segundo elemento medible debe establecerse más de un indicador y umbrales de cumplimiento por cada punto de verificación.</b></p> <p>Para determinar el cumplimiento de dicho elemento medible basta con la definición de un indicador y umbral de cumplimiento por cada punto de verificación, el cual podría ser transversal a todos ellos, siempre que sea pertinente al punto de verificación respectivo.</p>
<p>GCL 3.3 AC GCL 3.2 AA GCL 3.2 CD</p>	<p><b>NÚMERO 97</b> <b>Sobre a qué tipo de catéteres vasculares se refiere la exigencia del primer elemento medible de esta característica.</b></p> <p>En este caso deben considerarse para la constatación todos los tipos de catéteres: tanto centrales como periféricos, atendiendo las definiciones contenidas en la Norma Técnica N°124 de 2012 (MINSAL).</p>
<p>GCL 3.2 AC GCL 3.1 AA</p>	<p><b>NÚMERO 98</b> <b>Sobre el indicador y evaluación periódica de vigilancia de infección de herida operatoria que debe constatarse en aquellos prestadores que no realizan ninguna de las cirugías que forman parte de los indicadores de referencia nacional (Norma Técnica N°124 de 2012), pero realizan cirugías mayores.</b></p> <p>En este caso el prestador debe definir el indicador a vigilar según su contexto asistencial y epidemiológico (tipo de cirugías realizadas, riesgo de infección, etc.), ya que el que no realice ninguna de las cirugías que figuran en los indicadores de referencia nacional establecidos por el MINSAL, no lo exime de realizar la vigilancia de la infección de la herida operatoria en cirugías mayores.</p>
<p><b>ÁMBITO ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)</b></p>	
<p>AOC 1.1 AOC 1.1 APC AOC 1.1 LC AOC 1.1 CD AOC 1.1 SI AOC 1.1 SR AOC 1.1 SQ AOC 1.1 CTRAD</p>	<p><b>NÚMERO 99</b> <b>Sobre que con qué detalle constatará la Entidad Acreditadora en las entrevistas el procedimiento definido para el caso que ocurra una emergencia con riesgo vital dentro de la institución: Qué y cuánto del procedimiento se debe consultar, y si pueden haber diferencias de roles, según los diversos tipos de personal entrevistado del establecimiento evaluado (profesionales, técnicos, administrativos y otros).</b></p> <p>Se debe consultar sobre el conocimiento que se tenga del procedimiento en general, sobre el papel específico que cumple en él la persona a quien se está entrevistando y sobre las responsabilidades que tiene asignadas según ese procedimiento. Por lo tanto, puede haber diferencias en las respuestas de los distintos tipos de personal entrevistado (profesionales, técnicos, administrativos u otros), de acuerdo a los roles y responsabilidades que les han sido asignados.</p>

<p><b>AOC 1.1</b>  <b>AOC 1.1 APC</b>  <b>AOC 1.1 LC</b>  <b>AOC 1.1 CD</b>  <b>AOC 1.1 SI</b>  <b>AOC 1.1 SR</b>  <b>AOC 1.1 SQ</b>  <b>AOC 1.1</b>  <b>CTRAD</b></p>	<p><b>NÚMERO 100</b>  <b>Sobre si de las exigencias establecidas por esta característica se deduce el deber de capacitar en reanimación cardiopulmonar a todo el personal que atiende pacientes directamente, y si ello es aplicable también al personal administrativo.</b></p> <p>El personal debe conocer el procedimiento en general y, específicamente, las funciones que tiene asignadas de acuerdo a él. Por tanto, para cierto personal puede limitarse, por ejemplo, a que sepan a quién deben llamar en caso de una emergencia, si deben activar algún tipo de señal de alarma (ej. código azul) o a conocer las medidas básicas que deben adoptar frente a un paciente que sufre una emergencia.</p> <p>En todo caso, se aclara que realizar capacitación en reanimación cardiopulmonar al personal administrativo no es una exigencia de los Estándares de Acreditación, lo que no impide que la institución la realice si lo estima pertinente.</p>
<p><b>AOC 1.1 AC</b></p>	<p><b>NÚMERO 101</b>  <b>Sobre si resulta aplicable el punto verificador “Procedimientos Endoscópicos”, de la Característica AOC 1.1, cuando tales procedimientos se realizan únicamente al interior del pabellón quirúrgico.</b></p> <p>La intención de esta exigencia es proveer atención oportuna en caso de emergencia, principalmente en aquellos lugares que por sus características pueden no contar con los requerimientos para otorgarla. Considerando que el Pabellón Quirúrgico sí cuenta con dichas particularidades, es que, en el caso que los procedimientos endoscópicos se realicen exclusivamente en tales pabellones, no resulta aplicable el punto verificador “PRO Endoscópicos” de esta característica.</p>
<p><b>AOC 1.2 AC</b></p>	<p><b>NÚMERO 102</b>  <b>Sobre si se debe constatar la categorización de pacientes en Servicio de Urgencia Obstétrica.</b></p> <p>La constatación del punto de verificación “Urgencia” debe considerar los diversos tipos de pacientes que acuden a ella. Por ello si el prestador cuenta con, u otorga atenciones de urgencia gineco-obstétrica, dichos pacientes deben incluirse en la categorización que exige la característica AOC 1.2.</p>
<p><b>AOC 1.2 AC</b></p>	<p><b>NÚMERO 103</b>  <b>Sobre si el sistema de priorización de urgencia puede ser realizado por personal administrativo.</b></p> <p>El sistema de priorización de urgencia debe operar con personal de salud, ya sea técnicos o profesionales habilitados para el ejercicio de sus respectivas profesiones, entendiendo que son ellos quienes cuentan con las competencias para realizar tal priorización.</p>

<p>AOC 1.3 AC AOC 1.2 AA AOC 1.3 SI AOC 1.3 LC</p>	<p><b>NÚMERO 104</b> <b>Sobre la aplicabilidad de esta característica en una evaluación, cuando en el prestador institucional se han externalizado los servicios relativos a exámenes diagnósticos.</b></p>
	<p>Las Entidades Acreditadoras no podrán declarar inaplicable esta característica en la evaluación de un prestador, cuando en ese prestador se hayan externalizado los servicios relativos a exámenes diagnósticos. La responsabilidad de notificar las situaciones de riesgo detectadas a través de exámenes diagnósticos en las áreas de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología cuya ejecución fue ordenada por profesionales del prestador institucional que está siendo evaluado, es de dicho prestador, independientemente de dónde se hayan procesado los exámenes.</p>
<p>AOC 1.3 AC</p>	<p><b>NÚMERO 105</b> <b>Sobre si esta característica es aplicable a las Unidades de Centros de Sangre que tienen en sus dependencias áreas técnicas de Laboratorio Clínico.</b></p>
	<p>Si el prestador ha definido que la notificación de resultados críticos de exámenes de áreas técnicas del Laboratorio Clínico que se realizan en el Centro de Sangre se efectúen en dicho centro, entonces la constatación se realizará en el Centro de Sangre y los resultados de tales constataciones deben consignarse, junto con los propios del Laboratorio Clínico, en la columna APL de la Pauta de Cotejo.</p>
<p>AOC 1.3 AC AOC 1.2 AA AOC 1.3 SI AOC 1.3 LC</p>	<p><b>NÚMERO 106</b> <b>Sobre la constatación del elemento medible de esta característica referente a “registro de notificaciones realizadas”. <i>NUEVA</i></b></p> <p>En consideración a que el enunciado de esta característica señala que el objetivo es que el prestador que desee acreditarse, establezca procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo detectadas a través de exámenes diagnósticos, es que en el cuarto elemento medible, el cual solicita constatar registro de notificaciones realizadas, la Entidad Acreditadora deberá verificar que se cumpla lo señalado en el documento institucional respecto a la notificación, entre ellos la oportunidad (plazo establecido de notificación).</p> <p><b><i>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que soliciten después de 6 meses de la dictación de la presente Circular.</i></b></p>

AOC 2.1 AC	<p><b>NÚMERO 107</b>  <b>Sobre a cuáles prestadores les aplica la característica AOC 2.1, considerando que en la versión impresa del Manual del Estándar General para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, se incluye una nota que restringe su aplicación sólo a las instituciones que no disponen de Unidades de Pacientes Críticos.</b></p> <p>La nota al pie, contenida en la versión de dicho Manual impresa por la Superintendencia de Salud, constituye un error de transcripción, toda vez que dicha nota no existe en el Manual oficialmente aprobado por el Decreto Exento N° 18, de 2009, del Ministerio de Salud.  Por tanto, debe aclararse que la Característica AOC 2.1 aplica a todos los prestadores de atención cerrada, independientemente de su complejidad.</p>
AOC 2.2 AC AOC 2.2 APC AOC2.3CTRAD	<p><b>NÚMERO 108</b>  <b>Sobre cómo se constata la característica AOC 2.2 relativa a la entrega de turnos.</b></p> <p>Por parte del prestador se debe demostrar que la entrega de turno se hace por escrito, utilizando registros, tales como hojas de entrega de turnos, hojas de enfermería, libros de novedades u otros equivalentes, o por medios electrónicos. Dichos registros escritos deben informar sobre las condiciones relevantes de los pacientes relacionados con su seguridad.</p>
<b>ÁMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)</b>	
RH 1.1 RH 1.2 (todos los Estándares)	<p><b>NÚMERO 109</b>  <b>Sobre la forma cómo se constata el cumplimiento de esta característica, relativa a la habilitación legal de profesionales y técnicos para ejercer sus respectivas profesiones (salvo el caso de los Técnicos Paramédicos, que son tratados en el número siguiente). <i>MODIFICADA</i></b></p> <p>La Entidad Acreditadora verificará tales habilitaciones mediante el uso del Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud (RNPIS) de la Superintendencia de Salud, dejando constancia de ello.</p> <p><b>En la situación excepcional que el profesional se encuentre habilitado, pero con su solicitud de inscripción en el RNPIS en trámite, la Entidad Acreditadora deberá constatar el certificado de inscripción en trámite y los siguientes documentos según el caso:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Certificado de registro del título en el Ministerio de Relaciones Exteriores o en el Ministerio de Educación, en los casos que los tratados internacionales así lo autoricen.</li> <li>2) Resolución de la SEREMI de Salud correspondiente, que autoriza la habilitación, en virtud del artículo 112 del Código Sanitario, cuando el profesional posea un título obtenido en el extranjero</li> </ol>

	<p>3) Certificado de aprobación de EUNACOM para los profesionales médicos (tanto para los profesionales que se desempeñen en el sector público como en el privado)</p> <p>4) Certificado de la especialidad médica otorgado en Chile por una Entidad Certificadora autorizada por el MINSAL (ej: CONACEM), en el caso de especialidades obtenidas en el extranjero, atendida la Ley 20.985 de 2017 MINSAL (exclusivamente para profesionales que se desempeñen en el sector público).</p> <p>Los certificados y resoluciones antes referidos deben constar en documentos originales o ser copia fiel de su original, esto es ante notario público, ministro de fe del organismo público que emite el certificado, o ante el ministro de fe del Prestador Institucional público evaluado que cuenta con la autorización para ejercer tales funciones.</p> <p><b>Observación: La instrucción <u>antes señalada</u> entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación, que se soliciten después de 6 meses de la dictación de la presente Circular.</b></p> <p><b>Adicionalmente en aquellos casos excepcionales de profesionales médicos titulados en el extranjero que no cuenten con la aprobación del EUNACOM y que hayan sido contratados por los Servicios de Salud o por las Municipalidades en situación de escasez de médicos, la Entidad Acreditadora deberá proceder según lo instruido en la Circular IP N°42 de 15 de enero de 2020, la que entró en vigencia con su notificación.</b></p>
<p><b>RH 1.2</b> <b>(todos los Estándares)</b></p>	<p><b>NÚMERO 110</b> <b>Sobre la forma en que se constata el cumplimiento de esta característica, tratándose de los Auxiliares Paramédicos y Auxiliares de Enfermería. MODIFICADA</b></p> <p>La Entidad Acreditadora verificará tales habilitaciones mediante el uso del Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud (RNPIS) de la Superintendencia de Salud, dejando constancia de ello.</p> <p><b>En el caso excepcional de que el auxiliar no figure inscrito en el RNPIS. La Entidad Acreditadora deberá consignar en el informe respectivo el fundamento de aquello, pudiendo constatar en este caso los siguientes documentos:</b></p> <p><b>1) Certificados de competencias emitidos por la Autoridad Sanitaria Regional respectiva</b> <b>2) Resolución habilitante de la Autoridad Sanitaria</b></p> <p>Los certificados y resoluciones antes referidos deben constar en documentos originales o ser copia fiel de su original, esto es, autenticada ante Notario Público o por funcionario público del organismo que emite el documento (Ej.: SEREMI de Salud) o por el ministro de fe del prestador</p>

	<p>institucional de salud público debidamente autorizado para ejercer tales funciones. (Dictamen N°65430 de 2013, de la Contraloría General de la República).</p> <p><b>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación, que se soliciten después de 6 meses de la dictación de la presente Circular.</b></p>
<b>RH 1.2 CTRAD</b>	<p><b>NUMERO 111</b>  <b>Sobre cómo se constata la habilitación legal de los Asistentes o Trabajadores Sociales que se desempeñan en los “Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas”. <i>NUEVA</i></b></p> <p>Dicha constatación se debe efectuar mediante el <b>respectivo certificado de título profesional de Asistente o Trabajador Sociales</b>, en su original o copia del original, esto es, certificada ante Notario Público.</p>
<b>RH 1.1 RH 1.2 (todos los Estándares)</b>	<p><b>NÚMERO 112</b>  <b>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</b></p> <p>Las certificaciones de los Ministros de Fe de los prestadores institucionales públicos, debidamente instituidos como tales, sobre la autenticidad de documentos que atestiguan la habilitación profesional de funcionarios que en ellos se desempeñan para fines de su nombramiento o contratación, 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.  Esto en concordancia con lo determinado en el Dictamen N° 65430 de 2013 de la Contraloría General de la República.</p>
<b>RH 1.2 (todos los Estándares)</b>	<p><b>NÚMERO 113</b>  <b>Sobre cómo deben ser evaluados, en los procesos de acreditación, los profesionales y técnicos, que pertenecen a profesiones diversas a las señaladas en los elementos medibles de la característica RH 1.2 de los diferentes Estándares de Acreditación, tales como Bacteriólogos, Fisioterapeutas, Podólogos, Arsenaleras u otros.</b></p> <p>En el Ámbito de Recursos Humanos de los Estándares del Sistema de Acreditación sólo son materia de constatación por las Entidades</p>

	<p>Acreditadoras las certificaciones de las habilitaciones legales relativas a las profesiones que se señalan expresamente en los Elementos Medibles de las características RH 1.1 y RH 1.2. Por tanto, respecto de los demás profesionales o técnicos que poseen títulos o habilitaciones no considerados en dichos elementos medibles, como es el caso de los Bacteriólogos, Fisioterapeutas, Podólogos, arsenaleras u otros, no resultan aplicables a su respecto las constataciones que exigen dichos elementos medibles.</p>
<p><b>RH 1.1 RH 1.2 (todos los Estándares)</b></p>	<p><b>NÚMERO 114</b> <b>Sobre cómo se evalúa el recurso humano cuando existe un decreto de emergencia o de alerta sanitaria vigente</b></p> <p>Los estudiantes y demás recursos humanos que se encontrasen en las condiciones que señale el Decreto de Emergencia o Alerta Sanitaria dictado por el Ministerio de Salud, se encuentran legalmente habilitados sólo para ejercer las funciones asistenciales que les señale expresamente dicho Decreto, debiendo la Entidad Acreditadora constatar que se cumplan las condiciones que dicho Decreto haya señalado, para cada caso.</p>
<p><b>RH 1.1 RH 1.2 RH 1.3 (todos los Estándares)</b></p>	<p><b>NÚMERO 115</b> <b>Sobre el lugar o punto de verificación de los elementos medibles de estas tres características, cuando el prestador evaluado pertenece a una red de prestadores de salud.</b></p> <p>Las Entidades Acreditadoras deben constatar todas las características del Manual del Estándar de Acreditación en el recinto del prestador evaluado y en el Punto de Verificación que indique en la respectiva Pauta de Cotejo. En consecuencia, los certificados de títulos habilitantes deben estar accesibles para la Entidad Acreditadora, en el prestador evaluado, independientemente que el establecimiento pertenezca a una red de prestadores de salud.</p>
<p><b>RH 1.1 RH 1.2 (todos los Estándares)</b></p>	<p><b>NÚMERO 116</b> <b>Sobre cómo establecer la distinción entre las categorías de personal transitorio o permanente del prestador.</b></p> <p>De conformidad con las definiciones contenidas en los "Glosarios" de los respectivos Manuales de acreditación, para los efectos del sistema de acreditación, se entiende por:</p> <p>"Personal que cumple funciones permanentes", "al personal que ha sido contratado a permanencia en la institución, independientemente de la modalidad contractual empleada"; y por "Personal que cumple funciones transitorias", al "personal que acude transitoriamente a la institución para efectuar un reemplazo o a cubrir necesidades imprevistas, independientemente de la modalidad contractual."</p>

	Atendido lo anterior, debe considerarse que, para los efectos del sistema de acreditación, no es relevante para la distinción entre estas categorías, la forma de contratación de los profesionales, de modo que la habilitación de todos ellos deberá verificarse en el proceso de acreditación.
<b>RH 1.1 RH 1.2 (todos los Estándares)</b>	<b>NÚMERO 117</b> <b>Sobre si el personal que realiza exclusivamente actividades de docencia clínico-asistencial debe ser considerado como personal permanente o transitorio.</b>
	Dicho personal debe ser considerado como personal que cumple funciones transitorias.
<b>RH 1.1 RH 1.2 (todos los Estándares)</b>	<b>NÚMERO 118</b> <b>Sobre si resultan aplicables las características RH 1.1 y RH 1.2, respecto de los docentes que, no realizando labores asistenciales, sin embargo, asisten a los establecimientos, con el fin de dictar charlas u otras actividades similares.</b>
	Atendido que tales profesionales no realizan labores asistenciales en el prestador evaluado, ellos no son objeto de las evaluaciones a que se refieren tales características.
<b>RH 1.3 RH 1.3 APC RH 1.3 CD RH 1.3 SI RH 1.3 SQ RH 1.3 SR RH 1.3 CTRAD</b>	<b>NÚMERO 119</b> <b>Sobre la forma de constatar las especialidades y subespecialidades de los médicos y odontólogos. MODIFICADA</b>
	La Entidad Acreditadora verificará la certificación de las especialidades y subespecialidades, <b>exclusivamente mediante el uso del Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud (RNPIIS) de la Superintendencia de Salud, dejando constancia de ello.</b>
<b>RH 1.3 RH 1.3 APC RH 1.3 CD RH 1.3 SI RH 1.3 SQ RH 1.3 SR RH 1.3 CTRAD</b>	<b>NÚMERO 120</b> <b>Sobre si la certificación de especialidades médicas y odontológicas a que se hace alusión en esta característica, sólo considera las que están consignadas en los listados del “Reglamento de Certificación de Especialidades de los Prestadores Individuales de Salud y de las Entidades que las Otorgan”, aprobado por el D.S. N° 8/2013, de los Ministerios de Salud y Educación.</b>
	El Sistema de Certificación de Especialidades y Subespecialidades de los Prestadores Individuales de Salud, regulado por el reglamento antedicho, incorpora nominativamente a las especialidades y subespecialidades cuya certificación y reconocimiento oficial se rigen por sus normas. Tal incorporación se efectúa mediante su inclusión en el listado de especialidades primarias y derivadas (subespecialidades) que se contiene en el Artículo 2° de dicho Reglamento.

	<p>En consecuencia, sólo las especialidades primarias y derivadas de la Medicina y de la Odontología, que se encuentran comprendidas en esa disposición reglamentaria pueden ser evaluadas en el marco de los procedimientos de acreditación de prestadores institucionales.</p>
<p><b>RH 1.3</b>  <b>RH 1.3 APC</b>  <b>RH 1.3 CD</b>  <b>RH 1.3 SI</b>  <b>RH 1.3 SQ</b>  <b>RH 1.3 SR</b>  <b>RH 1.3 CTRAD</b></p>	<p><b>NÚMERO 121</b>  <b>Sobre si la inscripción del título universitario de especialista en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de esta Superintendencia es exigible en las constataciones de la Característica RH 1.3, en aquellos casos en que tal inscripción resulta imposible de ser efectuada atendida la normativa vigente.</b></p> <p>En las constataciones de la Característica RH 1.3 no resulta exigible la inscripción del título universitario de especialidad cuando ello sea jurídicamente imposible, atendida la normativa vigente. Tal es el caso de situaciones como cuando la especialidad no ha sido incorporada al listado de especialidades del Reglamento de Certificación de Especialidades de los Prestadores Individuales de Salud, o en el caso de imposibilidad de inscripción de un título universitario de especialidad obtenido en el extranjero y del cual se posee copia debidamente legalizada. En consecuencia, estos especialistas no son parte de la constatación de esta característica.</p> <p>Los médicos y odontólogos que se encuentren en tales situaciones podrán solicitar a esta Intendencia un pronunciamiento formal respecto de tales situaciones de imposibilidad.</p>
<p><b>RH 2.1 (todos los Estándares)</b></p>	<p><b>NÚMERO 122</b>  <b>Sobre si los programas de inducción y orientación deben incluir al personal transitorio del prestador.</b></p>
<p><b>RH 2.2</b>  <b>RH 2.2 APC</b></p>	<p>Sí, estos programas deben incluir a todo el personal, tanto al permanente como al transitorio y, cualquiera sea la forma de contratación de los mismos, ya sea directa o a través de terceros.</p>
<p><b>RH 2.1 (todos los Estándares)</b></p>	<p><b>NÚMERO 123</b>  <b>Sobre cómo se determina el denominador para calcular la cobertura de los programas de inducción y orientación en el caso del personal que ingresó a la institución en el último año.</b></p>
<p><b>RH 2.2</b>  <b>RH 2.2 APC</b>  <b>RH 2.2 CTRAD</b></p>	<p>Para estos efectos se debe considerar como personal nuevo a todas las personas que ingresaron durante el último año, ya sea como personal permanente o transitorio.</p> <p>Respecto del personal que reingresa al establecimiento, y que tuvo vínculo previo con éste, sólo deben ser considerados para tales programas si la vinculación se hubiere interrumpido por más de un año.</p>

<p><b>RH 2.2</b> <b>RH 2.2 APC</b> <b>RH 2.2 CTRAD</b></p>	<p><b>NÚMERO 124</b> <b>Sobre la forma de constatar que se ha ejecutado el programa de orientación de que trata esta característica.</b></p> <p>La Entidad Acreditadora deberá verificar el cumplimiento del programa de orientación a través de las nóminas que identifican al personal que ha recibido la orientación, pudiendo constatar la efectiva ejecución de este a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevistas al personal nuevo;</li> <li>- Constancia documental de haber recibido la orientación, firmada por parte del personal nuevo;</li> <li>- Constancia en las hojas de vida del personal nuevo u otros antecedentes equivalentes.</li> </ul>
<p><b>RH 2.2</b> <b>RH 2.2 APC</b> <b>RH 2.2 CTRAD</b></p>	<p><b>NÚMERO 125</b> <b>Sobre si es admisible la información centralizada acerca del cumplimiento de los programas de orientación ejecutados en los Servicios Clínicos y de Apoyo.</b></p> <p>Ello es admisible, sin embargo, debe tenerse presente que la constatación en terreno de esta característica no considera la Dirección del prestador evaluado como punto de verificación, sino determinados Servicios y Unidades Clínicas. Lo anterior, porque, a diferencia de la inducción del personal (característica RH 2.1), la orientación deber ser ejecutada por la misma Unidad Clínica donde desempeñará sus funciones la persona recién ingresada.</p>
<p><b>RH 3.1 (todos los Estándares)</b></p>	<p><b>NÚMERO 126</b> <b>Sobre las exigencias del programa de capacitación incluido en esta característica.</b></p> <p>Es el propio prestador el que debe definir el programa de capacitación que entregará al personal. En ese sentido, el Glosario del Estándar define qué debe entenderse por tal programa y sus exigencias. Dicho programa y su cronograma deben constar por escrito, y señalar la forma en que se dará cumplimiento a la cobertura exigida en el segundo elemento medible, no exigiendo el Estándar vigente un mínimo de horas para su ejecución. A modo de ejemplo, las capacitaciones en RCP, pueden ser en RCP básica o avanzada, según lo establezca el prestador en su programa.</p> <p>Asimismo, dicho programa debe incluir a todo el personal clínico, ello incluye al personal que ejerce funciones transitorias.</p> <p>La capacitación podrá ser ejecutada por profesionales de la propia institución y en caso que sea ejecutada por organismos o profesionales externos, el Estándar vigente no exige que tales organismos o profesionales cuenten con alguna clase de certificación oficial para tales efectos.</p>

<b>RH 3.1 (todos los Estándares)</b>	<p><b>NÚMERO 127</b>  <b>Sobre si es posible exhibir a las Entidades Acreditadoras registros centralizados de las capacitaciones.</b></p> <p>Los registros de asistencia a la capacitación pueden centralizarse. Sin embargo, lo que debe constatarse en los Servicios Clínicos, no es la asistencia de las personas a capacitación, día por día, sino el registro de la cobertura y periodicidad de la capacitación al personal del establecimiento, todo ello con la finalidad que la jefatura respectiva tenga conocimiento de la cobertura de sus programas de capacitación y pueda diseñar y actualizarlos periódicamente.</p>
<b>RH 3.1 (todos los Estándares)</b>	<p><b>NÚMERO 128</b>  <b>Sobre qué porcentaje de cumplimiento de la cobertura de las capacitaciones se debe demostrar en el primer proceso de acreditación y con qué retrospectividad.</b></p> <p>La programación de la capacitación debe ser razonable y atingente a la realidad del prestador, de modo que se asegure la cobertura del 100% de capacitación en el plazo de 5 años. Por lo mismo, ello no significa que dicho programa deba estar ejecutado en su totalidad al momento en que la Entidad Acreditadora efectúe sus constataciones en terreno. Dicha programación debe estar desagregada según los puntos de verificación que señala la Pauta de Cotejo al respecto y de acuerdo a la realidad local del prestador. Asimismo, si bien no se exige demostrar un determinado grado de cobertura mínima ya ejecutada, el prestador debe demostrar que ya ha iniciado las capacitaciones, toda vez que el segundo elemento medible se refiere a "capacitaciones realizadas". La retrospectividad de la evaluación de esta característica en el primer procedimiento de acreditación abarca un período de 6 meses.</p>
<b>RH 4.1</b> <b>RH 4.2</b> <b>RH 4.1 SQ</b> <b>RH 4.2 SQ</b>	<p><b>NÚMERO 129</b>  <b>Sobre la aplicabilidad de estas características atendiendo las diversas formas de presentación de los medicamentos antineoplásicos y los riesgos asociados a su manipulación por parte del personal.</b></p> <p>Estas características serán aplicables al personal involucrado en la preparación y administración de medicamentos antineoplásicos, específicamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal encargado de la preparación de fórmulas parenterales y a quienes los asisten directamente en esa tarea.</li> <li>- Personal que administra el preparado en terapia oncológica parenteral y a quienes lo asisten en esa tarea de manera permanente.</li> </ul> <p>Estas recomendaciones provienen del Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Trabajadores Expuestos a Citostáticos (Resolución exenta N°1093, MINSAL, 2016).</p>
<b>RH 4.3 AC</b> <b>RH 4.2 APC</b>	<p><b>NÚMERO 130</b>  <b>Sobre si las exigencias de la característica RH 4.3, resultan aplicables respecto de los alumnos de pregrado.</b></p> <p>Dicha característica no aplica respecto de los alumnos de pregrado.</p>

## ÁMBITO REGISTROS (REG)

REG 1.1  
REG 1.1 APC  
REG 1.1 CD  
REG 1.1 SQ  
REG 1.1 SR  
REG1.1CTRAD

### NÚMERO 131

**Sobre la forma de constatar el cumplimiento de la característica REG 1.1, la cual dispone que “el prestador institucional cuenta con ficha clínica única e individual”. *MODIFICADA***

Como lo define el Artículo 12 de la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a su atención de salud, la Ficha Clínica es “el instrumento obligatorio en que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona, que cumple la finalidad de mantener integrada la información necesaria para el otorgamiento de atenciones de salud al paciente”.

En ese contexto, la Entidad Acreditadora constatará para establecer el cumplimiento del Primer Elemento Medible de la Característica REG 1.1, que el prestador evaluado haya descrito en un documento de carácter institucional los procedimientos implementados para asegurar que la Ficha Clínica de los pacientes, **permita a todo el personal que interviene en la atención directa del paciente**, acceder a la integridad de los antecedentes que conforman dicha Ficha, es decir, a cada una de sus partes, independiente del soporte que se utilice (electrónico, papel o ambos).

Dicho documento deberá establecer los mecanismos que se emplearán para asegurar la identificación inequívoca de cada Ficha Clínica, considerando un código único de identificación, así como el procedimiento explícito de acceso para los profesionales involucrados en la atención del paciente. En caso que la Ficha Clínica se encuentre en más de un soporte, la Entidad constatará que se describa, además, cómo se vincularán sus diversas partes, asegurando el acceso a la integridad de la información por parte de ellos.

Para la constatación del segundo elemento medible, la Entidad Acreditadora constatará que en el prestador evaluado se hayan aplicado los procedimientos descritos en el documento institucional, en cuanto a código único de identificación, al procedimiento de acceso y, de ser el caso, a la debida vinculación de las diversas partes.

**La antedicha interpretación resulta aplicable a los Sistemas de Fichas Clínicas Integradas en red, los cuales deben dar debido cumplimiento a las instrucciones de codificación, acceso, protección, almacenamiento y eliminación de los registros sensibles contenidos en cada ficha.**

***Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia un año después de la dictación de la presente Circular.***

<b>REG 1.1</b> <b>REG 1.1 APC</b>	<p><b>NÚMERO 132</b>  <b>Sobre si el Dato de Atención de Urgencia (DAU) es parte de la Ficha Clínica y, por tanto, objeto de evaluación según las exigencias de la Característica REG 1.1.</b></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 en el numeral anterior, el Dato de Atención de Urgencia (DAU) constituye parte de la Ficha Clínica.</p>																																																																																																				
<b>REG 1.2 AC</b>	<p><b>NÚMERO 133</b>  <b>Sobre qué registros, de los señalados en el primer elemento medible, le son aplicables a cada punto de verificación para la constatación de esta característica.</b></p> <p>La Entidad Acreditadora deberá constatar el cumplimiento de las exigencias de los elementos medibles aplicables, respecto de los registros señalados con una X en cada punto de verificación:</p> <table border="1" data-bbox="391 898 1474 1451"> <thead> <tr> <th></th> <th>Dirección</th> <th>PQ</th> <th>UPC Ad</th> <th>Med</th> <th>Cir Ad</th> <th>Ped</th> <th>Obs Gine</th> <th>Consultas</th> <th>URG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingreso médico</td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Protocolo operatorio</td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Protocolo de anestesia</td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Evolución diaria de paciente hospitalizado</td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Epicrisis</td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Registro de consultas profesionales ambulatorios</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Interconsultas</td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Atención de Urgencia</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Hoja de Atención de Enfermería</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Dirección	PQ	UPC Ad	Med	Cir Ad	Ped	Obs Gine	Consultas	URG	Ingreso médico	X		X	X	X	X	X			Protocolo operatorio	X	X								Protocolo de anestesia	X	X								Evolución diaria de paciente hospitalizado	X		X	X	X	X	X			Epicrisis	X		X	X	X	X	X			Registro de consultas profesionales ambulatorios	X							X		Interconsultas	X		X	X	X	X	X	X	X	Atención de Urgencia	X								X	Hoja de Atención de Enfermería	X	X	X	X	X	X	X		
	Dirección	PQ	UPC Ad	Med	Cir Ad	Ped	Obs Gine	Consultas	URG																																																																																												
Ingreso médico	X		X	X	X	X	X																																																																																														
Protocolo operatorio	X	X																																																																																																			
Protocolo de anestesia	X	X																																																																																																			
Evolución diaria de paciente hospitalizado	X		X	X	X	X	X																																																																																														
Epicrisis	X		X	X	X	X	X																																																																																														
Registro de consultas profesionales ambulatorios	X							X																																																																																													
Interconsultas	X		X	X	X	X	X	X	X																																																																																												
Atención de Urgencia	X								X																																																																																												
Hoja de Atención de Enfermería	X	X	X	X	X	X	X																																																																																														

**REG 1.3 AC****NÚMERO 134**

**Sobre qué registros, de los señalados en el primer elemento medible, le son aplicables a cada punto de verificación para la constatación de esta característica.**

La Entidad Acreditadora deberá constatar el cumplimiento de las exigencias de los elementos medibles aplicables, respecto de los registros señalados con una X en cada punto de verificación:

	Pab de CMA	Pro End	Dental	APR	APO	API	Cirugía Adulto	Med	Ped	Neo	Urg
Alta de la hospitalización							X	X	X	X	
Alta de tratamiento de Radioterapia y/o Quimioterapia				X	X						
Atención de Urgencia											X
Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios		X	X			X					
Cirugía Mayor Ambulatoria	X										

**REG 1.2 AA****NÚMERO 135**

**Sobre qué registros, de los señalados en el primer elemento medible, le son aplicables a cada punto de verificación para la constatación de esta característica. *NUEVA***

La Entidad Acreditadora deberá constatar el cumplimiento de las exigencias de los elementos medibles aplicables, respecto de los registros señalados con una X en cada punto de verificación:

	Dirección o gerencia del prestador	Pabellón de CMA	Consultas ambulatorias	URG	Dental	Posta Rural
Protocolo operatorio	X	X				
Protocolo de Anestesia	X	X				
Registro de Consultas profesionales	X		X			X
Atención Dental	X				X	
Interconsultas	X		X	X	X	X
Atención de Urgencia	X			X		

<p><b>REG 1.3 AA</b></p>	<p><b>NÚMERO 136</b>  <b>Sobre qué registros, de los señalados en el primer elemento medible, le son aplicables a cada punto de verificación para la constatación de esta característica. <i>NUEVA</i></b></p> <p>La Entidad Acreditadora deberá constatar el cumplimiento de las exigencias de los elementos medibles aplicables, respecto de los registros señalados con una X en cada punto de verificación:</p> <table border="1" data-bbox="391 474 1404 856"> <thead> <tr> <th></th> <th>Pabellón de CMA</th> <th>Pro Endoscópicos</th> <th>APR</th> <th>APQ</th> <th>API</th> <th>URG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alta de tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Atención de Urgencia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cirugía Mayor Ambulatoria</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Pabellón de CMA	Pro Endoscópicos	APR	APQ	API	URG	Alta de tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia			X	X			Atención de Urgencia						X	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios		X			X		Cirugía Mayor Ambulatoria	X					
	Pabellón de CMA	Pro Endoscópicos	APR	APQ	API	URG																														
Alta de tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia			X	X																																
Atención de Urgencia						X																														
Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios		X			X																															
Cirugía Mayor Ambulatoria	X																																			
<p><b>REG 1.4</b>  <b>REG 1.4 APC</b>  <b>REG 1.4 SQ</b>  <b>REG 1.4 SR</b>  <b>REG1.1</b>  <b>CTRAD</b></p>	<p><b>NÚMERO 137</b>  <b>Sobre el plazo en que se debe guardar y respaldar la Ficha Clínica.</b></p> <p>De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 11 del "REGLAMENTO SOBRE FICHAS CLÍNICAS", aprobado por el D.S. N° 41/2012 del Ministerio de Salud: "Las fichas clínicas deben ser conservadas en condiciones que garanticen el adecuado acceso a las mismas, que se establece conforme a este reglamento, durante el plazo mínimo de quince años contados desde el último ingreso de información que experimenten."  Lo anteriormente señalado, es aplicable a toda clase de prestadores de salud, tanto institucionales como individuales, ya sean del ámbito público como del privado, según lo expresa el Artículo 1° de ese Reglamento.</p>																																			
<p><b>REG 1.4</b>  <b>REG 1.4 APC</b>  <b>REG 1.4 SQ</b>  <b>REG 1.4 SR</b>  <b>REG1.1</b>  <b>CTRAD</b></p>	<p><b>NÚMERO 138</b>  <b>Sobre si el Sistema de Acreditación ha definido exigencias sobre custodia y respaldos en los casos de uso de Ficha Clínica electrónica. <i>MODIFICADA</i></b></p> <p>Las exigencias en relación a las Fichas Clínicas en materia de procedimientos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros, su confidencialidad y el tiempo durante el cual se considera que los registros deben conservarse, rigen para los prestadores, cualquiera sea el tipo de soporte que utilicen para las Fichas Clínicas, ya sea que las lleven en soporte papel o informático.</p>																																			

	<p>En caso de uso de Ficha electrónica, el prestador debe demostrar a la Entidad Acreditadora que cuenta con sistemas de respaldo que aseguran los atributos mencionados. Si el sistema de archivos electrónicos en el prestador evaluado se encuentre externalizado, no modifica en forma alguna la responsabilidad del prestador sobre el sistema de Fichas Clínicas.</p> <p><b>En el caso de que el prestador haya migrado de soporte de Ficha Clínica desde sistema físico (papel) a electrónico y digitalice los registros de la Ficha Clínica en papel, quedando incorporados como una imagen en la Ficha Clínica electrónica, no se hace necesario almacenar además tales antecedentes en formato papel, el cual puede ser eliminado según dispone la normativa vigente (Ley 20.584 MINSAL/2012, DS N°41 MINSAL/2012, Dictamen Contraloría General de la República N°062220N13 de 2013).</b></p>
--	---

**ÁMBITO SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)**

<p>EQ 1.1 EQ 1.1 APC EQ 1.1 CD EQ 1.1 LC EQ 1.1 SI EQ 1.1 SR EQ 1.1 SQ</p>	<p><b>NÚMERO 139</b> <b>Sobre qué personal técnico debe considerarse para la constatación de esta característica en lo referente a equipamiento de Laboratorio Clínico.</b></p> <hr/> <p>Para su cumplimiento se deben considerar como usuarios válidos, a aquellos profesionales consignados en el artículo N°18 del Decreto Supremo N°20/2012 (Reglamento de Laboratorios Clínico).</p>
--	---

<p>EQ 1.1 EQ 1.1 APC EQ 1.1 CD EQ 1.1 LC EQ 1.1 SI EQ 1.1 SR EQ 1.1 SQ</p>	<p><b>NÚMERO 140</b> <b>Sobre qué equipos se deben considerar en el procedimiento para la adquisición de equipamiento. <i>NUEVA</i></b></p> <hr/> <p><b>Se deben considerar al menos,</b> los equipos señalados en las características EQ 2.1 y EQ 2.2 de los diferentes estándares de acreditación independiente de la forma de adquisición o cómo se integra dicho equipo al prestador institucional (donación, comodato, etc.)</p> <p><b><i>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia 6 meses después de la dictación de la presente Circular.</i></b></p>
--	--

<p>EQ 2.1 EQ 2.1 APC EQ 2.1 CD EQ 2.1 LC EQ 2.1 SI EQ 2.1 SR EQ 2.1 SQ EQ 1.1 SE EQ 2.2</p>	<p><b>NÚMERO 141</b> <b>Sobre si el Programa de Mantenimiento Preventivo de los equipos debe incluir aquellos equipos que se encuentren en garantía y/o en comodato.</b></p> <p>El Programa de Mantenimiento Preventivo debe incluir todo el equipamiento existente en la institución, por tanto, debe extenderse a todos los equipos indicados en esta característica que posea el prestador incluyéndose, aquéllos que se encuentren o se hayan recibido en comodato o en su período de garantía.</p>
<p>EQ 2.1 EQ 2.1 APC</p>	<p><b>NÚMERO 142</b> <b>Sobre qué debe entenderse por “ambulancia de urgencia” para los efectos de la constatación de esta característica.</b></p> <p>Las ambulancias de urgencias son aquellas que se utilizan en el traslado de pacientes en situación de urgencia o que pudieren presentar una situación de urgencia. Por tanto, esta exigencia es aplicable a las ambulancias de traslado de pacientes que, por su situación clínica, pudieren presentar una situación de urgencia durante dicho trayecto.</p>
<p>EQ 2.1 EQ 2.1 APC</p>	<p><b>NÚMERO 143</b> <b>Sobre si las ambulancias de “Servicio de Atención Médica de Urgencia” (SAMU) que prestan servicios al prestador que desee acreditarse, deben considerarse dentro de la constatación de esta característica.</b></p> <p>Dadas las particularidades técnico y de gestión de este Servicio, en la actualidad dichas ambulancias no deben incluirse dentro de las ambulancias de urgencia que se constatan en EQ 2.1.</p>
<p>EQ 2.1 EQ 2.1 APC EQ 2.1 CD EQ 2.1 SI EQ 2.1 SQ EQ 2.1 SR</p>	<p><b>NÚMERO 144</b> <b>Sobre si en el segundo elemento medible de la característica EQ 2.1 de los diferentes Manuales de Acreditación, debe entenderse comprendido entre los equipos críticos denominados como “Monitores-desfibriladores”, el equipo “Desfibrilador Externo Automático” (“DEA”).</b></p> <p>El “DEA” debe entenderse comprendido dentro de los equipos críticos denominados por los Estándares de Acreditación como “Monitores Desfibriladores”, a fin de asegurar su mantenimiento preventivo considerando su eventual utilización en pacientes con riesgo vital.</p>

EQ 2.1	<p><b>NÚMERO 145</b>  <b>Sobre si la Revisión Técnica vigente de las ambulancias de urgencia constituye evidencia suficiente para constatar el mantenimiento preventivo de éstas.</b></p> <p>La Revisión Técnica no constituye una mantención preventiva propiamente tal, para los efectos del Sistema de Acreditación, por lo que la Entidad Acreditadora no podrá dar por cumplida la exigencia contenida en el segundo y tercer elementos medibles de esta característica, si el prestador sólo cuenta con la revisión técnica vigente de sus ambulancias.</p>
EQ 2.1	<p><b>NÚMERO 146</b>  <b>Sobre la aplicabilidad de esta característica sobre las ambulancias de urgencia de transporte aéreo.</b></p> <p>En la actualidad, las exigencias de EQ 2.1 no son aplicables a las ambulancias de urgencia de transporte aéreo, considerando que la característica fue formulada para evaluar el mantenimiento preventivo del transporte terrestre de urgencia de los prestadores y que para el transporte aéreo deberán desarrollarse instrucciones particulares, entendiéndose su mayor complejidad.</p>
EQ 2.2 EQ 3.1	<p><b>NÚMERO 147</b>  <b>Sobre si deben ser considerados los equipos de Autoclaves de Laboratorio y/o SEDILE (Servicios Dietéticos de Leche), en la evaluación de las características EQ 2.2 y EQ 3.1. <i>MODIFICADA</i></b></p> <p>Los Autoclaves de Laboratorio, así como los SEDILE, <b>deben ser considerados en la evaluación de las características EQ 2.2 y EQ 3.1, atendido que estos equipos igualmente se utilizan para la esterilización de material.</b>  <i>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.</i></p>
EQ 2.2	<p><b>NÚMERO 148</b>  <b>Sobre si la evaluación de la característica EQ 2.2 debe considerar los equipos de medición de exámenes de Laboratorio Clínico que se utilizan directamente en las Unidades Clínicas.</b></p> <p>Los equipos de medición de exámenes de Laboratorio Clínico que se utilizan directamente en las Unidades Clínicas no son homologables a los equipos comprendidos en las actuales exigencias del Sistema de Acreditación. Por lo mismo, no se encuentran actualmente comprendidos en las evaluaciones exigidas por el Sistema de Acreditación.</p>

**ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)**

<p><b>INS 1.1 AC</b> <b>INS 1.1 APC</b></p>	<p><b>NÚMERO 149</b> <b>Sobre si es admisible que el informe de evaluación del riesgo de incendio sea realizado por una empresa externa del área de la prevención, por un bombero u otro profesional del área de la prevención de riesgos.</b></p>
	<p>Es admisible, siempre que ese informe se entregue a la Compañía de Bomberos local y que a lo menos conste por escrito su recepción en dicha Compañía de Bomberos.</p>
<p><b>INS 1.1</b> <b>(todos los Estándares)</b></p>	<p><b>NÚMERO 150</b> <b>Sobre cómo se constata la exigencia respecto a la red seca y red húmeda si el prestador institucional en evaluación sólo posee extintores.</b></p>
	<p>Sólo se debe constatar el cumplimiento de esta característica respecto de los dispositivos de control de incendio existentes en el prestador. Por tanto, en el caso planteado sólo corresponderá constatar la recarga vigente de extintores.</p>
<p><b>INS 3.1</b> <b>Todos los Estándares</b></p>	<p><b>NÚMERO 151</b> <b>Sobre la aplicabilidad de esta característica en aquellos prestadores insertos en una infraestructura o edificación que no corresponde exclusivamente a la de un prestador institucional de salud (ejemplo: un Centro Comercial, un edificio privado, etc.)</b></p>
	<p>En este caso igualmente le resultan aplicables las exigencias de INS 3.1, pudiendo exhibir a la Entidad Acreditadora los antecedentes aportados por las administraciones de las dependencias físicas donde se encuentren.</p>

ÁMBITO SERVICIOS DE APOYO (AP)

COMPONENTE LABORATORIO CLÍNICO (APL)

APL 1.2 AC

NÚMERO 152

Sobre la constatación del cuarto elemento medible de esta característica en el punto de verificación "Toma de Muestra".  
**NUEVA**

Por un error de transcripción, la celda del cuarto elemento medible de la característica APL 1.2 de la Pauta de Cotejo del Estándar General de Acreditación para Atención Cerrada en el punto de verificación "Toma de Muestra" se encuentra achurada.

La Entidad Acreditadora constatará las exigencias del cuarto elemento medible de esta característica en el punto de verificación "Laboratorio Clínico" y/o "Toma de Muestra" dependiendo donde acudan los pacientes del Laboratorio Clínico.

*Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.*

APL 1.3  
APL 1.3 APC  
GP 1.3 LC

NÚMERO 153

Sobre cómo constatar las exigencias de estas características cuando el Laboratorio Clínico no realiza exámenes en las áreas técnicas que señala la pauta de cotejo como punto de verificación (Microbiología, Hematología, Bioquímica), pero que realizan otros tipos de exámenes correspondientes a otra(s) área(s) técnica(s), como por ejemplo Inmunología. **NUEVA**

Si el Laboratorio Clínico no ejecuta exámenes en ninguna de las áreas técnicas que se señalan como punto de verificación en esta característica, la Entidad Acreditadora **procederá a constatar la característica considerando el área técnica que disponga el Laboratorio Clínico, asignando el resultado de su valoración en las columnas dispuestas en la pauta de cotejo** (es decir, máximo tres, las cuáles serán definidas por el propio prestador).

*Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.*

<p><b>APL 1.4</b> <b>APL 1.4 APC</b> <b>GP 1.4 LC</b></p>	<p><b>NÚMERO 154</b> <b>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 (PEEC-ISP) y, si respecto de las determinaciones no consideradas en dicho programa es obligatorio para las instituciones comprar dichos servicios a empresas extranjeras. <i>MODIFICADA</i></b></p> <p>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.</p> <p>En ese sentido, para dar por establecido razonablemente que el Laboratorio participa en un Programa de Control Externo de la Calidad 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 a ellos <u>se aplican, al menos, a un subprograma de cada Área Técnica, según las definiciones existentes en el PEEC-ISP.</u> A modo de ejemplo, si el Laboratorio realiza exámenes del Área de Química Clínica, debiera estar adscrito, al menos, al Subprograma de Química sanguínea o al de Química de orina cuantitativa, o a cualquier otro Subprograma de esa área.</p> <p><b>En el caso de que el Laboratorio Clínico no realice prestaciones asociadas a las Áreas Técnicas señaladas en el PEEC vigente del ISP, igualmente debe encontrarse adscrito a un Programa externo de evaluación de la calidad atingente a dichas prestaciones.</b></p>
<p><b>APL 1.4</b> <b>APL 1.4 APC</b> <b>GP 1.4 LC</b></p>	<p><b>NÚMERO 155</b> <b>Sobre la forma de constatar la característica APL 1.4 AC, AA, APC y GP 1.4 LC relativa a la participación del Laboratorio en un Programa de Control de Calidad Externo. <i>MODIFICADA</i></b></p> <p>La Entidad constatará el Primer Elemento Medible exigiendo al prestador evaluado que haya participado en al menos en un Subprograma de cada Área Técnico-administrativa de la cual realiza prestaciones. Para tales efectos, es el prestador quien decidirá que Subprograma por Área exhibirá a la Entidad.</p> <p>En cuanto a la constatación del 2° Elemento Medible relativo al análisis y las acciones de mejora en caso de incumplimiento de los requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo en el período evaluado, la Entidad solicitará todos los resultados de los controles con incumplimiento del Programa de Control de Calidad, para evaluar si se realizó el análisis y acciones de mejora mencionadas.</p>

<b>APL 1.4</b> <b>APL 1.4 APC</b> <b>GP 1.4 LC</b>	<p><b>NÚMERO 156</b>  <b>Sobre qué resultados de los Controles de Calidad Externos adscritos al ISP deben constatarse las exigencias del Segundo Elemento Medible de APL 1.4 y GP 1.4 LC <i>MODIFICADA</i></b></p> <p>El Segundo Elemento Medible de esas características únicamente deben ser constatados sobre los casos calificados como "Insatisfactorios" y no en aquéllos calificados como "cuestionables".</p>
<b>APL 1.4</b> <b>APL 1.4 APC</b> <b>GP 1.4 LC</b>	<p><b>NÚMERO 157</b>  <b>Sobre qué debe entenderse por "registros de participación en Programa de Evaluación Externa de la Calidad", para efectos de la constatación del primer elemento medible de la característica APL 1.4 y GP 1.4.</b></p> <p>Son aquellos documentos (en soporte papel o digital) que evidencian la participación del prestador evaluado en tales programas durante el período de retrospectividad evaluado, tales como informes de resultados, registros de envío, certificados de participación, u otros.</p>
<b>COMPONENTE FARMACIA (APF)</b>	
<b>APF 1.2 AC</b>	<p><b>NÚMERO 158</b>  <b>Sobre el carácter local o central del Comité de Farmacia, u otra estructura técnica semejante que cumpla dichas funciones, y la constatación de la exigencia contenida en el primer elemento medible de esta característica en prestadores de atención cerrada de baja complejidad.</b></p> <p>Atendiendo las diversas realidades a nivel nacional de los prestadores institucionales de atención cerrada de baja complejidad y la Norma General Técnica N° 113 (MINSAL), Sobre Organización y Funcionamiento de los Comités de Farmacia y Terapéutica para la Red Asistencial de Salud Pública, la Entidad Acreditadora constará la formación y funcionamiento del Comité de Farmacia u otra figura técnica semejante, los cuales pueden ser locales, es decir de dependencia directa del prestador o de dependencia de un tercero, siempre que en este último caso exista participación directa del prestador evaluado.</p>
<b>APF 1.3 AC</b> <b>APF 1.2 APC</b>	<p><b>NÚMERO 159</b>  <b>Sobre el sentido y alcance del concepto "stock mínimo" al que alude esta característica.</b></p> <p>En el Glosario de los diversos Manuales de los Estándares Generales de acreditación se define "<b>stock mínimo de medicamentos e insumos</b>", como la "<b>existencia o reserva mínima de medicamentos e insumos clínicos que se debe mantener para asegurar el otorgamiento oportuno de un tratamiento médico impostergable</b>".</p>

	<p>Por tanto, caen dentro de esta categoría, por ejemplo, los medicamentos e insumos (catéteres, sondas, etc.) relacionados con cuadros que demandan intervención oportuna e impostergable, los cuales deben ser definidos por cada prestador según su contexto clínico asistencial Ejemplo: Síndrome coronario, arritmias, retención urinaria aguda, Síndrome bronquial obstructivo agudo.</p> <p>Dichos medicamentos e insumos, deberán estar disponibles de manera independiente a los carros de paro del prestador, atendido que éstos son para la atención exclusiva de un paro cardio-respiratorio.</p>
<p><b>APF 1.3 AC</b></p>	<p><b>NÚMERO 160</b>  <b>Sobre a cuáles Unidades “críticas” se refiere esta característica.</b></p> <p>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 debe estar definido de acuerdo a la clase de pacientes que se atienden en el prestador, comprendiendo entre tales Unidades al menos, a las Unidades de Paciente Crítico, pudiendo comprender además 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 su documento institucional.</p>
<p><b>APF 1.5 AC</b>  <b>APF 1.4 AA</b>  <b>APF 1.4 APC</b>  <b>APF1.2 CTRAD</b></p>	<p><b>NÚMERO 161</b>  <b>Sobre si las muestras médicas de fármacos e insumos al interior de las consultas médicas deben cumplir con el ítem de almacenamiento establecido en esta característica.</b></p> <p>Las consultas médicas no constituyen puntos de verificación de esta característica en los Manuales actualmente vigentes, por tanto, esta característica no les es aplicable.</p>
<p><b>APF 1.6 AC</b>  <b>APF 1.5 AA</b>  <b>APF 1.2 SQ</b></p>	<p><b>NÚMERO 162</b>  <b>Sobre la aplicabilidad de esta característica para el caso de medicamentos antineoplásicos que son utilizados para patologías no neoplásicas.</b></p> <p>Las Entidades Acreditadoras deberán aplicar en sus evaluaciones las exigencias de esta característica, atendido que el riesgo de manejo de antineoplásicos es inherente a su acción farmacológica, independiente de su forma de presentación y vía de administración.</p>

<b>APF 1.6</b> <b>APF 1.7 AC</b> <b>APF 1.2 SQ</b>	<b>NÚMERO 163</b> <b>Sobre la aplicabilidad de las características APF 1.6 y 1.7 y 1.2 (SQ) cuando el prestador compra los preparados nutrición parenteral y/o de preparados de medicamentos antineoplásicos.</b>
	<p>La Entidad deberá llevar a cabo la evaluación de las características APF 1.6 y APF 1.7, aun cuando el prestador evaluado compre a terceros los preparados de medicamentos antineoplásicos y nutrición parenteral. Cuando no cuente con Unidad de Farmacia, el prestador deberá definir cuál será el Punto de Verificación, pudiendo ser éste la Dirección del prestador, la Unidad de Calidad u otras.</p>

**COMPONENTE ESTERILIZACIÓN (APE)**

<b>APE 1.2</b> <b>APE 1.2 APC</b> <b>APE 1.2 SI</b>	<b>NÚMERO 164</b> <b>Sobre si se puede considerar cumplido el primer elemento medible de esta característica, cuando se efectúan en los Servicios Clínicos actividades previas al lavado centralizado.</b>
	<p>En los Servicios Clínicos y antes de la ejecución de las etapas propias del lavado centralizado, es admisible que se proceda a la remoción de materia orgánica visible, siempre que ello se efectúe por medio de arrastre mecánico con agua evitando la manipulación innecesaria de los materiales y equipos.</p> <p>Asimismo, en el caso que no sea posible el traslado inmediato de los materiales y equipos desde los Servicios Clínicos, no es obstáculo al cumplimiento de este elemento medible que se procure evitar que la materia orgánica se seque, por ejemplo, envolviendo el material en compresas húmedas o sumergiéndolo en un recipiente con agua con o sin detergente de uso hospitalario. La decisión de qué tipo de detergente se usará en esta práctica siempre debe ser indicada desde la central de esterilización.</p>

<b>APE 1.2</b> <b>APE 1.2 APC</b> <b>APE 1.2 SI</b>	<b>NÚMERO 165</b> <b>Sobre si se cumplen las exigencias de esta característica cuando en un prestador existen autoclaves de sobremesa para el procesamiento de material clínico, instalados fuera del Servicio o Central de Esterilización.</b>
	<p>Atendido lo previsto en el segundo elemento medible de la característica APE 1.2, todos los equipos de esterilización para el procesamiento de material clínico deben estar en la Central de Esterilización.</p>

<p><b>APE 1.3</b> <b>APE 1.3 APC</b></p>	<p><b>NÚMERO 166</b> <b>Sobre cuáles de los procedimientos señalados en el primer elemento medible de la Característica APE 1.3 deben ser evaluados en los prestadores que sólo compran material estéril desechable.</b></p> <p>A estos prestadores sólo les aplica la constatación de los siguientes procedimientos contemplados en el primer elemento medible de esta característica:  - <i>"Recepción de material esterilizado fuera de la institución"</i> y <i>"Distribución"</i>.  La Entidad Acreditadora deberá evaluar el cumplimiento de los elementos medibles segundo y tercero, tal y como se evalúa en otras circunstancias.</p>
<p><b>APE 1.3</b> <b>APE 1.3 APC</b></p>	<p><b>NÚMERO 167</b> <b>Sobre cuáles de los procedimientos señalados en el primer elemento medible de la característica APE 1.3 deben ser evaluados en los prestadores que compran el proceso completo de esterilización (lavado, secado, inspección, preparación, esterilización) a un tercero.</b></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:  - <i>"Transporte de material contaminado"</i>  - <i>"Recepción de material esterilizado fuera de la Institución"</i> y  - <i>"Distribución"</i>.</p> <p>El documento a que se refiere dicho elemento medible debe estar basado en los documentos establecidos por la Central de Esterilización que procesa el material y a la cual se le compra dicho servicio.</p> <p>La Entidad Acreditadora deberá evaluar el cumplimiento del segundo y terceros elementos medibles tal y como se evalúa en otras circunstancias.</p>
<p><b>APE 1.4</b></p>	<p><b>NÚMERO 168</b> <b>Sobre cómo evaluar la característica APE 1.4, en un prestador de atención cerrada o abierta, que no cuenta con ninguno de los puntos de verificación expresados en la Pauta de Cotejo, pero que, sin embargo, almaceno material estéril. <i>MODIFICADA</i></b></p> <p>En tales casos los elementos medibles de la característica APE 1.4 deben ser verificados por la Entidad Acreditadora en el lugar <b>principal de almacenamiento de material estéril que haya determinado el prestador</b>, utilizando la columna "Servicio de Esterilización" de la respectiva Pauta de Cotejo.  Cuando ocurra esta situación, el evaluador y la Entidad Acreditadora deberán explicitar en sus registros y en su informe final, que el punto de verificación efectivo fue dicho sitio de almacenamiento.</p>

<b>COMPONENTE TRANSPORTE DE PACIENTES (APT)</b>	
<b>Componente APT</b>	<p><b>NÚMERO 169</b>  <b>Sobre si son objeto de evaluación los móviles del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) dependientes del Servicio de Salud respectivo, en el prestador público que desea acreditarse.</b></p> <p>En tales casos, no aplica el Componente APT de los diferentes Estándares en las evaluaciones, atendiendo las particularidades técnico-administrativas del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU).</p>
<b>Componente APT</b>	<p><b>NÚMERO 170</b>  <b>Aplicabilidad del componente APT para el transporte aéreo de urgencia.</b></p> <p>En la actualidad las exigencias del componente Unidad de Transporte de pacientes Servicio de Movilización (APT) no son aplicables a las ambulancias de urgencia de transporte aéreo, considerando que las características del componente fueron formuladas para evaluar el transporte terrestre de los prestadores y que para el transporte aéreo deberán formularse consideraciones técnicas particulares.</p>
<b>APT 1.2</b> <b>APT 1.2 APC</b>	<p><b>NÚMERO 171</b>  <b>Sobre la interpretación de la frase “límites de responsabilidad establecidos” en el primer elemento medible.</b></p> <p>Tal como en todas las normas del sistema, la intención de esta característica es velar por la seguridad de los pacientes. En este caso se trata de evitar que se produzcan vacíos en el proceso de entrega de los pacientes desde un prestador a otro, como, por ejemplo, que los pacientes queden en salas de espera, o que las ambulancias deban esperar durante largo tiempo la decisión de hospitalización de un paciente.</p> <p>Dado que la característica exige la existencia de un documento de carácter institucional que fije, entre otras materias, los límites de responsabilidad en la entrega de los pacientes, la intención de esta exigencia es que las decisiones técnico sanitarias relativas a dicha entrega protocolizadas y no sean llevadas a cabo de manera circunstancial o arbitraria por los tripulantes de los vehículos de emergencia.</p>

<b>APT 1.2</b> <b>APT 1.2 APC</b>	<p><b>NÚMERO 172</b>  <b>Sobre si se aplica esta característica a un prestador cuando el servicio de transporte se encuentra externalizado.</b></p> <p>En esa circunstancia, no resulta aplicable esta característica a ese prestador.</p>
<b>COMPONENTE DIÁLISIS (APD)</b>	
<b>APD 1.2. AC</b>	<p><b>NÚMERO 173</b>  <b>Sobre si a un prestador institucional de atención cerrada que externaliza los servicios de diálisis de pacientes crónicos, le es aplicable la característica obligatoria APD 1.2.</b></p> <p>Cuando un prestador externaliza tales servicios derivando a los pacientes a un Centro de Diálisis fuera de las dependencias del prestador institucional que desea acreditarse, esta característica no resulta aplicable.</p>
<b>APD 1.4</b>	<p><b>NÚMERO 174</b>  <b>Sobre cuál es la “regulación vigente” a que hace referencia el segundo elemento medible de esta característica.</b></p> <p>La regulación vigente a que se refiere dicho elemento medible es la que se contiene al respecto en el Reglamento sobre Centros de Diálisis, aprobado por el D.S. N°45, de 2017, del MINSAL.</p>
<b>COMPONENTE ANATOMÍA PATOLÓGICA (APA)</b>	
<b>APA 1.2</b> <b>GP 1.4 SI</b>	<p><b>NÚMERO 175</b>  <b>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></b></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><b>GCL 2.3 AC o GCL 2.1 AA sobre vigilancia de eventos adversos.</b></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>
<b>APA 1.3</b>	<p><b>NÚMERO 176</b></p> <p><b>Sobre a qué tipo de control de calidad se refiere la exigencia contenida en el primer elemento medible de esta característica.</b></p>
	<p>Las Entidades Acreditadoras deberán constatar exclusivamente el protocolo de control de calidad interno.</p>
<p><b>COMPONENTE QUIMIOTERAPIA (APQ)</b></p>	
<b>APQ 1.3</b>	<p><b>NÚMERO 177</b></p> <p><b>Sobre la aplicabilidad de la Característica APQ 1.3, en aquellos prestadores que administren medicamentos antineoplásicos, por vía parenteral, intratecal y/o intravítrea, para patologías que no constituyen neoplasias malignas, por ejemplo, en el caso de la Artritis Reumatoide. <i>MODIFICADA</i></b></p>
	<p>Si bien el riesgo de administración es inherente a la acción farmacológica e independiente del objetivo terapéutico, <b>atendida las diferentes estructuras organizativas de los prestadores, la aplicabilidad de la característica APQ 1.3 se limita a aquellos medicamentos antineoplásicos utilizados en el contexto de un protocolo de quimioterapia, es decir para el tratamiento de patologías oncológicas.</b></p> <p>En cualquier caso, si bien no será materia de constatación, constituye una buena práctica que los prestadores institucionales que administren tratamientos antineoplásicos por las vías de administración antes señaladas para patologías no neoplásicas, igualmente protocolicen los procedimientos de administración y disposición y eliminación.</p> <p>Se instruye, igualmente, a las Entidades que deben excluir de la aplicabilidad de esta característica el tratamiento antineoplásico por vía oral.</p>

**COMPONENTE IMAGENOLOGÍA (API)**

<p><b>API 1.2</b> <b>GP 1.5 SI</b></p>	<p><b>NÚMERO 178</b> <b>Sobre que procedimientos deben constatarse en la exigencia del primer elemento medible de esta característica relativa a los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medio de contraste endovenoso.</b></p>
	<p>Deben constatarse todas aquellas actividades que el prestador haya establecido para tal efecto las cuales pueden incluir: aplicación de encuestas de riesgo, protocolización del procedimiento de instalación de vía venosa, entre otras.</p>

**COMPONENTE KINESIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN KINÉSICA (APK)**

<p><b>APK 1.2</b> <b>APK 1.3</b></p>	<p><b>NÚMERO 179</b> <b>Sobre la aplicabilidad de estas características en los casos de prestadores institucionales que no poseen Unidades de Kinesioterapia, pero compran dichos servicios a profesionales debidamente habilitados.</b></p>
	<p>Si las prestaciones compradas se efectúan dentro de las dependencias del prestador, son aplicables a dicho prestador las características APK 1.2 y APK 1.3. Si las prestaciones se entregan fuera del establecimiento, sólo le es aplicable la característica APK 1.1., sobre compra de servicios a terceros.</p>

**COMPONENTE MEDICINA TRANSFUSIONAL APTR /COMPONENTE ATENCIÓN DE DONANTES APDS/  
COMPONENTE CENTROS DE SANGRE APCS**

<p><b>APTr</b> <b>APDs</b> <b>APCS</b></p>	<p><b>NÚMERO 180</b> <b>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).</b></p>
	<p>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;</p>

	<p>d) Se evaluará como Centro de Sangre y Unidad de Medicina Transfusional si realiza funciones productivas y administra las transfusiones;</p> <p>e) Se evaluará como Unidad de Medicina Transfusional si sólo administra las transfusiones;</p> <p>f) Se evaluará como Unidad de Medicina Transfusional y Unidad de Atención de Donantes, si administra transfusiones, y atiende donantes; y</p> <p>g) Se evaluará como Unidad de Atención de Donante si sólo atiende Donantes.</p> <p>Asimismo 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 APTr, APDs y/o APCs.</p>
<p><b>APTr</b> <b>APDs</b> <b>APCs</b></p>	<p><b>NÚMERO 181</b> <b>Sobre qué características de los Componentes APTr, APCs y APDs, debe evaluar la Entidad en aquellos prestadores que compran a terceros los servicios de transfusión de hemocomponentes y en que los pacientes son transfundidos en el prestador evaluado por el tercero al cual le compra la prestación.</b></p> <p>En tales casos resultan aplicables las características relativas a la compra, procedimientos de transfusión y trazabilidad de los hemocomponentes, esto es, las Características APTr 1.1, APTr 1.2 y APTr 1.3.</p>
<p><b>COMPONENTE ATENCIÓN DE DONANTES (APDS)</b></p>	
<p><b>APDs 1.1</b> <b>APDs 1.2</b></p>	<p><b>NÚMERO 182</b> <b>Sobre qué características del Componente “Unidad de Donantes de Sangre (APDs)”, del Ámbito de Servicios de Apoyo, de los Estándares Generales de Atención Cerrada y Abierta, resultan aplicables y constatables respecto de los procedimientos de donación de hemocomponentes por aféresis.</b></p> <p>Como dicho procedimiento se encuentra ligado a la figura de un donante, para efectos de un proceso de acreditación la Entidad Acreditadora constatará que el prestador haya incluido los procedimientos de donación por aféresis en el cumplimiento de las exigencias de las características evaluadas en el Componente APDs, independiente de que los procedimientos no se lleven a cabo en la Unidad de Donantes o el prestador no cuente con dicha Unidad.</p>

	En el caso de prestadores de Atención Cerrada que no cuenten con atención de donantes de sangre, pero realicen procedimientos de donación de hemocomponentes por aféresis, les será aplicable, además, la característica CAL 1.2, en el punto de verificación APDs.
--	---

<b>VI. Aclaraciones e Interpretaciones específicas por ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN</b>	
<b>ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS CLÍNICOS</b>	
<b>LC</b>	<p><b>NÚMERO 183</b>  <b>Sobre la evaluación de las Tomas de Muestras del Laboratorio Clínico que se encuentran en dependencias de un tercero de atención cerrada o abierta. <i>NUEVA</i></b></p> <p>Si el Laboratorio Clínico cuenta con Tomas de Muestras en dependencias de un tercero de atención cerrada o abierta que ha incluido o incluirá dichas Tomas de Muestras en su respectivo proceso de acreditación, <b>la Entidad Acreditadora no deberá considerar dichas Tomas de Muestras para efectos del proceso de acreditación del Laboratorio Clínico.</b> Ejemplo: toma de muestras en un CESFAM que incluyó en su proceso de acreditación dicha toma.</p>
<b>Característica obligatoria</b>	<p><b>NÚMERO 184</b>  <b>Sobre cuál es la sexta característica obligatoria del Manual de Acreditación de Laboratorios Clínicos</b></p> <p>Por un error de numeración, en el antedicho Manual la sexta característica obligatoria es identificada con un código equivocado, toda vez que se la identifica con el código "AOC 1.2", en circunstancias que el código correspondiente a la característica que debe ser cumplida obligatoriamente es "AOC 1.3", referida al procedimiento de notificación de resultados críticos.</p>
<b>GP 1.3 LC</b>	<p><b>NÚMERO 185</b>  <b>Sobre cómo constatar el segundo y tercer elemento medible de esta característica, cuando el Laboratorio Clínico debido a su contexto asistencial no realiza exámenes urgentes en alguna de las áreas técnicas que se señalan como punto de verificación (Microbiología, Hematología, Bioquímica). <i>NUEVA</i></b></p> <p>Si el Laboratorio Clínico declara no realizar exámenes urgentes deberá presentar a la Entidad Acreditadora el fundamento de ello y en tal caso la Entidad <b>procederá a constatar para el segundo y tercer elementos</b></p>

	<p>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, 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><i>Observación: La instrucción anterior entrará en vigencia seis meses de la dictación de la presente Circular.</i></p>
GP 1.7 LC	<p><b>NÚMERO 186</b>  <b>Sobre la participación de qué profesionales debe considerar la Entidad Acreditadora en la constatación del segundo y tercer elementos medibles de esta característica</b></p> <p>Para el cumplimiento de esta característica se deben considerar como usuarios válidos, a aquellos profesionales consignados en el artículo N°18 del Decreto Supremo N°20/2012 (Reglamento de Laboratorios Clínicos).</p>
AOC 1.1 LC AOC 1.2 LC RH 3.1 LC	<p><b>NÚMERO 187</b>  <b>Sobre qué características del Estándar de Laboratorios Clínicos en la cuáles “Dirección” constituye un punto de verificación, no le son aplicables a aquellos Laboratorios Clínicos que exclusivamente realizan la etapa analítica y post analítica, no contando con Toma de Muestras ni atención directa de pacientes. <b>NUEVA</b></b></p> <p>En este caso se <b>excluyen</b> de la constatación aquellas características que en sus enunciados explicitan su aplicabilidad en el contexto de la atención directa a pacientes, las cuales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>AOC 1.1</b> referida a procedimientos explícitos para proveer atención inmediata a pacientes en situaciones de emergencia,</li> <li>- <b>AOC 1.2</b> referida a procedimientos explícitos para priorizar la atención de los pacientes, y</li> <li>- <b>RH 3.1</b> referida al programa de capacitación en reanimación cardiopulmonar destinada al personal que participa en atención directa de pacientes.</li> </ul>
AOC 1.2 LC	<p><b>NÚMERO 188</b>  <b>Sobre si aplica esta característica a un Laboratorio Clínico cuyo tiempo de espera es breve o atiende a pacientes de bajo riesgo.</b></p> <p>Todos los Laboratorios que deseen acreditarse deben definir y utilizar un sistema de priorización de la atención de sus pacientes, de conformidad a la exigencia que esta característica indica.</p>

RH LC	<p><b>NÚMERO 189</b>  <b>Sobre cómo se debe evaluar el Ámbito “Competencias del Recurso Humano” en los Laboratorios que venden servicios a terceros y administran directamente las salas de tomas de muestras que en estos terceros se encuentran.</b></p> <p>Son constatables todas las características del ámbito RH.</p>
INS 1.1 LC	<p><b>NÚMERO 190</b>  <b>Sobre la aplicabilidad de esta característica en el Estándar de Laboratorios Clínicos, en aquellos prestadores que no poseen el punto verificación “Toma de Muestras”, ya sea en sus instalaciones o fuera de ellas.</b></p> <p>Atendida la relevancia de la exigencia contenida en la característica INS 1.1 y que en ella figura “Toma de Muestras” como único punto de verificación, en el caso que el prestador evaluado no cuente con dicho punto, ya sea al interior de sus dependencias o fuera de ellas, la Entidad Acreditadora igualmente constatará dicha característica.</p> <p>INS 1.1 “Plan de prevención de incendios”: se constatará el primer y segundo elementos medibles donde el prestador institucional lo determine; y el tercer elemento medible donde corresponda por la organización estructural del prestador.</p> <p>En tales casos, para efectos de la sumatoria del puntaje, el resultado de la evaluación se consignará en una de las columnas que contemple la característica.</p>
<b>ESTANDAR DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS DE DIÁLISIS</b>	
GCL 1.6 CD	<p><b>NÚMERO 191</b>  <b>Sobre la aplicabilidad de la característica GCL 1.6 en aquellos prestadores de Centros de Diálisis que indican transfusiones a sus pacientes, pero que los derivan a otro prestador para realizar el procedimiento de transfusión.</b></p> <p>En consideración a la relevancia que para la seguridad de los pacientes en hemodiálisis tiene la estandarización de los criterios de indicación médica de transfusión, la Entidad Acreditadora debe constatar los tres elementos medibles de la característica GCL 1.6, aun cuando en el prestador solo se efectúe la indicación y no la administración de la transfusión.</p>

<p><b>AOC 1.1 CD</b> <b>INS 2.1 CD</b> <b>RH 4.2 CD</b></p>	<p><b>NÚMERO 192</b> <b>Sobre si la Entidad, para evaluar el cumplimiento de las características AOC 1.1, INS 2.1 y RH 4.2 en la evaluación de los Centros de Diálisis, solo debe constatar sus exigencias en el Punto de Verificación “Dirección o Gerencia del Prestador”.</b></p> <p>La Entidad, para evaluar el cumplimiento de las características de los Estándares Generales de Acreditación para Centros de Diálisis, deberá efectuar su constatación entrevistando tanto al personal de la Dirección o Gerencia de Prestador, como al personal que realiza funciones clínicas en las salas de procedimientos o similares.</p>
<p><b>RH 2.1 CD</b></p>	<p><b>NÚMERO 193</b> <b>Sobre la retrospectividad que debe constatar la Entidad Acreditadora en los procesos de acreditación, respecto del segundo elemento medible de esta característica.</b></p> <p>La retrospectividad que se debe constatar para el segundo elemento medible de RH 2.1 para los procesos de acreditación en los Centros de Diálisis, es de un año.</p>
<p><b>EQ 2.1 CD</b></p>	<p><b>NÚMERO 194</b></p> <p><b>Sobre si el (los) estanque(s) de agua deben ser considerados como equipo de tratamiento de agua y por ende incorporado en el programa de mantenimiento preventivo del Centro. <i>NUEVA</i></b></p> <p>Considerando que los equipos de tratamiento de agua son todos aquellos que forman parte del circuito y permiten la obtención y eventual almacenamiento de agua que cumple con los estándares de calidad química y bacteriológica exigidos para hemodiálisis, el (los) estanque(s) de agua deben ser considerados dentro de estos.</p> <p>En consecuencia, los estanques de agua deben ser incorporados al Programa de Mantenimiento Preventivo exigido en esta característica, con las actividades pertinentes para ello, ya sea desinfección u otra establecida por el respectivo proveedor.</p> <p><b>Observación: La instrucción anterior entrará en vigencia seis meses posteriores a la dictación de la presente Circular.</b></p>

**ESTANDAR DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES DE ATENCIÓN PSQUIÁTRICA CERRADA**

<p><b>APC</b></p>	<p><b>NÚMERO 195</b>  <b>Sobre qué debe considerarse como “Sala de procedimientos”, en la Pauta de Cotejo del Estándar General de Acreditación para Prestadores de Atención Psiquiátrica Cerrada”.</b></p> <p>Son aquella(s) dependencia(s) que el prestador de Atención Psiquiátrica Cerrada haya implementado y destinado para realizar los procedimientos de terapia electroconvulsivante y tratamientos aversivos.</p>
<p><b>DP 2.1 APC</b></p>	<p><b>NÚMERO 196</b>  <b>Sobre qué debe entenderse, por “tratamientos con eventos adversos complejos”, señalados en los Elementos Medibles de la Característica DP 2.1, a efectos de la obtención del consentimiento informado, en el Estándar de Acreditación para Prestadores de Atención Psiquiátrica Cerrada.</b></p> <p>Considerando lo dispuesto en el “Reglamento de Internación de personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan” (aprobado por el D.S. N°570, de 1998, del Ministerio de Salud) y en la Norma Técnica para el Uso Clínico de Clozapina, contenida en el “Programa Nacional de Antipsicóticos Atípicos” (MINSAL, 2000), debe entenderse que el “tratamiento con eventos adversos complejos” comprende al menos, el tratamiento farmacológico con Clozapina.</p>
<p><b>DP 1.3</b></p>	<p><b>NÚMERO 197</b>  <b>Sobre cómo debe constatarse el tercer elemento medible de esta característica, considerando que son recomendaciones emanadas de una Comisión externa al prestador.</b></p> <p>La Entidad constatará si existen o no recomendaciones formuladas al prestador en evaluación, por parte de la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y que, en la eventualidad de que existan tales recomendaciones, éstas se hayan cumplido. En caso de no existir recomendaciones en el período evaluado, la Entidad debe verificar que exista un registro emitido por dicha Comisión que declare dicha situación. En caso de no existir una Comisión en la región del prestador evaluado deberá acudir a la Comisión Nacional.</p>

REG 1.2 APC	<p><b>NÚMERO 198</b>  <b>Sobre el cuarto elemento medible de la característica REG 1.2 del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, relativo a la constatación de la legibilidad y contenidos mínimos de protocolos operatorios y epicrisis.</b></p> <p>Por un error de transcripción en la Pauta de Cotejo de la Característica REG 1.2 del Estándar antedicho, se exige constatar los "protocolos operatorios", en circunstancias que la Entidad Acreditadora en estos casos sólo debe constatar la legibilidad y contenidos mínimos de las epicrisis.</p>
<b>ESTANDAR DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN</b>	
RH 4.2 SE	<p><b>NÚMERO 199</b>  <b>Sobre si la Entidad, para evaluar el cumplimiento de esta característica, solo debe constatar sus exigencias en el punto de verificación "Dirección o Gerencia del Prestador".</b></p> <p>La Entidad, para evaluar el cumplimiento de las características de los Estándares Generales de Acreditación para Servicios de Esterilización, deberá efectuar su constatación entrevistando tanto al personal de la Dirección o Gerencia de Prestador, como al personal que realiza funciones clínicas en las salas de procedimientos o similares.</p>
<b>ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE QUIMIOTERAPIA</b>	
GCL 1.1 GCL 1.5 GCL 1.7 GCL 2.1 GCL 3.2 REG 1.2 REG 1.3	<p><b>NÚMERO 200</b>  <b>Sobre si son constatables las exigencias de los elementos medibles segundo y tercero de estas características, en el punto de verificación "Dirección o Gerencia del Prestador".</b></p> <p>Se aclara que existe un error de transcripción en el texto del Estándar, al no estar las celdas correspondientes debidamente achuradas y que por lo tanto no son constatables en el punto "Dirección o Gerencia" tales exigencias, sino solamente en el punto de verificación "Unidad de Quimioterapia".</p>

**3. SUSTITÚYENSE, a contar de esta fecha,** los textos de las instrucciones a las Entidades Acreditadoras contenidos en las Circulares Interpretativas que a continuación se señalan, por las instrucciones señaladas **en el N° 2** precedente de esta Circular, a saber:

- a) Circular IP N° 8, de 19 de agosto de 2010;
- b) Circular IP N° 11, de 4 de abril de 2011;
- c) Circular IP N° 13, de 30 de junio de 2011;
- d) Circular IP N° 15, de 30 de septiembre de 2011;
- e) Circular IP N° 16, de 26 de octubre de 2011;
- f) Circular IP N° 17, de 30 de diciembre de 2011;
- g) Circular IP N° 22, de 20 de septiembre de 2012;
- h) Circular IP N° 23, de 26 de octubre de 2012;
- i) Circular IP N° 24, de 16 de mayo de 2013;
- j) Circular IP N° 25, de 14 de agosto de 2013;
- k) Circular IP N° 27, de 2 de diciembre de 2013;
- l) Circular IP N° 30, de 5 de junio de 2014;
- m) Circular IP N° 31, de 1° de julio de 2014;
- n) Circular IP N° 33, de 16 de diciembre de 2014;
- o) Circular IP N° 34, de 5 de enero de 2015;
- p) Circular IP N° 35, de 21 de agosto de 2015;
- q) Circular IP N° 36, de 4 de mayo de 2016; y
- r) Circular IP N° 39, de 21 de noviembre de 2017.

**4. ACLÁRASE** que la sustitución de los textos de las instrucciones a las Entidades Acreditadoras contenidas en las circulares señaladas en el numeral anterior **no significa la derogación de tales instrucciones**. **EXCEPTÚANSE** de lo anterior aquellas instrucciones e interpretaciones que hayan sido **expresamente derogadas en tales Circulares**.

#### **5. VIGENCIA DE LAS NORMAS DE LA PRESENTE CIRCULAR:**

**5.1.** La presente Circular entrará en vigencia **desde su notificación** a las Entidades Acreditadoras; y

**5.2. EXCEPTÚANSE** de lo anterior, las instrucciones de la presente Circular para las cuáles **esta Circular les ha asignado, expresamente, en cada caso, un plazo especial diverso para su entrada en vigencia**.

**6. INCORPÓRENSE** los contenidos de la presente Circular a la **Versión N° 5** del "Compendio de Normas del Sistema de Acreditación" y **EMÍTASE** esta versión.

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

**8. 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.**

**CARMEN MONSALVE BENAVIDES  
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD  
SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

**JGM/JVP/HOG**

**Distribución:**

- Representantes Legales de las Entidades Acreditadoras (a sus correos electrónicos)
- Jefe del Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención del Ministerio de Salud
- Directora del Instituto de Salud Pública de Chile
- Jefa de la Sección Fiscalización Laboratorios Clínicos del Instituto de Salud Pública de Chile (a su correo electrónico)
- Superintendente de Salud
- Agentes Regionales
- Jefa (S) Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Encargado Unidad de Gestión en Acreditación IP
- Encargada (S) Unidad de Fiscalización en Calidad IP
- Encargado (S) Unidad de Asesoría Técnica IP
- Encargado Unidad de Apoyo Legal IP
- Analistas Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Analistas Unidad de Asesoría Técnica IP
- Oficina de Partes
- Archivo

## Acápito II

### **OFICIOS CIRCULARES VIGENTES POR LOS CUALES SE REMITEN "ORIENTACIONES TÉCNICAS" A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS:**

- 1) Oficio Circular IP/N°5, de 17 de mayo de 2019, que remite nuevas "ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATAción EN TERRENO DEL CUMPLIMIENTO DE LA EXIGENCIA DE LA EVALUACIÓN PERIÓDICA" y deja sin efecto el Ord. Circular IP N°6, de 24 de noviembre de 2017;
- 2) Ordinario Circular IP/N°7, de 14 de octubre de 2019, que remite nuevas "ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATAción EN TERRENO" y deja sin efecto ORD. CIRCULAR IP/N°5, de 24 de noviembre de 2017;
- 3) 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", y deja sin efecto el Oficio Circular IP N°8, de 2011; y
- 4) Oficio Circular IP/N°6 de 24 de noviembre de 2014, que remite "ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATAción EN TERRENO DEL CUMPLIMIENTO DEL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN LA MANIPULACIÓN DE MUESTRAS CLÍNICAS, EN LABORATORIO CLÍNICO".

1) Oficio Circular IP/N° 5, de 17 de mayo de 2019, que remite nuevas "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica" y deja sin efecto el Ord. Circular IP N° 6, de 24 de noviembre de 2017



**Intendencia de Prestadores de Salud**

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud  
Unidad de Asesoría Técnica  
Unidad de Apoyo Legal

**ORD. CIRC. IP/N° 5**

**ANT.:**

- Resolución Exenta IP/N° 1317, de 23 de mayo de 2019;
- ORD. CIRCULAR IP/N° 6, de 24 de noviembre de 2017.-

**MAT.:** Remite nuevas "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica" y deja sin efecto ORD. CIRCULAR IP/N° 6, de 24 de noviembre de 2017.-

**SANTIAGO, 17 DE MAYO DE 2019**

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

**A : REPRESENTANTES LEGALES  
DE ENTIDADES ACREDITADORAS AUTORIZADAS**

Atendidas las actuales exigencias del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales y tras diez años del inicio de la ejecución de los procedimientos de acreditación, se ha evidenciado la necesidad de actualizar esta normativa destinada a las Entidades Acreditadoras en cuanto a criterios técnicos metodológicamente idóneos y pertinentes, a **utilizar en los procedimientos de constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica de diversas características de los Estándares vigentes**. Todo ello con el fin de contribuir a que las Entidades Acreditadoras puedan cumplir de la mejor manera posible

con el mandato legal y reglamentario del Artículo 23 del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud", a saber: ***"En las evaluaciones que la entidad acreditadora efectúe durante y con motivo del procedimiento de acreditación empleará siempre criterios objetivos, no discriminatorios e imparciales, comúnmente aceptados y científicamente fundados"***.

En tal sentido, por medio del presente Ordinario Circular pongo en su conocimiento el instrumento de **"Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica"**, documento elaborado por esta Intendencia para guiar, facilitar y estandarizar el trabajo de evaluación que deben efectuar las Entidades Acreditadoras, durante el proceso de acreditación, el cual se adjunta al presente Oficio Circular.

El instrumento señalado precedentemente, se dicta en ejercicio de las facultades de interpretar las normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, según lo previsto en el numeral 2° del Acápito II de todos los antedichos Manuales que contienen los Estándares Generales de Acreditación actualmente vigentes, aprobados por los respectivos Decretos del Ministerio de Salud.

**SE ACLARA** a las Entidades Acreditadoras que, si bien la dictación de las antedichas Orientaciones Técnicas constituyen el ejercicio por parte de esta Intendencia de las potestades jurídicas antes referidas, la naturaleza técnica del contenido de tales "*Orientaciones*" determina que ellas posean el carácter normativo de **Recomendaciones Técnicas** dirigidas a las Entidades Acreditadoras para su mejor proceder en las situaciones en que sean aplicables y así deben ser entendidas y aplicadas por ellas.

**Por tanto, SE ACLARA que el carácter de tales Orientaciones no es el de instrucciones de obligatorio cumplimiento en todos los casos.**

En tal sentido, **SE ACLARA TAMBIÉN** que, en el caso que la Entidad Acreditadora **desestimare** la aplicación de las recomendaciones de tales Orientaciones Técnicas, **deberá fundamentar explícitamente su decisión de prescindir de ellas, señalando en el respectivo Informe de Acreditación, los mejores principios científicos, metodológicos o razones prácticas que justifican su decisión.**

**DÉJASE SIN EFECTO el ORD. CIRCULAR IP/N° 6, de 24 de noviembre de 2017.-**

Quedando a vuestra disposición, les saluda atentamente,

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

## **ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATACIÓN EN TERRENO DEL CUMPLIMIENTO DE LA EXIGENCIA SOBRE REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN PERIÓDICA**

### **I. Introducción**

Las Entidades Acreditadoras en las evaluaciones que efectúen durante y con motivo del procedimiento de acreditación emplearán siempre criterios objetivos, no discriminatorios e imparciales, comúnmente aceptados y científicamente fundados. (Reglamento del Sistema de Acreditación, artículo 23°).

La consistencia en la metodología aplicada durante la evaluación en terreno otorga validez a los hallazgos de las Entidades Acreditadoras y permite garantizar a los prestadores institucionales que el resultado del proceso de acreditación, reflejará adecuadamente el nivel de cumplimiento de las exigencias contenidas en los diversos Estándares de Acreditación, particularmente, de aquellas referidas a los elementos medibles en los cuáles la Entidad Acreditadora debe constatar la ejecución de la evaluación periódica y el cumplimiento de determinados procedimientos. La sustentabilidad del Sistema de Acreditación tiene relación directa con la objetividad de las evaluaciones, las cuáles deben ser el resultado de criterios estandarizados y fiables.

Es importante señalar que el objetivo de la constatación de la Entidad Acreditadora es formarse convicción acerca de la práctica habitual y sistemática de un prestador, el proceso de constatación no constituye una investigación científica, por ende, las metodologías utilizadas, si bien consideran un sustento estadístico, éste no se aplica con el mismo rigor que le sería exigible a una investigación para demostrar determinada hipótesis o realizar comparaciones entre grupos.

El resultado de la constatación debe siempre considerar también, la valoración global e integral de la Entidad Acreditadora respecto de la información recabada en el proceso de evaluación en terreno.

Con tal fin, se elaboran estas recomendaciones a las Entidades Acreditadoras, sobre la forma de llevar a cabo la **constatación de la evaluación periódica**.

## II. Contexto

Los elementos medibles o aquellos requisitos específicos que se evalúan para calificar el cumplimiento de cada una de las características de los Estándares, habitualmente se configuran de la siguiente manera:

Elementos Medibles
1. Se ha designado el responsable de.....(tema de la característica)
2. Se describe en un documento.... (tema de la característica) y se ha definido responsable (s) de su aplicación
3. Se ha definido un indicador y umbral de cumplimiento
4. Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica
5. Se constata el cumplimiento de....

Respecto de los tres primeros elementos medibles la constatación apunta al cumplimiento de atributos concretos, por lo que la Entidad Acreditadora no debe aplicar más que una metodología de constatación que le permita obtener convicción del cumplimiento de dichas exigencias, solicitando las evidencias pertinentes. Nos remitiremos a la constatación del número 4 de la tabla precedente, el cuál en la práctica habitualmente forma parte del tercer elemento medible de las características de los diversos Estándares de Acreditación.

## III. Constatación de la realización de la evaluación periódica

Tal como se señala en la introducción de la Pauta de Cotejo de los Manuales de los diversos Estándares de Acreditación, la constatación tiene por **objeto verificar que los resultados de la evaluación periódica del indicador se encuentren disponibles en cada uno de los puntos de verificación señalados en la pauta de cotejo respectiva, así como la periodicidad establecida para su medición.**

Luego, se debe proceder a **comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos.** Para ello, la Entidad Acreditadora podrá revisar fuentes primarias y/ o secundarias de información. En el caso de que la evaluación sea realizada en forma centralizada, esta información será corroborada en el lugar desde donde emanó la evaluación. En caso de evidenciarse inconsistencias no atribuibles al azar, el elemento medible debe considerarse no cumplido.

En consecuencia, las recomendaciones de constatación se orientan a sistematizar un procedimiento que permita cumplir con los objetivos señalados

de una manera práctica, considerando las limitaciones de tiempo que conlleva un proceso de evaluación en terreno y la necesidad de contar con criterios objetivos y fiables de evaluación.

#### **IV. Definiciones**

Para efectos de estas recomendaciones los siguientes conceptos se definen de las siguientes maneras:

**Fuentes primarias:** corresponden a aquellas que pueden proveer información o evidencia directa del objeto de evaluación de un indicador. Pueden corresponder a una pauta de supervisión de un procedimiento, la Ficha Clínica, una planilla de datos, etc. Todo dependerá de las definiciones que el prestador haya establecido acerca del mecanismo de recolección de información para alimentar un indicador;

**Fuentes secundarias:** serán aquellas que interpretan o sintetizan fuentes primarias de información permitiendo así obtener información o evidencia del objeto de evaluación de un indicador. Pueden corresponder también a pautas de evaluación (no de supervisión directa), checklists, planillas de datos, etc; y

**Casos:** es cada unidad que ha sido objeto de evaluación del indicador.

#### **V. Procedimiento de constatación de la evaluación periódica**

Se describe secuencialmente la constatación que debe realizar la Entidad Acreditadora para dar por cumplido el elemento medible correspondiente a la constancia de la evaluación periódica de determinado indicador.

**1. Los resultados del indicador se encuentran disponibles en el punto de verificación correspondiente, considerando todo el período retrospectivo evaluado.**

La Entidad Acreditadora deberá solicitar y registrar los resultados del indicador obtenidos por el prestador durante todo el periodo retrospectivo evaluado. Podrá considerarse que exista una interrupción en la continuidad de la evaluación relacionada con situaciones imprevistas o que no puedan ser controladas por el prestador, como por ejemplo terremotos, inundaciones, incendios, entre otros. En tal caso, la Entidad Acreditadora deberá solicitar al prestador los respaldos documentados que den cuenta de los hechos ocurridos y de las medidas adoptadas, lo cual también deberá registrar en el informe de acreditación respectivo.

## **2. Se ha definido la periodicidad de medición del indicador.**

La Entidad Acreditadora deberá verificar que el prestador estableció con que periodicidad realiza la evaluación del indicador, ya sea mensual, trimestral o semestral, etc.

## **3. El prestador aplicó un fundamento metodológico para la evaluación del indicador que permite evidenciar que el prestador mide lo que estableció medir.**

La Entidad Acreditadora en este punto podrá solicitar información respecto a cómo se seleccionaron los casos evaluados, si se determinó evaluar una muestra o el universo de casos, y en caso de determinarse un tamaño muestral cómo fue estimado, además de cómo fue aplicada y/o distribuida la evaluación a lo largo del período evaluado. El objetivo será obtener una visión general de la representatividad de la medición del prestador y la ausencia de sesgos importantes.

Por otra parte, la Entidad Acreditadora deberá verificar que los instrumentos para la recolección de información del indicador, como la pauta de supervisión de un determinado procedimiento, se encuentre construida de manera tal que cumpla con el objetivo de la evaluación establecida por el prestador en el indicador, existiendo consistencia entre la formulación del indicador, qué se mide y los instrumentos utilizados para la medición (pautas de observación, supervisión, etc.).

## **4. El resultado del indicador exhibido por el prestador es razonablemente concordante con el resultado obtenido por la Entidad Acreditadora durante la constatación de los resultados del indicador.**

En este caso se trata de una verificación cuantitativa por parte de la Entidad Acreditadora de los resultados de los indicadores que reportan un porcentaje de cumplimiento, ya que realizará un ejercicio que permita aproximarse al resultado del indicador obtenido por el prestador, sin la necesidad de replicar estrictamente todo el procedimiento realizado por éste, pues sería poco práctico.

Para esta constatación cuantitativa la Entidad Acreditadora deberá seleccionar los siguientes períodos, según la retrospectividad de evaluación asociada al proceso de acreditación:

### **A. Proceso de acreditación con retrospectividad de 6 meses:**

- Si la periodicidad de medición del indicador definida por el prestador es **mensual**, la Entidad Acreditadora deberá seleccionar al azar **dos meses** de todo el periodo retrospectivo evaluado;

- Si la periodicidad de medición del indicador definida por el prestador es **trimestral**, la Entidad Acreditadora deberá seleccionar los **dos trimestres** del periodo evaluado;
- Si la periodicidad de medición es semestral, la Entidad Acreditadora deberá seleccionar **el semestre**.

**B. Proceso de acreditación con retrospectividad de 3 años:**

- Si la periodicidad de medición del indicador definida por el prestador es **mensual**, la Entidad Acreditadora deberá seleccionar al azar **dos meses** de todo el período retrospectivo evaluado;
- Si la periodicidad de medición del indicador definida por el prestador es **trimestral**, la Entidad Acreditadora deberá seleccionar al azar **dos trimestres** de todo el período retrospectivo evaluado;
- Si la periodicidad de medición del indicador definida por el prestador es **semestral**, la Entidad Acreditadora deberá seleccionar al azar **dos semestres** de todo el período retrospectivo evaluado.

Luego de seleccionados los períodos a constatar, la Entidad Acreditadora determinará el número de casos a evaluar utilizando los siguientes criterios:

- Si en la evaluación del indicador para un determinado período, los casos evaluados **son menores o iguales a 30, la Entidad Acreditadora incluirá todos los casos para su constatación.**
- Si se trata de **un número mayor a 30, la Entidad Acreditadora deberá seleccionar al azar 30 o 40 casos**, según el cumplimiento reportado por el prestador de dicho indicador (Tabla N°1 adjunta).

En estas muestras, la Entidad Acreditadora obtendrá un porcentaje de cumplimiento, verificando los mismos criterios de cumplimiento establecidos por el prestador en su evaluación. **Este porcentaje de cumplimiento deberá ser igual o diferir en no más de un 10% del calculado por el prestador, en el caso que se constaten todos los casos y en caso contrario igual o mayor al especificado en la Tabla.**

## **5. Existe evidencia que la información reportada en las fuentes secundarias es consistente con las fuentes primarias.**

Siempre que existan ambos tipos de fuentes de información para un indicador, la Entidad Acreditadora corroborará que los datos recopilados en las fuentes secundarias sean consistentes con las respectivas fuentes primarias, lo que permite evidenciar la fidelidad de los datos utilizados para la medición del indicador. Para ello la Entidad Acreditadora seleccionará al azar una **muestra de 5 fuentes primarias** asociadas a la muestra constatada de fuentes secundarias señalada en el punto 4; a modo de ejemplo, si las fuentes secundarias fueron pautas de cotejo de un registro contenido en la Ficha Clínica, se solicitará la Ficha Clínica asociada a cada una de dichas pautas de cotejo.

La Entidad Acreditadora constatará que los datos de las fuentes primarias sean consistentes con lo reportado en las fuentes secundarias, en la **totalidad de las 5 fuentes primarias** seleccionadas al azar. Esto implica que la Entidad Acreditadora verificará que no existan inconsistencias mayores que no permitan un grado razonable de certeza respecto a la obtención de los datos, en caso contrario, no podrá dar por cumplida la evaluación periódica.

### **Deben ser consideradas como inconsistencias mayores:**

- **No existencia de un registro primario; e**
- **Imposibilidad de encontrar en la fuente primaria los atributos evaluados en la fuente secundaria que son esenciales para la medición del indicador.**

Para la constatación descrita en el punto 5, la Entidad Acreditadora seleccionará al azar **una** Unidad/Servicio Clínico en caso de que el punto de verificación esté constituido por más de una Unidad o Servicio. En este caso la constatación de dicha Unidad o Servicio seleccionada al azar se considerará suficiente para valorar el cumplimiento o no de la evaluación periódica en el punto de verificación respectivo.

Finalmente, es importante enfatizar que deben cumplirse con los tamaños muestrales recomendados a constatar para cuando existen más de 30 casos (Tabla 1 adjunta), dado que para dichos tamaños muestrales (30 y/o 40) se han calculado las estimaciones respecto a los mínimos de cumplimiento que deben constatar para dar por cumplidas las valoraciones cuantitativas, descartando razonablemente el azar.

Una vez que se cumplan **todos los puntos precedentes**, la Entidad Acreditadora podrá dar por cumplida la constatación de la evaluación periódica.

**Tabla N° 1**

**Muestra y mínimo a cumplir (fuentes primarias y/o secundarias) en la constatación en terreno para la evaluación periódica cuando los casos a evaluar son mayores a 30.**

Porcentaje de cumplimiento reportado por el prestador	Muestra a constatar (n)	Porcentaje mínimo a constatar en la muestra*	Mínimo que debe cumplir en la muestra (n/muestra)
<b>30%-35%</b>	40	17%	7/40
<b>36%-40%</b>	40	20%	8/40
<b>41%-45%</b>	40	25%	10/40
<b>46%-50%</b>	40	30%	12/40
<b>51%-55%</b>	40	35%	14/40
<b>56%-60%</b>	40	38%	15/40
<b>61%-65%</b>	40	44%	18/40
<b>66%-70%</b>	40	49%	20/40
<b>71%-75%</b>	30	52%	16/30
<b>76%-85%</b>	30	60%	18/30
<b>86%-90%</b>	30	69%	20/30
<b>91%-95%</b>	30	73%	22/30
<b>96%-99%</b>	30	82%	24/30

*\*Límite inferior del IC 95% para la proporción del menor cumplimiento reportado aplicado a la muestra.*

Mayo 2019.-

2)Oficio Circular IP/N°7, de 14 octubre de 2019, que remite nuevas "ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATACIÓN EN TERRENO" y deja sin efecto ORD. CIRCULAR IP/N°5, de 24 de noviembre de 2017.-



**Intendencia de Prestadores de Salud**  
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud  
Unidad de Asesoría Técnica  
Unidad de Apoyo Legal

**ORD. CIRC. IP/N° 7**

**ANT.: ORD. CIRCULAR IP/N°5, de 24 de noviembre de 2017.-**

**MAT.: Remite nuevas "ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATACIÓN EN TERRENO" y deja sin efecto ORD. CIRCULAR IP/N°5, de 24 de noviembre de 2017.-**

**SANTIAGO, 14 OCTUBRE DE 2019**

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

**A : REPRESENTANTES LEGALES  
DE ENTIDADES ACREDITADORAS AUTORIZADAS**

Atendida la permanente necesidad de mantener al día las exigencias del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales y tras diez años del inicio de la ejecución de los procedimientos de acreditación, se evidencia la necesidad de actualizar y perfeccionar el texto de las "**Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno**" que les fueran remitidas en su oportunidad, mediante el Ord. Circular IP/N°5, de 24 de noviembre de 2017. **Dicho texto viene en ser sustituido texto por el que se adjunta en esta oportunidad, quedando, por tanto, sin efecto dicho texto.**

Las Orientaciones Técnicas que se remiten en esta oportunidad comenzarán a regir desde la notificación a Uds. del presente Ordinario.

**Debe tenerse presente** que esta normativa está destinada a las Entidades Acreditadoras a fin que ellas, en sus evaluaciones en terreno de las diversas características de los Estándares vigentes, adopten siempre criterios técnicos, metodológicamente idóneos y pertinentes, y puedan

cumplir, de la mejor manera posible, con el mandato reglamentario del Artículo 23 del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud", que dispone: ***"En las evaluaciones que la entidad acreditadora efectúe durante y con motivo del procedimiento de acreditación empleará siempre criterios objetivos, no discriminatorios e imparciales, comúnmente aceptados y científicamente fundados"***.

En tal sentido, por medio del presente Ordinario Circular pongo en su conocimiento el **nuevo documento** de **"Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno"**, documento elaborado por esta Intendencia, para guiar, facilitar y estandarizar el trabajo de evaluación que deben efectuar las Entidades Acreditadoras, durante el proceso de acreditación, el cual se adjunta al presente Oficio Circular.

El instrumento señalado precedentemente, se dicta en ejercicio de las facultades de interpretar las normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, según lo previsto en el numeral 2° del Acápito II de todos los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación actualmente vigentes, aprobados por los respectivos Decretos del Ministerio de Salud.

**SE ACLARA** a las Entidades Acreditadoras que, si bien la dictación de las antedichas Orientaciones Técnicas constituyen el ejercicio por parte de esta Intendencia de las potestades jurídicas antes referidas, la naturaleza técnica del contenido de tales "*Orientaciones*" determina que ellas posean el carácter normativo de **Recomendaciones Técnicas** dirigidas a las Entidades Acreditadoras para su mejor proceder en las situaciones en que sean aplicables y así deben ser entendidas y aplicadas por ellas.

**Por tanto, debe aclararse que el carácter de tales Orientaciones no es el de instrucciones de obligatorio cumplimiento en todos los casos y, por tanto, SE ACLARA TAMBIÉN** que, en el caso que la Entidad Acreditadora **desestimare** la aplicación de las recomendaciones de tales Orientaciones Técnicas, **deberá fundamentar explícitamente su decisión de prescindir de ellas, señalando en el respectivo Informe de Acreditación, los mejores o más apropiados principios científicos, metodológicos o razones prácticas que justifican su decisión.**

**DÉJASE SIN EFECTO** el ORD. CIRCULAR IP/N° 5, de 24 de noviembre de 2017.-

Quedando a vuestra disposición, les saluda atentamente,

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

## ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATACIÓN EN TERRENO

### I. Introducción

En algunas características de los estándares de acreditación se incluye al final de la respectiva pauta de cotejo una etapa de constatación directa. Ello implica encontrar evidencia tangible del cumplimiento de la característica, y comparar los niveles de cumplimiento registrados por el prestador con la realidad. Para estos efectos, según sea el caso, el evaluador podrá realizar inspecciones visuales, recabar opiniones del personal, revisar fichas clínicas, registros de procedimientos, cirugías, u otras actividades clínicas.

Este documento contiene recomendaciones sobre la forma de llevar a cabo la constatación en terreno de tales características y los criterios para determinar el cumplimiento de los respectivos elementos medibles.

### II. Recomendaciones

Las recomendaciones específicas se ordenan de acuerdo a las distintas situaciones que, para efectos de la constatación, es posible distinguir en las pautas de cotejo de los manuales de los estándares generales de acreditación, a saber:

**Situación 1: Existe un indicador definido, que ha sido evaluado periódicamente por el prestador, y es necesario verificar *retrospectivamente* si el grado de cumplimiento real coincide con el del indicador.**

Ejemplos de esta situación son:

Característica	Elemento medible
GCL 1.1	Se constata presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos.
GCL 1.3	Se constata evaluación y manejo del dolor agudo en pacientes post-operados de acuerdo al procedimiento local.
REG 1.2	Se constata legibilidad y contenidos mínimos de: protocolos operatorios y epicrisis.(1)

(1) Tener presente que el indicador evaluado por el prestador podría referirse no a los protocolos operatorios y epicrisis, sino a otro(s) de los registros contemplados

en la característica, que incluyen, por ejemplo, el ingreso médico, las interconsultas, los registros de atención de Urgencia, o las hojas de atención de enfermería. En tal caso, la constatación se realizará según los criterios entregados más adelante en esta sección, bajo el título *¿Qué hacer cuando en uno o más de los puntos de verificación, el prestador no posee un indicador definido, o pese a disponer de él, no ha realizado la evaluación periódica?*

El criterio general de cumplimiento a aplicar en estos casos es que los resultados de la constatación en terreno sean consistentes con el resultado del indicador reportado por el prestador. Por ejemplo, si la evaluación del prestador arrojó un 60% de cumplimiento del proceso durante un semestre, la constatación debe dar cuenta de que efectivamente, el proceso se cumplió en esa proporción de casos durante el mismo período.

Para que el criterio señalado se cumpla, deben darse 2 condiciones:

#### **a. Representatividad**

La muestra para la constatación debe ser *representativa* del período. Para ello la primera condición es que los registros revisados correspondan al mismo período al que se refiere el indicador, y además, que abarquen el período completo, no sólo una ventana de tiempo dentro de éste. Por ejemplo, si el indicador se construyó sobre la base de información de un semestre, la muestra debería extraerse de entre todos los registros de ese semestre. Debiera evitarse, en consecuencia, el error común de revisar registros consecutivos del período más reciente (por ejemplo, los casos del mes anterior).

Además, las fichas o registros a analizar deben ser obtenidos mediante un muestreo aleatorio o sistemático.

#### **b. Precisión**

Asumiendo que la muestra es representativa, el resultado de la constatación tendrá de todas maneras un margen de error por azar, que debe ser considerado al comparar ambas cifras (la de la constatación realizada por el acreditador y la del indicador calculado por el prestador). Para que este margen no sea demasiado amplio, es importante que la muestra tenga el tamaño adecuado. Ello dependerá básicamente de la proporción de cumplimiento que muestre el indicador. Mientras más se aleje el resultado del indicador del 50% de cumplimiento (en un sentido u otro, hacia el 0% o hacia el 100%), menor será el tamaño de muestra necesario.

En términos simples, el intervalo de confianza del resultado obtenido en la constatación en terreno debe incluir el valor del indicador reportado por el prestador.

#### **Procedimiento**

Sobre la base de estos principios, y considerando que el proceso de constatación debe ser lo más simple posible, se recomienda a continuación un procedimiento a seguir, de carácter escalonado, que permite evitar tener que constatar cada vez el total de la muestra recomendada en términos teóricos, a saber:

1. La muestra teórica recomendada se muestra en la tabla siguiente:

**Tabla N° 1:**  
**“Muestra y mínimo a cumplir (fuentes primarias) en la constatación en terreno cuando los casos a evaluar son mayores a 30”:**

Porcentaje de cumplimiento reportado por el prestador	Muestra a constatar (n)	Porcentaje mínimo a constatar en la muestra*	Mínimo que debe cumplir en la muestra (n/muestra)
30%-35%	40	17%	7/40
36%-40%	40	20%	8/40
41%-45%	40	25%	10/40
46%-50%	40	30%	12/40
51%-55%	40	35%	14/40
56%-60%	40	38%	15/40
61%-65%	40	44%	18/40
66%-70%	40	49%	20/40
71%-75%	30	52%	16/30
76%-85%	30	60%	18/30
86%-90%	30	69%	20/30
91%-95%	30	73%	22/30
96%-99%	30	82%	24/30

*\*Límite inferior del IC 95% para la proporción del menor cumplimiento reportado aplicado a la muestra.*

- Identificar, dentro del universo, las fichas o registros que constituirán la muestra, mediante un procedimiento de muestreo aleatorio o sistemático, y solicitar acceso a ellos.
- Revisar los primeros 7 registros. Esta etapa es todo o nada. Si los 7 registros satisfacen el criterio definido en el indicador para el numerador, el elemento medible puede considerarse cumplido y el proceso de constatación finaliza. En caso contrario –basta que uno no cumpla- se debe proceder del modo señalado en el punto siguiente.
- Completar la revisión de la muestra (los 30 o 40 registros según corresponda). El resultado debe ser igual o mayor al % mínimo indicado en la Tabla. Por ejemplo, si el indicador arrojó un 75% de cumplimiento, la revisión de las 30 fichas en el proceso de constatación debe entregar como resultado al menos un 52% de cumplimiento en la muestra (16 de 30 fichas). En caso contrario, la constatación debe considerarse rechazada.

El siguiente ejemplo ilustra la aplicación de estos criterios:

**Constatación de presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos (GCL 1.1)**

1. El prestador presenta los resultados de evaluaciones semestrales realizadas en los últimos 3 años. El porcentaje de cumplimiento promedio de las evaluaciones pre anestésicas en cirugías con anestesia general y regional en el último año (2009) es de 85%, y en el año anterior (2008), 86%.
2. Para la constatación se decide tomar una muestra del período 2008. Como el nivel de cumplimiento reportado para ese período es 86%, según la Tabla se debe seleccionar una muestra de 30 fichas.
3. El hospital cuenta con un registro informático de las cirugías mayores. El año 2008 se practicaron 4.000 cirugías con anestesia general o regional. Se decide aplicar un muestreo sistemático, seleccionando 1 de cada 130 (4.000/30) cirugías del listado. Se obtiene así una lista de 30 fichas, que constituyen la muestra a analizar.
4. Se comienza a revisar las fichas. Las primeras 3 incluyen evaluación pre anestésica, pero la cuarta no. Como no se cumple el criterio de 7 fichas consecutivas en cumplimiento, se pasa a evaluar las 30.
5. De las 30 fichas revisadas, 21 cumplen (70%). Este porcentaje es mayor que el mínimo necesario para considerar cumplida la constatación, que sería, según la tabla, de 69% (20 de 30). Por lo tanto, procede considerar cumplido el elemento medible.

**¿Qué hacer cuando en uno o más de los puntos de verificación, el prestador no posee un indicador definido, o pese a disponer de él, no ha realizado la evaluación periódica?**

En estos casos la constatación se realizará de acuerdo a los siguientes criterios:

- La muestra será de 30 casos;
- El porcentaje mínimo de cumplimiento será de un 86%, lo que para la muestra implica encontrar al menos 20 de los 30 casos en cumplimiento (69%);
- El criterio de cumplimiento (por ejemplo, qué se entenderá por evaluación pre-anestésica realizada) será el señalado en el indicador, si lo hubiere, y en caso de no existir indicador, se adecuará a lo que señale el protocolo respectivo.

**Situación 2:** Existe un indicador definido, que ha sido evaluado periódicamente por el prestador, y lo que se pide es constatar si las condiciones existentes en la institución en el instante de la visita son consistentes con lo reportado por el prestador.

Ejemplos de esta situación son:

Característica	Elemento medible
GCL 1.12	Se constata identificación de pacientes.

En este tipo de constatación no es posible verificar retrospectivamente que el indicador da cuenta de la realidad de los hechos durante el período en que se aplicó (más allá de lo que pueda existir como constancia en las pautas de supervisión aplicadas). Por lo tanto, se espera que a través de ella el evaluador se forme una convicción sobre el grado de utilización de la práctica en el establecimiento durante el período al que se refiere el

indicador, y pueda detectar alguna inconsistencia manifiesta, que haga dudar de la validez de la evidencia documental presentada por el prestador.

En estos casos la constatación se realizará de acuerdo a los siguientes criterios:

- La muestra será de 30 casos.
- El porcentaje mínimo de cumplimiento será de un 86%, lo que para la muestra implica encontrar al menos 20 de los 30 casos en cumplimiento (69%).
- El criterio de cumplimiento (por ejemplo, cuándo se entenderá que se cumple la "identificación del paciente") será el señalado en el indicador, si lo hubiere, y en caso de no existir indicador, se adecuará a lo que señale el protocolo respectivo.

**Situación 3: Se requiere constatar conocimiento de ciertas materias por parte del personal.**

En algunos casos, el verificador menciona en forma explícita un umbral de cumplimiento, por ejemplo:

<b>Característica</b>	<b>Elemento medible</b>
DP 3.1	Se constata: conocimiento de dicha obligación, <b>en al menos 90%</b> de los profesionales médicos entrevistados.
DP 5.1	Se constata conocimiento del procedimiento para acceder a Comité de Ética <b>en al menos 90%</b> de profesionales médicos.....

Mientras que, en otros casos, no se entrega una referencia explícita, a saber:

<b>Característica</b>	<b>Elemento medible</b>
AOC 1.1	Se constata: conocimiento del procedimiento en personal entrevistado (sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia).
RH 4.2	Se constata conocimiento del procedimiento local para el manejo de estos accidentes en el personal entrevistado.
INS 2.1	Se constata que el personal entrevistado tiene conocimiento de aspectos generales del plan de evacuación

**a. Constataciones que requieren entrevista a profesionales médicos del prestador y que tienen un umbral definido**

Para la constatación en las características DP 3.1 y DP 5.1, que se verifican de manera general en la institución (no en puntos de verificación específicos), y que además poseen umbrales definidos (90%), se aplicarán los siguientes criterios:

### **Método de muestreo**

Dada la dificultad para realizar un muestreo probabilístico en este caso, se recomienda utilizar una aproximación más pragmática, procurando que, en lo posible:

- Se incluyan profesionales de todos o la mayoría de los servicios clínicos y de apoyo visitados, en los que la característica sea aplicable (aquellos en los que se desempeñan médicos).
- Exista entre los médicos entrevistados representación de distintos niveles jerárquicos y de antigüedad dentro de la institución.

### **Tamaño muestral y procedimiento de medición**

La muestra recomendada será de 30 profesionales, pero se podrá aplicar el mismo procedimiento escalonado señalado en 1, es decir: Si los primeros 7 profesionales encuestados responden adecuadamente, la constatación puede considerarse cumplida. En caso contrario –basta que uno no cumpla- se deberá completar las 30 entrevistas, de las cuales al menos 24 (80%) debe cumplir (ver Tabla 1).

*¿Qué hacer en caso de que existan **menos de 30 profesionales médicos** para entrevistar?*

Se entrevista al máximo de los presentes en el momento de la visita a terreno, y se considera cumplida la constatación si:

<b>N° Profesionales encuestados</b>	<b>N° Mínimo de respuestas positivas*</b>	<b>N° Profesionales encuestados</b>	<b>N° Mínimo de respuestas positivas*</b>
2-3	2	17	13
4	3	18	14
5	4	19	15
6-7	5	20-21	16
8	6	22	17
9-10	7	23	18
11	8	24	19
12	9	25	20
13	10	26-27	21
14-15	11	28	22
16	12	29	23

(\*): Los IC95% de las proporciones resultantes incluyen el 90%, que es el umbral en estas características.

### **b. Constataciones que requieren entrevista a técnicos y profesionales del prestador y que no tienen un umbral preestablecido**

En estos casos la constatación se realiza en varios puntos de verificación. El primer criterio a tener presente es que cada punto de verificación se trata y analiza por separado.

Nuevamente aquí no resulta práctico realizar un muestreo probabilístico. En este caso se recomienda seleccionar entre 2 y 10 miembros del personal por cada punto de verificación, considerando el tamaño de éste, e incluir en lo posible representantes de los distintos estamentos que se desempeñan en el área. Hecho esto, los criterios de cumplimiento sugeridos son los mismos definidos en el punto anterior, a saber:

N° Personas encuestadas	N° Mínimo de respuestas positivas
2-3	2
4	3
5	4
6-7	5
8	6
9-10	7

**Situación 4: No existe exigencia de indicador, y tampoco se especifica un umbral de cumplimiento en la característica.**

Ejemplos de esta situación son:

Característica	Elemento medible
DP 2.1	Se constata uso de consentimiento informado.....

Para esta clase de características, se recomienda usar la misma muestra de fichas utilizadas en la constatación de GCL 1.1 (evaluaciones pre-anestésicas) y REG 1.2 (protocolos operatorios), aplicando iguales criterios de aprobación, para un nivel de cumplimiento de 86%, es decir, al menos un 69% de cumplimiento en la muestra de 30 fichas (20 de 30).

Junio 2019.

3) Oficio Circular IP N°5, de 6 de mayo de 2013, que REMITE ACTUALIZACIÓN DE "ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATAción DE LA TRAZABILIDAD DE BIOPSIAS Y COMPONENTES SANGUÍNEOS" Y DEJA SIN EFECTO OFICIO CIRCULAR IP N°8, DE 2011.-



Intendencia de Prestadores de Salud  
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud  
Unidad Técnica Asesora

## OFICIO CIRCULAR IP/N° 5

ANT.: Oficio Circular IP/N°8, de 2011.-

MAT.: Remite actualización de "Orientaciones Técnicas para la Constatación de la Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos" y deja sin efecto Oficio Circular IP/N°8, de 2011.-

SANTIAGO, 06 de MAYO de 2013

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

A : REPRESENTANTES LEGALES  
DE ENTIDADES ACREDITADORAS AUTORIZADAS

Atendido el permanente interés de esta Intendencia por perfeccionar y actualizar las orientaciones técnicas a las Entidades Acreditadoras para la mejor ejecución de los procedimientos de acreditación de prestadores institucionales, así como para la fiscalización de los prestadores acreditados, y considerando las múltiples consultas recibidas por esta Intendencia por parte de prestadores que se encuentran en proceso de preparación para la acreditación a este respecto, se ha estimado necesario **actualizar el texto del documento denominado "Orientaciones Técnicas para la Constatación de la Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos"**, que se remitiera a las Entidades Acreditadoras mediante **Oficio Circular IP/N°8, de 1° de diciembre de 2011**, todo ello, además, con el fin de promover criterios comunes y uniformes para interpretar y verificar el cumplimiento de las exigencias de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación vigentes, en cuanto a la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos para transfusión.

En virtud de lo anterior, por medio del presente Ordinario Circular pongo en su conocimiento el **nuevo texto de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación de la Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos"**, quedando, por tanto, sin efecto el Oficio Circular IP/N°8, de 1° de diciembre de 2011, y su documento adjunto, los que deben entenderse **sustituidos, para todos los efectos, por el presente Oficio Circular y el documento que ahora se adjunta.**

El presente instrumento se dicta en aclaración de lo señalado en los elementos medibles de las características GCL 1.11, APTr 1.3, APDs 1.2 y APCs 1.4 de la *Pauta de Cotejo del Manual del Estándar General de Acreditación* para los Prestadores Institucionales de *Atención Cerrada*, y de las características GCL 1.8, APTr 1.3, y APDs 1.2 de la *Pauta de Cotejo del Manual del Estándar General de Acreditación* para los Prestadores Institucionales de *Atención Abierta*, así como deberá entenderse aplicable a las diversas tareas de constatación en terreno de los demás estándares de acreditación que se dicten, en esas mismas materias.

**En tal sentido, se previene que el texto actualizado de las Orientaciones Técnicas que se adjunta al presente Oficio, se limita a sustituir el texto de la letra "b.", sobre "Verificación de la trazabilidad de componentes sanguíneos" del documento que se adjuntara al Oficio Circular IP N°8, de diciembre de 2011, manteniendo, en todo el resto, su integridad.**

Debe tenerse presente, además, que el presente instrumento y su documento adjunto sobre "Orientaciones Técnicas para la Constatación de la Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos" se dicta en ejercicio de las facultades de interpretar la norma de los Manuales precedentemente señalados, facultad que posee esta Intendencia de Prestadores respecto de las normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales, según lo previsto en el numeral 2° del Acápito II de todos los antedichos Manuales que contienen los Estándares Generales de Acreditación actualmente vigentes, aprobados por el Decreto Exento N° 18, de 2009, del Ministerio de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior, SE ACLARA a las Entidades que, si bien la dictación de las antedichas Orientaciones Técnicas constituyen el ejercicio por parte de esta Intendencia de las potestades jurídicas antes referidas, la naturaleza científica y técnica del contenido de tales "Orientaciones" determina que ellas **poseen el carácter normativo de recomendaciones técnicas dirigidas a las Entidades Acreditadora para su mejor proceder en las situaciones en que sean aplicables y así deben ser entendidas y aplicadas por ellas.** Por tanto, su carácter no es el de una instrucción de obligatorio cumplimiento para todos los casos, empero, en caso que la Entidad Acreditadora desestimare su aplicación, deberá fundamentar explícita y debidamente su decisión de prescindir de ellas en el respectivo Informe de Acreditación.

Por último, esta Intendencia reitera a Uds. y por su intermedio a las entidades que representan, a sus Directores Técnicos y profesionales evaluadores, la invitación permanente a informar y compartir con esta Intendencia los diversos problemas técnicos y dudas de interpretación de cualquier índole que se presenten en las evaluaciones que realicen.

Quedando a vuestra disposición, les saluda atentamente,

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

## **ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA VERIFICACIÓN DE LA TRAZABILIDAD DE BIOPSIAS Y COMPONENTES SANGUÍNEOS**

### **I. Introducción**

Los estándares generales de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta y cerrada, incluyen entre sus exigencias, que los establecimientos de salud aseguren la trazabilidad de las biopsias realizadas a los pacientes, y de los componentes sanguíneos utilizados en terapia transfusional.

Genéricamente, la trazabilidad puede ser definida como un conjunto de procedimientos preestablecidos que permiten conocer el histórico, la ubicación y la trayectoria de un producto, o lote de productos a lo largo de la cadena de suministros, en un momento dado.

En el caso de las biopsias, que suelen involucrar múltiples procesos y “cambios de mano”, el sentido del estándar es evitar o corregir oportunamente errores asociados a la identificación y tipificación de las biopsias y sus resultados, y posibilitar, en caso de dudas, la correcta identificación del paciente al que pertenece la muestra, contribuir a localizar muestras o informes extraviados, alertar sobre resultados atrasados, y apoyar cualquier investigación frente a un posible error en estos procesos.

En medicina transfusional, la trazabilidad es un sistema organizado de registros, que permite ubicar e identificar la sangre y sus componentes en cualquier etapa del proceso, desde la donación hasta su destino final, ya sea transfusión o eliminación. Este sistema debe identificar inequívocamente cada donación, cada tipo de componente sanguíneo producido, y cada receptor de éstos, así como los estudios microbiológicos e inmunohematológicos practicados a la sangre. Adicionalmente, la correcta identificación de los componentes, del paciente y de las solicitudes, conforman un todo que permite asegurar que las transfusiones se realicen finalmente de acuerdo a la indicación médica y en el paciente correcto.

Los procedimientos de fiscalización de prestadores acreditados, y consultas realizadas por prestadores que se encuentran en proceso de preparación para la acreditación, han puesto en evidencia que no existen criterios comunes y uniformes para interpretar y verificar la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos en los términos señalados.

A ello se suma que, respecto de estos procesos asistenciales en particular, existen múltiples modalidades de organización institucional, y además, la cadena completa de actividades que abarca el concepto de trazabilidad puede estar compartido entre distintos prestadores. A modo de ejemplo, en lo que a transfusiones se refiere, existen prestadores que sólo realizan atención de donantes, otros que sólo realizan transfusiones, algunos funcionan exclusivamente como centros productores, los hay que combinan dos de estas etapas, y otros que realizan las tres. A su vez un mismo centro puede estar interconectado con varios prestadores a la vez, a los que presta o le entregan servicio. En el caso de las biopsias se produce algo similar, y las etapas preanalítica, analítica y postanalítica pueden desarrollarse con participación de varios prestadores.

El presente texto, actualiza las orientaciones técnicas al respecto, sustituyendo el texto de la letra "b.", sobre "Verificación de la trazabilidad de componentes sanguíneos", que se adjuntara al Oficio Circular IP N°8, de diciembre de 2011, manteniéndose íntegro el documento anterior en todos los restantes aspectos.

## II. Recomendaciones

### a. Verificación de la trazabilidad de biopsias

#### 1. Consideraciones previas

- Los criterios que se entregan a continuación son aplicables a las biopsias bajo la definición que a las mismas otorgan los manuales de acreditación en su Glosario, esto es, *"remoción de células o tejidos orgánicos para ser examinados macro y microscópicamente con la finalidad de formular un diagnóstico"*. Esta definición posee un sentido más amplio que el comúnmente aceptado, que se refiere sólo a muestras histológicas u órganos, incluyéndose en ella -como puede apreciarse-, y para los solos efectos del Sistema de Acreditación, las muestras citológicas que se extraen con la finalidad de ser analizadas por laboratorios de anatomía patológica, tales como el Papanicolau, entre otras.
- La Circular IP N° 15 del 30/09/2011 introdujo una aclaración sobre la situación de aquellos prestadores que no poseen Servicio de Anatomía Patológica y que envían las biopsias tomadas en el establecimiento a distintos prestadores de servicios de anatomía patológica, seleccionados generalmente por el profesional tratante, sin que en ello intervenga la institución. Ello muchas veces se asocia a la entrega de las muestras al propio paciente o sus familiares, para el traslado al centro que realiza el análisis. La referida circular aclara que en tales casos es imprescindible que la dirección del prestador institucional exija a todos los profesionales que obtengan biopsias en la institución el estricto cumplimiento de los convenios de compra de prestaciones establecidos con dichos proveedores externos, poniéndolos en su conocimiento. Además, que en estos casos resulta plenamente aplicable al prestador la característica de servicios de apoyo APA 1.2, sobre procedimientos explícitos y evaluación sistemática de la etapa preanalítica, las características GCL 1.11 (atención cerrada) o GCL 1.8 (atención abierta), relativas al registro, rotulación, traslado, recepción y trazabilidad de las biopsias; y las características AOC 1.3 (atención cerrada), o la AOC 1.2 (atención abierta), sobre notificación oportuna de situaciones de riesgo detectadas a través de exámenes diagnósticos (resultados "críticos"), cuestión que supone a su vez que el prestador toma conocimiento del resultado del examen.

El sentido de estas exigencias es que el prestador debe hacerse responsable del destino de las muestras obtenidas en sus dependencias, vigilando que el ciclo que va desde la extracción hasta la entrega de los resultados al médico y el paciente se complete adecuadamente. En ese contexto, y además por razones de bioseguridad, el transporte de las muestras por parte del paciente o sus familiares es una práctica desaconsejable.

## 2. Listas de chequeo para aplicación en terreno

Las siguientes listas de chequeo permiten revisar el proceso de manejo de las biopsias en lo que a su correcta identificación y trazabilidad se refiere. Para establecer un diagnóstico definitivo sobre la trazabilidad de las biopsias en un prestador en particular, su utilización debiera ser complementada con uno o más ejercicios de seguimiento de casos en terreno:

### A. **Prestador sin servicio de anatomía patológica (que envía las biopsias a uno o más servicios externos)**

#	Verificador	SI/NO
<b>1</b>	<b>Pabellón o sala de procedimientos donde se extraen biopsias. En cada punto de obtención de biopsias existe un sistema de registro(s) en el(los) que consta:</b>	
1.1	Datos del caso (un caso es el tejido o tejidos o muestra(s) de un paciente para diagnóstico histopatológico o citodiagnóstico, dispuestos en uno o más contenedores, tubos o portaobjetos, correspondientes a un mismo procedimiento):	
	a) Identificadores del paciente (al menos 2, nombre completo con los dos apellidos, y RUT o N° Ficha Clínica)	
	b) Número de frascos, tubos o portaobjetos, y número o código de identificación de cada uno de ellos si son más de uno.	
	c) Tipo de muestra incluida en cada contenedor o soporte (órgano, tejido, sitio anatómico, lesión, tumor, recorte, etc.)	
	d) Fecha de obtención	
	e) Nombre del médico cirujano o del profesional que obtiene la muestra	
1.2	Registro de los cambios de mano de las muestras, desde que son envasadas y etiquetadas hasta que son despachadas hacia anatomía patológica. El N° de trasпасos y quienes intervienen en ellos dependen de la modalidad de trabajo del prestador, por lo que la verificación debe adaptarse a ésta.	
1.2.1	Traspaso #1 (por ejemplo, entre el personal de quirófano y la secretaria de pabellón):	
	o Identificación de quien entrega (nombre y/o firma)	
	o Identificación de quien recibe (nombre y/o firma)	
	o Fecha de recepción	
	o Registro permite identificar de manera inequívoca cuáles fueron las muestras traspasadas (ej., mediante una nómina, o mediante marcas o firmas individuales para cada muestra recibida en los libros de registro)	
1.2.2	Traspaso #2 (por ejemplo, entre la secretaria de pabellón y el estafeta encargado del transporte de las muestras dentro del establecimiento):	
	o Identificación de quien entrega (nombre y/o firma)	
	o Identificación de quien recibe (nombre y/o firma)	
	o Registro permite identificar de manera inequívoca cuáles fueron las muestras traspasadas	

<b>2</b>	<b>Proceso de transporte y entrega de las muestras al(los) servicio(s) de anatomía patológica (verificable en el prestador que envía las muestras)</b>	
2.1	Entrega de las muestras al responsable del traslado (por ejemplo, entre la unidad donde se centralizan las biopsias, y quien realiza el transporte fuera del establecimiento):	
	o Se constata identificación de quien entrega (nombre y/o firma)	
	o Se constata identificación de quien recibe (nombre y/o firma)	
	o Fecha de recepción	
	o Registro permite identificar de manera inequívoca cuáles fueron las muestras entregadas para despacho	
2.2	Existe registro de las muestras ingresadas en anatomía patológica, firmado por un funcionario responsable de ese servicio.	
2.3	Existe registro de las muestras rechazadas por anatomía patológica (por ejemplo, por mal etiquetado o malas condiciones de transporte).	
<b>3</b>	<b>Proceso de recepción de los informes desde el(los) servicio(s) de anatomía patológica (debe verificarse en cada área en la que se reciben informes)</b>	
3.1	Existe registro de los informes entregados por el(los) laboratorio(s) y su recepción conforme por parte del área o persona que lo recibe (ej., la secretaria o el mensajero).	
3.2	El establecimiento verifica la recepción de la totalidad de los informes correspondientes a las muestras entregadas a cada laboratorio de anatomía patológica (excluyendo las rechazadas).	
3.3	El establecimiento verifica la recepción oportuna de los informes, de acuerdo a plazos preestablecidos.	
3.4	Existen registros que permiten verificar la incorporación de cada informe 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	

**B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica)**

*NOTA: Los mismos criterios son aplicables en caso de que parte de las muestras obtenidas en el establecimiento sean remitidas a un laboratorio externo.*

#	Verificador	SI/NO
<b>1</b>	<b>Pabellón o sala de procedimientos donde se extraen biopsias. En cada punto de obtención de biopsias existe un sistema de registro(s) en el(los) que consta:</b>	
1.1	Datos del caso (un caso es el tejido o tejidos o muestra(s) de un paciente para diagnóstico histopatológico o citodiagnóstico, dispuestos en uno o más contenedores, tubos o portaobjetos, correspondientes a un mismo procedimiento):	
	a) Identificadores del paciente (al menos 2, nombre completo con los dos apellidos, y RUT o N° Ficha Clínica)	
	b) Número de frascos, tubos o portaobjetos, y número o código de identificación de cada uno de ellos si son más de uno.	
	c) Tipo de muestra incluida en cada contenedor o soporte (órgano, tejido, sitio anatómico, lesión, tumor, recorte, etc.)	
	d) Fecha de obtención	
	e) Nombre del médico cirujano o del profesional que obtiene la muestra	

1.2	Registro de los cambios de mano de las muestras, desde que son envasadas y etiquetadas hasta que son despachadas hacia anatomía patológica. El N° de trasposos y quienes intervienen en ellos dependen de la modalidad de trabajo del prestador, por lo que la verificación debe adaptarse a ésta.		
1.2.1	Traspaso #1 (por ejemplo, entre el personal de quirófano y la secretaria de pabellón):		
	o Identificación de quien entrega (nombre y/o firma)		
	o Identificación de quien recibe (nombre y/o firma)		
1.2.2	Registro permite identificar de manera inequívoca cuáles fueron las muestras traspasadas (ej., mediante una nómina, o mediante marcas o firmas individuales para cada muestra recibida en los libros de registro)		
	Traspaso #2 (por ejemplo, entre la enfermera del área de procedimientos y una unidad que centraliza las biopsias tomadas en distintos sectores del establecimiento):		
	o Identificación de quien entrega (nombre y/o firma)		
1.2.2	o Identificación de quien recibe (nombre y/o firma)		
	o Registro permite identificar de manera inequívoca cuáles fueron las muestras traspasadas		
<b>2</b>	<b>Proceso de transporte y entrega de las muestras al(los) servicio(s) de anatomía patológica (debe verificarse en cada área desde la que se despachan muestras hacia anatomía patológica)</b>		
2.1	Entrega de las muestras al responsable del traslado (este punto puede obviarse si el traslado lo realiza la misma persona que dispuso las muestras para su despacho a anatomía patológica):		
	o Se constata identificación de quien entrega (nombre y/o firma)		
	o Se constata identificación de quien recibe (nombre y/o firma)		
2.1	o Registro permite identificar de manera inequívoca cuáles fueron las muestras entregadas para despacho		
	2.2	Existe registro de las muestras ingresadas en anatomía patológica, firmado por un funcionario responsable de ese servicio.	
	2.3	Existe registro de las muestras rechazadas por anatomía patológica (por ejemplo, por mal etiquetado o malas condiciones de transporte).	
<b>3</b>	<b>Proceso de ingreso de las muestras y procesamiento en el servicio de anatomía patológica, hasta la emisión de los informes</b>		
3.1	Existe un registro de todas las muestras ingresadas y rechazadas por el laboratorio de anatomía patológica.		
3.2	El registro incluye todos los datos de identificación de cada muestra.		
3.3	Existe constancia de la causal de rechazo de cada muestra rechazada.		
3.4	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).		
3.5	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).		
<b>4</b>	<b>Proceso de recepción de los informes entregados por el(los) servicio(s) de anatomía patológica<sup>(*)</sup></b>		
4.1	Existe registro de los informes entregados por el(los) laboratorio(s), 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).		

4.2	El establecimiento verifica la recepción de la totalidad de los informes correspondientes a las muestras entregadas a cada laboratorio de anatomía patológica (excluyendo las rechazadas).	
4.3	El establecimiento verifica la recepción oportuna de los informes, de acuerdo a plazos preestablecidos.	
4.4	Existen registros que permiten verificar la incorporación de cada informe 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.	

(\*)Ídem que en el escenario A., para las muestras que son enviadas a examen a un laboratorio de anatomía patológica externo, distinto al del prestador

### **b. Verificación de trazabilidad de componentes sanguíneos**

La comprobación de la trazabilidad en el contexto del Sistema Nacional de Acreditación de Prestadores Institucionales está orientada a asegurar que se cumplen las condiciones mínimas de seguridad en esta materia. El análisis individual de trazabilidad en un prestador particular debe considerar sus procedimientos y organización local, y en último término solo puede demostrarse, en la práctica, realizando ejercicios de trazabilidad en terreno.

El ejercicio de trazabilidad se realizará por ende, a través de la cadena completa de procesos, desde la donación hasta el destino final, ya sea éste transfusión, eliminación, distribución o transferencias de todos los componentes sanguíneos.

La actualización de las siguientes listas de chequeo permite evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos atendiendo a la organización actual del Sistema de Salud nacional en la materia, y a la necesidad de aclarar conceptos, con el fin de utilizar criterios comunes que permitan verificar la trazabilidad de manera objetiva en el marco de un proceso de acreditación.

Atendido lo antes señalado, se recomienda, por tanto, a las Entidades Acreditadoras que, en el contexto de un Proceso de Acreditación relativo a Prestadores Institucionales de Salud en cuya cadena de procesos de hemocomponentes esté involucrado un tercero – ya sea un Centro de Sangre, una UMT o Una Unidad de Atención de Donantes- que integren el Sistema Nacional de Servicios de Salud o pertenezcan a Prestadores Institucionales de Salud privados, tengan en cuenta solicitar la información al Prestador en proceso de acreditación con la suficiente antelación, considerando que debería existir un plazo de no más de 2 días hábiles desde la solicitud de los datos, que permitan realizar el ejercicio de trazabilidad por parte del Prestador, y la provisión de esta información por parte del tercero involucrado.

### A. Criterios aplicables a una Unidad de Medicina Transfusional:

#	VERIFICADOR	Sí/No
1	Se registra al menos el origen, código de componente, tipo de hemocomponente y la fecha y hora de recepción de la sangre ingresada a la UMT	
2	La UMT tiene acceso a la siguiente información proporcionada por el Centro proveedor, a demanda y en un plazo no superior a 48 horas (trazabilidad durante un proceso de acreditación), respecto de cualquier unidad seleccionada al azar de glóbulos rojos, plaquetas, plasma y/o crioprecipitados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Código único de donación</li> <li>- Resultado exámenes inmunohematológicos</li> <li>- Resultado exámenes microbiológicos</li> <li>- Fecha extracción</li> </ul>	
3	Se realizan al menos trimestralmente ejercicios de trazabilidad de acuerdo a un protocolo establecido, sobre al menos una unidad de cada tipo de producto utilizado en el período	
4	Se registra el destino final : transfusión (código de solicitud de la transfusión), eliminación, distribución, almacenamiento o transferencias (dónde, cuándo) de todas las unidades ingresadas a la UMT	
5	Es posible verificar que cualquier unidad ingresada y que no haya sido transfundida, distribuida a otro establecimiento o desechada, se encuentra almacenada en condiciones adecuadas en la UMT	

### B. Criterios aplicables a una Unidad de Atención de Donantes:

#	VERIFICADOR	Sí/No
1	Se asigna un código único a la donación, que permite su seguimiento dentro de la Unidad	
2	Existe un registro físico y/o informático que permite vincular el código único de donación con información de contacto del donante en caso de ser necesario	
3	Existe registro de la toma de muestras para exámenes microbiológicos e inmunohematológicos, que incluye el código único de identificación a que alude el punto 1	
4	Existe registro del envío de sangre consignando día y hora del despacho	
5	Existe registro de la recepción de la sangre en el Centro de Sangre y/o UMT	
6	La Unidad de Atención de Donantes tiene acceso a la siguiente información , a demanda y en un plazo no superior a 48 horas (trazabilidad durante un proceso de acreditación), respecto de cualquier unidad seleccionada al azar de glóbulos rojos, plaquetas, plasma y/o crioprecipitados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultado exámenes inmunohematológicos</li> <li>- Resultado exámenes microbiológicos</li> <li>- Destino final: almacenamiento, transfusión (código de solicitud de transfusión), eliminación, distribución o transferencia.</li> </ul>	

### C. Criterios aplicables a un Centro de Sangre:

#	VERIFICADOR	Sí/No
1	Existen registros que permiten vincular inequívocamente la sangre a los correspondientes exámenes microbiológicos e inmunohematológicos	
2	Existen registros que permiten conocer de manera inequívoca el fraccionamiento de que fue objeto la sangre y vincular cada uno de los productos al código de donación	
3	Es posible conocer el destino de distribución de cada componente, incluyendo el Establecimiento, producto y su destino: Si se encuentra almacenado, si fue transfundido (código de solicitud de transfusión), eliminado, distribuido o transferido a otro Establecimiento	
4	Es posible constatar la eliminación de todas las unidades con tamizaje positivo	

NOTA: Los registros pueden ser físicos o informáticos. En este último caso debe existir un sistema de respaldo de la información que asegure su conservación.

Mayo de 2013

4) Oficio Circular IP/N°6 de 24 de noviembre de 2014, que remite "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento del uso de Elementos de Protección Personal en la manipulación de muestras clínicas, en Laboratorio Clínico".



Intendencia de Prestadores de Salud  
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud  
Unidad Técnica Asesora

#### ORD. CIRCULAR IP/N° 6

ANT.: No hay.-

MAT.: Remite "Orientaciones Técnicas para la Constatación en terreno del cumplimiento del uso de elementos de protección personal en la manipulación de muestras clínicas, en el Laboratorio Clínico".-

SANTIAGO, 24 de noviembre de 2014.

DE : ENRIQUE AYARZA RAMÍREZ  
INTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD (TyP)  
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

A : REPRESENTANTES LEGALES  
DE ENTIDADES ACREDITADORAS AUTORIZADAS

Atendidas las actuales exigencias del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales y los procedimientos de acreditación desarrollados a la fecha, se ha evidenciado la necesidad de dictar esta normativa técnica destinada a las Entidades Acreditadoras en cuanto a criterios técnicos metodológicamente idóneos y pertinentes, a utilizar en los procedimientos de constatación en terreno, para verificar el cumplimiento del uso de elementos de protección personal en la manipulación de muestras clínicas, en los Laboratorios Clínicos. Todo ello con el fin de contribuir a que las Entidades Acreditadoras puedan cumplir de la mejor manera posible con el mandato legal y reglamentario del Artículo 23 del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud", a saber: ***"En las evaluaciones que la entidad acreditadora efectúe durante y con motivo del procedimiento de acreditación empleará siempre criterios objetivos, no discriminatorios e imparciales, comúnmente aceptados y científicamente fundados"***.

Las normas de bioseguridad evaluadas por los actuales Estándares, pretenden contribuir a la instalación progresiva de reglas básicas que debe adoptar el personal que está en contacto o manipula alguna muestra microbiológica. Por lo tanto, están orientadas básicamente a preservar la seguridad del personal y la integridad y calidad del material que es sujeto de análisis. Aunque las

normas de bioseguridad no eliminan completamente el riesgo inherente a la manipulación de muestras clínicas, disminuyen la probabilidad de que ocurra un evento adverso.

Por medio del presente Ordinario Circular pongo en su conocimiento el instrumento de **“Orientaciones Técnicas para la constatación en el Laboratorio Clínico del cumplimiento del uso de elementos de protección personal en la manipulación de muestras clínicas”**, documento elaborado por esta Intendencia para guiar, facilitar y estandarizar el trabajo de evaluación que deben efectuar las Entidades Acreditadoras, durante el proceso de acreditación.

El instrumento señalado precedentemente, se dicta en ejercicio de las facultades de interpretar las normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, según lo previsto en el numeral 2° del Acápito II de todos los antedichos Manuales que contienen los Estándares Generales de Acreditación actualmente vigentes, aprobados por el Decreto Exento N° 18, de 2009, del Ministerio de Salud, y por los Decretos Exentos N° 33, N° 34, N° 35, N° 36 y N° 37, todos estos últimos de 2010 y ese mismo Ministerio y Nos. 346 y 347, ambos de 2011, ese mismo Ministerio..

En ejercicio de tales facultades, estas “Orientaciones Técnicas” se dictan con el fin de desarrollar y aclarar el **numeral “5.” del Acápito “B.” de la Pauta de Cotejo de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación** actualmente vigentes, considerando la metodología más adecuada para la antedicha evaluación, y debiendo entenderse como aplicable a las diversas tareas de constatación en terreno en las situaciones a que se refieren, y tanto respecto de los actuales como de los futuros Estándares de Acreditación que se dicten, mientras esta Intendencia no las deje sin efecto o modifique.

**SE ACLARA** a las Entidades Acreditadoras que, si bien la dictación de las antedichas Orientaciones Técnicas constituyen el ejercicio por parte de esta Intendencia de las potestades jurídicas antes referidas, la naturaleza técnica del contenido de tales “Orientaciones” determina que ellas **poseen el carácter normativo de Recomendaciones Técnicas dirigidas a las Entidades Acreditadoras para su mejor proceder en las situaciones en que sean aplicables y así deben ser entendidas y aplicadas por ellas.**

Por tanto, se aclara que el carácter de tales Orientaciones **no es el de normas o instrucciones de obligatorio cumplimiento en todos los casos**, a que ellas se refieren.

Sin perjuicio de lo anterior, en caso que la Entidad Acreditadora desestimare la aplicación de las recomendaciones de estas Orientaciones Técnicas, **deberá fundamentar su decisión de prescindir de ellas, señalando en el respectivo Informe de Acreditación, los principios científicos, metodológicos o razones prácticas que justifican tal decisión.**

Quedando a vuestra disposición, les saluda atentamente,

**DR. ENRIQUE AYARZA RAMÍREZ  
INTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD (TyP)  
SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

## ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATAción EN LABORATORIO CLÍNICO DEL CUMPLIMIENTO DEL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN LA MANIPULACIÓN DE MUESTRAS CLÍNICAS.

### I. Introducción

Este documento contiene recomendaciones sobre la forma de llevar a cabo la constatación en terreno por parte de los evaluadores de las Entidades Acreditadoras durante un proceso de Acreditación, del cumplimiento del uso de Elementos de Protección Personal (EPP) en la manipulación de muestras clínicas en el Laboratorio Clínico.

### II. Definiciones a considerar para esta Orientación Técnica (1,2)

**Elementos de Protección Personal:** cualquier dispositivo, accesorio o vestimenta utilizados por el trabajador con el propósito de protegerlo de uno o más riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud. La recomendación de uso de los EPP en los Laboratorios Clínicos depende del tipo de agente que se manipula y los riesgos a los que se expone el trabajador.

**Muestra clínica:** material de origen humano que incluye fluidos orgánicos, de desecho y/o tejidos, recogido con el propósito de obtener resultados que colaboren en el diagnóstico clínico, en el seguimiento y tratamiento de determinadas patologías.

**Medidas de bioseguridad:** conjunto de acciones concentradas en la disposición adecuada de muestras clínicas y residuos, para controlar y minimizar los riesgos de transmisión y contaminación, desde los lugares de generación, favoreciendo el cuidado de la salud y seguridad de los trabajadores y de la comunidad.

**Precauciones estándares:** son las precauciones básicas para el control de infecciones que se deben usar como un mínimo en todos los pacientes, incluyendo las muestras clínicas provenientes de él, independiente del diagnóstico o sospecha diagnóstica, a fin de minimizar el riesgo de transmisión de cualquier tipo de microorganismo, entre pacientes, del paciente al trabajador de la salud y viceversa.

**Nivel de Bioseguridad de un Laboratorio Clínico:** conjunto de normas que describen precauciones, prácticas especiales y procedimientos de descontaminación para los Laboratorios que trabajan con agentes infecciosos, basados en el grado de peligro que representen estos agentes para los trabajadores y la población.

Se establecen 4 niveles de bioseguridad, aumentando en cada nivel las prácticas obligatorias de protección:

- **Nivel 1:** agentes que no representan una amenaza para la salud humana; aparentemente no causarían enfermedad en personas saludables.
- **Nivel 2:** agentes con moderado riesgo de causar enfermedad para el personal y bajo riesgo de ello para la comunidad.
- **Nivel 3:** agentes nativos o exóticos que tienen potencial de ser transmitidos por vía respiratoria (aerosol) y que pueden causar infecciones potencialmente letales.
- **Nivel 4:** agentes peligrosos y exóticos que poseen un alto riesgo de infección y/o con riesgo de transmisión desconocido. Estos agentes suponen un alto riesgo de enfermedad mortal, pueden ser transmitidas por vía aerosol (respiratoria) y no tienen vacuna o terapia disponible.

### III. Constatación

La constatación debe realizarse en base a la observación directa del **personal clínico que se encuentre en sus labores al momento de la visita**. Si la Entidad Acreditadora no pudiese constatar al personal clínico, porque no se encuentran realizando ninguna técnica al momento de su visita, se realizarán entrevistas que incluyan la simulación de procedimientos o técnicas específicas con el fin de valorar la utilización de los EPP acorde a lo establecido por el propio prestador.

#### a) Muestra a evaluar

La gran heterogeneidad en el tamaño y tipo de prestaciones efectuadas por los Laboratorios Clínicos de los diversos prestadores, imposibilita establecer un tamaño muestral que sea válido para todos ellos. Por ello, se recomienda una aproximación similar a la utilizada en la evaluación de otras características contenidas en los diversos Estándares. Esto involucra un tamaño muestral equivalente a 30 personas (**Anexo N° 1: cálculo tamaño muestral**). **Por tanto, si al momento de la visita en un Laboratorio se encuentran 30 o menos personas ejerciendo sus labores, se deberá constatar a todas ellas, independiente si en dicho Laboratorio Clínico trabajen más de 30 personas.** En consecuencia, es fundamental al iniciar la evaluación al Laboratorio informarse acerca del número de profesionales y técnicos que se encuentran en ese momento, para así determinar cuántas personas deberán ser constatadas (tal como se menciona previamente con un máximo de 30 personas).

**Se debe procurar que se incluya en la evaluación:**

- **Tanto profesionales como técnicos que se desempeñen en el Laboratorio al momento de la visita**
- **Personal de todas las Áreas Técnicas con las que cuenta el Laboratorio Clínico, como por ejemplo Bioquímica, Hematología, Inmunología, entre otras.**

## **b) Umbral de cumplimiento**

Del total de observaciones y/o entrevistas al menos el 90% debe cumplir con la utilización de EPP en la manipulación de muestras clínicas establecido en el procedimiento local del prestador. **Si en el Laboratorio se desempeñan más de 30 personas (entre profesionales y técnicos) al momento de la visita, se evaluarán solo 30, de las cuales 27 deben cumplir con lo descrito en el procedimiento del propio prestador en cuanto a la utilización de EPP.**

**En el caso de contar con menos de 30 profesionales y técnicos para observación u entrevista al momento de la visita, se evaluará a todo el personal presente, considerando el mismo umbral de cumplimiento de 90%, por lo que se deberá observar y/o entrevistar el número de personas indicadas en la tabla siguiente.**

**Tabla 1. Número de personas observadas y/o entrevistadas y número mínimo de personas que deben cumplir (umbral) con la utilización de Elementos de Protección Personal.**

<b>N° Personas observadas y/o entrevistadas</b>	<b>N° mínimo personas que cumplen con la utilización de los EPP</b>	<b>N° Personas observadas y/o entrevistadas</b>	<b>N° mínimo personas que cumplen con la utilización de los EPP</b>
3	2	17	15
4	3	18	16
5	4	19	17
6	5	20 - 21	18
7	6		
8	7	22	19
9	8	23	20
10-11	9	24	21
		25	22
12	10	26	23
13	11	27	24
14	12	28	25
15	13	29	26
16	14	30	27

### **III. Recomendaciones para la observación directa**

El método de constatación a través de la observación requiere de tiempo para llevar a cabo la observación y el observador debe poseer conocimientos y competencias técnicas en la materia a evaluar.

Por ello, previo a la visita en terreno al Laboratorio Clínico, la Entidad Acreditadora debe establecer claramente el objetivo de evaluación en razón de, los Elementos de Protección Personal (EPP) que deben utilizar las personas evaluadas en cada Área Técnica que posea el Laboratorio Clínico, durante la realización de un procedimiento que involucre efectivamente un riesgo en la manipulación u obtención de muestras clínicas, descritas en el documento exigido en el 1er Elemento Medible de las Características APL 1.5 AC-AA y GP 1.5 LC de las Pautas de Cotejo de los Manuales de Acreditación. Estos criterios de uso de EPP establecidos por el prestador, deben ser consistentes con las precauciones estándares y estar basados en criterios científicamente objetivos y reconocidamente aceptados de acuerdo al riesgo de exposición asociado.

Se recomienda que la Entidad Acreditadora designe al o los/las profesionales(es) evaluadores(as) más idóneo(s) en el tema, quién(es) en base a su competencia técnica constatará(n) la exigencia en cada caso. La visita al Laboratorio idealmente debe ser realizada por más de una persona, procurando ubicarse en una posición que no afecte la dinámica de trabajo habitual y el desarrollo de las diferentes actividades propias de la jornada.

En el caso particular de la constatación en terreno, la Entidad Acreditadora sólo llevará a cabo la evaluación en actividades que supongan un contacto directo o riesgo de contacto con muestras clínicas y por tanto, no sobre reactivos.

A modo de ejemplo, se enumeran los EPP recomendados para el nivel de Bioseguridad 2 de la Guía de Seguridad para Laboratorios Clínicos del ISP de 2013 (1):

- Delantal de trabajo en el Laboratorio
- Pechera impermeable
- Antiparra y protector facial
- Mascarilla
- Guantes
- Protección de los pies (zapato cerrado, con punta cerrada, sin tacos)

**Para considerar que un profesional o técnico cumple con la utilización de los EPP, debe verificarse que cumpla lo descrito al respecto en el procedimiento local del Prestador.**

A continuación, se expone un ejemplo de Bioseguridad en el Área Técnica de Hematología:



Por lo tanto si se evalúa a un profesional o técnico que se encuentra en el área de Hematología, se considerará cumplido el uso de EPP si se encuentra con delantal de trabajo y protección de pies.

Si se evalúa a un profesional o técnico que se encuentra manipulando muestras clínicas en Hematología, se considerará cumplido el uso de EPP si se encuentra con delantal de trabajo, protección de pies y guantes.

Por último, si se evalúa a un profesional o técnico que se encuentra realizando una tinción de frotis, se considerará cumplido el uso de EPP si se encuentra con delantal de trabajo, protección de pies, guantes, pechera impermeable y antiparras.

Es importante tener en cuenta que en esta constatación no sólo se evaluará que los EPP estén presentes, **sino que se utilicen para cumplir su objetivo**, a modo de ejemplo que la antiparra esté en su posición correcta cubriendo los ojos.

Asimismo, debe entenderse que en el caso que el Prestador Institucional de Salud haya normado el uso de otros EPP no incluidos en el listado de la Guía de Seguridad para Laboratorios Clínicos del ISP de 2013 (Ej.: delantales de género, mascarillas N95, entre otros), igualmente se deberá llevar a cabo la constatación de su utilización, según lo especificado en el procedimiento descrito en el documento del prestador.

La información recolectada en la observación u entrevista debe ser registrada, adjuntando el mayor número de datos que puedan ser de utilidad para la elaboración del Informe de Acreditación\*:

- Fecha y Hora de la Evaluación.
- Identificación del evaluador
- Identificación de las personas evaluadas
- Técnica o actividad durante la cual las personas fueron evaluadas
- Tipo de elementos de protección personal (EPP) utilizados al momento de la evaluación.

\***Anexo N° 2:** Planilla para la recolección de datos: constatación en terreno características APL 1.5 AC - AA y GP 1.5 LC.

## **V. Recomendaciones para la entrevista.**

Agotadas las posibilidades de constatación a través de la observación, si quien evalúa no logra constatar a todo el personal **presente al momento de la visita**, llevará a cabo la constatación por medio de entrevistas.

A través de la entrevista podemos obtener información confiable sobre determinados hechos. Se debe tener claro previo a su realización, el objetivo de dicha entrevista y lo que precisamos obtener a través de ella.

La entrevista utilizada será guiada para obtener información del uso de EPP en una actividad que involucre un riesgo en la manipulación de muestras clínicas, descritas en el Documento exigido en el 1er Elemento Medible de las Características APL 1.5 AC-AA y GP 1.5 LC, según describa el propio Prestador en el documento que explicita las condiciones de bioseguridad.

Continuando con el ejemplo de Bioseguridad en el Área Técnica de Hematología entregado durante la constatación a través de la observación, la entrevista con se desarrollaría de la siguiente manera:

- Explicitar claramente que se indagará acerca del uso de EPP de acuerdo a lo normado o definido por el prestador.
- Solicitar al personal evaluado, que verbalice la selección, postura y utilización de los EPP para una determinada técnica.
- Tal como en la observación, se instruye que los antecedentes recogidos deben ser siempre registrados, adjuntando el mayor número de datos que sean útiles para la elaboración del Informe de Acreditación, para ello sugerimos utilice el Anexo 2: "Planilla de recolección de Datos, Constatación En Terreno Características APL 1.5 AC - AA y GP 1.5 LC.

### **Para elaborar una entrevista guiada se recomienda:**

- Que la persona que evalúa tenga claridad acerca de sus objetivos(s) o lo que se pretende evaluar a través de su realización.
- Evitar preguntas cerradas (sí/no)
- Ajustar la pregunta para un tiempo adecuado de desarrollo de la respuesta

## Anexo N° 1:

El número recomendado de 30 personas a constatar se obtiene de la fórmula utilizada para calcular el tamaño muestral para estimar una proporción, cuando desconocemos el tamaño total de una población (3):

$$N = \frac{z^2 * p * q}{d^2}$$

Y en la cual:

**N**= tamaño de la muestra a evaluar

**z** = 1.96<sup>2</sup> (asumiendo un nivel de confianza del 95%)

**p**= Proporción esperada (asumiendo un 90% de cumplimiento en el uso de EPP, por tanto p= 0.9) (4)

**q**= (1-p)

**d**= precisión que utilizamos en nuestra estimación (11%, por tanto d=0.11)<sup>2</sup>

## Anexo N° 2: Planilla de recolección de datos para la constatación en terreno.

Características APL 1.5 AC-AA y GP 1.5 LC.							
Prestador: _____							
Evaluador (es): _____							
Fecha: / / Hora: _____							
Nombre profesional/técnico evaluado	Área Técnica	Actividad o Técnica	Tipo Constatación		Utilización EPP*		Observaciones
			Observación	Entrevista	Cumple	No Cumple	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

\*Según procedimiento establecido por el prestador.

## **Referencias:**

1.- Instituto de Salud Pública de Chile, Departamento Laboratorio Biomédico Nacional y de Referencia. Documentos técnicos para el Laboratorio Clínico: "Guía de Bioseguridad para Laboratorios clínicos". [Agosto del 2013, Santiago Chile]. Disponible en:

<http://www.ispch.cl/biomedicos/publicaciones>

2.- Amy Nelson, PhD, MPH, FOCUS Workgroup, Niveles de bioseguridad en el Laboratorio, Enfoque en Epidemiología de Campo, volumen 5 número 1, North Carolina Center for Public Health Preparedness—The North Carolina Institute for Public Health, Campus Box 8165 Chapel Hill, NC 27599-8165, E.E.U.U.[ 10/12/12].

Disponible en:

[http://cphp.sph.unc.edu/focus/vol5/issue1/5-1BiosafetyLevels\\_espanol.pdf](http://cphp.sph.unc.edu/focus/vol5/issue1/5-1BiosafetyLevels_espanol.pdf)

3.- Pita Fernández, S., Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña CAD ATEN PRIMARIA 1996; 3: 138-14. "Determinación del tamaño muestral" [acceso 23 de octubre de 2013]. Disponible en:

<http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp>

4.- Yassi A., Lockhart K., Copes R., Kerr M., Corbiere M., Bryce E. "Determinants of Healthcare Workers' Compliance with Infection Control Procedures". Healthcare Quarterly Vol. 10 No.1 2007; 47-50. Disponible en:

[https://www.longwoods.com/articles/images/Baxter\\_HQ\\_vol10\\_no1\\_Yassi.pdf](https://www.longwoods.com/articles/images/Baxter_HQ_vol10_no1_Yassi.pdf)

## **Acápites III:**

### **CIRCULARES INTERPRETATIVAS ESPECÍFICAS, PARA LAS SIGUIENTES MATERIAS:**

- 1. CIRCULAR IP/N°37, de 31 DE MAYO DE 2017, MODIFICADA POR LA CIRCULAR IP/N°44, DE 12 DE MARZO DE 2020 QUE “DICTA INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE EL SENTIDO Y ALCANCE QUE DEBEN DAR A LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD, PARA LOS EFECTOS DE LA FISCALIZACIÓN DEL DEBIDO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS QUE INDICA Y DEROGA LA CIRCULAR IP/N°26, DE 27 DE SEPTIEMBRE DE 2013”;**
- 2. CIRCULAR IP/N°48, DE 19 DE AGOSTO DE 2020, QUE “IMPARTE INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE LA ELABORACIÓN Y EL FORMATO DEL INFORME DE ACREDITACIÓN Y DEROGA LA CIRCULAR IP/N°38, DE 31 DE MAYO DE 2017”;**
- 3. CIRCULAR IP/N°40, DE 13 DE SEPTIEMBRE DE 2019, QUE IMPARTE INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN EN QUE LOS PRESTADORES INSTITUCIONALES ESTÉN EN SITUACIÓN DE SER ACREDITADOS CON OBSERVACIONES, SUS FORMALIDADES Y TRÁMITES POSTERIORES”.**

1. **CIRCULAR IP/N°37, de 31 de mayo de 2017, que "DICTA INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE EL SENTIDO Y ALCANCE QUE DEBEN DAR A LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD, PARA LOS EFECTOS DE LA FISCALIZACIÓN DEL DEBIDO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS QUE INDICA Y DEROGA LA CIRCULAR IP/N°26, DE 27 DE SEPTIEMBRE DE 2013":**



**Intendencia de Prestadores**  
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud  
Unidad de Fiscalización en Calidad  
Unidad de Apoyo Legal

## **CIRCULAR IP/N° 37 (\*)**

**SANTIAGO, 31 DE MAYO DE 2017**

**DICTA INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE EL SENTIDO Y ALCANCE QUE DEBEN DAR A LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD, PARA LOS EFECTOS DE LA FISCALIZACIÓN DEL DEBIDO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS QUE INDICA Y DEROGA LA CIRCULAR IP/N°26, DE 27 DE SEPTIEMBRE DE 2013. -**

**(\*) TEXTO ACTUALIZADO:  
INCLUYE LAS MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR  
la RESOLUCIÓN EXENTA IP/N°1697, DE 18 DE OCTUBRE DE 2017; y  
la CIRCULAR IP/N°44, DE 12 DE MARZO DE 2020 (estas últimas marcadas en negrita y con (\*\*))**

**VISTOS:** Lo dispuesto en los numerales 1° y 3° del Artículo 121 del D.F.L.N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; en la Ley N°19.880; en el Artículo Sexto de la Ley N°20.416; en los Artículos 22, 23, 25, 27, 28, 29, 37 y demás pertinentes del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud", aprobado por el D.S. N°15, de 2007, del antedicho Ministerio; 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 la Resolución Exenta SS/N°8, de 4 de enero de 2016, y en la Resolución Afecta SS/N°67 de 14 de agosto de 2015;

**CONSIDERANDO:**

**1°.** - Que el correcto funcionamiento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, supone el oportuno y cabal ejercicio de la función de fiscalización del mismo y que la ley confía a esta Intendencia;

**2°.-** Que las presentes instrucciones tienen por objeto determinar el sentido y alcance de las obligaciones a que están sujetas las entidades acreditadoras durante los procedimientos de acreditación para los que hayan sido designadas aleatoriamente, garantizando que, en las evaluaciones que efectúen con motivo de dichos procedimientos, empleen siempre los criterios objetivos, no discriminatorios e imparciales, comúnmente aceptados y científicamente fundados, que exige el artículo 23 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, así como los contenidos mínimos que, en cumplimiento de la obligación antedicha, debe contener el expediente del procedimiento de acreditación, el cual debe encontrarse permanentemente disponible en sus oficinas para la fiscalización de la Intendencia de Prestadores;

**3°.** - Que, asimismo, resulta relevante, para los mismos efectos antedichos, clarificar y mantener actualizados los criterios de fiscalización de las entidades por parte de esta Intendencia a las necesidades del Sistema de Acreditación y a la experiencia de fiscalización de esta Intendencia, motivo por el cual esta normativa debe ser revisada periódicamente;

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

**VENGO EN DICTAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:**

**1. Sobre su deber de fundamentar y justificar debidamente todas sus evaluaciones, conclusiones y decisiones: (\*)**

Las entidades acreditadoras deberán estar siempre en condiciones de justificar las evaluaciones, conclusiones y decisiones que se contienen en los informes de acreditación que emitan, proveyéndose de los medios de prueba necesarios para corroborar los hallazgos y constataciones que sirven de fundamento para las referidas evaluaciones, conclusiones y decisiones, los cuales se deberán mantener adecuadamente custodiados y ordenados en el expediente del respectivo procedimiento de acreditación. Dicho expediente deberá hallarse permanentemente a disposición de esta Intendencia para su fiscalización.

**2. Para dar debido cumplimiento a las obligaciones que les impone el Artículo 23 del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de**

Salud", en adelante "el Reglamento", las entidades acreditadoras deberán ceñirse a las siguientes normas:

### 2.1.1 De la correcta confección del expediente de acreditación

Conforme lo dispone en los incisos segundo y tercero del Artículo 23 del Reglamento, la Entidad Acreditadora *"deberá conformar un expediente individual para cada proceso de acreditación que efectúe, en el cual se incorporarán todos los antecedentes del mismo, así como los registros de los hallazgos y constataciones efectuadas, de modo que ellos permitan fundamentar las evaluaciones y decisiones que adopte durante el procedimiento y en su informe final, pudiendo obtener copias u otras formas de registros de sus hallazgos. El expediente se encontrará permanentemente disponible en las oficinas de la entidad para su fiscalización por la Intendencia de Prestadores."*

Para dar debido cumplimiento a la obligación antedicha, las Entidades Acreditadoras deberán adoptar las siguientes medidas:

- i. Formalizar un procedimiento interno para la debida confección, mantención actualizada y debida conservación del expediente individual de cada procedimiento de acreditación o reacreditación que le corresponda ejecutar, procedimiento que será de obligatorio cumplimiento para todos los integrantes de la Entidad Acreditadora y por cuyo debido cumplimiento cada Entidad Acreditadora será responsable ante esta Intendencia;
- ii. El procedimiento interno precedentemente señalado deberá contemplar, como contenidos mínimos, los siguientes:
  - a) Que todos los evaluadores de la Entidad, en las constataciones y evaluaciones que efectúen, utilicen el mismo material de registro e instrumentos de respaldo de aquéllas, ya sea en formato físico y/o digital;
  - b) Que los registros físicos y/o digitales, tales como pautas de cotejo, planillas Excel, formularios, libreta de apuntes y demás tipos de respaldos utilizados, identifiquen claramente la característica y elemento medible al que correspondan, así como, el nombre del evaluador que los haya efectuado y la fecha en que lo efectuó. Además, tales registros y respaldos deberán estar ordenados en el expediente, de acuerdo a los ámbitos, características y elementos medibles correspondientes, según el Estándar de Acreditación aplicado. **Cuando la Unidad de Fiscalización en Calidad, solicite a la Entidad alguno o varios de estos respaldos, y ellos han sido obtenidos mediante fotografías o se encuentran en formato word, previo al envío a esta Intendencia, ellos deberán ser transformados a formato PDF, para una mejor visualización y manejo de los mismos; (\*)**
  - c) Que los respaldos fotográficos sean de buena calidad y resolución, los que deberán quedar en el expediente del proceso, ordenados de acuerdo a lo indicado en el literal anterior;



### 2.1.2. Del registro y respaldo de los hallazgos y constataciones efectuados

- i. Respecto a la información revisada durante la etapa de evaluación en terreno, la entidad acreditadora deberá adoptar todas las medidas necesarias para registrar y respaldar los hallazgos y constataciones efectuadas respecto del cumplimiento o incumplimiento de cada una de las características y elementos medibles del respectivo Estándar y, finalmente, de los hechos que fundamentan su decisión de dar por acreditado o no acreditado al prestador evaluado.

En tal sentido, la entidad acreditadora deberá estar siempre en condiciones de dar razón de todos los hallazgos, constataciones, evaluaciones y decisiones que figuren en los expedientes y en los informes de acreditación, ante cualquier acto de fiscalización de esta Intendencia, y frente a eventuales discrepancias, reclamos o recursos de reposición que interponga el prestador evaluado. Lo anterior resulta particularmente relevante, tratándose del registro y respaldo de los hallazgos y constataciones relativos a los elementos medibles de características de obligatorio cumplimiento que el informe respectivo estime como no cumplidas.

- ii. Se entenderá que la Entidad Acreditadora cumple con las obligaciones antedichas si demuestra a esta Intendencia que, durante la ejecución del respectivo proceso de acreditación o reacreditación, ha ejecutado las siguientes acciones:
  - a) Haber dictado un protocolo interno respecto a la forma en que sus profesionales evaluadores deben dejar registro y respaldo de sus hallazgos y constataciones, el que es de obligatorio cumplimiento para sus evaluadores. Sin perjuicio de lo anterior, deberá demostrar que ha dado estricto cumplimiento a las instrucciones que se señalan a continuación.
  - b) Los registros y respaldos de los hallazgos y constataciones que fundamentan sus evaluaciones, conclusiones y decisiones, considerarán el uso de los siguientes medios probatorios:
    - Toma de fotografías: En la verificación del cumplimiento, y en especial del incumplimiento, de aquellas características que son susceptibles de ser constatadas con la observación del comportamiento de uno o más de los funcionarios del establecimiento, o en la verificación de elementos y/o situaciones que puedan ser registradas a través de este medio, como por ejemplo, en la característica APL 1.5, en la verificación de elementos de protección personal en las áreas del laboratorio; en la característica DP 1.1, relativa a la carta de derechos y deberes de los pacientes; en la característica INS 1.1, en la constatación de la recarga vigente de extintores y accesibilidad de las redes secas y húmedas; en la característica APE 1.2, en la verificación de que las etapas de lavado y preparación del material se realizan en forma centralizada; entre otras.

En las situaciones antes señaladas se podrá, alternativa o complementariamente, hacer uso de videos.

Se previene a la entidad acreditadora que, en la constatación y evaluación de los diversos documentos exigidos en las características evaluadas, y en particular en constatación de la evaluación periódica de los indicadores, respecto de los resultados presentados por los prestadores y los constatados por la entidad, la sola toma de fotografías de tales documentos, informes o pautas expuestas, no constituye un medio probatorio idóneo del hecho de haber efectuado correctamente tales constataciones y evaluaciones. La Entidad deberá demostrar que el evaluador, durante la visita en terreno, revisó y registró la información constatada y que, en caso de haber sido necesario, aclaró tales antecedentes tenidos a la vista, in situ, con el referente del prestador.

- Grabaciones: En el caso de las características cuyos elementos medibles contemplen la realización de entrevistas a los funcionarios del prestador evaluado, tales entrevistas deberán ser respaldadas a través de grabaciones, u otros medios probatorios fidedignos de análoga naturaleza, debiendo identificarse en dicha grabación el nombre del entrevistado, la fecha y hora de la entrevista, la Unidad en que él se desempeña y el punto de verificación del Estándar a que tal constatación corresponda. Previo a la entrevista se deberá advertir al funcionario del prestador, que será grabado y que dicha grabación es estrictamente confidencial. Asimismo, la Entidad podrá hacer uso de grabaciones en constataciones de otras características que no contemplen entrevistas, si así lo estimare necesario como respaldo complementario para tales constataciones
- Copias físicas y/o digitales de los documentos revisados, particularmente de aquéllos en los que se hayan detectado incumplimientos al Estándar de acreditación. El evaluador de la Entidad Acreditadora, siempre podrá requerir al prestador la impresión de la parte del documento o registro clínico que considere necesario para su labor, especialmente para respaldar los hallazgos que haya efectuado.

Al respecto, se aclara que no es pertinente que la entidad requiera al prestador evaluado de copia de todos los documentos revisados en las evaluaciones efectuadas, sino solo de aquéllos que considere gravitantes para respaldar alguna constatación o resultado en particular.

- Uso de timbres: Destinados a la identificación de los documentos y registros físicos revisados.

Es obligatorio que todos los documentos revisados por la entidad acreditadora con ocasión de la evaluación de un prestador en proceso de acreditación, sean timbrados en la página en donde se constaten los atributos que exige el elemento medible pertinente y/o se verifique el incumplimiento de éste o de una característica solicitada por el Estándar. En el caso de las fuentes primarias que dan sustento a la medición de los indicadores, la entidad debe timbrar aquellas que considere gravitantes para respaldar alguna constatación o resultado en particular.

Las características del timbre y su utilización, deben ser las siguientes:

- o Tipo: SLIM STAM, rectangular, dimensión del texto 4 cm x 1cm, letra mayúscula.
- o Texto: Nombre del evaluador o Director Técnico y nombre de la entidad acreditadora (Usar nombre habitual o de “fantasía”).
- o Inmediatamente bajo el timbre, el evaluador deberá estampar su media firma y la fecha de la revisión, tal como se muestra en este ejemplo:

NOMBRE DEL EVALUADOR
NOMBRE ENTIDAD ACREDITADORA

29/07/13 –media firma

- o Los profesionales de la entidad acreditadora, evitarán timbrar las carátulas de los documentos, a menos que ello sea estrictamente necesario para documentar un incumplimiento o que ello se considere gravitante para respaldar alguna constatación o resultado en particular. Tratándose de las fichas clínicas, se deberá tener especial cuidado en que tales timbrajes no afecten en modo alguno los datos contenidos en ellas.

- c) **SE PREVIENE** a las Entidades Acreditadoras que la obstrucción o falta de colaboración de parte del prestador evaluado para que ella obtenga los respaldos de las constataciones que efectúe durante el procedimiento de acreditación deben ser informadas a la Intendencia de Prestadores, a fin que ella evalúe la adopción de alguna de las medidas previstas en el Artículo 25 del Reglamento.

3. Para el debido cumplimiento de lo dispuesto en los Artículos 22, 23, 25, 27, 28 y 29 en relación a lo dispuesto en los Artículos 37 y siguientes del “Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud”, aprobado por el D.S. N°15, de 2007, del Ministerio de Salud, las entidades acreditadoras deberán asegurar un debido y transparente desarrollo de los procedimientos de acreditación para los que sean designadas, dando estricto cumplimiento a las siguientes instrucciones, en las materias que a continuación se señalan:

### 3.1 De los plazos reglamentarios

- 3.1.1. Las Entidades Acreditadoras en la ejecución de los procedimientos de acreditación de un prestador institucional para los que fueren designadas, deberán siempre dar cumplimiento estricto a los plazos establecidos en el Reglamento, así como a los que establezca esta Intendencia en las Circulares de General Aplicación y en las instrucciones particulares que ella dicte en cada caso.

Las Entidades Acreditadoras, adicionalmente, deberán tener presente que, normalmente, dentro de tales plazos deben ejecutar determinadas acciones, las que se efectuarán en la forma que el Reglamento o las instrucciones antes referidas de esta Intendencia señalen.

**3.1.2.** Los plazos antes señalados son de días hábiles, entendiéndose que son inhábiles los días sábados, domingos y festivos. Dichos plazos son de días hábiles, por lo que se computarán desde el día siguiente a aquél en que se notifique la resolución respectiva o se ejecute el acto de tramitación que en cada caso corresponda.

Tratándose del plazo de 30 días hábiles para la ejecución del procedimiento de acreditación en terreno por parte de la Entidad Acreditadora y la emisión del respectivo informe, previsto en el inciso segundo del Artículo 22 del Reglamento, dicho plazo se contabilizará **desde el primer día** de la evaluación en terreno.

**3.1.3.** Los plazos establecidos en el Reglamento para los procedimientos de acreditación y a los que la entidad acreditadora deberá dar estricto acatamiento y cumplimiento, son los siguientes: (\*)

	<b>Etapas del Proceso de Acreditación</b>	<b>Plazo Máximo</b>	<b>Actividad que debe realizar la Entidad/ Observaciones</b>
<b>a)</b>	Aceptación o rechazo de la designación para efectuar el proceso de acreditación.	5 días hábiles siguientes a la fecha de notificación del acta de la designación aleatoria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingreso de la aceptación de la designación en el Sistema Informático de Acreditación (SIA), cambiando el estado desde designación notificada a designación aceptada.</li> <li>- Por el contrario, si le afecta un conflicto de interés con el prestador a evaluar, o algún otro motivo fundado, rechazará la designación en el SIA y, además, explicará los motivos fundados de tal rechazo, a través del correo de acreditación.</li> </ul>
<b>b)</b>	Pago de la primera cuota del arancel de acreditación por el prestador a evaluar.	10 días hábiles siguientes a la fecha de notificación de la aceptación por parte de la entidad acreditadora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingreso en el SIA, de la fecha y datos de la factura y la fecha del pago efectivo de la primera cuota del arancel realizado por el prestador.</li> <li>- La entidad, debe registrar el pago el mismo día en que él se hizo efectivo.</li> <li>- Asimismo, deberá reportar a la IP, los casos en que el prestador no paga en la fecha que corresponda, o si está en conocimiento de que el prestador tiene alguna dificultad para cumplir con el pago en la fecha señalada y, en su caso, solicitar a la Intendencia que se tenga por desistido al prestador de su solicitud de acreditación.</li> </ul>
<b>c)</b>	Fijación y comunicación al prestador a evaluar de la fecha de inicio de la evaluación en terreno.	5 días hábiles siguientes a la fecha del pago efectivo de la primera cuota del arancel.	Ingreso de la fecha de inicio de la evaluación en el SIA, cambiando el estado de la solicitud, desde el estado de "designación aceptada" al de "planificada".
<b>d)</b>	Plazo dentro del cual debe encontrarse la fecha fijada por la Entidad como día de inicio de la evaluación en terreno.	40 días hábiles siguientes a la fecha del pago efectivo de la primera cuota del arancel.	Si el prestador solicitante de acreditación está en desacuerdo con la fecha fijada en el SIA por la Entidad Acreditadora para el inicio de la evaluación en terreno, deberá comunicar su desacuerdo a la Intendencia de Prestadores dentro del plazo de 5 días hábiles siguientes a la notificación de tal

	Etapas del Proceso de Acreditación	Plazo Máximo	Actividad que debe realizar la Entidad/ Observaciones
			<p>fecha por el SIA. Tras oír a ambas partes, la Intendencia de prestadores resolverá al respecto. Si la Intendencia resolviere una nueva fecha de inicio de las evaluaciones, la Entidad Acreditadora dispondrá de un plazo de 5 días hábiles para aceptar la nueva fecha y, en caso contrario, o si nada dijera al respecto, el procedimiento se declarará desierto y se procederá a la designación aleatoria de una nueva entidad acreditadora para ese procedimiento.</p> <p>Si por causa justificada, el prestador necesitare que la evaluación en terreno se inicie en un día que exceda de este plazo de 40 días hábiles, deberá formular una petición en tal sentido a la Intendencia de Prestadores, a fin que ella resuelva, acompañando los antecedentes justificatorios correspondientes. La Entidad Acreditadora no podrá, por sí sola, aceptar esta clase de peticiones del prestador a evaluar, debiendo en tales casos orientar al prestador para que formule su petición ante la Intendencia de Prestadores.</p>
e)	Plazo para la remisión del cronograma de evaluaciones y para su aprobación por la Intendencia de Prestadores.	20 días hábiles previos a la fecha fijada para el inicio de las evaluaciones en terreno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Envío del cronograma de evaluaciones, vía correo electrónico de acreditación, a la jefatura de la Unidad de Fiscalización en Calidad.</li> <li>- Revisión del cronograma por la Unidad antedicha y remisión a la Entidad Acreditadora de las instrucciones para la corrección del mismo.</li> <li>- Remisión a dicha Unidad del cronograma corregido dentro del plazo instruido.</li> <li>- Aprobación del cronograma por dicha Unidad.</li> <li>- Envío por parte de la Entidad Acreditadora del cronograma aprobado al prestador solicitante de acreditación.</li> </ul> <p><b>PREVIÉNESE</b> a las Entidades Acreditadoras respecto de la posibilidad de declaración de la deserción del procedimiento de acreditación, en el evento previsto en el <b>numeral 3.2.13</b> de la presente Circular.</p>
f)	Plazo para la ejecución de las constataciones y evaluaciones, y para la emisión del informe del procedimiento de acreditación.	30 días hábiles desde la fecha de inicio de la evaluación en terreno, siendo el primer día de la evaluación en terreno el primer día de dicho plazo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingreso de la fecha de término de las evaluaciones en el SIA, lo que deberá ocurrir, a más tardar, el día 30°, contado desde la fecha de inicio de las evaluaciones en terreno. Así, por ejemplo, si el inicio de la evaluación fue el día 08/05/2017, el plazo de 30 días hábiles se cumplirá a las 24:00 horas del día 16/06/2017.</li> <li>- Dentro de dicho plazo de 30 días la Entidad Acreditadora deberá remitir a la Intendencia de Prestadores, o al Instituto</li> </ul>

	Etapas del Proceso de Acreditación	Plazo Máximo	Actividad que debe realizar la Entidad/ Observaciones
			<p>de Salud Pública, en su caso, el informe de acreditación, en la forma que a esos efectos esta Intendencia haya instruido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si la entidad acreditadora comunicara que ha procedido a terminar sus valuaciones antes del día 30° del plazo antedicho, deberá remitir el informe dentro de los 5 días hábiles siguientes a tal comunicación, siempre y cuando esto no sobrepase los 30 días totales de la evaluación antes señalados. Así, por ejemplo, si comunica el cierre de la evaluación antes del día 25 de esta etapa, a partir de esa fecha, contará con 5 días para la remitir el informe correspondiente, pero si tal comunicación se efectuare después del día 25 solo contará con los días que resten hasta el día 30° para efectuar tal envío.</li> </ul> <p><b>PREVIÉNESE</b> a las Entidades Acreditadoras acerca de la necesidad de dar oportuno cumplimiento a este plazo, <b>bajo apercibimiento de la declaración de deserción del procedimiento de acreditación</b>, conforme lo previsto en los Artículos 22 y 27 del Reglamento, <b>y de la obligación de restitución del arancel que les hubiere sido pagado por el prestador evaluado.</b></p>
g)	Entrega del informe de acreditación a la Intendencia de Prestadores	30 días hábiles desde la fecha de inicio de la evaluación en terreno.	<p>Envío del informe de acreditación a la IP, al correo <a href="mailto:informesacreditacion@superdesalud.gob.cl">informesacreditacion@superdesalud.gob.cl</a></p> <p>En los casos de procedimientos de acreditación de Laboratorios Clínicos, cuya competencia fiscalizadora es ejercida por el Instituto de Salud Pública tal envío debe hacerse al correo <a href="mailto:fiscalización.acreditacion@ispch.cl">fiscalización.acreditacion@ispch.cl</a></p>
h)	Solicitud de prórroga para el término de las evaluaciones y para la entrega del informe de acreditación.	Antes del vencimiento del plazo de 30 días hábiles contados desde la fecha de inicio de la evaluación en terreno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prórroga deberá ser solicitada por el Representante Legal de la Entidad Acreditadora, desde su correo oficial al correo de acreditación de la Intendencia de Prestadores.</li> <li>- La solicitud deberá ser dirigida al Intendente de Prestadores, o al Director del Instituto de Salud Pública, en su caso, explicitando los motivos fundados que la justificarían y el número de días de prórroga que se solicitan.</li> <li>- La Intendencia, evaluará los motivos de la solicitud y procederá a aprobarla o rechazarla, total o parcialmente, según el mérito de los antecedentes. En caso de aprobarla, la Intendencia así lo declarará, pudiendo conceder una prórroga igual o menor al número de días solicitados por la Entidad.</li> </ul>

	Etapas del Proceso de Acreditación	Plazo Máximo	Actividad que debe realizar la Entidad/ Observaciones
			- Debe tenerse presente que, conforme lo dispuesto en el Artículo 22 del Reglamento, "el plazo podrá ser ampliado solo por una vez y hasta por un período máximo igual" (30 días hábiles adicionales).
i)	Instrucciones para la corrección del informe del procedimiento de acreditación emitido, dictadas en la etapa de fiscalización del mismo.	El que se señale por la Intendencia de Prestadores en la respectiva instrucción de corrección.	<p>- Se instruye a la Entidad Acreditadora que realice las correcciones que se indiquen dentro del plazo que en cada caso se señale, a fin que el informe dé debido cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 27 del Reglamento de Acreditación. Dichas instrucciones se impartirán de conformidad a lo previsto en el Ordinario Circular IP/N° 1, de 12 de enero de 2017.</p> <p>- La Entidad Acreditadora deberá dar cabal, estricto y oportuno cumplimiento a las instrucciones de corrección del informe que se dicten por esta Intendencia, o por el Instituto de Salud Pública, en su caso, en el ejercicio de sus facultades de fiscalización del informe del procedimiento de acreditación.</p> <p>- El plazo para la presentación del informe corregido, se indicará en el correo electrónico en el que se instruye la corrección del informe y se contabilizará desde el día siguiente hábil a la notificación del citado correo, remitido a través del correo de acreditación al correo del Representante Legal de la Entidad Acreditadora. Adicionalmente, en el correo de notificación se explicitará la fecha y hora límite en que vence el plazo para la entrega del informe corregido.</p> <p><b>PREVIÉNESE</b> a las Entidades Acreditadoras que el incumplimiento total o parcial de tales instrucciones, o el incumplimiento del plazo instruido para su cumplimiento en cada caso, podrá dar lugar al inicio del correspondiente sumario sancionatorio contra la Entidad Acreditadora infractora.</p>
j)	Completación y cierre del check-list del informe del procedimiento acreditación contenido en el SIA	2 días hábiles siguientes a la instrucción de la Intendencia de Prestadores, a través del correo de acreditación.	Una vez que concluya la fiscalización del informe del procedimiento de acreditación por parte de esta Intendencia, se comunicará tal conclusión a la Entidad Acreditadora, mediante correo electrónico dirigido al de su Representante Legal, instruyéndosele cerrar debidamente el check-list en el SIA, cuyos contenidos deberán ser concordantes con los contenidos del informe del procedimiento de acreditación remitido a esta Intendencia, o con los contenidos del último informe corregido, en su caso.
k)	Pago de la segunda cuota del arancel de acreditación.	5 días hábiles siguientes a la notificación de la Resolución	- Tras el pago efectivo de la segunda cuota del arancel de acreditación por parte del prestador evaluado, la entidad acreditadora deberá proceder de la misma manera que

	Etapas del Proceso de Acreditación	Plazo Máximo	Actividad que debe realizar la Entidad/ Observaciones
		Exenta de la Intendencia que ordena dicho pago al prestador evaluado.	se le instruyó precedentemente en cuanto a cómo proceder tras el pago de la 1ª cuota. <b>TÉNGASE PRESENTE</b> que la Entidad Acreditadora debe registrar el pago en el SIA inmediatamente después que éste se haga efectivo.

**3.1.4. TÉNGASE PRESENTE** por las Entidades Acreditadoras que todos los plazos reglamentarios y los que se contengan en las instrucciones generales o particulares de esta Intendencia son susceptibles de ser prorrogados, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- a) Que la prórroga la solicite el Representante Legal de la Entidad Acreditadora, por escrito o desde su correo electrónico oficial;
- b) Que la solicitud explicita los hechos que la justifiquen y el tiempo adicional de prórroga que se solicita;
- c) Que se soliciten antes del vencimiento del plazo de que se trate; y
- d) Que la prórroga sea acogida y declarada formalmente por esta Intendencia.

La decisión de la Intendencia respecto de la solicitud de prórroga será notificada, a través del correo de acreditación, al correo oficial del Representante Legal de la entidad y en ella se explicitará la cantidad de días de prórroga que se conceden y la fecha límite en que se deberá cumplir con la actuación que corresponda en cada caso, por ejemplo, la fecha límite en que se deberá remitir el informe de acreditación.

**PREVIÉNESE** a las Entidades Acreditadora que ellas solo podrán entrar a gozar de la prórroga de los plazos una vez que sean notificadas de la decisión de la Intendencia de Prestadores antes señalada y solo en los estrictos términos que esa decisión señale.

**3.1.5.** Para facilitar el control de los plazos reglamentarios, que deberá dar cumplimiento la entidad acreditadora de aquellos procesos de acreditación que tenga en curso, se pone a disposición de éstas, la planilla Excel "Resumen de Procesos de Acreditación" utilizada por la Unidad de Fiscalización en Calidad de la Intendencia de Prestadores, para la fiscalización de los plazos normativos.

PRESTADOR INSTITUCIONAL	Prestador XXX
N° de Solicitud de Acreditación	xxx
<b>FECHAS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN</b>	<b>FECHA</b>
Fecha designación aleatoria	16-01-2017
Fecha notificación designación a EA y prestador	16-01-2017
Fecha limite aceptación/rechazo EA	23-01-2017
Fecha aceptación designación EA	16-01-2017
Vía de aceptación designación	Sistema
Fecha notificación aceptación EA al prestador	16-01-2017
Vía de notificación al prestador	Sistema
Fecha limite pago prestador 1° cuota arancel	30-01-2017
Fecha efectiva pago prestador 1° cuota arancel	30-01-2017
Fecha límite para fijación de fecha de inicio evaluación EA	06-02-2017
Fecha remisión del cronograma de evaluaciones en terreno	13-02-2017
Fecha notificación inicio evaluación/EA	02-02-2017
Vía de notificación inicio evaluación	Sistema
Fecha límite para inicio evaluación	27-03-2017

Fecha inicio evaluación planificada	13-03-2017
Fecha efectiva inicio evaluación	13-03-2017
Fecha límite entrega informe de acreditación	24-04-2017
Fecha efectiva entrega informe de acreditación	No aplica
Fecha solicitud de prórroga del informe	24-04-2017
Vía de solicitud de prórroga	Correo
Fecha autorización de prórroga	24-04-2017
N° de días hábiles autorizados de prórroga	4
Fecha límite entrega del informe con prórroga	28-04-2017
Fecha cierre de evaluación (Check list)	08-05-2017
En caso de Acreditación con Observaciones: Fecha límite para aprobar o rechazar el Plan de Corrección y su Cronograma	5 días hábiles desde envío del Plan de Corrección desde la Intendencia

- 3.1.6.** Una vez aceptada la designación de un proceso de acreditación, la Entidad Acreditadora, a través de su Representante Legal, deberá comunicarse con el Representante Legal del prestador, para iniciar la coordinación del proceso y asegurar que se dé debido cumplimiento a los plazos señalados precedentemente, especialmente para tratar sobre las siguientes materias:
- i. Forma de pago de las cuotas del arancel correspondiente; y
  - ii. Fecha de inicio de la evaluación en terreno, a fin de prevenir eventuales desacuerdos al respecto.

### **3.2. Del cronograma para la evaluación en terreno**

**3.2.1.** La confección del cronograma por parte de la Entidad Acreditadora, deberá dar cuenta del Estándar a evaluar, del tipo de prestador de que se trate y su estructura organizacional, tamaño, complejidad, cartera de prestaciones, puntos de verificación, servicios y unidades, componentes y características del Estándar aplicables, y demás circunstancias atinentes, en función de lo cual propondrá el número presumible de días de evaluación y el número de evaluadores suficientes para efectuar debida, adecuada e íntegramente la evaluación al prestador solicitante de acreditación.

**3.2.2.** Para la confección del cronograma de evaluaciones en terreno, y para la adopción de las decisiones acerca del número de días y de evaluadores que participarán en la visita de evaluación en terreno, la Entidad Acreditadora deberá considerar, especialmente, los siguientes aspectos:

- i. Tipo y complejidad del prestador a evaluar;
- ii. Estándar de Acreditación a evaluar;
- iii. Si se trata de un primer proceso de acreditación o uno de reacreditación;
- iv. Tamaño del prestador, planta física, distribución, composición y número de unidades o servicios con los que cuenta y de los puntos de verificación;
- v. Documentos entregados por la Unidad de Gestión en Acreditación relativos al prestador a evaluar: Ficha técnica actualizada, si corresponde; resoluciones sanitarias e informe de autoevaluación. Esta documentación será remitida, mediante correo electrónico, a la Entidad Acreditadora, luego de que ésta haya aceptado la designación del prestador institucional, y sea solicitada

formalmente por su Representante Legal o su Director Técnico al Encargado de la Unidad antedicha; (**\* El literal v. de este numeral fue *sustituido por este texto, según lo dispuesto en el literal b) del N°2 de la Resolución Exenta IP/N°1697, de 18 de octubre de 2017***)

- vi.** Información general proporcionada por el prestador a la Entidad Acreditadora, tales como, cartera de prestaciones, estructura organizacional, distribución de los puntos de verificación que le aplican y las unidades que componen cada uno de ellos, planos de sus dependencias y pronunciamientos de diversa índole que hubieren sido efectuados por la Intendencia de Prestadores respecto de alguna materia que sea atingente al proceso de acreditación del prestador. Respecto de tales pronunciamientos o de las repuestas de esta Intendencia a consultas que el prestador hubiere efectuado a ella, la Entidad Acreditadora podrá consultar ante ésta respecto de su autenticidad, vigencia e integridad;
  - vii.** Número de características del Estándar que serían aplicables en la evaluación del prestador;
  - viii.** Experiencia clínica y competencias profesionales de los evaluadores, acordes a las Unidades y puntos de verificación del prestador que le sean asignados para evaluar. Lo anterior, de conformidad con las competencias demostradas en los respectivos procedimientos de aprobación de la inclusión del respectivo evaluador en el cuerpo de evaluadores de la Entidad de que se trate.
- 3.2.3.** La Entidad Acreditadora deberá elaborar un cronograma para llevar a cabo la evaluación en terreno del prestador en proceso de acreditación, el que debe presentarse considerando, al menos, los siguientes contenidos:
- i.** Identificación de los evaluadores y Director Técnico.
  - ii.** Tabla en formato Excel o Word con la siguiente información y distribución: Fecha, horario (desde – hasta), evaluador, punto de verificación, unidad o servicio, características a evaluar, características que no aplican, referente del prestador.

iii. Se instruye el siguiente formato de cronograma

**FORMATO DE CRONOGRAMA PARA LA EVALUACIÓN DE PRESTADORES EN TERRENO**

<b>Nombre del prestador a evaluar:</b>							
<b>Período de evaluación en terreno:</b>							
<b>N° de días de evaluación en terreno:</b>							
<b>N° total de días de trabajo evaluador en el terreno:</b>							
<b>Nombre del Director Técnico del proceso:</b>							
<b>Número de evaluadores:</b>							
<b>Nombre y profesión de los evaluadores:</b>							
Fecha	Horario	Evaluador Entidad	Puntos de verificación	Unidad o servicio	Características	Caract. NA	Referente Prestador
21-12-2016	08:30 – 09:00	Equipo EA	Reunión de Inicio				Directivos prestador
21-12-2016	09:00 – 17:00	Equipo EA	Dirección	Revisión Documentos		Director Médico	
21-12-2016	17:00 – 17:30	DT y Evaluadores	Reunión de equipo				
22-12-2016	08:30 – 13:00	Evaluador 1	PQ	Pabellón General	DP 4.2, CAL 1.2, GCL 1.1, GCL 1.2, GCL 1.3, GCL 1.4, GCL 1.7, GCL 1.11, GCL 1.12, GCL 2.1, GCL 2.3, GCL 3.3, RH 2.2, RH 3.1, RH 4.2, REG 1.2, INS 2.1, APF 1.2, APF 1.5, APE 1.2, APE 1.4	GCL 1.5	Referente 1
22-12-2016	08:30 – 13:00	Evaluador 2	PQ	Pabellón CMA	DP 4.2, CAL 1.2, GCL 1.1, GCL 1.2, GCL 1.3, GCL 1.4, GCL 1.7, GCL 1.11, GCL 1.12, GCL 2.1, GCL 2.3, GCL 3.3, RH 2.2, RH 3.1, RH 4.2, REG 1.2, REG 1.3, INS 2.1, APF 1.2, APF 1.5, APE 1.2, APE 1.4	GCL 1.5	Referente 2
22-12-2016	13:00-14:00	Receso Almuerzo					
22-12-2016	14:00 – 17:00	Evaluador 1	PQ	Pabellón General	Continuación	GCL 1.5	Referente 1
22-12-2016	14:00 – 17:00	Evaluador 2	PQ	Pabellón CMA	Continuación	GCL 1.5	Referente 2
22-12-2016	17:00 – 17:30	DT y Evaluadores	Reunión de equipo				
Puntos de verificación que NA: Pabellón GO							

\*Los datos contenidos en este ejemplo son sólo referenciales, la Entidad Acreditadora deberá ajustarlo a la realidad de cada prestador a evaluar.

- 3.2.4.** En el formato antes señalado se deberán considerar todos los días de evaluación, y la Entidad Acreditadora lo adecuará conforme a la estructura organizacional y administrativa del prestador.
- 3.2.5.** El cronograma deberá contemplar el tiempo suficiente para la evaluación de cada una de las características y puntos de verificación correspondientes. Deberá considerar, especialmente, las características que incluyen indicadores y la evaluación periódica respectiva, lo que implica la revisión de informes de resultados y constatación de estos, a través de la revisión de las fuentes primarias

utilizadas, así como, también, contemplará los tiempos necesarios para la revisión de fichas clínicas, en aquellas características que lo requieren.

**3.2.6.** Por otra parte, los tiempos asignados a las evaluaciones deberán estar en concordancia con las competencias del evaluador y, en especial, con su experiencia previa en la participación de otros procesos de acreditación en los que se hubiere aplicado el mismo Estándar de Acreditación. Lo anterior, resulta particularmente obligatorio de considerar cuando se trate de un evaluador que enfrenta su primer proceso de acreditación.

**3.2.7. TÉNGASE PRESENTE** en esta materia que el Director Técnico debe estar permanentemente abocado a la función que le señala el Reglamento, esto es, a "*dirigir el trabajo de los evaluadores*". Por tanto, en aquellos casos en que dicho Director Técnico, además, se encuentre aprobado por la Intendencia de Prestadores como integrante del cuerpo de evaluadores de la Entidad, no podrá ejercer este último rol sino en la medida que sea un Director Técnico Suplente, aprobado por dicha Intendencia, el que dirija tal procedimiento de acreditación. Sin perjuicio de lo anterior, excepcionalmente, y considerando los antecedentes de cada caso, se podrán aprobar cronogramas que consideren la ejecución de evaluaciones por tales Directores Técnicos en procedimientos de acreditación o reacreditación a prestadores institucionales de Atención Abierta de Mediana o Baja Complejidad, así como en la evaluación de los Estándares de Acreditación para Centros de Diálisis, para Servicios de Esterilización, para Servicios de Imagenología, para Laboratorios Clínicos, para Servicios de Quimioterapia y para Servicios de Radioterapia.

**3.2.8.** El horario asignado a las evaluaciones en terreno, en los distintos puntos de verificación, no podrá exceder el horario hábil de trabajo del prestador evaluado, debiendo respetarse el horario de almuerzo de sus funcionarios. Cualquier necesidad de la Entidad Acreditadora que deba hacer excepción a la instrucción precedente, deberá ser previamente concordada con el representante del prestador en evaluación.

**3.2.9.** Para asegurar la correcta ejecución de un proceso de acreditación, que considere una debida y cabal evaluación de las características que aplican en la evaluación del prestador, la confección del cronograma deberá tener en consideración los siguientes criterios generales:

**a)** Tratándose de la evaluación en terreno de prestadores institucionales de **Atención Cerrada y de Alta complejidad**:

**i.** Para la evaluación en terreno se asignarán los "días de trabajo evaluador" en las cantidades más aproximadas posibles a las que continuación se señalan, equivaliendo cada "día de trabajo evaluador" a una jornada completa de trabajo de tales profesionales. En los casos en que un evaluador, en alguno o algunos de los días de la evaluación en terreno, sólo se ha de desempeñar por media jornada (mañana o tarde), ello debe ser contabilizado como 0,5 "día de trabajo evaluador".

**ii.** Tratándose de prestadores institucionales de Atención Cerrada y de Alta Complejidad, se asignará una cantidad lo más aproximada posible a los **30 (treinta) "días de trabajo evaluador"**, en

casos tales como el de prestadores institucionales de la envergadura del Hospital de Tomé, Hospital San José de Coronel, Hospital de Quilpué, Clínica Ciudad del Mar, Clínica Vespucio y otros similares;

- iii. Tratándose de prestadores institucionales de Atención Cerrada y de Alta Complejidad, de mayor envergadura que los antes señalados, tales como los Hospitales Base de los Servicios de Salud y algunas clínicas privadas, tales como, el Hospital "Doctor Hernán Henríquez Aravena" de Temuco, el Hospital "Barros Luco Trudeau", el Hospital Regional de Arica "Dr. Juan Noé Crevani", la Clínica Alemana de Santiago, la Clínica Las Condes, la Clínica Santa María, y similares, se asignará una cantidad lo más aproximada posible a los **40 (cuarenta) "días de trabajo evaluador"**;
- b) Tratándose de la evaluación en terreno de prestadores institucionales de **Atención Cerrada de Mediana y Baja Complejidad** y de los **prestadores evaluados por los demás Estándares de Acreditación vigentes**, se asignará una cantidad de "días de trabajo evaluador" suficientes, considerando las características y particularidades propias de cada prestador y las instrucciones señaladas en los numerales 3.2.1 y siguientes precedentes;
- c) En todo caso, la Intendencia de Prestadores fiscalizará la suficiencia de los "días de trabajo evaluador" en mérito del cronograma propuesto y la realidad del prestador solicitante de acreditación, en cada caso específico.

***(\* El numeral 3.2.9. fue sustituido por este texto, según lo dispuesto en el literal c) del N°2 de la Resolución Exenta IP/N° 1697, de 18 de octubre de 2017)***

**3.2.10.** El cronograma deberá remitirse a la Intendencia de Prestadores, vía correo electrónico de acreditación, **con, al menos, 10 días hábiles de anticipación** a la fecha de inicio de la evaluación para la fiscalización correspondiente y para la ejecución de las correcciones y ajustes a que haya lugar, de acuerdo a las instrucciones impartidas por la Intendencia al efecto. Una vez que el cronograma sea aprobado por la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, la Entidad Acreditadora lo remitirá al prestador, pudiendo este último formular sus propias observaciones al mismo ante esta Intendencia.

***(\* El numeral 3.2.10. fue sustituido por este texto, según lo dispuesto en el numeral i., del literal d), del N°2 de la Resolución Exenta IP/N° 1697, de 18 de octubre de 2017)***

**3.2.11.** La Unidad de Fiscalización en Calidad, en el ejercicio de sus facultades fiscalizadoras y con el fin de conseguir una programación de la evaluación en terreno que se ajuste a la realidad del prestador evaluado, verificará que el cronograma presentado asegure una debida, adecuada y justa evaluación para el prestador, para lo cual revisará el número de días de evaluación planificados, el total de días de trabajo evaluador considerado, el número de evaluadores que participarán en el proceso de acreditación, y los puntos de verificación que éstos evaluarán de acuerdo a la experiencia profesional y competencias técnicas

demostradas ante esta Intendencia y por las cuales fueron incorporados al cuerpo de evaluadores de la Entidad respectiva.

- 3.2.12.** Las Entidades Acreditadoras deberán colaborar activamente a fin que, durante la fiscalización del cronograma se logre una programación que cumpla los objetivos antes señalados y que asegure una debida, adecuada y justa evaluación del prestador solicitante de acreditación. Para tales efectos, ellas deberán dar oportuno cumplimiento a las instrucciones que se le dicten durante la fiscalización del cronograma que ella haya propuesto, evitando que cualquier tardanza en tales cumplimientos provoquen que dicha Entidad se coloque en situación de no poder cumplir con el inicio oportuno del procedimiento de evaluación en terreno, esto es, **en la fecha fijada** para tal inicio.

En tal sentido, **SE PREVIENE a las Entidades Acreditadoras que, si las tardanzas u omisiones en el cumplimiento de las instrucciones de corrección del cronograma la colocaren en situación de imposibilidad de cumplir con el inicio de las evaluaciones en la fecha fijada al efecto en el procedimiento respectivo, dicho procedimiento será declarado desierto, ordenándose, en lo principal, la devolución de la parte del arancel que hubiere sido pagado por el prestador y la incorporación de este último al siguiente procedimiento de designación aleatoria de entidades acreditadoras.**

- 3.2.13.** Cuando la entidad remita el cronograma al prestador, debe solicitarle que complete la última columna de éste, identificando a los referentes que presentarán las características en cada uno de los puntos de verificación.
- 3.2.14.** Cualquier cambio que se efectúe al cronograma aprobado por la Intendencia, antes o durante la evaluación en terreno, deberá ser informado a esta de inmediato, a través del correo de acreditación.

### **3.3. De las actividades previas a la evaluación en terreno**

- 3.3.1.** La Entidad Acreditadora podrá solicitar al prestador que le envíe copia de los documentos que serán objeto de evaluación en el proceso de acreditación respectivo, **solo una vez que el cronograma de evaluación presentado por ella haya sido aprobado por esta Intendencia.** Al respecto se instruye lo siguiente: (*\* El encabezado de este numeral 3.3.1. fue sustituido por este texto, según lo dispuesto en el numeral ii., del literal d), del N°2 de la Resolución Exenta IP/N°1697, de 18 de octubre de 2017*)
- i.** La Entidad Acreditadora, podrá solicitar la documentación correspondiente al prestador a evaluar, **solo después que la Intendencia haya fiscalizado y aprobado el cronograma de evaluación en terreno propuesto por la Entidad Acreditadora y solo podrá solicitar los documentos que se señalan expresamente en el Anexo de la presente Circular;**
  - ii.** La solicitud debe ser hecha al correo del Representante Legal del prestador, con copia al correo de acreditación. En dicho correo explicitará los documentos solicitados y la fecha en la que el prestador deberá remitirselos, la que **no podrá ser anterior a los 15 días hábiles previos al inicio de las evaluaciones en terreno;**

- iii. A fin de asegurar un debido y adecuado procedimiento de evaluación, **SE PREVIENE** a las Entidades Acreditadoras que la lectura de los documentos de manera previa a la evaluación en terreno por parte de sus evaluadores, no exime a éstos de su deber de constatar debidamente tales documentos en los puntos de verificación señalados en las Pautas de Cotejo del respectivo Estándar de Acreditación, ni exime a la Entidad Acreditadora de su deber de asegurar que ello se cumpla, debiéndose constatar, en tales casos, que en tales puntos de verificación, los documentos que en ellos se encuentren, **son exactamente los mismos que los que remitió el prestador** y que ellos tuvieron a la vista, que leyeron y revisaron;
  - iv. Asimismo, **SE PREVIENE** a las Entidades Acreditadoras que los documentos válidos para la evaluación de las características, son aquéllos que el prestador presente durante la evaluación en terreno, cualesquiera hayan sido los documentos que le hubieren sido remitidos por el prestador a la Entidad previamente. Lo anterior, con el fin que, en la eventualidad que el prestador haya remitido algunos documentos que no correspondían a la versión que se desea presentar en el proceso de acreditación, no exista confusión al respecto. Con todo, los documentos presentados en terreno deben cumplir con la retrospectividad que corresponda; (\*)
  - v. Los documentos que podrán ser solicitados para revisar de manera anticipada al terreno, **son solo aquellos exigidos de manera explícita en las Pautas de Cotejo de los diferentes Estándares de Acreditación y que se señalan en el Anexo adjunto a la presente Circular**. En consecuencia, **SE PROHÍBE** requerir al prestador a evaluar la remisión de cualquier documento que no se encuentre señalado expresamente en dicho Anexo, tales como listados de pacientes, listados de funcionarios, fichas clínicas u otros, con el fin de tomar muestras en constatación de características del Estándar, u otros similares.
- 3.3.2.** Sin perjuicio de lo anterior, en esta etapa la Entidad Acreditadora podrá solicitar al prestador a evaluar información general relativa a aspectos del prestador que no serán materia de las evaluaciones y que le ayudarán a planificar la debida ejecución de sus evaluaciones en terreno y a definir el cronograma, tales como, la cartera de prestaciones, su estructura organizacional y los planos de la planta física.
- 3.3.3.** Asimismo, la Entidad Acreditadora podrá visitar las dependencias del prestador, realizar reuniones de coordinación, video conferencias, entre otras, consensuando dichas actividades con el Representante Legal del prestador. Dichas actividades deberán ser programadas por la entidad y, en caso de requerir desplazamientos, la Entidad Acreditadora no podrá exigir al prestador o sus representantes que se trasladen a sus dependencias, sino que ella deberá trasladarse al prestador, salvo acuerdo en contrario. De las reuniones que se efectúen entre las Entidades y los prestadores en esta etapa, la entidad deberá levantar acta, firmada por ambas partes.

**3.3.4. TÉNGASE PRESENTE** que, en todo lo no modificado por los numerales precedentes, mantiene su vigencia la Circular IP/N°33, de 16 de diciembre de 2016.

### **3.4. Del desarrollo de la evaluación en terreno**

**3.4.1.** La Entidad Acreditadora deberá ajustarse al cronograma aprobado por esta Intendencia, sin perjuicio de poder efectuar siempre las correcciones que sean necesarias, de modo de asegurar la debida ejecución de todas las constataciones que deba realizar, y que le permitan fundamentar la adopción de sus decisiones respecto al cumplimiento o incumplimiento de las exigencias de los Estándares evaluados. **Tales correcciones deberán ser informadas a esta Intendencia de inmediato**, pudiendo esta Intendencia siempre observarlas y fiscalizar su adecuación a las normas precedentes.

**3.4.2. De la reunión de inicio de la evaluación en terreno:** El día de inicio de la evaluación en terreno, como primera actividad, la Entidad Acreditadora sostendrá una reunión con los directivos, jefaturas y/o encargados del prestador, en la que, por la Entidad, deberán asistir su Director Técnico y los evaluadores que darán inicio a las evaluaciones. Los temas principales a tratar en dicha reunión serán, a lo menos, los siguientes:

- i. Objetivos del proceso de acreditación y de la evaluación en terreno;
- ii. Presentación del equipo de evaluadores;
- iii. Periodo de retrospectividad que abarcarán las evaluaciones, que corresponda al proceso;
- iv. Forma en que se desarrollarán las constataciones (Revisión de documentos, visita a servicios clínicos, entrevistas a los funcionarios, etc.);
- v. Medidas que adoptará la Entidad Acreditadora durante la evaluación, para dejar registro y respaldo de los hallazgos y constataciones que efectúe, así como para fundamentar las decisiones que adopte con respecto a la evaluación de todas las características del Estándar de que se trate, tales como, toma de fotografías, grabaciones, solicitud de copias, timbraje de documentos, etc., de acuerdo a lo establecido en la presente Circular;
- vi. Acordar las reuniones ordinarias entre la Entidad Acreditadora y el prestador, las que se efectuarán durante los días planificados para la visita en terreno, designándose los interlocutores válidos para las comunicaciones y coordinaciones de rutina entre la Entidad Acreditadora y el prestador, así como para las reuniones ordinarias y extraordinarias que sean necesarias. En el caso de la Entidad Acreditadora, el interlocutor siempre deberá ser el Director Técnico del proceso. Por su parte, el interlocutor del prestador será la máxima autoridad del prestador evaluado o quien éste designe libremente y por escrito, dejándose constancia de ello en el acta de la reunión de inicio. **TÉNGASE PRESENTE** que las Entidades Acreditadoras no están facultadas para

cuestionar de manera alguna la designación hecha por dicha autoridad del prestador;

- vii. Consultar sobre las prestaciones que no están incluidas en la cartera del prestador, y sobre los puntos de verificación y características que no aplican en las evaluaciones. Lo anterior deberá, posteriormente, ser corroborado por la Entidad Acreditadora durante la evaluación en terreno, a través de hechos o documentos fidedignos y objetivables;
- viii. En los procedimientos de acreditación que sean objeto de fiscalización en terreno por parte de esta Intendencia, se deberá informar al prestador acerca de ese hecho y sobre la identidad del encargado del equipo de fiscalizadores de la Intendencia de Prestadores, debiendo asegurarse por la Entidad Acreditadora la presencia de dicho encargado en todas las reuniones a realizarse entre la entidad y el prestador, sean éstas regulares o extraordinarias, tanto las requeridas de parte de la entidad, como las que requiera el prestador en evaluación;
- ix. Informar sobre el derecho que asiste tanto al prestador como a la Entidad Acreditadora a efectuar consultas formales a la Intendencia de Prestadores, en aquéllos casos en que el prestador y/o la Entidad Acreditadora tengan dudas con respecto a la aplicabilidad y/o metodología de evaluación de una o más características específicas y sobre cualquier otro aspecto relativo a la normativa aplicable en el procedimiento de evaluación;
- x. **La Entidad Acreditadora permitirá la presencia de los profesionales del equipo de calidad y/o de los Servicios de Salud o de las Direcciones Corporativas o de la Red a la que pertenezca el prestador en evaluación, en calidad de observadores de las constataciones que se efectúen con ocasión del proceso de acreditación en los diferentes puntos de verificación. En dichos casos, la Entidad Acreditadora deberá prevenir al prestador evaluado que tales profesionales externos al prestador evaluado, no podrán responder en lugar del personal del prestador en evaluación que corresponda entrevistar, ni intervenir de modo alguno en las respuestas a las preguntas efectuadas por el evaluador, debiendo limitarse siempre su actuación a la sola observación de las constataciones que se efectúen; (\*)**
- xi. La Entidad Acreditadora podrá comunicar su decisión respecto de la admisión de la presencia y participación de los profesionales del equipo de calidad y/o de los Servicios de Salud o de las Direcciones Corporativas o de la Red a la que pertenezca el prestador en evaluación, en las constataciones que se efectúen en los diferentes puntos de verificación. En los casos en que se autorice que alguno de los profesionales antes señalados presencien y acompañen a los evaluadores en su trabajo en los distintos puntos de verificación, el Director Técnico de la Entidad Acreditadora deberá informar que tales profesionales externos al prestador evaluado, no podrán responder en lugar del personal del prestador en evaluación que sea entrevistado ni intervenir de modo alguno en las respuestas a las preguntas efectuadas por el evaluador, debiendo limitarse su actuación a la sola observación de las constataciones que se efectúen;

- xii. Informar sobre la posibilidad que el cronograma de evaluación pueda sufrir modificaciones, de acuerdo al desarrollo de las evaluaciones en terreno y que los cambios necesarios serán comunicados por los canales formales que se acuerden al prestador y, vía correo electrónico, a la Intendencia de Prestadores;
  - xiii. Definir el tiempo que dispone el prestador para realizar una presentación de su establecimiento, si él quisiere.
- 3.4.3. De la reunión de inicio, el Director Técnico de la entidad, levantará un acta, la que debe ser firmada por él y por el representante del prestador. La copia de la citada acta será entregada al prestador, a más tardar, al inicio del segundo día de evaluación.
- 3.4.4. La evaluación considerará tanto una medición contemporánea, es decir al momento de la evaluación, como retrospectiva. El alcance retrospectivo de las mediciones abarcará el período de 6 meses, en la primera acreditación, o tres años, en el caso de reacreditaciones, anteriores al inicio del proceso de evaluación en terreno. Todas las evaluaciones deberán dar cuenta del periodo de retrospectividad del proceso de acreditación, informado en la reunión de inicio de evaluación en terreno.
- 3.4.5. Para los procesos de reacreditación, en aquellos prestadores institucionales acreditados que fueron fiscalizados en el período intermedio, y a los cuales se les requirió un plan de mejoras para las características obligatorias que se encontraban incumplidas, la Intendencia de Prestadores establecerá un periodo de retrospectividad excepcional, a partir de la aprobación del plan de mejoras. Esta situación será notificada a la Entidad Acreditadora, a través de un Ordinario IP, con anterioridad al inicio de la evaluación en terreno. La entidad deberá dar cabal cumplimiento y acatamiento a lo instruido en el citado Ordinario.
- 3.4.6. Fuera del horario de evaluación establecido en el cronograma, la Entidad Acreditadora podrá trabajar en las dependencias del prestador, previa autorización de éste, en actividades que no impliquen evaluación en terreno ni requieran la presencia de los referentes del prestador, tales como, randomización o revisión de fichas clínicas, cotejo de respaldos, revisión y resumen del trabajo del día, entre otras.
- 3.4.7. **De las funciones del Director Técnico en la evaluación en terreno:** El Director Técnico, además del cumplimiento de las obligaciones que se le asignan en las restantes normas del Sistema de Acreditación, en la evaluación en terreno debe cumplir con su rol específico, desempeñando la función principal que le asigna la reglamentación vigente, cual es la de **“dirigir el trabajo de los evaluadores”**, según lo dispone el artículo 10 del Reglamento.

En tal sentido, **TÉNGASE PRESENTE** que el debido ejercicio de tal función de dirección implica la supervisión directa del trabajo de los evaluadores en el desarrollo de las evaluaciones en los diversos puntos de verificación del prestador, entregando su orientación y apoyo a los profesionales evaluadores para la correcta ejecución de sus constataciones y evaluaciones, corrigiendo oportunamente los errores en que ellos incurran, cuando corresponda. Asimismo, **PREVIÉNESE** a las Entidades Acreditadoras que ellas responden jurídicamente ante esta Intendencia de las conductas de sus Directores Técnicos.

Asimismo, **PREVIÉNESE** a las Entidades Acreditadoras que deberán adoptar las medidas necesarias para que sus Directores Técnicos efectúen la función de dirección y supervisión antedicha, con especial dedicación, respecto de los evaluadores con poca experiencia en procesos de acreditación y en aquellos casos en que tales evaluadores, habiendo sido fiscalizados en procesos previos, han sido objeto de observaciones por parte de esta Intendencia, particularmente si se le hubieren representado faltas en las metodologías de evaluación utilizadas, en el trato a los referentes del prestador o en el manejo de situaciones de conflicto.

Asimismo, y en el sentido antes señalado, **INSTRÚYESE** a las Entidades Acreditadoras en el sentido que el rol del Director Técnico de la Entidad Acreditadora durante la evaluación en terreno, implica el cabal cumplimiento de, a lo menos, los siguientes deberes específicos:

- i. Ejercer la dirección y coordinación del proceso en todos sus aspectos, incluyendo los aspectos logísticos inherentes al proceso de evaluación en terreno;
- ii. Entregar de herramientas de trabajo a los evaluadores;
- iii. Instruir a los evaluadores sobre la metodología de evaluación y la retrospectividad a aplicar, señalando las excepciones que correspondan en los procesos de reacreditación;
- iv. Distribuir adecuadamente la carga de trabajo entre los evaluadores;
- v. Realizar reuniones técnicas con sus evaluadores para visualizar el desarrollo del proceso, revisando diariamente con su equipo los hallazgos encontrados en las constataciones efectuadas;
- vi. Frente a situaciones en que exista riesgo de incumplimiento por parte del prestador, especialmente de características de obligatorio cumplimiento, el Director Técnico con su equipo evaluador, deberán revisar los respaldos que fundamentan los hallazgos y solicitar al día siguiente al prestador, toda otra información o medios que se requieran para hacerse la convicción acerca del incumplimiento y fundamentar objetiva y adecuadamente su efectividad. De ser necesario, volverá a realizar la evaluación en los puntos verificadores que correspondan;
- vii. Asegurar que, en la evaluación de una misma característica que deba ser evaluada en distintos puntos de verificación, por parte de diferentes evaluadores, se aplique la misma metodología de evaluación y retrospectividad, particularmente, cuando se trata de la evaluación periódica de los indicadores o de constataciones específicas, como, por ejemplo, en el caso del cuarto elemento medible de la característica AOC 1.3;
- viii. Dar a conocer los puntos de verificación en donde realizará las entrevistas y constataciones en puntos específicos, tales como, en las características DP 1.2 y AOC 1.1, según lo solicitado en el elemento medible de las características que correspondan;

- ix. Mantener y supervisar el debido resguardo de la confidencialidad de la información entregada por el prestador, con ocasión de las evaluaciones efectuadas en el proceso;
- x. Supervisar y velar por el debido cumplimiento del cronograma, realizar oportunamente los ajustes que correspondan y estar permanentemente atento a las necesidades de reprogramación de evaluaciones pendientes, cuidando que ello provoque la menor alteración posible al normal desarrollo de las actividades en el prestador evaluado y asegurando que se respeten permanentemente los horarios acordados con el prestador, así como que éste tenga establecido como horarios de almuerzo y salida;
- xi. Coordinarse permanentemente con el interlocutor del prestador y realizar las reuniones ordinarias acordadas y las extraordinarias que sean necesarias durante el terreno, especialmente frente a situaciones de conflicto o discrepancias entre el prestador y la entidad, en la constatación de una o más características.
- xii. Levantar acta de la reunión y entregar copia de la misma, debidamente firmada por los asistentes, al prestador.
- xiii. Realizar las consultas que correspondan a la Intendencia de Prestadores, frente a dudas respecto a la aplicabilidad de las características o puntos de verificación del prestador, o cualquier situación anómala que se detecte durante la evaluación en el terreno, a través del canal formal dispuesto para ello, **debiendo especificar que se trata de un proceso en etapa de evaluación**, a fin que esta Intendencia dé prioridad a la respuesta.

**3.4.8.** Con respecto al comportamiento y presentación del Director Técnico durante la evaluación en terreno del prestador, las Entidades Acreditadoras deberán asegurar, como mínimo, lo siguiente:

- i. Que mantenga un trato formal y respetuoso en todo momento y circunstancia con el prestador evaluado y sus funcionarios;
- ii. Que favorezca el desarrollo del trabajo de evaluación en un ambiente tranquilo y libre de conflictos;
- iii. Que mantenga una comunicación fluida con el prestador evaluado, a través de los canales formales establecidos y respetando al interlocutor designado por el prestador;
- iv. Que se encuentre **presente durante el desarrollo de toda la evaluación en terreno**, durante todos los días y en los horarios programados;
- v. Que utilice vestimenta semi-formal, lo que incluye el uso obligatorio de bata blanca para desplazarse por las Unidades y Servicios Clínicos del prestador;
- vi. Que utilice la identificación de la Entidad Acreditadora.

**3.4.9.** El Director Técnico **Suplente** de la Entidad Acreditadora, ejercerá su función sólo en ausencia del Director Técnico Titular, o cuando este último no esté ejerciendo como tal, y en los términos que lo disponga la Resolución Exenta que lo aprueba

como tal. En el ejercicio de dicha suplencia, le serán aplicables a él todas las funciones y obligaciones establecidas respecto de los directores técnicos titulares en el Reglamento, en la presente Circular y en las demás instrucciones que esta Intendencia dicte al efecto.

**3.4.10. Durante un proceso de acreditación, el Director Técnico deberá ser uno solo**, desde el inicio y hasta su completa finalización, a fin de asegurar su ordenado desarrollo, así como para que pueda dar cuenta integral de todo lo que aconteció en ese proceso. **Sólo en virtud de un caso fortuito o una situación de fuerza mayor, debidamente justificada** ante la Intendencia de Prestadores por parte la Entidad Acreditadora que corresponda, se podrá autorizar a| esta última que intervenga otro Director Técnico en un procedimiento de acreditación iniciado por otro. **Sin perjuicio de lo anterior, en procesos de acreditación que lo requieran, la Entidad podrá disponer que uno o más de sus Directores Técnicos Suplentes, apoyen el trabajo del profesional titular, particularmente, en la supervisión y orientación del trabajo de los evaluadores. En tales casos, los Directores Suplentes estarán supeditados a la dirección del Director Técnico Titular, quien mantendrá sus funciones y será siempre el referente y contraparte de la Entidad para con el prestador evaluado. (\*)**

**3.4.11.** El Director Técnico, sea el titular o suplente, es responsable de la elaboración y firma del informe de los procesos de acreditación en los que participó, de conformidad con la normativa respectiva.

**3.4.12. De las funciones de los profesionales evaluadores durante la evaluación en terreno:** La Entidad Acreditadora y su Director Técnico deberán asegurar que el trabajo de los evaluadores de la Entidad Acreditadora durante la evaluación en terreno, considere, al menos, las siguientes actividades:

- i. Que, al iniciar la evaluación en un punto de verificación, indique a su contraparte la o las características que evaluará y explique la metodología que utilizará;
- ii. Requerir las exigencias de la respectiva característica y de sus elementos medibles, de acuerdo a lo que se disponga en la respectiva Pauta de Cotejo del Manual del Estándar de Acreditación en evaluación;
- iii. En las evaluaciones que efectúe, dar estricto cumplimiento a las instrucciones de la Intendencia de Prestadores relativas a la interpretación de los Estándares de Acreditación que se contengan en las respectivas Circulares emitidas y que se encontraren vigentes;
- iv. Utilizar siempre metodologías de evaluación que sean objetivables, no arbitrarias, científicamente fundadas, comúnmente aceptadas y demostrables. Cuando use una metodología distinta a las contenidas en las recomendaciones que haya efectuado al efecto la Intendencia de Prestadores, tales como las que se contienen en el Oficio Circular IP/N°2, de 2010, debe fundamentar su opción señalando los principios científicos, empíricos o razones prácticas que justifican su decisión;
- v. Aplicación de los períodos de retrospectividad que corresponda en cada una de las características evaluadas. Lo anterior incluye que, en la revisión de los documentos que, aparentemente, no alcancen la retrospectividad exigida, se

solicite al prestador el documento anterior, a fin de verificar si el elemento medible ha sido cumplido al menos en una cantidad de tiempo igual a la requerida por el Manual del Estándar de Acreditación pertinente;

- vi.** Para las entrevistas, y previo a la realización de éstas, tener definidas las preguntas y los criterios de cumplimiento con que se validarán las respuestas de los entrevistados, lo que, además, deberá ser coincidente con lo determinado en el protocolo del prestador y consistente con lo exigido en la Pautas de Cotejo del Estándar evaluado;
  - vii.** Ser metódico y ordenado en la recolección de la información en los puntos de verificación;
  - viii.** Registrar adecuadamente los hallazgos encontrados en las pautas e instrumentos de trabajo proporcionados por la Entidad Acreditadora;
  - ix.** Timbrar y media-firma de la documentación evaluada, en el lugar en que verifica la descripción de los requerimientos del elemento medible evaluado. De lo contrario, timbrar y media-firma en el ítem del documento en que deberían haberse contenido las exigencias del Estándar;
  - x.** Resguardar y mantener la confidencialidad de la información proporcionada por el prestador;
  - xi.** Abstenerse de emitir juicios o calificaciones, respecto de cualquier actividad que observe en el prestador evaluado, así como respecto de los documentos que se le presenten, los servicios y unidades visitadas o de las personas con las que interactúe en la etapa de evaluación, sin perjuicio de su obligación de informar al Director Técnico respecto de eventuales infracciones a normativas sanitarias sobre el debido funcionamiento del establecimiento en evaluación;
  - xii.** Mantener una comunicación fluida con su Director Técnico y solicitar su orientación o ayuda cuando lo requiera;
  - xiii.** Cuando se encuentre frente a una situación de eventual incumplimiento de una característica obligatoria, informarla y verificarla con el Director Técnico
- 3.4.13.** Además, La Entidad Acreditadora deberá asegurar que el comportamiento y presentación de sus evaluadores durante la evaluación en terreno del prestador, se ajuste, como mínimo, a las siguientes exigencias:
- i.** Que mantenga un trato formal y respetuoso en todo momento y circunstancia con el prestador evaluado y sus funcionarios;
  - ii.** Que propicie un ambiente de desarrollo para el trabajo de evaluación tranquilo y libre de conflictos;
  - iii.** Que mantenga la calma frente a situaciones de conflicto;
  - iv.** Que se presente con los referentes del prestador en cada punto de verificación que le corresponda evaluar, antes de iniciar las constataciones o entrevistas.

- v. Utilización de vestimenta semi-formal, lo cual incluye el uso obligatorio de bata blanca para desplazarse por las Unidades y Servicios Clínicos del prestador;
- vi. Utilización de la identificación de la Entidad Acreditadora.

**3.4.14. De las reuniones entre la Entidad Acreditadora y el prestador evaluado durante la evaluación en terreno:**

Durante la visita en terreno, se efectuarán las reuniones ordinarias entre el prestador evaluado y la Entidad Acreditadora que se hayan acordado en la reunión de inicio.

La Entidad Acreditadora podrá solicitar reuniones extraordinarias con el prestador evaluado, siempre que lo estime necesario para el normal desarrollo del procedimiento de acreditación y ejecución de las constataciones y evaluaciones que correspondan y, especialmente, cuando detecte situaciones que pudieren afectar el transcurso normal de la evaluación o necesitare aclarar temas relevantes que pudieren incidir en el cumplimiento de las características, de todo lo cual se levantará un acta por el Director Técnico de la Entidad Acreditadora o por alguno de los evaluadores que él designe, entregándose copia de la misma al prestador evaluado. Dichas reuniones extraordinarias deberán estar siempre acotadas a un objetivo preciso.

Asimismo, la Entidad Acreditadora siempre deberá acoger la solicitud del prestador evaluado para reunirse con ella extraordinariamente, debiendo procederse en la misma forma señalada precedentemente.

**3.4.15. De las Consultas a la Intendencia de Prestadores durante la evaluación en terreno:**

La Entidad Acreditadora podrá realizar consultas a la Intendencia, relativas a la correcta interpretación de los Estándares, durante el desarrollo de la evaluación en terreno, y posterior a esta durante toda la etapa de evaluación, ingresando a la página web de la Superintendencia de Salud, acceso "[Prestadores/Observatorio de calidad/Consulta proceso de acreditación/Consultas técnicas sobre la acreditación de prestadores institucionales](#)". Debe marcar en identificación de la consulta el menú "En proceso de evaluación de la Entidad Acreditadora en terreno", para que se dé prioridad a la respuesta.

**3.4.16. Respecto de las consultas que ingresen las entidades acreditadoras y/o prestadores en proceso de acreditación, durante la etapa de evaluación completa, se instruye que ellas deben ser precisas y claras. Asimismo, **SE PREVIENE** a las Entidades y prestadores evaluados que **esta Intendencia, en sus respuestas, no puede pronunciarse respecto del cumplimiento o incumplimiento de elementos medibles o de una característica en particular, atendido que, durante esta etapa del procedimiento, dichas decisiones constituyen una facultad exclusiva de responsabilidad de la Entidad Acreditadora correspondiente.****

**3.4.17. Por otra parte, si la Entidad Acreditadora requiere realizar consultas atinentes al desarrollo del proceso de acreditación, a la normativa relativa al cumplimiento de plazos, o a las facultades y obligaciones de la Entidad y del prestador evaluado, entre otras, debe remitirlas a la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad, a través del correo [acreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:acreditacion@superdesalud.gob.cl).**

**3.4.18. De la reunión final o de cierre de la visita en terreno:** Al término de la etapa de evaluación en terreno, la Entidad Acreditadora realizará una reunión de cierre con el prestador evaluado, según las siguientes reglas:

- i. A ella deben asistir:
  - a) El Director Técnico de la Entidad, así como los evaluadores que participaron en el proceso y se encontraren presentes; y
  - b) Los directivos y encargados del prestador evaluado;
- ii. La Entidad dará cuenta, en términos generales, sobre el desarrollo de la evaluación y sobre el nivel de cumplimiento del cronograma establecido;
- iii. La Entidad informará si se logró recopilar toda la información necesaria para la elaboración del informe, así como que, de ser necesario, hará ejercicio de su facultad de volver a las instalaciones del prestador para completar la información necesaria a esos efectos, hasta el día 30°, contado desde la fecha de inicio de la evaluación en terreno, o hasta la fecha a que esta Intendencia haya prorrogado dicho plazo;
- iv. **Asimismo, la Entidad consultará al prestador, si éste desea complementar alguna de las evaluaciones efectuadas, presentando otros documentos u otros diferentes respaldos, que no hayan sido exhibidos anteriormente a la Entidad, y/o aclarar algún aspecto particular de las evaluaciones, que este estime conveniente; (\*)**
- v. La Entidad, asimismo, informará respecto de hallazgos relevantes que hayan generado dudas en su constatación, con relación a algún documento, actividad, hecho medible o característica en particular, que sea gravitante para el resultado de la evaluación, especialmente respecto de aquéllos referidos a características obligatorias, y formulará los requerimientos de aclaración que estime convenientes por parte del prestador;
- vi. Tras lo anterior, los representantes del prestador evaluado podrán solicitar a la Entidad Acreditadora que precise las dudas planteadas y formular las aclaraciones que estime pertinentes;
- vii. La Entidad Acreditadora informará sobre los plazos reglamentarios y actividades posteriores a la evaluación en terreno;
- viii. Por último, ella informará acerca de la facultad que le asiste para solicitar una prórroga a la Intendencia de Prestadores del plazo para el término de evaluación y para la entrega del informe de acreditación, si ello llegara a ser necesario.

**3.4.19.** De la reunión de término, el Director Técnico de la entidad, levantará un acta, la que debe ser firmada por todos los asistentes, consignándose si alguno rehúsa firmar y sus motivos, entregando copia de la misma al prestador evaluado. Copia de dicha acta se remitirá a la Intendencia de Prestadores conjuntamente con el informe de acreditación.

**3.4.20.** Las Entidades Acreditadoras que deseen que los prestadores evaluados respondan una encuesta de satisfacción usuaria, con respecto al trabajo y comportamiento de la entidad acreditadora durante el procedimiento de acreditación, solo podrán hacerlo una vez que se haya notificado al prestador

evaluado la resolución que ordena poner en su conocimiento el informe de acreditación y que dispone el término del respectivo procedimiento. Por tanto, la entidad no podrá aplicar tal clase de encuestas, o similares, al prestador evaluado durante o al término de las evaluaciones en terreno o en cualquier otra etapa anterior a la señalada precedentemente.

- 3.4.21. Del deber de vigilancia respecto de las comunicaciones oficiales de la Intendencia de Prestadores:** Las entidades acreditadoras que se encuentren desarrollando un proceso de acreditación en cualquiera de sus etapas, deberán estar especial y permanentemente atentas a las notificaciones automáticas generadas por el Sistema Informático de Acreditación (SIA) de esta Superintendencia, así como, respecto de toda la información remitida por la Intendencia de Prestadores, a través del correo [acreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:acreditacion@superdesalud.gob.cl). Asimismo, deberán informar a esta Intendencia respecto de cualquier situación de desperfecto del correo oficial del Representante Legal de la entidad, que no les permita o no les dé seguridad respecto de la recepción de los correos que esta Intendencia les envíe, **informando a ella, de inmediato, una nueva dirección de correo alternativa** de dicho representante, para ser utilizada mientras se subsana la falla del correo oficial original.

### **3.5. De las actuaciones posteriores al término de la etapa de evaluación**

- 3.5.1.** Los informes de acreditación, deben ser elaborados en los formatos instruidos por la Intendencia de Prestadores, conforme lo instruya la Circular vigente que esta Intendencia haya dictado al respecto y su instructivo Anexo.
- 3.5.2.** Antes de enviar el informe de acreditación, la Entidad Acreditadora deberá haber ingresado la fecha en que ha completado el proceso de evaluación en el Sistema Informático de Acreditación, cambiando en este el estado de la solicitud, desde "*planificada*" a "*evaluada*".
- 3.5.3.** Dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha señalada en el numeral anterior la Entidad Acreditadora **deberá enviar el informe de acreditación a la Intendencia de Prestadores, cuidando siempre que esos cinco días se encuentren dentro de los 30 días hábiles, contados desde la fecha de inicio de las evaluaciones en terreno.** Por lo tanto, la entidad debe tener presente que, si la fecha de término de las evaluaciones en el antes señalado Sistema Informático de Acreditación (SIA) es anterior al día 25° de esta etapa, deberá remitir el informe de acreditación, como máximo, al quinto día hábil de dicha fecha, y que, en cambio, si esa fecha es posterior al día 25° deberá enviarlo dentro del período remanente del plazo de 30 días antes señalado.
- 3.5.4.** **En casos debidamente justificados, el plazo para la completa ejecución de las evaluaciones y entrega del informe antes señalado podrá ser ampliado por una sola vez y hasta por un periodo máximo igual de 30 días, siempre que tal ampliación sea solicitada hasta el día 29 de la etapa de evaluación, vale decir un día hábil anterior al vencimiento del plazo original. (\*)**  
**Si la Entidad Acreditadora hubiere obtenido de la Intendencia de Prestadores una prórroga del plazo antes señalado, la fecha de término de las evaluaciones que se ingrese al Sistema Informático de Acreditación y la fecha de envío del informe a esta Intendencia deberá**

ser la misma y encontrarse dentro del plazo de prórroga que le hubiere sido otorgado.

**3.5.5.** La Entidad Acreditadora deberá enviar el informe de acreditación a la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad, a través del correo institucional destinado para estos efectos, a saber: [informesacreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:informesacreditacion@superdesalud.gob.cl).

**3.5.6.** La solicitud de prórroga del plazo para dar término a la etapa de evaluación y enviar el informe de acreditación, así como, de las demás solicitudes de prórrogas en esta etapa, debe ser dirigida por el Representante Legal de la Entidad Acreditadora al Intendente de Prestadores, a través del correo de acreditación ([acreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:acreditacion@superdesalud.gob.cl)), y cumplir los demás requisitos señalados en el numeral 3.1.4 precedente.

**TÉNGASE SIEMPRE PRESENTE** por las Entidades Acreditadoras que **solo podrán gozar de dicha prórroga si la Intendencia de Prestadores accede formalmente a la solicitud respectiva**, esto es, desde que la decisión de dicha Intendencia es notificada al correo electrónico del Representante Legal de la Entidad por parte de la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad.

**3.5.7.** Junto con el informe de acreditación, la Entidad Acreditadora deberá remitir copias de las actas de las reuniones de inicio y de término de la evaluación en terreno, y de las de reuniones extraordinarias, si las hubo. Dichas copias deberán ser remitidas en un solo archivo consolidado en formato PDF. **ACLÁRASE**, en consecuencia, que **no se aceptarán páginas fotografiadas**. (\*)

**3.5.8.** La elaboración del informe de acreditación por las Entidades Acreditadoras deberá efectuarse en los formatos oficiales que para tales efectos haya dispuesto la Intendencia de Prestadores y dar estricto cumplimiento a las instrucciones de completación de los mismos contenidas en la Circular que la Intendencia de Prestadores hubiera dictado especialmente para esos efectos y que se encontrare vigente, así como a su instructivo anexo.

**3.5.9. TÉNGASE PRESENTE** por las Entidades Acreditadoras que la fiscalización de los informes de acreditación, se efectuará por la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, de conformidad con las normas dispuestas a esos efectos en el Reglamento y en las instrucciones contenidas en las Circulares Internas y Oficios Circulares que se dicten al efecto, normativas que estarán permanente y oportunamente a disposición de dichas entidades en la página web de esta Superintendencia.

**3.5.10 Del cierre del check-list:** Una vez que la Unidad de Fiscalización en Calidad, ha terminado la fiscalización del informe de acreditación, así lo comunicará al Representante Legal de la Entidad Acreditadora que corresponda, comunicación que se notificará a la Entidad a través del correo de acreditación dirigido al correo oficial del Representante Legal. En dicha comunicación se instruirá a la Entidad que debe cerrar el check-list en el Sistema Informático de Acreditación, utilizando al efecto los contenidos del informe de acreditación o, en su caso, si el informe original hubiere sido corregido con posterioridad, según la última versión del informe de acreditación remitido a esta Intendencia, corregido y fiscalizado por dicha Unidad.

El cierre del check-list deberá ser ejecutado por la Entidad Acreditadora dentro del plazo de dos días hábiles, a contar del día siguiente hábil de la notificación antes señalada.

**3.5.11.** Cualquier problema o inconveniente que se presente en la ejecución del cierre del check-list, deberá ser comunicado vía correo electrónico de acreditación a la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad, con copia al Sr. Javier Aedo, [eaedo@superdesalud.gob.cl](mailto:eaedo@superdesalud.gob.cl), quienes ejecutarán las gestiones tendientes a resolver el inconveniente y avisará a la entidad cuando esté solucionado.

**3.5.12.** Solo una vez que la Entidad Acreditadora haya ingresado el check-list al Sistema Informático de Acreditación, la Unidad de Fiscalización en Calidad, dará inicio al trámite para la elaboración y notificación de la resolución que ordena al prestador el pago de la segunda cuota del arancel de acreditación a la Entidad Acreditadora.

**3.5.13.** Cuando la Entidad Acreditadora reciba el pago efectivo de la segunda cuota del arancel, deberá ingresar de inmediato ese hecho al Sistema Informático de Acreditación, tras lo cual la Unidad de Fiscalización en Calidad procederá a los trámites finales del procedimiento de acreditación respectivo, mediante la emisión de la resolución respectiva que ordenará poner en conocimiento del informe de acreditación al prestador institucional correspondiente, la cual será notificada al prestador institucional y a la Entidad Acreditadora que haya ejecutado el procedimiento de acreditación.

**3.5.14.** Las fiscalizaciones que, en ejercicio de sus facultades legales y reglamentarias, ejecute la Unidad de Fiscalización en Calidad a las Entidades Acreditadoras, con motivo u ocasión de los procesos de acreditación y en las demás materias de su competencia, serán efectuadas de acuerdo a los procedimientos establecidos y vigentes, las que abarcarán las materias que para cada caso se disponga, según el recurso fiscalizador con que se cuente y los criterios de riesgo establecidos por la Intendencia de Prestadores. **EN CONSECUENCIA, SE ACLARA** que, si en un acto de fiscalización de una materia por parte de esta Intendencia, no se observan o representan a la Entidad respectiva TODOS los incumplimientos, inconsistencias o irregularidades en que ella haya incurrido, ello no exime a ésta de su deber y responsabilidad de dar siempre cumplimiento, cabal y oportuno, a toda la normativa vigente que rige al Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud. (\*)

#### **4. DISPOSICIONES TRANSITORIAS:**

**4.1.** Las Entidades Acreditadoras dispondrán de un plazo de **60 días hábiles**, contados desde la notificación de la presente Circular a cada una de ellas, para formalizar el procedimiento interno para la debida confección, mantención actualizada y debida conservación del expediente de cada procedimiento de acreditación, a que se refiere el literal i., del numeral 2.1.1 de esta Circular;

**4.2.** Dentro del mismo plazo señalado en el numeral anterior, las Entidades Acreditadoras deberán formalizar el protocolo interno respecto a la forma en que sus profesionales evaluadores deben dejar registro y respaldo de sus hallazgos y

constataciones, que se señala en la **letra a), del literal ii., del numeral 2.1.2** de esta Circular;

**5. DERÓGASE la Circular IP/N° 26, de 27 de septiembre de 2013.**

**6. VIGENCIA:** La presente Circular entrará en vigencia desde su notificación a cada una de las Entidades Acreditadoras.

**7. NOTIFÍQUESE** la presente Circular a los representantes legales de las Entidades Acreditadoras por carta certificada.

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

**ENRIQUE AYARZA RAMÍREZ  
INTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD  
SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

# ANEXO

## Documentos que la Entidad Acreditadora puede solicitar previo a la evaluación en terreno según el Estándar de Acreditación correspondiente

Ámbito/Característica	Elemento medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN CERRADA
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.
	DP 2.1	1°EM Documento que describe la obtención del consentimiento informado.
	DP 3.1	1°EM Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.
	DP 4.2	3°EM Programa de supervisión de las actividades que pueden ejecutar los alumnos.
	DP 5.1	2°EM Documento que describe las situaciones que deben someterse y el procedimiento para la presentación de casos al Comité de ética.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM Documento que define el programa de calidad.
Gestión Clínica	GCL 1.1	1°EM Documento que describe el procedimiento de evaluación preanestésica.
	GCL 1.2	1°EM Documento que describe los procedimientos de atención de enfermería.
	GCL 1.3	1°EM Documento que describe el procedimiento de la evaluación y manejo del dolor agudo.
	GCL 1.4	1°EM Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar.
	GCL 1.5	1°EM Documento que describe los criterios de ingreso y egreso a unidades de paciente crítico.
	GCL 1.6	1°EM Documento que describe los criterios de indicación de cesárea.
	GCL 1.7	1°EM Documento que describe los criterios de indicación médica de transfusión.
	GCL 1.9	1°EM Documento que describe el procedimiento de contención física.
	GCL 1.10	1°EM Documento que describe los criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio.
	GCL 1.11	1°EM Documento que describe el procedimiento de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.
	GCL 1.12	1°EM Documento que describe el proceso de identificación de pacientes.
	GCL 1.13	1°EM Documento que describe el procedimiento de manejo de uso de anticoagulantes orales.
	GCL 2.1	1°EM Documento que describe las medidas de prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos
	GCL 2.2	1°EM Documento que describe las medidas de prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales
	GCL 2.3	1°EM Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de emergencia.
		1°EM Documento que describe el sistema de categorización de pacientes.
Competencias del Recurso Humano	AOC 1.3	1°EM Documento que describe el procedimiento de notificación de las situaciones o resultados críticos.
	AOC 2.1	1°EM Documento que describe los elementos relacionados con la derivación de pacientes.
	AOC 2.2	1°EM Documento que describe el sistema de entrega de turnos.
	RH 2.1	1°EM Programa de inducción.
Registros	RH 2.2	1°EM Programa de orientación.
	RH 3.1	1°EM Programa de capacitación.
	RH 4.1	2°EM Programa de control de riesgos.
	RH 4.2	1°EM Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes del personal con material contaminado con sangre, fluidos corporales y sustancias peligrosas.
	RH 4.3	1°EM Programa de vacunación del personal.
	REG 1.1	1°EM Documento que describe la existencia de ficha clínica única individual y su manejo.

	REG 1.2	1°EM	Documento que describe los registros clínicos.
	REG 1.3	1°EM	Documento que describe los informes de prestaciones que deben ser entregados al paciente.
	REG 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas.
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de equipamiento.
	EQ 1.2	1°EM	Documento que describe un sistema del seguimiento de vida útil de equipamiento relevante.
	EQ 2.1	2°EM	Programa de mantenimiento preventivo del equipamiento.
	EQ 2.2	1°EM	Programa de mantenimiento preventivo de equipos relevantes para la seguridad de los pacientes en las unidades de apoyo.
Seguridad de las Instalaciones	EQ 3.1	1°EM	Documento que describe el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar equipos relevantes.
	INS 1.1	2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.
	INS 2.1	2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.
	INS 3.1	2°EM	Programa de mantenimiento preventivo de instalaciones.
Servicios de Apoyo – Laboratorio Clínico	INS 3.2	2°EM	Documento que describe el plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico.
	APL 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado.
	APL 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos respecto de los procesos de las etapas analíticas y post analíticas.
Servicios de Apoyo – Farmacia	APL 1.5	1°EM	Documento que describe las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso.
	APF 1.2	2°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de medicamentos.
		3°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de insumos.
	APF 1.3	2°EM	Documento que define el stock mínimo de medicamentos e insumos.
		3°EM	Documento que describe el sistema de reposición del stock mínimo.
	APF 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos de farmacia.
	APF 1.5	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con medicamentos.
APF 1.6	1°EM	Documento que describe el procedimiento de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos.	
Servicios de Apoyo – Esterilización	APF 1.7	1°EM	Documento que describe el procedimiento de elaboración, almacenamiento y disposición de fórmulas de nutrición parenteral.
	APE 1.3	1°EM	Documento que describe los métodos de esterilización y desinfección.
	APE 1.4	1°EM	Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril.
Servicios de Apoyo – Transporte de Pacientes	APE 1.5	1°EM	Documento que describe el procedimiento de desinfección de alto nivel.
	APT 1.2	1°EM	Documento que describe procedimientos relacionados con el transporte de pacientes.
Servicios de Apoyo – Diálisis	APD 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos de hemodiálisis, peritoneo diálisis y sistema de registros estandarizados.
	APD 1.3	1°EM	Programa de capacitación a pacientes y/o familiares en peritoneo diálisis.
	APD 1.4	1°EM	Programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis.
Servicios de Apoyo – Radioterapia	APR 1.2	2°EM	Documento que describe los procedimientos de radioterapia.
	APR 1.3	1°EM	Documento que describe el sistema de control de calidad de la radioterapia.
	APR 1.4	1°EM	Documento que describe las características de los registros clínicos.
Servicios de Apoyo – Anatomía Patológica	APA 1.2	1°EM	Documento que describe los procesos de la etapa pre-analítica.
	APA 1.3	1°EM	Documento que describe los procesos de la etapa analítica y post analítica.
	APA 1.4	1°EM	Documento que describe las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso
Servicios de Apoyo – Quimioterapia	APQ 1.2	1°EM	Documento que describe protocolos de tratamiento de quimioterapia y sistema de registros
	APQ 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con quimioterapia
Servicios de Apoyo – Imagenología	API 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos imagenológicos que conllevan riesgos para los pacientes.
	API 1.3	1°EM	Documento que describe los requisitos de la solicitud de examen y las indicaciones que deben entregarse al paciente antes y después de los procedimientos.
Servicios de Apoyo – Kinesioterapia	APK 1.2	1°EM	Documento que describe los requisitos de preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de kinesioterapia respiratoria.
	APK 1.3	1°EM	Documento que describe las contraindicaciones para ejecución de procedimientos específicos y prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica.

Servicios de Apoyo – Medicina Transfusional	APTr 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de transfusión.
Servicios de Apoyo – Atención de Donantes	APDs 1.1	1°EM	Documento que describe los procedimientos de donación de sangre.
Servicios de Apoyo – Centro de Sangre	APCs 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos para la entrega de productos.

Ámbito/Característica		Elemento medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN ABIERTA
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.
	DP 2.1	1°EM	Documento que describe la obtención del consentimiento informado.
	DP 3.1	1°EM	Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.
	DP 4.2	3°EM	Programa de supervisión de las actividades que pueden ejecutar los alumnos.
	DP 5.1	2°EM	Documento que describe el procedimiento para la presentación de casos al Comité de ética.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM	Programa de calidad.
Gestión Clínica	GCL 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de evaluación pre anestésico.
	GCL 1.2	1°EM	Documento que describe el sistema de selección de pacientes para ser sometidos a cirugía mayor ambulatoria.
	GCL 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos de atención de enfermería.
	GCL 1.4	1°EM	Documento que describe el procedimiento de manejo de uso de anticoagulantes orales.
	GCL 1.5	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar.
	GCL 1.6	1°EM	Documento que describe los criterios de indicación médica de transfusión.
	GCL 1.8	1°EM	Documento que describe el procedimiento de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.
	GCL 1.9	1°EM	Documento que describe el proceso de identificación de pacientes.
	GCL 2.1	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de eventos adversos asociados a cirugía mayor ambulatoria.
	GCL 2.2	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención.
	GCL 3.1	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de infección de herida operatoria.
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de emergencia.
		1°EM	Documento que describe el procedimiento de notificación de las situaciones o resultados críticos.
		1°EM	Documento que describe los elementos relacionados con la derivación de pacientes.
Competencias del Recurso Humano	RH 2.1	1°EM	Programa de inducción.
	RH 2.2	1°EM	Programa de orientación.
	RH 3.1	1°EM	Programa de capacitación.
	RH 4.1	2°EM	Programa de control de riesgos.
	RH 4.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes del personal con material contaminado con sangre, fluidos corporales y sustancias peligrosas.
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe la existencia de ficha clínica única individual y su manejo.
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe las características de los registros clínicos.
	REG 1.3	1°EM	Documento que describe los informes que deben ser entregados al paciente respecto de las prestaciones realizadas.
	REG 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas.
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de equipamiento.
	EQ 1.2	1°EM	Documento que describe un sistema del seguimiento de vida útil de equipamiento relevante.
	EQ 2.1	2°EM	Programa de mantenimiento preventivo del equipamiento.
	EQ 2.2	1°EM	Programa de mantenimiento preventivo de equipos relevantes para la seguridad de los pacientes en las unidades de apoyo.
	EQ 3.1	1°EM	Documento que describe el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar equipos relevantes.

Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.
	INS 2.1	2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.
	INS 3.1	2°EM	Programa de mantenimiento preventivo de instalaciones.
	INS 3.2	2°EM	Documento que describe el plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico.
Servicios de Apoyo – Laboratorio Clínico	APL 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado.
	APL 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos respecto de los procesos de las etapas analíticas y post analíticas.
	APL 1.5	1°EM	Documento que describe las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso.
Servicios de Apoyo – Farmacia	APF 1.2	2°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de medicamentos.
		3°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de insumos.
	APF 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos de rotulación, envasado y despacho de medicamentos y envasado y despacho de insumos.
	APF 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con medicamentos.
	APF 1.5	1°EM	Documento que describe el procedimiento de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos.
Servicios de Apoyo – Esterilización	APE 1.3	1°EM	Documento que describe los métodos de esterilización y desinfección.
	APE 1.4	1°EM	Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril.
	APE 1.5	1°EM	Documento que describe el procedimiento de desinfección de alto nivel.
Servicios de Apoyo – Transporte de Pacientes	APT 1.2	1°EM	Documento que describe procedimientos relacionados con el transporte de pacientes.
Servicios de Apoyo – Diálisis	APD 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos de hemodiálisis, peritoneo diálisis y sistema estandarizado de registros.
	APD 1.3	1°EM	Programa de capacitación a pacientes y/o familiares en peritoneo diálisis.
	APD 1.4	1°EM	Programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis.
Servicios de Apoyo – Radioterapia	APR 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos de radioterapia.
	APR 1.3	1°EM	Documento que describe el sistema de control de calidad de la radioterapia.
	APR 1.4	1°EM	Documento que describe las características de los registros clínicos.
Servicios de Apoyo – Anatomía Patológica	APA 1.2	1°EM	Documento que describe los procesos de la etapa pre-analítica.
	APA 1.3	1°EM	Documento que describe los procesos de la etapa analítica y post analítica.
	APA 1.4	1°EM	Documento que describe las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso
Servicios de Apoyo – Quimioterapia	APQ 1.2	1°EM	Documento que describe protocolos de tratamiento de quimioterapia y sistema de registros.
	APQ 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con quimioterapia.
Servicios de Apoyo – Imagenología	API 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos imagenológicos que involucran procedimientos invasivos.
	API 1.3	1°EM	Documento que describe los requisitos de la solicitud de examen y las indicaciones que deben entregarse al paciente antes y después de los procedimientos.
Servicios de Apoyo – Kinesioterapia	APK 1.2	1°EM	Documento que describe los requisitos de preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de kinesioterapia respiratoria.
	APK 1.3	1°EM	Documento que describe las contraindicaciones para ejecución de procedimientos específicos y prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica.
Servicios de Apoyo – Medicina Transfusional	APTr 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de transfusión.
Servicios de Apoyo – Atención de Donantes	APDs 1.1	1°EM	Documento que describe los procedimientos de donación de sangre.

Ámbito/Característica		Elemento medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS DE DIÁLISIS
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.
	DP 2.1	1°EM	Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.
	DP 3.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento para la presentación de casos al comité de ética.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM	Programa de calidad.
Gestión Clínica	GCL 1.1	1°EM	Documento que describe los procedimientos de hemodiálisis y peritoneo diálisis.
	GCL 1.2	1°EM	Programa de capacitación del procedimiento de peritoneo diálisis a pacientes y/o familiares.
	GCL 1.3	1°EM	Programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis.
	GCL 1.4	1°EM	Documento que describe procedimientos de enfermería.
	GCL 1.5	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar.
	GCL 1.6	1°EM	Documento que describe los criterios de indicación médica de transfusión.
	GCL 1.7	1°EM	Documento que describe procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado.
	GCL 1.8	1°EM	Documento que describe el procedimiento de incorporación de nuevos fármacos.
		2°EM	Documento que describe el procedimiento de incorporación de nuevos insumos.
	GCL 1.9	1°EM	Documento que describe procedimientos relacionados con medicamentos.
	GCL 1.10	1°EM	Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril.
	GCL 2.1	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención.
GCL 3.1	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de infecciones del torrente sanguíneo asociada a accesos vasculares	
GCL 3.2	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de IAAS	
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de emergencia.
	AOC 2.1	1°EM	Documento que describe los elementos relacionados con la derivación de pacientes.
	AOC 2.2	1°EM	Documento que describe el sistema de entrega de turnos.
Competencias del Recurso Humano	RH 2.1	1°EM	Programa de orientación.
	RH 3.1	1°EM	Programa de capacitación.
	RH 4.1	2°EM	Programa de control de riesgos.
	RH 4.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes del personal con material contaminado con sangre o fluidos corporales.
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe la existencia de ficha clínica única individual y su manejo.
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe las características de los registros clínicos.
	REG 1.3	1°EM	Documento que describe los informes que deben ser entregados al paciente respecto de las prestaciones realizadas.
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de equipamiento.
	EQ 1.2	1°EM	Documento que describe un sistema del seguimiento de vida útil de equipamiento relevante.
	EQ 2.1	2°EM	Programa de mantenimiento preventivo del equipamiento.
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.
	INS 2.1	2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.
	INS 3.1	2°EM	Programa de mantenimiento preventivo de instalaciones.
	INS 3.2	2°EM	Documento que describe el plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico.

Ámbito/Característica		Elemento medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS CLÍNICOS
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.
	DP 2.1	1°EM	Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM	Programa de calidad.
Gestión de Procesos	GP 1.1	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica.
	GP 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado.
	GP 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos de los procesos analíticos y post analítico.

	GP 1.5	1°EM	Documento que describe las condiciones de bioseguridad.
	GP 1.6	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con precauciones estándar y uso de antisépticos.
	GP 1.7	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de reactivos e insumos.
	GP 1.8	1°EM	Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril.
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia.
	AOC 1.2	1°EM	Documento que describe el sistema de priorización de la atención de los pacientes.
	AOC 1.3	1°EM	Documento que describe la notificación de resultados críticos.
Competencias del Recurso Humano	RH 2.1	1°EM	Programa de orientación.
	RH 3.1	1°EM	Programa de capacitación.
	RH 4.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes relacionados con sangre o fluidos corporales de riesgo.
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe las características de los informes de resultado.
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos de entrega y conservación de informes de resultados.
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento para la adquisición de equipamiento.
	EQ 2.1	1°EM	Programa de mantenimiento preventivo de equipos.
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.
	INS 2.1	2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.
	INS 3.1	2°EM	Documento que describe el mantenimiento preventivo de las instalaciones.

Ámbito/Característica		Elemento medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA CERRADA
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.
	DP 2.1	1°EM	Documento que describe la obtención del consentimiento informado.
	DP 3.1	1°EM	Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.
	DP 4.2	3°EM	Programa de supervisión de las actividades que pueden ejecutar los alumnos.
	DP 5.1	2°EM	Documento que describe las situaciones que deben someterse y el procedimiento para la presentación de casos al comité de ética.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM	Programa de calidad.
Gestión Clínica	GCL 1.1	1°EM	Documento que describe los procedimientos de enfermería.
	GCL 1.2	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar avanzada.
	GCL 1.3	1°EM	Documento que describe el procedimiento de contención física de pacientes.
	GCL 1.4	1°EM	Documento que describe los criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio.
	GCL 1.5	1°EM	Documento que describe el proceso de identificación de pacientes.
	GCL 2.1	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales.
	GCL 2.2	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de eventos adversos asociados al tipo de pacientes.
	GCL 2.3	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención.
	GCL 3.1	2°EM	Documento que describe las IAAS vigiladas, el procedimiento de vigilancia y los criterios de notificación.
	GCL 3.2	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de IAAS
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de emergencia.
	AOC 1.2	1°EM	Documento que describe el sistema de categorización de pacientes.
	AOC 2.1	1°EM	Documento que describe los elementos relacionados con la derivación de pacientes.
	AOC 2.2	1°EM	Documento que describe el sistema de entrega de turnos.
Competencias del Recurso Humano	RH 2.1	1°EM	Programa de inducción.
	RH 2.2	1°EM	Programa de orientación.
	RH 3.1	1°EM	Programa de capacitación.
	RH 4.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes.
Registros	RH 4.2	1°EM	Programa de vacunación del personal.
	REG 1.1	1°EM	Documento que describe la existencia de ficha clínica única individual y su manejo.
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe los registros clínicos.

	REG 1.3	1°EM	Documento que describe los informes de prestaciones que deben ser entregados al paciente.
	REG 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas.
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de equipamiento.
	EQ 1.2	1°EM	Documento que describe un sistema del seguimiento de vida útil de equipamiento relevante.
	EQ 2.1	2°EM	Programa de mantenimiento preventivo de equipos críticos.
	EQ 3.1	1°EM	Documento que describe el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar equipos relevantes.
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.
	INS 2.1	2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.
	INS 3.1	2°EM	Programa de mantenimiento preventivo de instalaciones.
	INS 3.2	2°EM	Documento que describe el plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable.
Servicios de Apoyo – Laboratorio Clínico	APL 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado.
	APL 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos respecto de los procesos de las etapas analíticas y post analítica.
	APL 1.5	1°EM	Documento que describe las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso.
Servicios de Apoyo – Farmacia	APF 1.1	2°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de medicamentos.
		3°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de insumos.
	APF 1.2	2°EM	Documento que define el stock mínimo de medicamentos e insumos.
		3°EM	Documento que describe el sistema de reposición del stock mínimo.
	APF 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos de farmacia.
APF 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos de farmacia en las unidades clínicas.	
Servicios de Apoyo – Esterilización	APE 1.3	1°EM	Documento que describe los métodos de esterilización.
	APE 1.4	1°EM	Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril.
Servicios de Apoyo – Transporte de Pacientes	APT 1.2	1°EM	Documento que describe procedimientos relacionados con el transporte de pacientes.

Ámbito/Característica	Elemento medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA SERVICIOS DE IMAGENOLÓGÍA
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.
	DP 2.1	1°EM Documento que describe la obtención del consentimiento informado.
	DP 3.1	1°EM Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM Programa de calidad.
Gestión de Procesos	GP 1.1	1°EM Documento que describe el procedimiento de evaluación pre-anestésica.
	GP 1.2	1°EM Documento que describe los procedimientos de enfermería.
	GP 1.3	1°EM Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica y/o avanzada.
	GP 1.4	1°EM Documento que describe los procedimientos de obtención, registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.
	GP 1.5	1°EM Documento que describe los procedimientos imagenológicos de mayor riesgo
	GP 1.6	1°EM Documento que describe la solicitud de exámenes e indicaciones en procedimientos imagenológicos
	GP 1.7	1°EM Documento que describe las medidas de prevención de IAAS.
	GP 1.8	1°EM Documento que describe el procedimiento de adquisición de fármacos e insumos.
	GP 1.9	1°EM Documento que describe los procedimientos relacionados con medicamentos.
	GP 1.10	1°EM Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril.
	GP 2.1	1°EM Programa de vigilancia de eventos adversos.
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia.
	AOC 1.2	1°EM Documento que describe el sistema de ordenamiento y priorización de los pacientes.
	AOC 1.3	1°EM Documento que describe la notificación de resultados críticos.
	AOC 2.1	1°EM Documento que describe el procedimiento de derivación de pacientes.
Competencias del Recurso Humano	RH 2.1	1°EM Programa de orientación.
	RH 3.1	1°EM Programa de capacitación.
	RH 4.1	2°EM Programa de control de riesgos a exposiciones.

	RH 4.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes.
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe las características de los informes de resultado
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos de entrega y conservación de informes de resultados.
	REG 1.3	1°EM	Documento que describe la información escrita que debe ser entregada al paciente.
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento para la adquisición de equipamiento.
	EQ 2.1	1°EM	Programa de mantenimiento preventivo de equipos.
	EQ 3.1	1°EM	Documento que describe el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar equipos relevantes.
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.
	INS 2.1	2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.
	INS 3.1	2°EM	Documento que describe el mantenimiento preventivo de las instalaciones.
	INS 3.2	1°EM	Documento que describe el plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico.

Ámbito/Característica		Elemento medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA SERVICIOS DE RADIOTERAPIA
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.
	DP 2.1	1°EM	Documento que describe la obtención del consentimiento informado.
	DP 3.1	1°EM	Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.
	DP 5.1	2°EM	Documento que describe el procedimiento para la presentación de casos al comité de ética.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM	Programa de calidad.
Gestión Clínica	GCL 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con protocolos de radioterapia.
	GCL 1.3	1°EM	Documento que describe el sistema de control de calidad de la radioterapia.
	GCL 1.4	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica.
	GCL 1.5	1°EM	Documento que describe el procedimiento almacenamiento de material estéril.
	GCL 2.1	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe el sistema de alerta y organización de la atención de emergencia.
	AOC 2.1	1°EM	Documento que describe el sistema de derivación.
Competencias del Recurso Humano	RH 2.1	1°EM	Programa de orientación.
	RH 3.1	1°EM	Programa de capacitación.
	RH 4.1	2°EM	Programa de control de riesgos a exposiciones.
	RH 4.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes.
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe la existencia de ficha clínica única y su manejo.
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe las características de los registros clínicos.
	REG 1.3	1°EM	Documento que describe el sistema de registro de entrega y recepción de fichas.
	REG 1.4	1°EM	Documento que describe la información escrita que debe ser entregada al paciente.
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de equipamiento.
	EQ 2.1	1°EM	Documento que describe el programa de mantenimiento preventivo de equipos críticos.
	EQ 3.1	1°EM	Documento que describe el perfil técnico o profesional del personal autorizado
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.
	INS 2.1	2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.
	INS 3.1	2°EM	Documento que describe el mantenimiento preventivo de las instalaciones.

Ámbito/Característica		Elemento medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA SERVICIOS DE QUIMIOTERAPIA
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.
	DP 2.1	1°EM	Documento que describe la obtención del consentimiento informado.
	DP 3.1	1°EM	Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.
	DP 4.2	3°EM	Programa de supervisión de las prácticas clínicas relevantes ejecutadas por los alumnos.
	DP 5.1	2°EM	Documento que describe el procedimiento para la presentación de casos al comité de ética.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM	Programa de calidad.
Gestión Clínica	GCL 1.1	1°EM	Documento que describe los procedimientos de enfermería.
	GCL 1.2	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.

	GCL 1.3	1°EM	Documento que describe los criterios de indicación médica de transfusión.
	GCL 1.5	1°EM	Documento que describe los protocolos de tratamiento de quimioterapia y sistema de registro.
	GCL 1.6	1°EM	Documento que describe los procedimientos de disposición y eliminación de desechos.
	GCL 1.7	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra de exámenes de laboratorio.
	GCL 1.8	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de medicamentos e insumos.
	GCL 2.1	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a procesos médicos.
	GCL 2.2	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención.
	GCL 3.1	2°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de infecciones.
	GCL 3.2	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de IAAS.
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe el sistema de alerta y organización de la atención de emergencia.
	AOC 2.1	1°EM	Documento que describe el sistema de derivación.
Competencias del Recurso Humano	RH 2.1	1°EM	Programa de orientación.
	RH 3.1	1°EM	Programa de capacitación.
	RH 4.1	2°EM	Programa de control de riesgos a exposición a sustancias peligrosas.
	RH 4.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes.
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe la existencia de ficha clínica única y su manejo.
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe las características de los registros clínicos.
	REG 1.3	1°EM	Documento que describe los informes que deben ser entregados al paciente.
	REG 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas.
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de equipamiento.
	EQ 2.1	1°EM	Documento que describe el programa de mantenimiento preventivo de equipos críticos.
	EQ 3.1	1°EM	Documento que describe el perfil técnico o profesional del personal autorizado.
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.
	INS 2.1	2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.
	INS 3.1	2°EM	Documento que describe el mantenimiento preventivo de las instalaciones.
	INS 3.2	2°EM	Documento que describe el plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico.
Servicios de Apoyo – Farmacia	APF 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de preparación, almacenamiento y distribución de medicamentos antineoplásicos.
Servicios de Apoyo – Esterilización	APE 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material clínico estéril.

Ámbito/Característica		Elemento medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN PARA SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM	Programa de calidad.
Gestión de Procesos	GP 1.1	1°EM	Documento que describe los métodos de esterilización y desinfección.
	GP 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos de esterilización.
	GP 1.3	1°EM	Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril.
	GP 1.4	1°EM	Documento que describe el procedimiento de compra de insumos y material de uso clínica.
Competencias del Recurso Humano	RH 2.1	1°EM	Programa de orientación.
	RH 3.1	1°EM	Programa de capacitación.
	RH 4.1	2°EM	Programa de control de riesgos a exposiciones.
	RH 4.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes.
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe las características de los registros.
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Programa de mantenimiento preventivo de equipos relevantes.
	EQ 2.1	1°EM	Documento que describe el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar equipos relevantes.

Ámbito / Característica		Elemento Medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA A ALCOHOL Y/O DROGAS
<b>Respeto a la Dignidad del Usuario</b>	DU 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.
	DU 1.3	2°EM	Documento que define el procedimiento de evaluación de la percepción de los usuarios del respeto de sus derechos.
	DU 1.4	2°EM	Documento que define el procedimiento de evaluación de satisfacción de los usuarios respecto de la calidad del proceso de atención.
	DU 2.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de obtención del consentimiento informado.
	DU 3.1	1°EM	Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos que se realicen en la institución.
	DU 4.2	2°EM	Programa de supervisión de las actividades que pueden ejecutar los alumnos de pre grado.
	DU 5.1	2°EM	Documento que describe las situaciones que deben ser presentadas al Comité de Ética Asistencial.
<b>Gestión de la Calidad</b>	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM	Documento que define el programa de calidad.
<b>Gestión Clínica</b>	GCL 1.1	1°EM	Documento que describe el/los programas de tratamiento y rehabilitación del Centro.
	GCL 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos clínicos y administrativos para la recepción de los usuarios.
	GCL 1.3	1°EM	Documento que describe el procedimiento de evaluación inicial del usuario.
	GCL 1.4	1°EM	Documento que describe el procedimiento de evaluación integral del usuario.
	GCL 1.5	1°EM	Documento que describe el proceso del Plan de Tratamiento Individualizado (PTI).
	GCL 1.6	1°EM	Documento que describe el procedimiento de la prevención de recaídas.
	GCL 1.7	1°EM	Documento que describe la intervención con Familia y/o figuras significativas.
	GCL 1.8	1°EM	Documento que describe los procedimientos para la prevención del abandono del tratamiento.
	GCL 1.9	1°EM	Documento que describe los procedimientos de preparación para el egreso de los usuarios.
	GCL 1.10	1°EM	Documento que describe los procedimientos para la realización del seguimiento post alta del tratamiento.
	GCL 1.11	1°EM	Documento que describe el sistema de evaluación de los resultados terapéuticos de las personas egresadas del Centro de Tratamiento.
	GCL 1.12	1°EM	Documento que describe los procedimientos de administración de medicamentos.
	GCL 1.13	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica.
	GCL 2.1	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención.
	GCL 2.2	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención asociadas a la atención.
<b>Acceso, oportunidad y Continuidad de la Atención</b>	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe el sistema institucional de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia médica.
	AOC 1.2	1°EM	Documento que describe el sistema de aplicación de los criterios para la priorización del ingreso.
	AOC 1.3	1°EM	Documento que describe el listado de atenciones a las cuales pueden acceder los usuarios.
	AOC 2.1	1°EM	Documento que describe los elementos relacionados con la derivación asistida de usuarios.
	AOC 2.2	1°EM	Documento que describe los objetivos y los procedimientos de coordinación con las distintas instancias con las que el prestador institucional se relacione.

	AOC 2.3	1°EM	Documento que describe el procedimiento de entrega de turnos.
<b>Competencias del Recurso Humano</b>	RH 2.1	1°EM	Documento que describe el programa de inducción.
	RH 2.2	1°EM	Documento que describe el programa de orientación.
	RH 3.1	1°EM	Documento que describe el programa de capacitación anual, relacionado con la seguridad del usuario.
	RH 3.2	1°EM	Documento que describe el programa de capacitación anual, relacionado con el proceso de atención.
	RH 4.1	1°EM	Documento que describe el programa anual de cuidado de equipo.
<b>Registros</b>	REG 1.1	1°EM	Documento que describe la existencia de ficha clínica única y su manejo.
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe las características de los registros clínicos.
	REG 1.3	1°EM	Documento que describe los informes que deben ser entregados al usuario.
	REG 1.4	1°EM	Documento que describe el procedimiento de acceso y conservación de fichas clínicas.
<b>Seguridad de las Instalaciones</b>	INS 1.1	2°EM	Documento que describe un plan institucional de prevención de incendios.
	INS 2.1	2°EM	Documento que describe un plan institucional de evacuación.
	INS 3.1	2°EM	Documento que describe el programa de mantenimiento preventivo de las instalaciones.
	INS 3.2	2°EM	Documento que describe un plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico y/o de agua potable.
<b>Servicios de Apoyo – Laboratorio Clínico</b>	APL 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con la aplicación de pruebas toxicológicas o tests de drogas.
<b>Servicios de Apoyo - Farmacia</b>	APF 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de la actualización del arsenal de medicamentos.
	APF 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con los medicamentos:

## UNIDAD DE FISCALIZACIÓN EN CALIDAD

**2. CIRCULAR IP/N°48, de 19 de agosto de 2020, QUE IMPARTE INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE LA ELABORACIÓN Y EL FORMATO DEL INFORME DE ACREDITACIÓN Y DEROGA LA CIRCULAR IP/N° 38, DE 31 DE MAYO DE 2017.-**



**Intendencia de Prestadores de Salud**  
Subdepartamento de Fiscalización en Calidad  
Unidad de Apoyo Legal

**CIRCULAR IP/N° 48**

**SANTIAGO, 19 DE AGOSTO DE 2020**

**IMPARTE INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE LA ELABORACIÓN Y EL FORMATO DEL INFORME DE ACREDITACIÓN Y DEROGA LA CIRCULAR IP/N° 38, DE 31 DE MAYO DE 2017.-**

**VISTOS:** Lo dispuesto en el Numeral 1° y en el inciso final del Artículo 121 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469; en los Artículos 23, 27, 28, 29 y demás pertinentes del Reglamento del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud; lo previsto en los Estándares Generales de Acreditación para los Prestadores Institucionales vigentes, especialmente en el N°2 del Acápite II de sus respectivos Manuales, sobre Interpretación de las Normas contenidas en este Manual”, y en el N°5 de su Acápite III, sobre “Reglas de Decisión”, modificado por el Decreto Exento N°5 de 2019, del Ministerio de Salud; en la Circular IP N°40 de 2019, modificada por la Circular IP/N°43, de 27 de febrero de 2020; y en la Resolución RA 882/52/2020, de 02 de marzo de 2020;

**CONSIDERANDO:**

- 1°** Que, atendida la importancia que el informe de acreditación posee en los procedimientos de acreditación de los prestadores institucionales de salud, esta Intendencia tiene el deber de asegurar que la regulación del mismo sea la más adecuada a los fines del Sistema de Acreditación de tales prestadores, para lo cual debe actualizarla periódicamente, para su debida confección por parte de las Entidades Acreditadoras en cada uno de los procedimientos que ejecuten;
- 2°** Que, en virtud de las normas legales y reglamentarias referidas en los vistos precedentes esta Intendencia posee, por una parte, la potestad para dictar los

instrumentos regulatorios que sean necesarios para asegurar una adecuada fiscalización de los procedimientos de acreditación que ejecuten las Entidades Acreditadoras autorizadas y, por otra, la facultad de establecer, mediante circulares de general aplicación, el sentido y el alcance de las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación y las normas contenidas en los Estándares Generales de Acreditación vigentes, aprobados por los respectivos Decretos Exentos dictados por el Ministerio de Salud;

- 3° Que, además, el N°5 del Acápito III, sobre "Reglas de Decisión", de los Manuales de todos los Estándares de Acreditación vigentes dispone: *"El Informe de la Entidad Acreditadora, además de cumplir todos los requisitos señalados en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, según el caso, detallará y fundamentará la forma en que se han dado por cumplidas cada una de las características y la forma en que se ha dado cumplimiento a las reglas decisión precedentes. La Intendencia de Prestadores, mediante circulares de general aplicación, establecerá el formato obligatorio en que tales informes deberán ser emitidos por las Entidades Acreditadoras"*;
- 4° Que, a partir del año 2014, esta Intendencia ha dispuesto un formato estándar para la confección de los informes de acreditación relativos a cada uno de los estándares de acreditación vigentes, los que son de obligatorio cumplimiento para las Entidades Acreditadoras en todos los procesos de acreditación que se ejecuten;

**Y TENIENDO PRESENTE** las facultades legales y reglamentarias antes referidas, vengo en dictar las siguientes instrucciones a las Entidades Acreditadoras autorizadas en el Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud:

**1. INSTRÚYESE, respecto del formato del informe de acreditación y de los procedimientos que las Entidades deberán seguir tendientes a su elaboración:**

- 1.1. El informe de los procesos de acreditación se elaborará en los formatos Word que establezca la Intendencia de Prestadores para cada uno de los Estándares de Acreditación vigentes a la fecha, los que se encontrarán disponibles para las Entidades Acreditadoras en la página web de la Superintendencia de Salud, acceso [Prestadores/Entidades Acreditadoras/Documentos y Estadísticas](#). Tales formatos deberán ser completados de acuerdo al "**Instructivo para la confección de Informes de Acreditación**", contenido en el Anexo a la presente Circular y que forma parte integrante de esta Circular para todos los efectos.
- 1.2. Las Entidades Acreditadoras, deberán adoptar todas las medidas internas que sean necesarias para garantizar a esta Intendencia el adecuado uso y llenado de los formatos de los informes, de modo que se garantice que los contenidos definitivos de dicho informe sean un fiel reflejo de todos los hallazgos que la Entidad hubiere efectuado durante la evaluación del prestador, así como, de las conclusiones a las que ella arribare. Para esos efectos, la Entidad establecerá un procedimiento en el que se explicitarán las funciones específicas de todas las personas que participen en la confección del informe de acreditación y en el ingreso de los datos del mismo al formato de informe de acreditación. Dicho procedimiento explícito, deberá ser adoptado formalmente por la Entidad y constar por escrito, bajo la firma del Representante Legal y de su Director Técnico, y estará permanentemente disponible para las acciones de fiscalización de esta Intendencia.

- 1.3.** Las Entidades Acreditadoras solicitarán oportunamente a la Intendencia de Prestadores, que se les aclare cualquier duda que les surja respecto del correcto llenado de datos de los diversos acápite que contienen los formatos de los informes de acreditación. Siempre que se estime necesario, la Intendencia podrá emitir las instrucciones que estime pertinente a las Entidades Acreditadoras, para el mejor y adecuado uso y llenado de estos instrumentos.
- 1.4.** Las Entidades Acreditadoras, adoptarán medidas explícitas tendientes a asegurar que, por parte de todos los directivos, profesionales evaluadores, asesores y empleados de la Entidad, se guarde estricta confidencialidad respecto de los datos, antecedentes o materias de que todos ellos tomen conocimiento a causa o con ocasión de los procedimientos de acreditación de prestadores. Es prohibido a tales personas entregar a otros, información alguna respecto de los procedimientos de acreditación que les corresponda ejecutar o que hayan ejecutado. Toda solicitud de información sobre tales procedimientos, deberá derivarse a la Intendencia de Prestadores.
- 1.5.** Asimismo, las Entidades Acreditadoras explicitarán un procedimiento de toma de decisiones respecto de los contenidos definitivos, descritos en los acápite de hallazgos, fundamentos y conclusiones del informe de acreditación, el cual, deberá contemplar, a lo menos, lo siguiente:
  - 1.5.1.** Todos los contenidos del informe y las decisiones que él contenga serán adoptados por el estamento directivo de la Entidad, con la asesoría de su Director Técnico. La Entidad Acreditadora será la responsable ante la Superintendencia de Salud de la debida elaboración del informe, de su veracidad y de cada una de las decisiones que se adopten y se contengan en él;
  - 1.5.2.** El Director Técnico, además de asesorar a la Entidad en la correcta elaboración del informe, es el encargado técnico de compilar y ordenar los contenidos de dicho informe, debiendo velar especialmente porque él sea un fiel reflejo de los hallazgos encontrados en las constataciones efectuadas por el equipo de evaluadores en el prestador evaluado, empleando siempre a esos efectos criterios objetivos, no discriminatorios e imparciales, comúnmente aceptados y científicamente fundados;
  - 1.5.3.** La Entidad Acreditadora, deberá siempre estar en condiciones de dar razón de todos los hallazgos, constataciones, evaluaciones y decisiones descritas en el informe de acreditación. Ello resulta particularmente relevante tratándose de registros y respaldos de hallazgos y constataciones relativos a los elementos medibles de características de obligatorio cumplimiento que el informe respectivo estime como no cumplidas;
  - 1.5.4.** La Entidad Acreditadora, deberá llevar un registro escrito o informático en el que se dejará constancia de la opinión de los profesionales evaluadores de la Entidad y del Director Técnico, especialmente cuando entre ellos, existan dudas o discrepancias respecto de los contenidos y decisiones del informe. Dicho registro deberá estar permanentemente a disposición de la acción fiscalizadora de la Intendencia de Prestadores.

- 1.5.5.** Siempre que en la elaboración del informe de acreditación, se le presentaren a la Entidad Acreditadora dudas acerca del sentido y alcance de las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación, de las normas del respectivo Estándar de Acreditación y de su Manual, podrá solicitar a la Intendencia de Prestadores que interprete oficialmente tales normas, siendo dicha consulta obligatoria cada vez que las dudas recaigan en algún aspecto que resulte decisivo para la adopción de decisiones relevantes para el procedimiento de acreditación de que se trate. Para estos efectos, la Entidad Acreditadora deberá realizar sus consultas a la Intendencia, ingresando a la página web de la Superintendencia, pestaña "Prestadores", "Consultas técnicas sobre la Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, link <http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-8381.html>. Además, para que la Intendencia de Prestadores le dé prioridad a la respuesta de estas consultas, la Entidad deberá marcar en la identificación de la consulta, el menú "En proceso de evaluación de la Entidad Acreditadora en terreno".

## **2. INSTRÚYESE, respecto del envío del informe de acreditación a esta Intendencia y su fiscalización:**

- 2.1.** Una vez completados todos los antecedentes requeridos en el formato Word del informe de acreditación, la Entidad deberá transformar el documento a formato PDF, el cual deberá estar suscrito en su parte final, mediante la firma electrónica avanzada del Representante Legal de la Entidad Acreditadora y la firma electrónica del Director Técnico, la que podrá ser firma electrónica simple.
- 2.2.** El informe de acreditación deberá ser remitido al correo institucional [informesacreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:informesacreditacion@superdesalud.gob.cl), para su fiscalización por parte del Subdepartamento de Fiscalización en Calidad de la Intendencia de Prestadores. En el caso de los procesos de acreditación de los Laboratorios Clínicos, los informes deberán ser remitidos al Instituto de Salud Pública de Chile, al correo [fiscalización.acreditacion@ispch.cl](mailto:fiscalización.acreditacion@ispch.cl), para su fiscalización por esta última Entidad. Todos los informes en su versión original y las versiones corregidas de éstos cuando corresponda, deberán ser enviados solamente a través de los correos indicados, sin copia a ningún otro correo institucional o individual.
- 2.3.** El informe remitido, deberá estar acabado en todos sus acápite e ítems, dando cuenta de la completitud de las evaluaciones efectuadas en el prestador, de acuerdo al Estándar de Acreditación aplicado y las particularidades del prestador evaluado.
- 2.4.** La fiscalización de los informes de acreditación por parte del Subdepartamento antedicho, se efectuará conforme a lo que disponga la respectiva Circular Interna de esta Intendencia, relativa al procedimiento interno que dicho Subdepartamento debe emplear para tales efectos, y que se hubiere encontrado vigente a la época en que se hubiere desarrollado la etapa de evaluación del proceso de acreditación correspondiente.
- 2.5.** Cuando el informe fiscalizado no sea objeto de observaciones, se dará término inmediato a la fiscalización, lo que se consignará en el acta de fiscalización respectiva y, a la vez, se instruirá a la Entidad Acreditadora que cierre el check list del informe en el Sistema Informático de Acreditación. Si, por el contrario, se observan errores o faltas que sea necesario enmendar, se instruirá a la Entidad Acreditadora para que realice las correcciones que se

indiquen dentro del plazo que en cada caso se instruirá, a fin que el informe dé debido cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 27 del Reglamento de Acreditación. Dichas instrucciones se impartirán mediante la respectiva acta de fiscalización, la que será notificada al fiscalizado mediante correo electrónico.

- 2.6.** La Entidad Acreditadora deberá dar cabal, estricto y oportuno cumplimiento a las instrucciones de corrección del informe que se dicten por esta Intendencia, o por el Instituto de Salud Pública, en su caso, en el ejercicio de sus facultades de fiscalización del informe del procedimiento de acreditación.

El plazo para la presentación del informe corregido, se indicará en el mismo correo electrónico por el que se remite el acta de fiscalización que instruye la corrección del informe y se contabilizará desde el día hábil siguiente a la notificación del citado correo, remitido a través del correo de acreditación al correo del Representante Legal de la Entidad Acreditadora, que figure en su respectiva inscripción en el Registro de Entidades Acreditadoras. Adicionalmente, en el correo de notificación se explicitará la fecha y hora límite en que vence el plazo para la entrega del informe corregido.

Atendido lo anterior, por este acto, se reitera el deber de las Entidades Acreditadoras de mantener actualizado el antedicho correo electrónico en su respectiva inscripción, bajo apercibimiento de tenerlo por notificado válidamente, para todos los efectos jurídicos de la fiscalización respectiva, con la notificación que se haya efectuado al correo del Representante Legal de la Entidad Acreditadora que figure vigente en su respectiva inscripción en el Registro de Entidades Acreditadoras.

- 2.7. PREVIÉNESE** a las Entidades Acreditadoras en los siguientes sentidos:

- a) Durante la etapa de fiscalización del informe de acreditación, esta Intendencia procederá a revisar el informe original y sólo aceptará un máximo de dos (2) informes consecuenciales corregidos, procediendo a cerrar la etapa de fiscalización tras la recepción del segundo informe corregido, ya sea que éste haya dado total o parcial cumplimiento a las exigencias del inciso primero del Artículo 27 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud y demás normas que le son aplicables. lo que se explicitará en la última acta de fiscalización que corresponda;
- b) En caso que, en el segundo informe corregido antedicho, la Entidad Acreditadora no haya dado pleno cumplimiento a las observaciones e instrucciones de corrección que le fueron notificadas, esta Intendencia procederá a la apertura del correspondiente proceso sumarial sancionatorio y a la aplicación de la pertinente sanción a la Entidad Acreditadora, pudiendo, asimismo, declarar desierto el proceso de acreditación;
- c) En todo caso, el incumplimiento total o parcial de cualquiera de las instrucciones que se impartan durante la etapa de fiscalización del informe, o el incumplimiento de los plazos instruidos por esta Intendencia para su debido cumplimiento o para la ejecución de las correcciones que se instruyan, según el caso, podrán dar lugar al inicio del correspondiente sumario sancionatorio contra la Entidad Acreditadora infractora, el que se iniciará en la oportunidad que esta Intendencia lo estime pertinente, sea que el procedimiento de acreditación haya terminado, o no.

3. **DÉSE ESTRICTO CUMPLIMIENTO** por parte de las Entidades Acreditadoras al **"INSTRUCTIVO PARA LA CORRECTA ELABORACIÓN DE LOS INFORMES DE ACREDITACIÓN"** contenido en el Anexo de la presente Circular, bajo apercibimiento de instruirse el correspondiente procedimiento sumarial sancionatorio en su contra, si así no se hiciere.
  4. **DERÓGASE** la Circular IP N° 38, de 31 de mayo de 2017.
  5. **VIGENCIA:** La presente Circular entrará en vigencia a contar de su notificación a cada una de las Entidades Acreditadoras.
  6. **NOTIFÍQUESE** a los Representantes Legales de las Entidades Acreditadoras por carta certificada.
- COMUNÍQUESE, REGÍSTRESE Y PUBLÍQUESE EN LA PÁGINA WEB DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

**CARMEN MONSALVE BENAVIDES  
INTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD  
SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

## ANEXO

### INSTRUCTIVO PARA LA CORRECTA ELABORACIÓN DE LOS INFORMES DE ACREDITACIÓN

Por las presentes instrucciones, la Intendencia de Prestadores dispone la manera precisa en que las Entidades Acreditadoras deberán registrar la información emanada de los procesos de acreditación, y de las evaluaciones efectuadas a los prestadores institucionales, en los formatos de los informes de acreditación dispuestos para esos efectos.

Los informes respectivos deberán dar cuenta de dichas informaciones y evaluaciones de manera veraz, clara, precisa y fidedigna.

El informe elaborado por la Entidad Acreditadora, deberá cumplir con todas las exigencias señaladas en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, en la Circular precedente, y en las presentes instrucciones.

#### I. INSTRUCCIONES GENERALES PARA LA COMPLETACIÓN DEL INFORME

1. El informe deberá ser elaborado utilizando fuente "Verdana", con tamaño de letra N°8, y con los márgenes establecidos en el formato: derecha/izquierda, 1,5 cm, superior/inferior, 1,5 cm, encabezado/pie de página, 0,7 cm, interlineado 0/0 sencillo. Lo anterior, está pre formateado, por lo que no se debe alterar su estructura.
2. También se debe mantener inalterado el formato de la primera página, con el logo de la Superintendencia de Salud y el formato del pie de página, con la numeración de página correspondiente.
3. No son admisibles en el informe de acreditación, achurados, utilización de colores, fotografías ni cualquier otra imagen, ni que su texto sea utilizado para ningún fin diverso al que por este acto se instruye.
4. Las fotografías que la Entidad Acreditadora tenga como respaldo de alguna evaluación, no deben ser incorporadas al informe. Ellas deben formar parte del expediente de acreditación establecido y organizado por la Entidad Acreditadora, el cual debe mantenerse permanentemente disponible para la fiscalización de esta Intendencia.
5. La Entidad Acreditadora, al terminar la elaboración del informe y previo a transformarlo a formato PDF, revisará el contenido y se hará responsable de la

correcta redacción del mismo, así como, de la ortografía utilizada en todo el desarrollo del documento.

## II. DESCRIPCIÓN DE LOS ACÁPITES SOBRE ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCEDIMIENTO

- 1. PRESTADOR EVALUADO:** Contiene los antecedentes generales del prestador institucional en proceso de acreditación. Incluye: Nombre, RUT, nombre del Representante Legal y nombre del Director Técnico.

El nombre oficial del prestador y que debe ser utilizado en el informe, es aquel que se señale para el prestador en la resolución que aprueba someterlo al respectivo procedimiento de acreditación o reacreditación, según el caso, y que convoca a la correspondiente Audiencia Pública del Procedimiento de Designación Aleatoria de Entidades Acreditadoras.

- 2. ENTIDAD ACREDITADORA:** Se refiere a los antecedentes generales de la Entidad Acreditadora designada para la ejecución del proceso de acreditación. Incluye: Nombre, RUT y nombre del Representante Legal, todo lo cual debe ser concordante con los datos de que se contienen en la inscripción de esa Entidad en el Registro Público de Entidades Acreditadoras de esta Superintendencia.

- 3. DATOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN:** Se refiere a los antecedentes generales del proceso de acreditación en curso, donde la Entidad deberá explicitar lo siguiente:

- Número de solicitud: corresponde al número correlativo que asigna el Sistema Informático de Acreditación (SIA), a la solicitud ingresada por el prestador institucional.
- Fecha de inicio de la evaluación: corresponde a la fecha del primer día de evaluación en terreno.
- Fecha de término de la evaluación: Es la fecha de cierre de la etapa de evaluación en el SIA.
- Fecha de emisión del informe: Es la fecha de la firma electrónica avanzada (FEA) del Representante Legal de la Entidad con la que se suscribe el informe. Este dato no se modificará con motivo de la emisión de los informes corregidos. En aquellos casos en que el informe es remitido al Subdepartamento de Fiscalización en Calidad en una fecha posterior a la de la FEA del informe, se considerará como fecha válida de emisión del informe la fecha en que el documento fue remitido a esta Intendencia.
- Fecha de emisión de informe corregido: Corresponde a la fecha en que la Entidad envía el informe corregido, en cumplimiento de las observaciones e instrucciones dictadas por el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad. Dicha fecha deberá corresponder a la fecha de la firma electrónica avanzada (FEA) del Representante Legal de la Entidad con que éste suscriba el informe corregido que corresponda. Esta fecha irá cambiando, si se emitiera más de un informe corregido. Siempre deberá quedar solo una fecha, a saber, la del último informe corregido.

- vi. Estándar evaluado. Debe registrar el nombre completo del Estándar aplicado al prestador evaluado. Por ejemplo, “Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada”.
- vii. Retrospectividad de evaluación: Corresponde al período de alcance retrospectivo de las mediciones, determinado por el respectivo Estándar para la ejecución de las evaluaciones, a saber, 6 meses para el primer proceso de acreditación y 3 años para las acreditaciones sucesivas. Por ejemplo, 01 de octubre de 2016 – 31 de marzo de 2017.  
A fin de permitir que el prestador tenga la posibilidad de cerrar sus procesos y pueda disponer de los resultados que se requieran en las evaluaciones a efectuar, el período de retrospectividad de las evaluaciones deberá abarcar desde el término del mes anterior al día de inicio de las evaluaciones en terreno, hacia atrás, según el lapso que corresponda, atendido lo que disponga el Estándar en aplicación.

**4. PERSONAL DE LA ENTIDAD ACREDITADORA QUE PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN:** Tabla que contiene la nómina de los profesionales que participaron en la evaluación en terreno. Incluye: nombre con los dos apellidos, profesión y cargo en la Entidad.

**5. PERSONAL DEL PRESTADOR QUE PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN:** Tabla con la nómina de los funcionarios que participaron en la evaluación en terreno. Tiene dos columnas en las que se deberá identificar: Nombre (Primer nombre y los dos apellidos), profesión, cargo en el prestador (si corresponde) y servicio o unidad donde se desempeña en el prestador.

Ejemplo:

NOMBRE	CARGO
Osvaldo Oliva Lagos	Médico Director
Mónica Pérez Álvarez	Enfermera Clínica, UPC Pediátrica
Pablo Arancibia Guede	Ingeniero, Jefe de Equipos Médicos
Pía Reyes Medina	Químico Farmacéutico, Jefe Unidad de Farmacia
Francisco Reyes Román	TENS, Médico Quirúrgico 3° piso
Claudia Miranda González	Recepcionista, Consultas Ambulatorias

El listado precedente, deberá considerar a “todos los funcionarios” que participaron de alguna forma en la evaluación en terreno, tales como, encargados de calidad, jefes de servicio, entrevistados, quienes presentaron documentos, los referentes en los puntos de verificación, entre otros.

**6. PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA EVALUACIÓN:**

- i. En este ítem, deben describirse las medidas adoptadas por la Entidad Acreditadora para la realización del respectivo procedimiento de acreditación, señalando los objetivos de las mismas y los aspectos esenciales tratados en las reuniones que se hubieren efectuado con los evaluadores y con el prestador evaluado.
- ii. También se deberá, a lo menos, mencionar los protocolos establecidos por la Entidad para la evaluación en terreno, que respalden la organización y metodología utilizada.

- iii. Asimismo, la Entidad deberá declarar la forma en que ha dado cumplimiento a los Oficios sobre instrucciones y recomendaciones que haya emitido esta Intendencia en materia de Orientaciones para efectuar correctamente las constataciones en terreno, en la o las visitas que haya efectuado al prestador evaluado y, en su caso, señalará cual es el método de comprobación alternativo, científicamente fundado, que les da soporte metodológico a las evaluaciones efectuadas.

**7. UNIDADES Y SERVICIOS CLÍNICOS DEL PRESTADOR:** Nómina de la estructura del establecimiento evaluado que incluye la totalidad de las unidades o servicios presentes en él; ubicación y/o dirección; diferencias pesquisadas en relación a las Autorizaciones Sanitarias, si las hubiera.

Ejemplo:

UNIDAD O SERVICIO	UBICACIÓN - DIRECCIÓN	Diferencia con Autorización Sanitaria
Anatomía Patológica	3° piso edificio A	SI, AS N° 1517 (1° piso edificio C)
Atención de Donantes	1° piso edificio A	NO
Banco de Sangre	1° piso edificio A	NO
Cardiovascular Pediatría	5° piso edificio C	NO

**8. PUNTOS DE VERIFICACIÓN QUE NO APLICAN EN LA EVALUACIÓN DEL PRESTADOR:** Tabla en que la Entidad deberá consignar la información de los puntos de verificación que no le aplican en la evaluación del prestador y la causa de la no aplicabilidad, de acuerdo a la realidad de éste.

Ejemplo:

PUNTO DE VERIFICACIÓN	FUNDAMENTO DE LA NO APLICABILIDAD
UPC Pediatría	No tiene
Neonatología	No tiene
Diálisis	No tiene
Pabellón Gineco Obstétrico	Cerrado desde enero 2016

- i. Al respecto, cabe tener presente que los lugares de verificación señalados en los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación, representan una formulación genérica de la estructura organizativa interna que puede tener un prestador institucional. Por ello, si la organización del prestador que solicita la acreditación es distinta a la prevista en los citados Manuales, se evaluará el prestador de acuerdo al tipo de pacientes que se atienden en las distintas estructuras. Así, por ejemplo, en un prestador de atención cerrada, el Servicio Médico Quirúrgico deberá ser evaluado en el Servicio de Medicina (en cuanto al cumplimiento de requisitos asociados a pacientes médicos) y en el Servicio de Cirugía (en cuanto al cumplimiento de requisitos asociados a pacientes quirúrgicos), por ello este servicio será evaluado, siguiendo el Manual en las columnas Med y Cir.
- ii. En ese mismo sentido, la Entidad deberá evaluar el tipo de pacientes que el prestador atiende en el Pensionado, de existir en la estructura organizacional de éste.

## 9. CARACTERÍSTICAS QUE NO APLICAN EN LA EVALUACIÓN DEL PRESTADOR:

- i. Se deberá consignar el código de la característica referida indicando un breve fundamento de la no aplicabilidad.

Ejemplo:

Característica	Fundamento de la no aplicabilidad
GCL 1.6	El Prestador no realiza cesáreas, no está dentro de las prestaciones otorgadas. Se constata con la revisión de AS, ficha técnica y visita en terreno.

- ii. Las características que no aplican en las evaluaciones efectuadas al prestador y que se indican en la tabla ad hoc, deben ser eliminadas del formato del informe, en sus acápites hallazgos y fundamentos. No obstante, las tablas de resumen presentadas en el ítem conclusiones, deben contener todas las características del Estándar correspondiente.

## III. DESCRIPCIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS QUE APLICAN AL PRESTADOR

### 1. ITEM HALLAZGOS

- i. En el rubro titulado **“Hallazgos”**, deberán describirse pormenorizadamente todos los hechos constatados por la Entidad, respecto de cada uno de los “Elementos Medibles” y en cada uno de los “Puntos de Verificación”, que al efecto se señalen en la respectiva pauta de cotejo del Manual de Acreditación correspondiente.
- ii. En el encabezado de éste, se identifica la característica, con su respectivo código. Si se trata de una característica de obligatorio cumplimiento aparece la palabra “Obligatoria”. Por ejemplo; “CARACTERÍSTICA DP 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS”.
- iii. En las tablas diseñadas para este ítem, se deberá consignar la información exigida en cada elemento medible y punto de verificación. Se deberá completar la información requerida en cada una de las celdas, según lo constatado en la lectura de los documentos, los resultados de las constataciones efectuadas en terreno, entrevistas, etc., de acuerdo al Estándar aplicado al prestador. La descripción debe ceñirse a la instrucción indicada en el punto i. precedente, reflejando de manera clara, precisa y explícita los hallazgos encontrados por cada elemento medible en cada una de las características evaluadas.
- iv. Para la descripción de la evaluación en los siguientes puntos de verificación, se debe proceder del modo que a continuación se señala:
  - o Pabellones quirúrgicos (PQ), se verificarán y describirán los elementos medibles en todos los sectores de pabellones quirúrgicos disponibles en la institución;
  - o Salas de procedimientos, se verificarán y describirán los elementos medibles en hemodinamia y/o sala (s) de procedimientos endoscópicos según esté especificado en el Manual. En el caso de describirse sólo como procedimientos, se verificará en ambos;

- Cirugía, se verificarán y describirán los elementos medibles en cirugía adulto y/o infantil, según esté especificado en el Manual. En el caso de describir sólo como Cirugía, se verificará en ambos;
  - Urgencia, si las unidades de atención de emergencia de la institución estuvieran separadas, como por ejemplo urgencias de adultos, pediátricas y gineco obstétricas, el proceso de verificación se realizará en cada una de ellas;
- v. Respecto de la descripción de los documentos exigidos por el Estándar:
- Nombre del documento: Registrar el título del texto que presenta el Prestador;
  - N° Resolución: Registrar el número y año de ésta. Si el Prestador presenta otras características particulares en su gestión documental, deben quedar consignadas en las celdillas. Por ejemplo; el prestador no tiene "resolución" y tiene "código" en los documentos, en este caso deberá eliminar la palabra "resolución" y reemplazarla por "código". Si el documento no tiene resolución ni código, en la celda del formato en donde se pide N° Resolución, indicar que no tiene;
  - Fecha de elaboración: Debe quedar consignada la fecha de elaboración del documento, lo que permitirá dar cuenta de la retrospectividad de éste;
  - Vigencia: Señalar el plazo de vigencia del documento que se registra en él. Si no la indicare, se considerará vigente si fue elaborado en una fecha igual o menor a 5 años, a contar de la fecha de evaluación en terreno, hacia atrás.  
Si el documento vigente presentado por el prestador, no alcanza la retrospectividad necesaria, la Entidad verificará la existencia del documento anterior a éste. En estos casos, no es necesaria la descripción de los documentos anteriores al vigente.  
En la fila de "Observaciones", debe quedar registrado que, efectivamente, dichos documentos estuvieron a la vista de la Entidad para la verificación del cumplimiento de la retrospectividad de la evaluación, indicando el nombre del documento, fecha de elaboración, responsables de la elaboración y aprobación.  
No se deberá confundir la fecha de elaboración de los documentos con el plazo de vigencia de éstos. Dicho plazo de vigencia de los documentos explicita desde cuándo y hasta qué fecha dichos documentos son o han sido de obligatorio cumplimiento para sus destinatarios;
  - Elaborado por: Deberá consignarse, al menos, el o los cargos de las personas que participaron en la elaboración del documento. Si el documento señalare, además, el nombre de tales personas, ello deberá ser registrado, por ejemplo: María Soledad Fernández, Coordinadora UPC Pediátrica;
  - Aprobado por: Deberá consignarse, al menos, el cargo de quien aprueba el documento, especialmente si se trata de un documento de carácter institucional. Si el documento señalare, además, el nombre

de tales personas, ello deberá ser registrado, por ejemplo: Mabel Castro Fernández, Jefa Unidad de Calidad;

- o **Breve descripción del documento:** Se trata de un resumen breve o sintético del documento tenido a la vista por el evaluador. La descripción deberá referir, como mínimo, las exigencias señaladas en los elementos medibles comprendidos en la Pauta de Cotejo de los respectivos Manuales de Acreditación y aclarados por las Circulares Interpretativas de esta Intendencia. Si el cumplimiento de tales exigencias se encuentra en más de un documento, repita la tabla las veces que sea necesario para registrar cada uno por separado, puntualizando Documento N°1; Documento N°2, etc. La descripción del documento revisado, deberá ser consistente con lo evaluado en terreno, deberá dar cuenta clara y explícita de la constatación del hecho contenido en las exigencias del elemento medible evaluado. El sentido de la breve descripción, es que quede debido registro del hecho que el evaluador ha realizado, efectivamente, la lectura y análisis del documento, consignando los contenidos esenciales de éste, a fin que, finalmente, se tome la decisión de dar por cumplido o incumplido el elemento medible. Por tanto, debe tenerse presente que la descripción antes exigida, no se satisface con un simple chek list, ni con el mero señalamiento de los títulos de los contenidos o un índice de las páginas del documento, ni con afirmaciones genéricas tales como, por ejemplo, “contiene objetivos, alcance y responsables” o “cumple con lo solicitado por el elemento medible”. Tampoco resulta correcto copiar de manera íntegra el documento entregado por el prestador;
- o En los casos en que un mismo documento, está elaborado para responder al requerimiento en varios servicios o puntos de verificación, la Entidad lo deberá describir una sola vez e indicar todos los puntos de verificación en donde fue constatado dicho documento.

Ejemplo de descripción de documentos:

**DP 1.2 – Primer elemento medible:** Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de gestión de reclamos.

<b>Dirección o Gerencia</b>			
Nombre del documento: "Procedimiento de Gestión de reclamos"			
N° Resolución: 123	Versión: 2	Fecha de elaboración: mayo 2019	
Elaborado por: Pedro Pérez J. Jefe Unidad Calidad		Aprobado por: Dra. María Araya V., Directora Hospital	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 1-15	
<b>Breve descripción del contenido del documento:</b>			
"En el documento dice que existen dos vías de recepción de reclamos las que son a) buzón para sugerencias y reclamos y b) encuesta al egreso del paciente. Cada vez que el paciente o familiar requiere dejar un reclamo, felicitación o sugerencia debe acudir a los buzones disponibles donde encontrará formularios tipo en el cual puede registrar observaciones. Dichos formularios y buzones se encuentran en las siguientes dependencias: mesón de recepción de hall central, mesón de recepción sector UTI, hall de recepción segundo piso. Cada semana los días lunes y jueves, el coordinador de enfermería recolecta los formularios depositados en los buzones disponibles, dando lectura a ellos, clasificando y derivando al responsable si corresponde a dirección médica, gerencia de servicios clínicos y gerencia general. Desde cada área la respuesta generada (formal) se envía a gerencia de servicios clínicos y desde dicha gerencia se determinará la vía de respuesta, ya sea personal, por carta certificada o vía mail. Finalmente se entregará copia del documento de respuesta adjuntándolo al reclamo y se archivará. La institución ha definido un plazo máximo de respuesta de 10 días hábiles, esto de no ser suficiente con la intervención personal inmediata".			
<b>Observaciones:</b> Se tuvo a la vista documento "Procedimiento de Gestión de reclamos", versión 1 de marzo 2015.			

- vi. Indicadores: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. En todas aquellas características en que se exige un indicador, se deberá registrar el nombre del indicador y su fórmula matemática; el umbral de cumplimiento y la periodicidad de la evaluación. Todos estos antecedentes se deben derivar de la información proporcionada por el prestador en terreno. En el caso que el prestador presente más de un indicador, el evaluador deberá registrar sólo uno de ellos, el cual deberá ser definido por el propio prestador evaluado, con excepción de la característica APE 1.3, en la cual la pauta de cotejo exige la definición de 2 indicadores.

Ejemplo:

**GCL 1.1– Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

PQ General	
Nombre del indicador	Evaluación pre anestésica en pabellón quirúrgico
Fórmula matemática	Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente con evaluación pre-anestésica completa en el periodo / Número total de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el período X 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

- vii. Evaluación periódica de los indicadores:

Para esta evaluación se deberán registrar todos los antecedentes respecto de la información proporcionada por el prestador, por cada uno de los puntos de verificación que le sean aplicables:

- o Nombre del documento en que se presenta la evaluación: Nombre del informe o reporte presentado por el prestador, que contiene los datos o resultados obtenidos de la evaluación periódica de los indicadores;
- o Responsable de la medición: Cargo de la persona responsable de la medición;
- o Fuente primaria: Contiene los registros o datos originales obtenidos por el prestador, los que no han sido filtrados, interpretados o evaluados, tales como las hojas de evaluación pre-anestésica en ficha clínica, protocolos de procedimientos o cirugías, registros de actividades clínicas y no clínicas, y registros computacionales;
- o Fuente secundaria: Contienen la información primaria sintetizada y reorganizada. La fuente secundaria interpreta y analiza las fuentes primarias, donde el prestador aplica los criterios de cumplimiento y registra cuántos cumplen y cuántos no cumplen. Están especialmente diseñadas para facilitar y maximizar el acceso a las fuentes primarias o a sus contenidos. Pueden estar constituidas por una pauta de cotejo, una planilla Excel, etc., por ejemplo, la pauta de cotejo para la “Medición del indicador sobre evaluación pre anestésica”;
- o Período evaluado: Espacio de tiempo que será analizado, el que deberá abarcar todo el periodo retrospectivo definido por el respectivo Estándar de Acreditación para las evaluaciones del proceso de acreditación o reacreditación, según corresponda;

- Metodología de evaluación: Método utilizado por el prestador evaluado, para llevar la medición del indicador. En la metodología de medición utilizada por el prestador, se deberá describir si se mide tomando una muestra o usando el universo completo, cómo se determina el tamaño muestral y la representatividad de la muestra, indicando los criterios usados por el prestador para dar por cumplida la medición;
- Metodología de constatación: Método utilizado por el evaluador, para verificar la coincidencia de los datos entregados por el prestador con los constatados por él durante la evaluación en terreno;
- Resultados entregados por el prestador para el período evaluado: En la tabla se deberá registrar: Período evaluado (Mes, trimestre o semestre y el año); número de mediciones que cumplen; total de mediciones realizadas y el porcentaje de cumplimiento; todos los datos respecto de la información entregada por el prestador. Se deberán registrar los resultados de todo el período de retrospectividad evaluado (6 meses o 3 años).

Ejemplo de resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado medición mensual, para primera acreditación CARACTERÍSTICA GCL 1.7

PQ						
Nombre documento	Informe evaluación indicador cumplimiento criterios indicación médica de transfusión					
Responsable medición	Jefe Médico UMT					
Fuente primaria	Orden de transfusión en ficha clínica					
Fuente secundaria	Planilla de pacientes aleatorizados; pauta de cotejo					
Periodo evaluado	Septiembre 2015 a febrero 2016					
Metodología de medición	Se evalúa el total de las órdenes de transfusión que contienen los criterios para evaluar la indicación médica de transfusión.					
Período evaluado	Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado			Constatación realizada por la EA de acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Septiembre 2015	4	5	80%			
Octubre 2015	4	6	66%			
Noviembre 2015	12	12	100%			
Diciembre 2015	2	5	40%			
Enero 2016	8	8	100%			
Febrero 2016	7	9	77%			

Ejemplo de resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado medición trimestral, para primera acreditación CARACTERÍSTICA GCL 1.3

PQ General Recuperación						
Nombre documento	Informe mensual pauta evaluación manejo del dolor en pacientes post operado inmediato					
Responsable medición	Enfermera de pabellón					
Fuente primaria	Pauta de observación de manejo del dolor en pacientes post operado inmediato					
Fuente secundaria	Informe trimestral					
Periodo evaluado	enero a junio 2015					
Metodología de medición	Para la obtención de la muestra se considera el universo de intervenciones con anestesia regional y/o general del año anterior. Se randomiza 1 día de aplicación de pauta de evaluación. Primera y tercera semana de cada mes 4 pautas y segunda y cuarta semana 3 pautas, completa 14 pautas.					
Período evaluado	Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado			Constatación realizada por la EA de acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
I Trimestre 2015	40	42	95%			
II Trimestre 2015	39	42	92%			

Ejemplo de resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado medición semestral, para primera acreditación CARACTERÍSTICA GCL 1.1

<b>Obstetricia-Ginecología</b>						
Nombre documento	Revisión protocolo cesárea					
Responsable medición	Matrona supervisora					
Información primaria	Ficha clínica. Libro de partos					
Información secundaria	Informe revisión protocolo cesárea.					
Periodo evaluado	Julio-agosto-septiembre-octubre-noviembre- diciembre 2015					
Metodología de medición	Matrona supervisora realiza revisión de fichas clínicas de pacientes sometidas a cesáreas durante el mes y verifica si indicaciones de las cesáreas están de acuerdo a lo establecido en protocolo. Realiza informe semestral, con listado de pacientes sometidas a cesárea y los diagnósticos correspondientes.					
Período evaluado	Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado			Constatación realizada por la EA de acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
II Semestre 2015	120	120	100%			

Ejemplo de resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado medición mensual para reacreditación, CARACTERÍSTICA GCL 1.2

<b>UPC Ad-Intermedio Ad</b>						
Nombre documento	Ficha de indicador en documento manejo de vías venosas centrales					
Responsable medición	Enfermeras clínicas					
Fuente primaria	Pauta de supervisión					
Fuente secundaria	Consolidado manejo de vías venosas centrales					
Periodo evaluado	Octubre 2012 a Septiembre 2015					
Metodología de medición	Sobre el total de catéteres venosos centrales del año anterior, se utiliza la calculadora de la SdS para obtener la muestra. Luego se aplican pautas por oportunidad.					
Período evaluado	Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado			Constatación realizada por la EA de acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Octubre 2012						
Noviembre 2012	190	194	97%			
Diciembre 2012	197	200	98%			
Enero 2013	274	280	97%			
Febrero 2013	153	155	98%			
Marzo 2013	121	121	100%			
Abril 2013	152	155	98%			
Mayo 2013	126	127	99%			
Junio 2013	110	110	100%			
Julio 2013	111	115	96%			
Agosto 2013	94	98	95%			
Septiembre 2013	76	78	97%			
Octubre 2013	137	145	94%			
Noviembre 2013	90	97	92%			
Diciembre 2013	72	75	96%			
Enero 2014	70	74	95%			
Febrero 2014	66	76	87%			
Marzo 2014	133	144	92%			
Abril 2014	90	95	95%			
Mayo 2014	101	105	96%			
Junio 2014	70	71	99%			

Julio 2014	120	125	96%			
Agosto 2014	120	123	98%			
Septiembre 2014	119	121	98%			
Octubre 2014	133	133	100%			
Noviembre 2014	16	16	100%			
Diciembre 2014	16	16	100%			
Enero 2015	8	8	100%			
Febrero 2015	26	28	93%			
Marzo 2015	15	16	94%			
Abril 2015	16	16	100%			
Mayo 2015	18	24	75%			
Junio 2015	22	23	96%			
Julio 2015	14	20	70%			
Agosto 2015	9	10	90%			
Septiembre 2015	10	14	71%			

Ejemplo de resultados entregados por el prestador para medición trimestral para reacreditación, CARACTERÍSTICA GCL 1.2

UPC Ad-Intermedio Ad						
Nombre documento	Ficha de indicador en documento manejo de vías venosas centrales					
Responsable medición	Enfermeras clínicas					
Fuente primaria	Pauta de supervisión					
Fuente secundaria	Consolidado manejo de vías venosas centrales					
Periodo evaluado	Octubre 2012 a Septiembre 2015					
Metodología de medición	Sobre el total de catéteres venosos centrales del año anterior, se utiliza la calculadora de la SdS para obtener la muestra. Luego se aplican pautas por oportunidad.					
Período evaluado	Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado			Constatación realizada por la EA de acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
IV Trimestre 2012	584	594	97%			
I Trimestre 2013	548	556	98%			
II Trimestre 2013	388	392	98%			
III Trimestre 2013	281	291	96%			
IV Trimestre 2013	299	317	94%			
I Trimestre 2014	269	294	91%			
II Trimestre 2014	261	271	96%			
III Trimestre 2014	359	369	97%			
IV Trimestre 2014	165	165	100%			
I Trimestre 2015	49	52	94%			
II Trimestre 2015	56	63	88%			
III Trimestre 2015	33	44	75%			

- Constatación realizada por la Entidad Acreditadora, de acuerdo a los resultados entregados: En la tabla se deberá registrar: Número de mediciones que cumplen con los criterios definidos en el indicador, el total de las mediciones y el porcentaje de cumplimiento. **Estos datos deberán consignar el resultado de la verificación realizada por el evaluador respecto de la información entregada por el prestador.** A los efectos antes señalados, la Entidad Acreditadora deberá tener presente las recomendaciones contenidas en el Oficio Circular IP/N°5, de 2019, o el que lo sustituya;
- En aquellos puntos de verificación donde no se lleve la medición del indicador y sea otro servicio el que realice dicha medición, la Entidad deberá registrar el lugar. Deberá constatar en el punto de verificación el resultado de la evaluación periódica y verificar las fuentes primarias

y secundarias en el lugar donde se lleve la medición. En el caso de que la evaluación sea realizada en forma centralizada, esta información será corroborada en el lugar desde donde emanó la evaluación (en el caso del ejemplo, en el Banco de Sangre);

- o Las constataciones que efectúe la Entidad, deberá realizarlas en concordancia con la periodicidad de medición establecida por el prestador. A tales efectos, la Entidad deberá considerar la aplicación de las recomendaciones contenidas en el Oficio Circular IP/N°5, de 2019, o el que lo sustituya;
- o Para la constatación de las fuentes primarias, la Entidad Acreditadora deberá proceder según lo dispuesto en el Oficio Circular IP/N°5, de 2019, o el que lo reemplace, **cuyas “recomendaciones” en esta materia serán de carácter obligatorio para ella**, debiéndose registrar los resultados y hallazgos encontrados en el rubro “Observaciones”.

Ejemplo de constatación realizada por la Entidad, de acuerdo a los resultados entregados:

PQ General						
Nombre documento	Informe de indicador					
Responsable medición	Enfermera de pabellón					
Fuente primaria	Fichas clínica con formulario de EPA.					
Fuente secundaria	Pauta de cotejo, planilla Excel					
Periodo evaluado	Periodo evaluado septiembre 2015 a febrero 2016					
Metodología de medición	La medición se realiza en base a un “tamaño muestral”, obtenido del total de procedimientos quirúrgicos del año anterior. La Unidad de Calidad, utiliza la calculadora de tamaño muestral y aleatoriza la muestra seleccionada, la cual es enviada a la Jefe de Anestesiología, para su evaluación y cumplimiento de acuerdo a los criterios mínimos definidos en el protocolo.					
Metodología de Constatación	Se revisa la coincidencia de los resultados informados en el periodo, a través de la constatación de la pautas aplicadas, además de la revisión de la información primaria (fichas clínicas /EPA) de los meses de octubre 2015 y febrero 2016, de acuerdo al procedimiento establecido previamente por la EA.					
Período evaluado	Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado			Constatación realizada por la EA de acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
septiembre 2015	45	45	100%			
Octubre 2015	34	45	75%	34	45	75%
Noviembre 2015	32	45	71%			
Diciembre 2015	40	45	88%			
Enero 2016	45	45	100%			
Febrero 2016	40	45	88%	40	45	88%
<b>Observación:</b> Los resultados de la constatación coinciden con lo reportado por el prestador.						

- viii. En todas aquellas características que exigen que “se constate” un determinado hecho, se deberá describir la metodología utilizada por la Entidad para la evaluación. Cada vez que la Entidad utilice una metodología distinta a las recomendadas en las Orientaciones Técnicas dictadas por la Intendencia de Prestadores, dicha Entidad deberá justificar y describir la validez científica de la metodología utilizada.

Ejemplo: GCL 1.1 - Cuarto elemento medible: Se constata: presencia de evaluación pre anestésica en pacientes intervenidos.

### PQ General

Metodología de constatación: Para constatar presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos (PQ General), se solicita al prestador planilla excel con las cirugías del Pabellón Central desde el 1° de febrero al 31 de julio del año 2015, se aleatorizan las fichas utilizando función Excel. Se obtiene una muestra de 30 fichas que son solicitadas al prestador. Se procede a su revisión, utilizando los criterios de cumplimiento establecidos por el prestador en el documento institucional.

Si las primeras 7 cumplen, se dan por cumplidas. Si una no cumple se procede a revisar el total de las fichas seleccionadas.

Atributos de cumplimiento: Lo descrito en el documento institucional: Nombre y apellidos del paciente, Evaluación ASA, Plan anestésico, nombre y apellido del Médico y Firma del Anestesiista.

N° fichas revisadas: 7

N° fichas que cumplen: 7

% cumplimiento: 100%

- ix. Todos los registros de las evaluaciones, deberán dar cuenta del período de retrospectividad del proceso de acreditación, según se trate de un primer proceso acreditación o uno de reacreditación, según el período de retrospectividad establecido en los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación.
- x. En los casos de características incumplidas, la Entidad se deberá asegurar que las causas que determinan el incumplimiento quedaron explícitamente detalladas en el rubro "Observaciones" del ítem "Hallazgos" de cada elemento medible.
- xi. El informe no debe contener datos personales que identifiquen a los pacientes, tales como RUT, o nombre y apellidos de éstos. Para identificar los registros pertinentes, la Entidad usará un código ficticio o el RUT incompleto, por ejemplo, 6685xxx-x.
- xii. En la descripción de los hallazgos, la Entidad, no formulará opiniones personales ni juicios respecto de lo evaluado. Asimismo, el informe no podrá contener sugerencias de ningún tipo con ocasión y respecto de los hallazgos efectuados.
- xiii. La determinación del cumplimiento de una característica se basa en la verificación de los elementos medibles durante la visita a terreno. Esta demostración puede realizarse a través de revisión de documentos o mediante la observación de los procesos en terreno. No son aceptables como evidencia, las descripciones verbales, declaraciones de cumplimiento u otros fundamentos no comprobables.

## 2. ÍTEM FUNDAMENTOS:

### i. Principios de actuación:

- a) Para establecer el cumplimiento de los elementos medibles y características, la Entidad Acreditadora deberá ceñirse estrictamente a los atributos exigidos en las respectivas pautas de cotejo;
- b) Por tanto, las decisiones sobre el cumplimiento o incumplimiento de los elementos medibles y características que adopte la Entidad Acreditadora, deben basarse exclusivamente en las exigencias de las pautas de cotejo y en las instrucciones sobre aclaraciones e

interpretaciones de las Normas del Sistema de Acreditación dictadas por esta Intendencia, mediante Circulares de General Aplicación, así como, en las respuestas o pronunciamientos individuales que ella haya emitido para un caso específico.

- c) No obstante lo anterior, la Entidad Acreditadora se encuentra facultada, al adoptar tales decisiones, a considerar circunstancias especiales, atendiendo a las características del caso particular de que se trate y a la finalidad de seguridad sanitaria que persiga la característica respectiva, que le parezcan los más pertinentes, de modo que se alcance una justa y apropiada decisión sanitaria en las evaluaciones que efectúen, debiendo la Entidad, en tales casos, explicitar claramente las circunstancias especiales de que se trate y fundamentar debidamente las razones de su decisión en el acápite "Hallazgos" de la característica evaluada en el informe.
  - d) **SE PREVIENE Y ACLARA** que los formatos de los informes de acreditación contemplan, también, **campos obligatorios** para el registro de información destinada a demostrar que la evaluación se ha ejecutado correctamente por parte de la Entidad Acreditadora, cuyo incumplimiento podrá acarrear la instrucción del correspondiente sumario sancionatorio. Tales requerimientos de los formatos no constituyen exigencias adicionales para la evaluación del prestador, debiendo la Entidad limitarse a explicar claramente en ellos el cumplimiento o incumplimiento de cada elemento medible, con base a las exigencias de las Pautas de Cotejo de los Manuales de Acreditación y las Circulares pertinentes dictadas por esta Intendencia.
- ii. En las tablas de este ítem, se deberán registrar los datos numéricos que resumen y respaldan el resultado de la evaluación de cada característica y sus elementos medibles.
  - iii. El puntaje asignado en el elemento medible, en cada punto de verificación y en el resultado final de la característica, debe ser consistente con lo descrito en el ítem Hallazgos.
  - iv. Se deberá registrar en cada celdilla la información requerida, en el punto de verificación donde se constató, otorgando 0 si no cumple, 1 si cumple y NA si no aplica la exigencia. Además, deberá consignar el puntaje total y el porcentaje obtenido y finalmente si la característica cumple SI o NO.
  - v. La Entidad Acreditadora, no deberá alterar las tablas de este ítem consignadas en los diferentes formatos de los informes de acreditación, puesto que, estas han sido establecidas en concordancia con las pautas de cotejo de los Estándares de Acreditación.

Ejemplo: CARACTERÍSTICA DP 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Dirección o Gerencia	1	1	
Sectores de Hospitalización			1
Sectores de Espera de Público			1
Urgencia			0
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 4/5	Porcentaje obtenido: 80%	Cumple: NO

### 3. ÍTEM CONCLUSIONES DEL INFORME

- i. En este ítem, se entra a la fase final de la descripción de la evaluación efectuada al prestador institucional, y en él se resumen los resultados obtenidos en el proceso de acreditación respectivo.
- ii. En el primer párrafo de este ítem, la Entidad Acreditadora deberá completar los datos referentes al prestador evaluado y los datos generales de la evaluación.

Ejemplo:

“El Prestador Institucional **XXXXXXXX**, de acuerdo a su tipo y nivel de complejidad, fue evaluado en función del “Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada”. De las **XX** características contenidas en el Estándar correspondiente, al Prestador le fueron aplicables **XX** características, **XX** obligatorias y **XX** no obligatorias.”

- iii. A continuación del párrafo descrito, se presentan 2 tablas de resumen de cumplimiento, una para las características obligatorias del Estándar y la otra para las características no obligatorias. Dichas tablas contienen 4 columnas, que incluyen: Código de la característica, % umbral exigido, % cumplimiento, y estado. Las 2 primeras columnas están completas en los formatos de informes con los datos conformes al Estándar de Acreditación de que se trate y **su contenido no debe ser alterado**. En consecuencia, la Entidad deberá limitarse a completar solo las 2 columnas restantes, de acuerdo a los resultados obtenidos en el proceso de acreditación.
- iv. Cabe señalar que, en la columna “% de cumplimiento”, los resultados deberán ser expresados en porcentajes, utilizando el signo correspondiente (%), por ejemplo, 100%.
- v. Debe tenerse presente que siempre que el formato del informa exija que se registre el porcentaje de cumplimiento de una característica, el guarismo debe estar constituido por números enteros, **no siendo admisible que se registren los decimales de tales porcentajes**, debiendo aproximarse al entero superior, si el decimal es igual o mayor a “5”, y al entero inferior si aquél es menor que “5”.
- vi. En la columna “Estado”, la Entidad deberá registrar, “Cumple”, “No cumple”, o “No aplica”, según corresponda a los resultados de las evaluaciones efectuadas en el prestador evaluado. **Estas tablas no se deben modificar** y se deben presentar completas, con todas las características del Estándar evaluado.

Ejemplos:

CARACTERÍSTICAS OBLIGATORIAS			
Código	% umbral exigido	% cumplimiento	Estado
DP 2.1	≥ 80%	100%	Cumple
CAL 1.1	100%	100%	Cumple
CAL 1.2	≥ 80%	50%	No Cumple
GCL 1.1	≥ 75%	83%	No aplica

CARACTERÍSTICAS NO OBLIGATORIAS			
Código	% umbral exigido	% cumplimiento	Estado
DP 1.1	≥ 80%	100%	Cumple
DP 1.2	100%	100%	No aplica
DP 1.3	≥ 66%	50%	No Cumple
DP 3.1	≥ 66%	75%	Cumple

- vii. A continuación, en este ítem se presentan 2 tablas correspondientes al resumen de cumplimiento de las características evaluadas, la primera tabla solo para las características obligatorias y la segunda para el total de las características del Estándar de que se trate:

Ejemplo:

Resumen de cumplimiento de las características

N° total de características obligatorias del estándar	30
N° de características obligatorias aplicables al prestador	26
N° de características obligatorias cumplidas	26
% de cumplimiento de características obligatorias	100%

N° total de características del estándar	106
N° total de características aplicables al prestador	80
N° total de características cumplidas	70
% de cumplimiento de las características totales	87%

- viii. Bajo las tablas de resumen indicadas, se deben explicitar las conclusiones y decisiones finales que se han adoptado respecto del proceso de acreditación efectuado:

Ejemplo 1 Prestador Acreditado:

Presentados los antecedentes de la evaluación del Prestador "XXXXX", de acuerdo a los hallazgos, fundamentos expuestos y los resultados obtenidos, detallados en el presente informe, y en cumplimiento de las Reglas de Decisión del Estándar de Acreditación aplicado, debe señalarse que dicho prestador institucional cumple con el **100%** de las características obligatorias que le fueron aplicables en las evaluaciones efectuadas y con el **87%** del total de las características que le fueron aplicables en ellas.

Por lo anterior, y considerando que, conforme a las Reglas de Decisión antedichas, para que sea procedente la declaración de acreditación de este prestador, la exigencia mínima del Estándar de Acreditación aplicado, aprobado por el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud,

es el cumplimiento del **100%** de las características obligatorias evaluadas y el cumplimiento del **50%** de las características totales que fueron aplicables al Prestador, la Entidad Acreditadora "YYYYY", en virtud de las facultades que la ley le otorga, declara que el Prestador Institucional "XXXXX" ha resultado **ACREDITADO** en el presente procedimiento de acreditación, por un plazo de 3 años, a contar de la fecha de emisión de la Resolución Exenta de la Intendencia de Prestadores que ordene su inscripción en el Registro de Prestadores Institucionales Acreditados.

#### Ejemplo 2 Prestador NO Acreditado:

Presentados los antecedentes de la evaluación del Prestador "XXXXX", de acuerdo a los hallazgos, fundamentos expuestos y los resultados obtenidos, detallados en el presente informe, y en cumplimiento de las Reglas de Decisión del Estándar de Acreditación aplicado, debe señalarse que dicho prestador institucional cumple con el **87%** de las características obligatorias que le fueron aplicables en las evaluaciones efectuadas, incumpliendo **4** de ellas y cumple con el **80%** del total de las características que le fueron aplicables.

Por lo anterior, y considerando que, conforme a las Reglas de Decisión antedichas, para que sea procedente la declaración de acreditación de este prestador, la exigencia mínima del Estándar de Acreditación aplicado, aprobado por el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud, es el cumplimiento del **100%** de las características obligatorias evaluadas y el cumplimiento del **50%** de las características totales que fueron aplicables al Prestador, y que además, para optar a la acreditación con observaciones, debe cumplir con el mismo **50%** de las características totales antedichas y un incumplimiento máximo de **3** características obligatorias aplicadas, la Entidad Acreditadora "YYYYY", en virtud de las facultades que la ley le otorga, declara que el Prestador Institucional "XXXXX" ha resultado **NO ACREDITADO** en el presente procedimiento de acreditación.

- ix. El último párrafo del informe, deberá ser modificado por la Entidad Acreditadora cuando se trate de un proceso de acreditación a un prestador que ya se encontraba acreditado, señalando si se tratare del primer, segundo o tercer proceso de acreditación a que se somete el prestador evaluado, y así sucesivamente, incorporando allí los porcentajes exigidos a esos efectos en las Reglas de Decisión del respectivo Estándar General de Acreditación para tales acreditaciones.

#### Ejemplo:

Presentados los antecedentes de la evaluación del Prestador "XXXXX", de acuerdo a los hallazgos, fundamentos expuestos y los resultados obtenidos, detallados en el presente informe, y en cumplimiento de las Reglas de Decisión del Estándar de Acreditación aplicado, debe señalarse que dicho prestador institucional se encuentra acreditado y se ha presentado a su segundo proceso de acreditación, siendo los resultados de este último que cumple con el **100%** de las características obligatorias que le fueron aplicables en las evaluaciones efectuadas y con el **98%** del total de las características que le fueron aplicables en ellas.

Por lo anterior, y considerando que, conforme a las Reglas de Decisión antedichas, para que sea procedente la declaración de acreditación de este prestador, la exigencia mínima del Estándar de Acreditación aplicado, aprobado por el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud, para el segundo proceso de acreditación es el cumplimiento del **100%** de las características obligatorias evaluadas y el cumplimiento del **70%** de las características totales que fueron aplicables al Prestador, la Entidad Acreditadora "YYYYY", en virtud de las facultades que la ley le otorga, declara que el Prestador Institucional "XXXXX", ha resultado acreditado por segunda vez consecutiva en el presente procedimiento de acreditación. Dicha acreditación tendrá una vigencia de 3 años, a contar de la fecha de emisión de la Resolución Exenta de la Intendencia de Prestadores, que ordene la mantención y modificación de su Registro de Prestador Acreditado.

- x. El último párrafo del informe y el acápite Observaciones de este, deberá ser modificado por la Entidad Acreditadora cuando se trate de un proceso de acreditación con un resultado que implica que dicha Entidad lo deba declarar **"en situación de ser acreditado con observaciones"**, y posteriormente, después de la evaluación del Plan de Corrección, declarar **"acreditado con observaciones"**, o **"no acreditado"**, siguiendo estrictamente las instrucciones impartidas y los ejemplos de descripción contenidos en el texto actualizado de la Circular IP N°40 de 2019, modificada por las Circulares IP N°41, de 2019, e IP N°43, de 2020.

#### **4. COMENTARIOS**

Este ítem podrá ser utilizado por la Entidad Acreditadora, si lo estimare pertinente, para dejar constancia de información relevante relativa a hechos que hayan afectado transversalmente a las evaluaciones efectuadas en el procedimiento de acreditación.

#### **5. OBSERVACIONES**

Este ítem de "Observaciones", sólo será completado por la Entidad Acreditadora en los casos descritos y de acuerdo a las instrucciones de las Circulares IP señaladas en el literal "x." del numeral 3° precedente, dando cumplimiento cabal a dichas Circulares.

#### **6. FIRMA REPRESENTANTE LEGAL ENTIDAD ACREDITADORA**

Una vez finalizada la elaboración del informe de acreditación en el formato Word instruido, el documento deberá ser transformado a formato PDF, debiendo el Representante Legal de la Entidad Acreditadora suscribirlo mediante firma electrónica avanzada.

## **7. FIRMA DIRECTOR TÉCNICO ENTIDAD ACREDITADORA**

El Director Técnico de la Entidad Acreditadora, que dirigió al cuerpo de evaluadores de la Entidad durante el respectivo procedimiento de acreditación, deberá firmar el informe mediante el uso de firma electrónica simple o avanzada.

## **8. PREVENCIÓNES FINALES**

- i.** El informe de acreditación deberá ser enviado a la Intendencia de Prestadores en la oportunidad que corresponda, dentro de los plazos reglamentarios establecidos, para la fiscalización correspondiente por esta Intendencia. Es responsabilidad del Representante Legal de la Entidad Acreditadora que tales plazos se cumplan a cabalidad.
- ii.** Se advierte a las Entidades Acreditadoras, que antes de entregar el informe de acreditación deberán tener conformado y ordenado el expediente del proceso de acreditación, de la forma instruida en la Circular IP N°37 de 2017, ya que parte de este o su totalidad, podría ser requerido durante la etapa de fiscalización del informe.
- iii.** Se previene a las Entidades Acreditadoras que, durante la etapa de fiscalización de los informes de acreditación por parte del Subdepartamento de Fiscalización en Calidad, dichos documentos, tanto el original, como todas las versiones corregidas que se generen, deberán ser firmados por el Representante Legal y el Director Técnico, de la manera indicada en los numerales **5.** y **6.** precedentes.



**SUBDEPARTAMENTO DE FISCALIZACIÓN EN CALIDAD  
INTENDENCIA DE PRESTADORES DE SALUD**

3. **CIRCULAR IP/N°40, de 13 de septiembre de 2019, QUE IMPARTE INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN EN QUE LOS PRESTADORES INSTITUCIONALES ESTÉN EN SITUACIÓN DE SER ACREDITADOS CON OBSERVACIONES, SUS FORMALIDADES Y TRÁMITES POSTERIORES”**



**Intendencia de Prestadores de Salud**

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

Unidad de Fiscalización en Calidad

Unidad de Apoyo Legal

**CIRCULAR IP/N° 40**

**SANTIAGO, 13 de SEPTIEMBRE DE 2019**

**IMPARTE INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN EN QUE LOS PRESTADORES INSTITUCIONALES ESTÉN EN SITUACIÓN DE SER ACREDITADOS CON OBSERVACIONES, SUS FORMALIDADES Y TRÁMITES POSTERIORES Y DEROGA LA CIRCULAR IP/N° 14, DE 19 DE JULIO DE 2011.- (\*)**

**TEXTO ACTUALIZADO**

**Incorpora las modificaciones introducidas a esta Circular por:**

- **Circular IP N° 41, de 17 de octubre de 2019**
- **Circular IP N° 43, de 27 de febrero de 2020**

**VISTOS:**

Lo dispuesto en el Numeral 1° y en el inciso final del Artículo 121 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979 y de las Leyes N°18.933, N°18.469; en la Ley N°19.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado y en los Artículos 23, 27, 28, 29 y demás pertinentes del Reglamento del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales, aprobado mediante Decreto Supremo N°15, de 2007, del Ministerio de Salud; en adelante “el Reglamento” lo previsto en los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para los Prestadores Institucionales, aprobados por los Decretos Exentos N°18 de 2009, N°s 33, 34, 35, 36 y 37 de 2010, N°s 346 y 347 de 2011, y N°128 de 2018, especialmente lo dispuesto en el N°2 del Acápito II de sus respectivos Manuales, sobre Interpretación de las Normas contenidas en este Manual”, y en el N°5 de su Acápito III, sobre “Reglas de Decisión”; en el Decreto Exento N°5 de

2019, del Ministerio de Salud, en el Decreto Supremo N°64, de 01 de octubre de 2018, del Ministerio de Salud; y en la Resolución RA 882/107/2019, de 22 de julio de 2019;

**CONSIDERANDO:**

**1°** Que, el Decreto Exento N°5 de 2019, del Ministerio de Salud, modifica el número 3 del título III, sobre “Reglas de Decisión”, de todos los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, vigentes en la actualidad, señalando en cada uno de ellos que la Entidad Acreditadora otorgará o denegará la acreditación, o la concederá con observaciones, siempre que se hubieren cumplido con las formalidades y normas previstas en el Reglamento, según las reglas que allí se señalan;

**2°** Que, el citado Decreto Exento modificó las reglas de decisión, para cada uno de los Estándares de Acreditación, en el primer, segundo y tercer proceso de acreditación, señalando para cada uno, los porcentajes de cumplimiento de las características obligatorias y totales que son necesarios para que se otorgue la acreditación directamente o para quedar en situación de ser acreditado con observaciones, permitiéndose, en el último caso, el incumplimiento de un número determinado de características obligatorias;

**3** Que, el Artículo 28 del Reglamento del Sistema de Acreditación, alude a la forma en que deberá proceder tanto el Prestador Institucional evaluado, así como, la Entidad Acreditadora que ejecutó un proceso de acreditación en que el Prestador se encontrare en situación de ser acreditado con observaciones, señalando que, la Entidad Acreditadora aprobará o rechazará el Plan de Corrección a que se refiere dicha norma”;

**4°** Que, conforme a dichas “Reglas de Decisión” de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación vigentes, los Prestadores Institucionales podrán encontrarse en situación de acreditar con observaciones, en los siguientes casos:

**a) Atención Cerrada de alta o mediana complejidad:**

Primer proceso: 50% de las características que le fueron aplicables con un máximo de 3 características obligatorias incumplidas.

Segundo proceso: 70% de las características aplicables con un máximo de 3 características obligatorias incumplidas.

Tercer proceso: 85% de las características aplicables con un máximo de 3 características obligatorias incumplidas.

**b) Atención Cerrada de baja complejidad; Atención Abierta; Centros de Tratamiento y Rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia al alcohol y/o drogas; y Atención Psiquiátrica Cerrada.**

Primer proceso: 50% de las características que le fueron aplicables con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.

Segundo proceso: 70% de las características aplicables, con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.

Tercer proceso: 85% de las características aplicables, con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.

**c) Centros de Diálisis; Servicios de Esterilización; Servicios de Imagenología; Laboratorios Clínicos; Quimioterapia Ambulatoria; y Servicios de Radioterapia.**

Primer proceso: 65% de las características aplicables, con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.

Segundo proceso: 75% de las características aplicables, con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.

Tercer proceso: 80% de las características aplicables, con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.

5° Que, además, en virtud de las normas legales y reglamentarias referidas en los vistos precedentes esta Intendencia posee, por una parte, la potestad para dictar los instrumentos regulatorios que sean necesarios para asegurar una adecuada fiscalización de los procedimientos de acreditación que ejecuten las Entidades Acreditadoras y, por otra, la facultad de establecer, mediante circulares de general aplicación, el sentido y el alcance de las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación y las normas contenidas en los Estándares Generales de Acreditación vigentes aprobados por los respectivos Decretos Exentos dictados por el Ministerio de Salud;

6° Que, atendida la importancia de los cambios introducidos en el número 3 del título III, sobre "Reglas de Decisión", contenido en los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, establecidos por el Decreto Exento N°5 de 2019, del Ministerio de Salud, esta Intendencia tiene el deber de asegurar que esto se lleve a cabo a través de un procedimiento claro, expedito y homólogo para todos los procesos de acreditación que correspondan y para todas las partes involucradas que intervengan en ellos;

**Y TENIENDO PRESENTE** las facultades legales y reglamentarias antes referidas, vengo en dictar las siguientes instrucciones a las Entidades Acreditadoras autorizadas y a los Prestadores Institucionales de Salud

**1. INSTRÚYESE, respecto del procedimiento que las Entidades Acreditadoras y Prestadores Institucionales de Salud, deberán seguir en los procesos de acreditación cuando, según el Informe de Acreditación de la Entidad Acreditadora, el Prestador evaluado se encuentre en situación de ser acreditado con observaciones:**

1.1. La Entidad Acreditadora comunicará la circunstancia de que el Prestador se encuentra en situación de ser acreditado con observaciones, en el informe de acreditación, señalando la normativa correspondiente que lo permite.

1.2. En concordancia con lo anterior, la Entidad Acreditadora deberá redactar los últimos párrafos del ítem "Conclusiones", de la siguiente forma:

*"Teniendo presente los antecedentes de la evaluación del Prestador **XXXXXXXXXX**, conforme a los hallazgos, fundamentos expuestos y los resultados obtenidos, según se detallan en el presente informe, y en cumplimiento de las Reglas de Decisión del Estándar de Acreditación evaluado en el presente procedimiento, se concluye que dicho Prestador Institucional, cumple con el **97%** de las características obligatorias que le fueron aplicables en las evaluaciones efectuadas, **incumpliendo 3 de ellas** y cumple, además, con el **70%** del total de las características que le fueron aplicables."*

*“Conforme a las Reglas de Decisión antedichas, para que sea procedente la declaración de acreditación de este Prestador, la exigencia mínima del Estándar de Acreditación aplicado, aprobado por el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud, para el **primer** proceso de acreditación es el cumplimiento del **100%** de las características obligatorias evaluadas y el cumplimiento del **50%** de las características totales que fueron aplicables al Prestador. Por otra parte, para acreditar con observaciones se exigirá el cumplimiento de, al menos, el **50%** de las características que le fueron aplicables, permitiendo un incumplimiento máximo de **3 características obligatorias** aplicadas en el proceso de acreditación”.*

*“De acuerdo a lo anterior, la Entidad Acreditadora **XXXXXX XXXXXX** en virtud de las facultades que la ley le otorga, y de acuerdo a lo indicado en el Artículo 28 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud declara que el Prestador Institucional **XXXXXXXXXXXX**, se encuentra en situación de ser “acreditado con observaciones”, siempre y cuando se cumplan las formalidades y normas previstas en el citado Reglamento”.*

- 1.3. La declaración de la decisión adoptada por la Entidad Acreditadora, antes señalada, deberá ser adecuada, en cada caso, con relación al tipo de estándar de acreditación evaluado, porcentajes de cumplimiento y secuencia de éste, según corresponda, en concordancia con lo señalado en el 4° del Considerando precedente.
- 1.4. En el ítem observaciones del informe de acreditación, la Entidad Acreditadora deberá informar al Prestador las reglas que deberá cumplir para optar a la “acreditación con observaciones”, indicando lo siguiente:
  - a) El Prestador XXXXXX, deberá elaborar un Plan de Corrección que permita estimar que con éste, podrá subsanar las deficiencias de las características obligatorias incumplidas, a saber, XXX, XXX y XXX.
  - b) El Plan de Corrección deberá ser acompañado de un Cronograma, que establezca su cumplimiento en un lapso no superior a seis meses.
  - c) El Plan de Corrección y Cronograma deberán ser remitidos en un plazo de diez (10) días hábiles, al correo electrónico \_\_\_\_\_ del representante legal de la Entidad Acreditadora, que se encuentra registrado ante esta Intendencia.
  - d) Los diez (10) días se contabilizarán a partir de la fecha de notificación de la Resolución Exenta de la Intendencia de Prestadores, que da a conocer al Prestador el informe que lo declara en situación de ser acreditado con observaciones. Dicha Resolución más el antedicho informe de acreditación en su versión final, se notificarán al Prestador, vía correo electrónico, a la dirección de correo indicada en su solicitud de acreditación.

**1.5.** De la notificación al Prestador, del informe de acreditación que indica que ha quedado en situación de ser acreditado con observaciones:

- a)** Luego de concluida la fiscalización al informe de acreditación, efectuada por la Unidad de Fiscalización en Calidad, se procederá, como es regular en todos los procesos de acreditación, a instruir al Prestador evaluado el pago de la segunda cuota del arancel a la Entidad Acreditadora. Una vez efectuado dicho pago, se remitirán los antecedentes a la Unidad de Apoyo Legal, para la confección de la Resolución Exenta que notifique al Prestador acerca del resultado de su proceso de acreditación.
- b)** Dicha notificación al Prestador, vía correo electrónico, contendrá los siguientes documentos:
  - i.** La antedicha Resolución Exenta IP;
  - ii.** El respectivo informe de acreditación;
  - iii.** El Decreto Exento N°5, de 2019, del Ministerio de Salud;
  - iv.** La Circular IP N°40 de septiembre de 2019,
  - v.** El formato para la elaboración del Plan de Corrección y su instructivo.
- c)** Del correo de notificación al Prestador, se enviará copia a la Entidad Acreditadora correspondiente, quien será responsable de dar continuidad a este proceso, aprobando o rechazando el Plan de Corrección que presentará el Prestador.

**1.6.** Del Plan de Corrección que deberá elaborar el Prestador que opte al estado de acreditado con observaciones:

- a)** Para los casos de los Prestadores en primer o segundo proceso de acreditación, el Plan deberá contemplar necesariamente las actividades que permitan corregir las deficiencias representadas en todas las características obligatorias incumplidas.
- b)** Para los casos de tercer y más procesos de acreditación secuenciales, el Plan deberá contemplar las actividades que permitan corregir las deficiencias representadas en todas las características obligatorias incumplidas y además, si el porcentaje de cumplimiento del total de características es menor al porcentaje para otorgar la acreditación, e igual o mayor al permitido por el Estándar de Acreditación de que se trate, para acreditar con observaciones, deberá incluir las correcciones para las características no obligatorias incumplidas, en número tal, que le permita posteriormente alcanzar el porcentaje total para la acreditación.
- c)** Si el número de características no obligatorias incumplidas por el Prestador, es mayor de las que necesita para acreditarse con posterioridad a quedar como acreditado con observaciones, deberá considerar un Plan que efectivamente cautele la corrección de los incumplimientos de las características que sean más relevantes, de acuerdo a su realidad local y los recursos disponibles para ello.
- d)** El Plan de Corrección deberá dar cuenta clara y explícita de los incumplimientos encontrados durante la evaluación del proceso de acreditación, identificando los factores asociados a dichos

incumplimientos. Este Plan deberá estructurarse aplicando el principio de la mejora continua, en la gestión de calidad y seguridad de los pacientes.

- e) La elaboración del Plan de Corrección, no deberá considerar un enfoque punitivo o ser utilizado para identificar responsabilidades individuales, pues ese no es su objetivo, por el contrario, es muy recomendable para los Prestadores que profundicen en el análisis de sus incumplimientos de una manera constructiva, pues dicha información podrá ser utilizada como insumo para evitar nuevos incumplimientos en el futuro.
- f) El Plan de Corrección elaborado por el Prestador, deberá ser presentado en el formato instruido por esta Intendencia, de acuerdo al Anexo N°1 de esta Circular, y su instructivo correspondiente, Anexo N°2 de la presente Circular.
- g) El Plan de Corrección deberá ser acompañado de un Cronograma, el cual señalará la oportunidad en que se ejecutarán las actividades pertinentes a éste, necesarias para subsanar cada uno de los incumplimientos detectados, en el que se señalará como mínimo, la (s) actividad (es), el plazo de ejecución y el (los) responsable (s) de ésta (s). El cronograma en su completitud, deberá estar diseñado para ser cumplido en un lapso de tiempo que no supere los seis meses.
- h) Para la evaluación Plan de Corrección, por parte de la Entidad Acreditadora, los Prestadores podrán adjuntar información que les parezca relevante en relación al cumplimiento de dicho Plan (Actas de reuniones, resoluciones, etc.)
- i) Asimismo, el Plan de Corrección elaborado por el Prestador, deberá ser remitido a la Entidad Acreditadora correspondiente, en el plazo y forma indicada en el 1.4 precedente.

**1.7.** De la aprobación o rechazo del Plan de Corrección del Prestador, por parte de la Entidad Acreditadora:

- a) La Entidad Acreditadora que recibe el Plan de Corrección, deberá verificar que éste cumple con los contenidos exigidos en los Anexos N°1 y N°2 de esta Circular, valorando sí con la información presentada en el correspondiente formato, se responden las interrogantes respecto a cuál o cuáles fueron los incumplimientos, sus causas y factores contribuyentes, las acciones correctivas planteadas, la atingencia de ellas, los responsables y los plazos involucrados en su implementación y evaluación.
- b) Luego de revisar y analizar el Plan de Corrección y toda la información atingente al mismo, remitida por el Prestador, la Entidad Acreditadora elaborará un informe, en donde, en lo principal, explicitará cada uno de los incumplimientos representados en el informe de acreditación, por cada característica y elemento medible incumplido que aborde dicho Plan, las actividades propuestas por el Prestador para subsanar tales falencias, los responsables de ejecutarlas y los plazos involucrados.

- c) El informe elaborado por la Entidad Acreditadora, deberá ser presentado en el formato instruido por esta Intendencia, de acuerdo al Anexo N°3 de esta Circular, y su instructivo correspondiente, contenido en el Anexo N°4 de la presente Circular. Dicho informe deberá ser finalizado en formato PDF y será válido con la firma electrónica avanzada del representante legal de la Entidad Acreditadora y la firma del director técnico correspondiente.
- d) Para aprobar el Plan de Corrección propuesto por el Prestador, la Entidad Acreditadora, deberá considerar en lo principal, la pertinencia de las actividades formuladas para subsanar los incumplimientos, y una estimación fundada con respecto a que dichas correcciones podrán ser materializadas en un plazo máximo de 6 meses.
- e) En caso de que el Prestador no presente un Plan de Corrección o este sea rechazado por insuficiente, la Entidad Acreditadora, dentro del quinto día hábil de recibido el correo de notificación indicado en la letra c) del 1.5 precedente, o de recepcionado el Plan de Corrección de parte del Prestador, según corresponda, declarará fundadamente en su informe de evaluación del Plan de Corrección, como “no acreditado” al Prestador. Por el contrario, y en el mismo plazo, si el Plan es aprobado lo declarará “acreditado con observaciones”, enviando copia a la Intendencia de Prestadores, del Plan de Corrección del Prestador y todos los documentos adjuntados por éste, y del informe de evaluación del Plan de Corrección elaborado por la Entidad Acreditadora.
- f) Las copias de todos los documentos que la Entidad Acreditadora deberá remitir a esta Intendencia para su fiscalización, y que son señalados en la letra e) precedente, deberán ser enviadas exclusivamente a través del correo electrónico [informesacreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:informesacreditacion@superdesalud.gob.cl)

**2. INSTRÚYESE, respecto del procedimiento que la Unidad de Fiscalización en Calidad deberá seguir en la fiscalización del informe de evaluación del Plan de Corrección que presente el Prestador a la Entidad Acreditadora, y del término del proceso de acreditación.**

- 2.1.** De la fiscalización del informe de evaluación del Plan de Corrección del Prestador, presentado por la Entidad Acreditadora, y del término del proceso, de acreditación:
- a) Después de que la Intendencia de Prestadores, reciba de parte de la Entidad Acreditadora, los documentos señalados en la letra e) del punto 1.7 precedente, procederá a realizar una fiscalización de éstos, con los objetivos de verificar que, tanto el Prestador como la Entidad Acreditadora se hayan ajustado al procedimiento instruido en la presente Circular, y que la decisión adoptada por la Entidad Acreditadora, respecto de aprobar o rechazar el Plan de Corrección del Prestador, sea concordante con la normativa vigente.
  - b) En los casos en que el resultado de la fiscalización demuestre que se ha dado cumplimiento a las normas antedichas y que la decisión adoptada por la Entidad Acreditadora es la correcta, la Intendencia de Prestadores

emitirá un acta de fiscalización en la que instruirá a la Entidad Acreditadora para complementar el ítem de "Conclusiones" del informe de acreditación original, en el que se declare que el Prestador está "acreditado con observaciones" o "no acreditado", según corresponda, modificará, el último párrafo señalado en el punto 1.2 precedente, como sigue:"

- i. *"En atención a que el Prestador Institucional **XXXXXXXXXXXX**, a través de la Resolución Exenta IP N°xxx, de fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, ha sido notificado que, de acuerdo a lo indicado en el Artículo 28 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, se encuentra en situación de ser "acreditado con observaciones", y habiéndose cumplido las formalidades y normas previstas en el citado Reglamento, la **Entidad Acreditadora XXXXX XXXXXX**, en virtud de las facultades que la ley le otorga, **aprueba el Plan de Corrección presentado por el Prestador con fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, y lo declara "ACREDITADO CON OBSERVACIONES"**, a partir de la fecha de notificación de la Resolución Exenta IP de la Intendencia de Prestadores.";* o
  - ii. *"En atención a que el Prestador Institucional **XXXXXXXXXXXX**, a través de la Resolución Exenta IP N°xxx, de fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, ha sido notificado que, de acuerdo a lo indicado en el Artículo 28 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, se encuentra en situación de ser "acreditado con observaciones", y habiéndose cumplido las formalidades y normas previstas en el citado Reglamento, la **Entidad Acreditadora XXXXX XXXXXX**, en virtud de las facultades que la ley le otorga, **rechaza el Plan de Corrección presentado por el Prestador y lo declara NO ACREDITADO**, en el presente procedimiento de acreditación."*
- c) El acta de fiscalización antes señalada, será remitida al correo electrónico del representante legal de la Entidad Acreditadora, la que dispondrá de **2 días hábiles** para hacer el cambio indicado en la b) precedente y remitir el informe final a la Intendencia, al correo [informesacreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:informesacreditacion@superdesalud.gob.cl)
- d) Una vez recibido el informe de acreditación en su versión final, la Unidad de Fiscalización en Calidad, verificará que el cambio se ajuste a la instrucción y, de ser así, enviará un memorándum a la Unidad de Apoyo Legal, con todos los antecedentes pertinentes, para que ésta elabore la Resolución Exenta IP, en que se notifique al Prestador en cuestión, que ha sido declarado como "ACREDITADO CON OBSERVACIONES", o en su defecto, que ha sido declarado como "NO ACREDITADO";

- e) Si en la fiscalización se observa que, en el informe de acreditación remitido por la Entidad, ésta no da cumplimiento estricto a la instrucción impartida, se instruirá una última corrección, en los mismos términos previstos anteriormente, sin perjuicio de la posibilidad de que se instruya el correspondiente procedimiento sumarial;
- f) En los casos en que el resultado de la fiscalización, demuestre que existe una disconformidad entre el informe de evaluación del Plan de Corrección elaborado por la Entidad Acreditadora y los resultados de la fiscalización efectuada por la Intendencia de Prestadores, esta última, en virtud de sus facultades, podrá ordenar a la Entidad efectuar todas las correcciones correspondientes, oír a los representantes del Prestador Institucional evaluado, sin perjuicio de hacer uso de todas las acciones que complementen la fiscalización, tales como, pedir aclaraciones de temas específicos, ordenar un informe complementario, citar a reunión a la Entidad, entre otras;
- g) Una vez que la Resolución Exenta final, sea firmada por la (el) Intendente (e) de Prestadores, se procederá a la notificación del Prestador correspondiente, vía correo electrónico. La notificación incluirá los siguientes documentos:
  - i. Informe de acreditación en su versión final;
  - ii. El informe de evaluación del Plan de Corrección elaborado por la Entidad Acreditadora;
  - iii. La Resolución Exenta IP final; y
- h) El Prestador que sea declarado como **"ACREDITADO CON OBSERVACIONES"**, será inscrito en el Registro de Prestadores Acreditados de esta Superintendencia, explicitándose en él dicha condición.

2.2. Para efectos de la fiscalización señalada en el punto 2.1 precedente, cuando se trate de procesos de acreditación del Estándar General de Acreditación para Laboratorios Clínicos, ésta será efectuada por la Sección de Fiscalización de Laboratorios Clínicos del Instituto de Salud Pública de Chile, tal como se realiza de manera regular con todos los procesos de acreditación del citado Estándar.

### **3. INFORMA E INSTRUYE al Prestador Institucional "acreditado con observaciones", acerca de las acciones a seguir, para conseguir su acreditación definitiva:**

- 3.1. La verificación del cumplimiento del Plan de Corrección aprobado, se efectuará en un nuevo proceso de evaluación, dirigido solamente a evaluar el cumplimiento de dicho Plan, en lo que se considerará el cumplimiento de la o las características obligatorias incumplidas y, en el caso de su tercer o siguientes procesos de acreditación, de las no obligatorias incumplidas, que no hayan permitido la acreditación del Prestador en una primera instancia.
- 3.2. La nueva evaluación será solicitada por el Prestador dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento del plazo para el cumplimiento del Plan de Corrección presentado por el Prestador y que hubiere sido aprobado. Debe

tenerse presente, que dicho Plan deberá concretarse en un plazo máximo de seis (6) meses.

- 3.3. Los seis (6) meses determinados para el cumplimiento del Plan de Corrección, se contabilizarán a partir de la notificación al Prestador, de la Resolución Exenta IP en que se informa que la Entidad Acreditadora ha aprobado el citado Plan, y ha declarado que el Prestador ha sido acreditado con observaciones.
- 3.4. Asimismo, los seis (6) meses serán contados de manera continua, esto es, que por ejemplo, si la notificación de la Resolución indicada en la letra precedente, fue hecha al correo electrónico del Prestador con fecha 26 de septiembre de 2019, su vencimiento será el 26 de marzo de 2020. De acuerdo a lo anterior, en el caso del ejemplo, el Prestador deberá ingresar su solicitud para la nueva evaluación, entre los días 27 de marzo y 09 de abril de 2020.
- 3.5. Tras la solicitud de la nueva evaluación, el Prestador será incorporado a un sorteo de designación aleatoria de Entidades Acreditadoras, en el que se le designará la Entidad que efectuará la evaluación, sólo de las características comprometidas en su Plan de Corrección. Esa Entidad será distinta de aquella que realizó la primera evaluación y que le aprobó el Plan de Corrección.
- 3.6. El arancel para la nueva evaluación, corresponderá a la mitad del correspondiente al proceso de acreditación que lo causó, de acuerdo a la normativa vigente.
- 3.7. Las etapas y plazos para esta evaluación, serán los mismos que aplicaron en el proceso de acreditación en que el Prestador fue declarado acreditado con observaciones, y las normas por las que ese nuevo procedimiento se regirá que se contienen en el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud y las Circulares de esta Intendencia, que lo interpretan y complementan. Esas mismas normativas son aplicables a la fiscalización de ese nuevo procedimiento y al informe de acreditación que presente la Entidad Acreditadora al término de esta evaluación.
- 3.8. Si al término del plazo señalado en el 3.4. anterior, el Prestador no hubiere ingresado su solicitud, o el nuevo procedimiento fracasare por cualquier causa imputable al Prestador Institucional evaluado, dicho Prestador quedará como "**NO ACREDITADO**". Asimismo, se ordenará la cancelación de su inscripción en el Registro de Prestadores Acreditados de esta Superintendencia, mediante resolución que será notificada al representante legal del antedicho Prestador. **[(\*) Numeral sustituido por el que aparece en este texto por el literal i de la letra c) del N° 1 de la Circular IP/N° 41, de 17 de octubre de 2019]**

#### **4. INSTRÚYESE, respecto del procedimiento que las Entidades Acreditadoras deberán seguir en los casos en que la evaluación del Plan de Corrección que presente el Prestador, demuestre que este se encuentra ejecutado.**

- 4.1. En aquellos Prestadores que no hayan obtenido su acreditación o reacreditación en primera instancia, por un error o falencia en un hallazgo que sea susceptible de corregir de manera inmediata, y que luego de que sea notificado de su "situación de ser acreditado con observaciones", su plan de corrección

correspondiente se presente con el respaldo de la ejecución del mismo (Nuevo documento, nueva versión, otros), la Entidad Acreditadora evaluará en completitud el plan de corrección y las pruebas de su realización;

- 4.2. La Entidad Acreditadora, una vez verificado el plan de corrección y los respaldos acompañados por el prestador, si estos se encuentran conforme a la normativa vigente, en su "informe de evaluación del plan de corrección", declarará acreditado al prestador institucional;
  - 4.3. Por otra parte, una vez que la Entidad Acreditadora, emita el informe que declara acreditado al prestador, remitirá todos los documentos pertinentes a la Unidad de Fiscalización en Calidad, la que revisará en conjunto el plan de corrección y los respaldos acompañados al procedimiento, por el prestador y el informe elaborado al respecto, por la Entidad Acreditadora. Una vez analizados todos los antecedentes y verificado que estos cumplen con la normativa vigente, procederá a emitir el Informe de Fiscalización relativo al término del procedimiento y ordenará elaborar la Resolución Exenta IP, que declara acreditado al prestador institucional en cuestión;
  - 4.4. De acuerdo a lo anterior, los prestadores que se encuentran en "situación de ser acreditados con observaciones", que cumplan con lo indicado en los literales a), b) y c), precedentes, no requerirán de ingresar una nueva solicitud, para la evaluación del cumplimiento de su plan de corrección, puesto que, dicho plan ya fue ejecutado y sancionado, tanto por la Entidad Acreditadora, como por la Unidad de Fiscalización en Calidad", dándolo por cumplido;
  - 4.5. Finalmente, cabe señalar que, lo indicado en el anterior solo será válido para las situaciones previamente descritas, a mayor abundamiento, falencias en hallazgos que son corregidas por el prestador y que son posibles de revisar y fiscalizar por la Entidad Acreditadora y por esta Intendencia, en modalidad back office. Todos los planes de corrección que involucren otro tipo de constataciones que necesariamente deban ser realizadas en terreno, deberán ser sujeto de una nueva solicitud para su evaluación, en la forma indicada en el artículo 29 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales.
5. **VIGENCIA:** La presente Circular entrará en vigencia desde su notificación a cada una de las Entidades Acreditadoras y, para aquellos Prestadores Institucionales que cumplan con las condiciones ya descritas en el N°4 precedente, regirá con efecto retroactivo a contar de la fecha de la emisión de la Circular que se modifica.

6. **DERÓGASE la CIRCULAR IP N° 14, de 19 de julio de 2011.**

7. **NOTIFÍQUESE** la presente Circular a los representantes legales de las Entidades Acreditadoras, a su correo electrónico indicado en su Registro de Entidad Acreditadora Autorizada.

**REGÍSTRESE Y PUBLÍQUESE EN LA PÁGINA WEB DE ESTA SUPERTNTENDENCIA.**

**CARMEN MONSALVE BENAVIDES  
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD**

EN CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 41 DE LA LEY N°19.880, SE SEÑALA QUE LA PRESENTE CIRCULAR ES SUSCEPTIBLE DE LOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS DE REPOSICIÓN Y JERÁRQUICO. EL RECURSO DE REPOSICIÓN DEBERÁ INTERPONERSE ANTE ESTA INTENDENCIA DENTRO DEL PLAZO DE 5 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A SU NOTIFICACIÓN Y, EN SUBSIDIO, PODRÁ INTERPONERSE EL RECURSO JERÁRQUICO. SI SÓLO SE DEDUJERE ESTE ÚLTIMO RECURSO, DEBERÁ INTERPONERSE PARA ANTE EL SUPERINTENDENTE, DENTRO DEL PLAZO DE 5 DÍAS HÁBILES. ASIMISMO, CUALQUIER INTERESADO PODRÁ SOLICITAR ACLARACIÓN DE LA PRESENTE RESOLUCIÓN.

**Adjunta:**

- o Anexo N°1 "Formato para Elaboración del Plan de Corrección".
- o Anexo N°2 "Instructivo para la Elaboración del Plan de Corrección".
- o Anexo N°3 "Formato para la Elaboración del Informe de Evaluación del Plan de Corrección".
- o Anexo N°4 "Instructivo para la Elaboración del Informe de Evaluación del Plan de Corrección".

**JGM/ HOG**

**DISTRIBUCIÓN:**

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras (por correo electrónico)
- Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud
- Jefe del Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, División de Gestión y Desarrollo de las Personas, Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Director del Instituto de Salud Pública de Chile
- Jefa Sección de Fiscalización de Laboratorios Clínicos del Instituto de Salud Pública de Chile
- Superintendente de Salud (S)
- Fiscal (S)
- Agentes Regionales
- Jefa (S) del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Encargada (S) Unidad de Fiscalización en Calidad IP
- Coordinadora Unidad de Fiscalización en Calidad IP
- Encargado Unidad de Gestión en Acreditación IP
- Encargada Unidad de Asesoría Técnica IP
- Encargado Unidad de Apoyo legal IP
- Profesionales del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
- Archivo



Intendencia de Prestadores  
Unidad de Asesoría Técnica  
Unidad de Fiscalización en Calidad

## ANEXO N° 1 FORMATO PARA ELABORACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN

### I. ANTECEDENTES DEL PRESTADOR

- Prestador Institucional:
- Dirección Prestador:
- Representante Legal:
- Director (a) Médico:
- Correo electrónico Representante Legal:
- Correo electrónico Director (a) Médico:
- Correo electrónico Encargada (o) de Calidad:

### II. ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

- Entidad Acreditadora (EA):
- Estándar de acreditación evaluado:
- Fecha de evaluación de acreditación:
- Fecha informe de acreditación:
- Porcentaje de cumplimiento general:
- Porcentaje de cumplimiento características obligatorias:
- Número características obligatorias incumplidas:
- Fecha RE IP que notifica resultado:
- Fecha notificación RE IP con resultado:
- Fecha elaboración del Plan de Corrección:
- Fecha envío Plan de Corrección a EA:

### III. PLAN DE CORRECCIÓN

<b>1. Característica y elementos medibles incumplidos</b>
<b>2. Fundamentos del (los) incumplimiento(s)</b>
<b>3. Causa(s) y factor (es) contribuyentes del incumplimiento</b>

<b>4. Actividad(es) de análisis</b>
<b>5. Acción (es) correctiva (s) a aplicar</b>
<b>6. Responsable (s)</b>
<b>7. Plazo (s) de implementación y fecha de reevaluación de la característica</b>

### CRONOGRAMA PARA EL PLAN DE CORRECCIÓN

Característica y EM	Acciones Correctivas	Responsables	Fecha de implementación
Xxx - xxx	1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.
Xxx - xxx	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2. 3.
Xxx - xxx	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.
Xxx - xxx	1. 2.	1. 2.	1. 2.

#### FIRMAS RESPONSABLES DEL PRESTADOR

##### Representante Legal

Nombre:

Firma:

##### Director (a) Médico

Nombre:

Firma:

##### Encargada (o) de Calidad

Nombre:

Firma:

**ANEXO N° 2**  
**INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN**

**I. ANTECEDENTES DEL PRESTADOR**

- Prestador Institucional: HOSPITAL LA ARAUCARIA
- Dirección Prestador: Avenida Cereza N°8.895, Peñalolén, Santiago, Región Metropolitana
- Representante Legal: María González Pérez
- Director Médico: Mario Pérez Castro
- Encargada de Calidad: Marcela López Lillo
- Correo electrónico Representante Legal: [mariagp@gmail.com](mailto:mariagp@gmail.com)
- Correo electrónico Director (a) Médico: [info@hospitallaaraucaria.cl](mailto:info@hospitallaaraucaria.cl)
- Correo electrónico Encargada (o) de Calidad: [marcelall@gmail.com](mailto:marcelall@gmail.com)

**II. ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN**

- Entidad Acreditadora: ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L.
- Estándar de acreditación evaluado: Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada
- Fecha de evaluación de acreditación: 09 de abril de 2019
- Porcentaje de cumplimiento general: **80%**
- Porcentaje cumplimiento características obligatorias: **90%**
- Número características obligatorias incumplidas: **3**
- Fecha RE IP que notifica resultado: 09 de julio de 2019
- Fecha notificación RE IP con resultado: 10 de julio de 2019
- Fecha elaboración del Plan de Corrección: 24 de julio de 2019
- Fecha envío Plan de Corrección a EA: 25 de julio de 2019

*En los puntos 1 y 2 precedentes, el Prestador registrará los antecedentes asociados a su Institución y los del proceso de acreditación reciente.*

**III. PLAN DE CORRECCIÓN**

**1. Característica y elementos medibles incumplidos**

Registrar código y nombre de la característica incumplida.  
Explicitar cuál o cuáles elementos medibles no se cumplieron.

**2. Fundamento del (los) incumplimiento (s)**

El Prestador debe explicitar el fundamento, desde el punto de vista de la constatación por parte de la Entidad Acreditadora. Debe responder a la pregunta de qué fue lo que la Entidad Acreditadora no pudo verificar en terreno y cómo detectó tal hallazgo, por lo tanto, debe registrar los hallazgos descritos en el Informe de Acreditación, que fundamentan el incumplimiento del elemento medible.

*“Se recomienda copiar lo descrito en ítem hallazgos y la tabla del ítem fundamento del Informe de Acreditación de la característica incumplida”.*

### **3. Causa(s) y factores contribuyentes del incumplimiento**

El Prestador deberá identificar y registrar la o las causas del incumplimiento y los factores contribuyentes. Los factores identificados serán producto del análisis que desarrolle el Prestador en relación a la causalidad del incumplimiento y permiten obtener una visión más integral de él, pues la razón de no cumplir con una determinada exigencia es multicausal y para la implementación de las medidas correctivas es importante mantener dicho enfoque, ya que eventualmente las acciones correctivas implementadas podrían subsanar y prevenir otros incumplimientos. Es posible que el Prestador identifique numerosos factores contribuyentes al incumplimiento, para efectos del Plan de Corrección debe presentar los más relevantes, ya que a ellos deberá aplicar igualmente acciones correctivas y así será constatado en el Plan presentado a la Entidad Acreditadora.

### **4. Actividad(es) de análisis**

En este ítem el Prestador debe describir brevemente las actividades realizadas y la metodología utilizada para llegar a la conclusión acerca de las causas y factores contribuyentes del incumplimiento detectados; así como quién o quienes participaron de dicha actividad.

El objetivo es que se evidencie que existió un trabajo compartido en el Prestador respecto a este análisis y no fue producto de un sólo profesional, como podría ser el Encargado de Calidad del Prestador.

### **5. Acción (es) correctiva (s) a aplicar**

El Prestador deberá identificar la o las acciones que serán implementadas con el fin de subsanar el incumplimiento. Estas acciones deben estar en directa relación a la causa y factores contribuyentes identificados del incumplimiento.

### **6. Responsable (s)**

Debe identificar al profesional o profesionales que serán responsables de la implementación, seguimiento y evaluación de cada acción correctiva.

### **7. Plazo de implementación y fecha de reevaluación de la característica**

El Prestador deberá consignar el plazo que se considerará para la adecuada implementación de la acción correctiva y fecha estimada de la nueva evaluación de la exigencia incumplida. Es importante que el plazo sea atingente a las acciones correctivas planteadas, es decir si se trata solamente de cambios documentales puede plantearse un plazo breve, pero si se trata de acciones de difusión o re-elaboración de protocolos e indicadores y su evaluación periódica, debe considerarse que el plazo planteado sea acorde a lo que se desea lograr.

Para evaluar la acción correctiva el Prestador deberá estipular una fecha aproximada en que re-evaluará la característica.

*El formato de tabla precedente, se deberá repetir para cada una de las características obligatorias incumplidas y para las características no obligatorias incumplidas, sobre las que el Prestador presentará un Plan de Correcciones, para alcanzar el porcentaje general de acreditación. (Ver Decreto Exento N°5, de 2019, del MINSAL).*

*Para cada característica, el incumplimiento puede tener diferentes causas: Un error u omisión en el documento, falta de adopción de determinada práctica descrita en los protocolos respectivos, fallas metodológicas en la medición de indicadores, etc. Por lo tanto, el contenido del Plan tendrá distintas aproximaciones según el incumplimiento detectado ya que, las acciones correctivas variarán en su magnitud según las causas y factores contribuyentes identificados.*

A continuación, se desarrollan dos ejemplos que pueden ser de utilidad para los Prestadores, al momento de presentar el Plan de Corrección a la Entidad Acreditadora.

### **Ejemplo N° 1: Incumplimiento por falta de adhesión a protocolo institucional**

#### **1. Característica y elementos medibles incumplidos**

**DP 2.1** Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo.

**Segundo elemento medible;** se constata uso de consentimiento informado con los elementos definidos para dicho instrumento (Cirugías Mayores, Procedimientos Endoscópicos, Procedimientos de Hemodinamia y de Imagenología Intervencional).

#### **2. Fundamento del (los) incumplimiento (s)**

Se solicita al Prestador la información de las cirugías y procedimientos realizados desde enero a junio 2018. Se selecciona aleatoriamente una muestra de 30 Fichas Clínicas de pacientes por punto de verificación. Se procede a la revisión de los consentimientos informados de cada paciente evaluando el cumplimiento de los criterios mínimos solicitados en este instrumento. El Hospital no realiza procedimientos de Imagenología Intervencional, Endoscopia ni de Hemodinamia.

Punto verificación	N° Consentimientos Revisados	N° Consentimientos Cumplen	% Cumplimiento
Cirugía Adulto	30	17	57%
Cirugía infantil	30	15	50%
Subespecialidad Qx.	30	19	63%
API	NA	NA	NA
PRO Endoscópico	NA	NA	NA
Hemodinamia	NA	NA	NA

La Entidad Acreditadora registra en el Informe de acreditación, lo siguiente:

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección	Cir. Ad.	Cir. Infant.	Subesp. Qx.	API	PRO Endos.	Hemodinámia
1° elemento medible	1	1	1	1	NA	NA	NA
2° elemento medible		0	0	0	NA	NA	NA
<b>Umbral de la característica: <math>\geq 80\%</math></b>		Puntaje total: 4/7		Porcentaje obtenido: 57%		Cumple: <b>NO</b>	

Particularmente la Entidad Acreditadora respecto a los incumplimientos detectados realizó los siguientes hallazgos:

- Falta de registro en el formulario de consentimiento informado de la fecha de obtención.
- Falta de identificación del profesional que obtiene el consentimiento informado (sólo una mosca sin otro dato).
- Utilización de abreviaturas en los formularios del consentimiento informado en el campo de "procedimiento o intervención quirúrgica".

### 3. Causa(s) y factores contribuyentes del incumplimiento

**Causa del incumplimiento:** Registro incompleto y/o erróneo del formulario de obtención del consentimiento informado del paciente por falta de adherencia al protocolo institucional.

#### Factores contribuyentes:

- Escasa difusión del protocolo de registro del consentimiento informado en los equipos quirúrgicos, determinando que los profesionales desconozcan los campos de registro obligatorio y que no deben utilizarse abreviaturas.
- Falta de supervisión de la completitud del consentimiento informado según protocolo, no existe una autoevaluación oportuna que permita corregir fallos
- Inexistencia de una práctica instaurada de identificación del profesional que obtiene el consentimiento informado: profesionales asumen que es suficiente la firma.
- Deficiente acceso a los formularios de consentimiento informado, no siempre están disponibles en las consultas, debiendo ser completados en pabellón, sin contar con el espacio y tiempo adecuado para ello.

### 4. Actividad(es) de análisis

Se realizan reuniones para identificar causas y acciones correctivas a implementar aplicando un análisis causa-raíz. En estas reuniones participan Subdirector Médico, Encargado de Calidad, Jefe de Servicio de Cirugía, Enfermera Jefa de Pabellón. Cada reunión es respaldada por una Acta que registra asistencia y principales conclusiones.

### 5. Acción(es) correctiva(s) a aplicar

1. Se realizará difusión del protocolo institucional en los profesionales que obtienen consentimiento informado con actividades informativas en los Servicios involucrados.
2. Se adjuntará un breve instructivo en los formularios de consentimiento informado con los aspectos fundamentales para su completitud, reforzando que no se debe utilizar abreviaturas.
3. Se exigirá completitud del formulario de consentimiento informado para ingreso de paciente a pabellón.
4. Se entregarán timbres a todos los profesionales con su información personal para optimizar el registro en el formulario.
5. Se designará responsable de mantener copias suficientes disponibles de formularios de consentimiento informado en las consultas ambulatorias quirúrgicas.
6. Subdirección médica se compromete a respaldar compra de todos los insumos requeridos: timbres, impresión de formularios, etc.

### 6. Responsables (s)

Subdirector Médico; Encargado de Calidad; Enfermera Supervisora de Pabellón y Jefe Servicio de Cirugía Adulto e Infantil.

### 7. Plazo de implementación y fecha de reevaluación de la característica

Se considerará un plazo de un mes desde para implementar las medidas correctivas desde la fecha de aprobación de este Plan de Corrección por parte de la Entidad Acreditadora.

El elemento medible será autoevaluado mensualmente en los próximos 4 meses para valorar las acciones implementadas y la aplicación eventual de medidas adicionales. Se realizará una evaluación final al sexto mes, se registrarán resultados y conclusiones en un informe final del Plan de Corrección.

### Ejemplo N° 2: Incumplimiento asociado a omisión o error en protocolo institucional.

#### 1. Característica y elementos medibles incumplidos

**CAL 1.1:** Programa Institucional de Calidad

**Tercer elemento medible;** cuenta con un Programa de Calidad que incorpora un sistema de evaluación de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.

#### 2. Fundamento del (los) incumplimiento(s) 3er EM

##### Dirección o Gerencia

Nombre del documento: Programa de Calidad 2019 del Hospital Regional

Elaborado por: Encargado de Calidad

Aprobado por: Director Hospital

Años evaluados: 2018

**Incluye (SI/NO)**

1. Sistema de evaluación anual

NO

2. Aspectos relevantes para la seguridad de pacientes

NO

##### Breve descripción del contenido del documento:

Se tiene a la vista documento Programa de Calidad Hospital Regional, el cuál define " áreas de intervención":

- Satisfacción con la atención de los pacientes hospitalizados.
- Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
- Sistema de vigilancia de eventos adversos
- Estándar de Acreditación

Se definen objetivos específicos por cada área de intervención, pero el Programa no señala cuáles de estos objetivos serán evaluados ni cómo ni cuándo. Por ejemplo, para el área de IAAS, se establece como objetivo capacitar al personal sin ninguna información acerca de la evaluación. No es posible identificar las actividades que darán cumplimiento a cada objetivo planteado ni metas o indicadores que evalúen su cumplimiento.

**Puntaje asignado (0-1-NA)**

Dirección o Gerencia

1° EM: 1

2° EM: 1

3° EM: 0

4° EM: 1

**Umbral de la característica: 100%**

Puntaje total: 3/4

Porcentaje obtenido: 75%

Cumple: NO

#### 3. Causa(s) y factores contribuyentes del incumplimiento

**Causa del incumplimiento:** Omisión del sistema de evaluación anual de los aspectos relevantes para la seguridad de los pacientes, en el documento que describe el Programa de Calidad

##### Factores contribuyentes:

Escaso trabajo en equipo para la elaboración del Programa de Calidad.

Inexistencia de procedimientos que permitan verificar el cumplimiento de las exigencias de la pauta de cotejo, respecto a determinados contenidos en los documentos institucionales y así detectar inconsistencias u omisiones.

#### 4. Actividad (es) de análisis

Se realiza reunión del equipo de calidad junto a Subdirector Médico (Se adjunta acta de reunión). Se aplica un análisis de barreras para identificar factores asociados el incumplimiento.

#### 5. Acción (es) correctiva (s) a aplicar

1. Se incorporará al documento las características del sistema de evaluación: por cada objetivo planteado se incorporarán las metas, la periodicidad de evaluación (anual), el responsable de la evaluación. Se describirán además las actividades consideradas para cumplir con las metas propuestas, con descripción detallada de la existencia de evaluación anual (año calendario) y los aspectos relevantes para la seguridad de los pacientes.
2. Se establecerá un procedimiento de verificación del cumplimiento de determinados contenidos de la pauta de cotejo para los documentos institucionales (check list que se adjuntará al documento). Esto se realizará previo a solicitar la aprobación de Gerencia, este procedimiento debe involucrar la participación de todo el equipo de calidad.

#### 6. Responsable (s)

Encargado de Calidad, Gerente

#### 7. Plazo de implementación y fecha de reevaluación de la característica

Se otorgará un plazo de un mes para implementar las medidas correctivas desde la fecha de aprobación de este Plan de Corrección, por parte de la Entidad Acreditadora.

Se realizará autoevaluación de la característica luego de un mes de implementadas las medidas correctivas.

## INSTRUCTIVO PARA CRONOGRAMA DEL PLAN DE CORRECCIÓN

Caract. / EM	Acciones Correctivas	Responsables	Fecha de implementación
DP 2.1 2° EM	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Difusión del protocolo institucional a los profesionales y Servicios correspondientes.</li> <li>2. Se adjuntará un breve instructivo en los formularios de consentimiento informado.</li> <li>3. Exigencia de completitud del formulario de consentimiento informado para ingreso de paciente a pabellón.</li> <li>4. Entrega de timbres a todos los profesionales correspondientes, para optimizar el registro en el formulario.</li> <li>5. Designación de responsable de stock de formularios de consentimiento informado en las Consultas Ambulatorias Quirúrgicas.</li> <li>6. Compra de todos los insumos requeridos, con el respaldo de la Subdirección Médica.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Encargado de Calidad.</li> <li>2. Encargado de Calidad.</li> <li>3. Enfermera Supervisora de Pabellón.</li> <li>4. Jefe Servicio de Cirugía Adulto e Infantil.</li> <li>5. Jefe Servicio de Cirugía Adulto e Infantil.</li> <li>6. Subdirector Médico.</li> </ol>	<p>Para las actividades; 1, 2, 3, 4 y 5. Un mes calendario desde la aprobación del Plan de Corrección.</p> <p>6. Dos semanas desde la aprobación del Plan de Corrección.</p>

El cronograma deberá contener todas las características y elementos medibles incumplidos, desarrollados en el Plan de Corrección.

### FIRMAS RESPONSABLES DEL PRESTADOR

#### Representante Legal

Nombre:

Firma:

#### Director (a) Médico

Nombre:

Firma:

#### Encargada (o) de Calidad

Nombre:

Firma:

**ANEXO N° 3**  
**FORMATO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN**

**I. ANTECEDENTES DEL PRESTADOR**

- Prestador Institucional:
- Representante Legal:
- Director (a) Médico:
- Encargado (a) de Calidad:

**II. ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN**

- N° de Solicitud:
- Estándar de acreditación evaluado:
- Fecha de evaluación de acreditación:
- Fecha informe de acreditación:
- Porcentaje de cumplimiento general:
- Porcentaje cumplimiento características obligatorias:
- Número características obligatorias incumplidas:
- Fecha RE IP que notifica resultado:
- Fecha notificación RE IP con resultado:
- Fecha recepción del Plan de Corrección (PC):
- Fecha informe de evaluación del PC:
- Fecha envío informe evaluación del PC a la IP:

**III. ANTECEDENTES ENTIDAD ACREDITADORA**

- Nombre de fantasía:
- RUT Entidad:
- Representante Legal:
- Director (a) Técnico del Proceso:

**IV. EVALUACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN**

El Prestador XXXXXXXXXXXXXXXX, en el proceso de acreditación iniciado con el ingreso de la Solicitud de Acreditación N°xxx, de fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, presentó incumplimiento de 3 características obligatorias, a saber; XXX, XXX, XXX. De acuerdo a lo anterior, y luego de terminada la evaluación, en el informe de acreditación se declara que se encuentra en “situación de quedar acreditado con observaciones”, siempre que se cumpla con la normativa vigente respectiva.

De acuerdo a lo anterior, se le solicitó un Plan de Corrección tendiente a subsanar los incumplimientos e infracciones representadas, el que fue remitido por el Prestador en la fecha indicada en el antecedente.

A continuación, se presentará el análisis de lo observado en la evaluación del Plan de Corrección remitido por el Prestador.

**V. REVISIÓN Y ANÁLISIS DEL PLAN DE CORRECCIÓN PROPUESTO POR EL PRESTADOR**

<b>CARACTERÍSTICA XXX - OBLIGATORIA:</b>		
<b>Incumplimiento</b>	<b>Propuestas de Corrección</b>	<b>Análisis y Resultado</b>

<b>CARACTERÍSTICA XXX - OBLIGATORIA:</b> Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.		
<b>Incumplimiento</b>	<b>Propuesta de Corrección</b>	<b>Análisis y Resultado</b>

<b>CARACTERÍSTICA XXX - OBLIGATORIA:</b> El Prestador Institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.		
<b>Incumplimiento</b>	<b>Propuesta de Corrección</b>	<b>Análisis y Resultado</b>

**VI. EVALUACIÓN FINAL DEL PLAN DE CORRECCIÓN**

El Prestador XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, presenta un Plan de Corrección que incluye medidas enmendadoras, acordes a los incumplimientos y hallazgos efectuados en las características obligatorias incumplidas, representadas en el informe de acreditación elaborado por la Entidad Acreditadora XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX. Adicionalmente, analizados los plazos de ejecución propuestos en el Plan, más el cronograma para su cumplimiento, se concluye que dicho Plan de Corrección es factible de desarrollar en un lapso de 6 meses a partir de la aprobación de éste.

Por lo anterior, la Entidad Acreditadora XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, aprueba el Plan de Corrección presentado por el Prestador XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

**Firma Representante Legal**

**Firma Director (a) Técnico**

Intendencia de Prestadores  
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud  
Unidad de Fiscalización en Calidad

**ANEXO N° 4  
INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN DEL  
PLAN DE CORRECCIÓN**

**I. ANTECEDENTES DEL PRESTADOR**

- Prestador Institucional: HOSPITAL LA ARAUCARIA
- Representante Legal: María González Pérez
- Director (a) Médico: Mario Pérez Castro
- Encargado (a) de Calidad: Marcela López Lillo

**II. ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN**

- N° de Solicitud: 3.645
- Estándar de acreditación evaluado: Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada
- Fecha de evaluación de acreditación: 09 de abril de 2019
- Fecha informe de acreditación: 19 de mayo de 2019
- Porcentaje de cumplimiento general: **80%**
- Porcentaje cumplimiento características obligatorias: **90%**
- Número características obligatorias incumplidas: **3**
- Fecha RE IP que notifica resultado: 09 de julio de 2019
- Fecha notificación RE IP con resultado: 09 de julio de 2019
- Fecha recepción del Plan de Corrección (PC): 25 de julio de 2019
- Fecha informe de evaluación del PC: 30 de julio de 2019
- Fecha envío informe evaluación del PC a la IP: 01 de agosto de 2019

**III. ANTECEDENTES DE LA ENTIDAD ACREDITADORA**

- Nombre de fantasía: ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L.
- RUT Entidad: 78.599.888-6
- Representante Legal: Evaristo Barrera Hernández
- Director (a) Técnico del Proceso: Carlos Sánchez González

*En los puntos I, II y III, precedentes, se deberán registrar los antecedentes solicitados, de manera fidedigna, utilizando como insumo, el Sistema Informático de Acreditación y el informe de acreditación en su versión final.*

**IV. EVALUACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN**

El Prestador HOSPITAL LA ARAUCARIA, en el proceso de acreditación iniciado con el ingreso de la Solicitud de Acreditación N°3.645, de fecha 15 de enero de 2019, presentó incumplimiento de 3 características obligatorias, a saber; REG 1.1, EQ 2.1 e INS 1.1. De acuerdo a lo anterior, y luego de terminada la evaluación, en el informe de acreditación se declara que se encuentra en “situación de quedar acreditado con observaciones”, siempre que se cumpla con la normativa vigente respectiva.

De acuerdo a lo anterior, se le solicitó un Plan de Corrección tendiente a subsanar los incumplimientos e infracciones representadas, el que fue remitido por el Prestador en la fecha indicada en el antecedente.

A continuación, se presentará el análisis de lo observado en la evaluación del Plan de Corrección remitido por el Prestador.

## V. REVISIÓN Y ANÁLISIS DEL PLAN DE CORRECCIÓN PROPUESTO POR EL PRESTADOR

<b>CARACTERÍSTICA REG 1.1 - OBLIGATORIA:</b> El Prestador Institucional cuenta con ficha clínica única individual.		
<b>Incumplimiento</b>	<b>Propuestas de Corrección</b>	<b>Análisis y Resultado</b>
<p><b>Segundo elemento medible:</b> En Hospitalización, se constata la existencia de registros en formato Word con evolución médica de pacientes, los que constituyen un registro paralelo no vinculante con la ficha clínica.</p> <p>En Consultas Gineco-Obstétricas Ambulatorias, se constata que existe ficha de fecundidad de pacientes que no se encuentran vinculadas por RUT, no permitiendo acceso a las atenciones ambulatorias en el Sistema Rayen.</p>	<p>1. Eliminar registro de evolución clínica en Word, hasta implementar sistema electrónico de registro clínico en Unidad de Hospitalizados. Se mantiene registro manual de evolución clínica, para todos los profesionales que intervienen en la atención de pacientes hospitalizados.</p> <p><u>Responsable:</u> Enfermera Jefe de SOME y Encargada de Calidad.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> septiembre de 2019</p> <p>2. Restricción del registro en tarjetón, abocando su uso solo para fines estadísticos. No registrar evolución clínica que se encuentra descrita en ficha clínica electrónica RAYEN.</p> <p><u>Responsable:</u> Enfermera Jefe de SOME, Encargada de Calidad y Matrona Supervisora.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> septiembre 2019</p> <p>3. Vinculación de tarjetón a través de número único vinculante definido como el RUT, registrando este dato en todos los tarjetones existentes.</p> <p><u>Responsable:</u> Personal Poli Mater.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> septiembre de 2019</p>	<p>Las actividades definidas para subsanar los incumplimientos representados, son pertinentes para cumplir dicho objetivo, y además, son factibles de implementar en un plazo inferior a los 6 meses.</p> <p>Se aprueba el Plan de Corrección presentado.</p>

<b>CARACTERÍSTICA EQ 2.1 - OBLIGATORIA:</b> Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.		
<b>Incumplimiento</b>	<b>Propuesta de Corrección</b>	<b>Análisis y Resultado</b>
<p><b>Segundo elemento medible:</b> El programa de mantenimiento preventivo, no define las actividades mínimas a solicitar a los proveedores de equipos bajo la modalidad de comodato.</p>	<p>1. Modificar protocolo de EQ 2.1, describiendo los requisitos mínimos solicitados a proveedores de equipos bajo modalidad comodato.</p> <p><u>Responsable:</u> Encargado de Mantenimiento, Encargada de Calidad y Seguridad del Paciente.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> octubre de 2019</p>	<p>La actividad definida para subsanar los incumplimientos representados, es pertinente para cumplir dicho objetivo, y además, son factibles de implementar en un plazo inferior a los 6 meses.</p>

		Se aprueba el Plan de Corrección presentado.
<p><b>Tercer elemento medible:</b> El Prestador no considera todos los equipos críticos en el programa de mantenimiento. Además, la información entregada del equipamiento crítico, no permite verificar si la mayoría de las mantenciones corresponden efectivamente al equipo señalado, al omitir la información en la documentación presentada respecto del N° de inventario y N° de serie de cada equipo, por lo que, para la constatación se debió identificar los equipos a través de la marca y modelo de cada uno junto a su ubicación física, la cual no siempre era la correcta o se desconocía.</p> <p>En una incubadora se constata, que el respaldo de la mantención correspondía a la del proveedor externo y no a la declarada por el Prestador en su protocolo.</p> <p>En cuanto a las ambulancias de emergencia, se evidencian algunas inconsistencias entre los kilometrajes registrados en los reportes de mantención y bitácoras de las ambulancias. Por otro lado, una ambulancia sobrepasa el kilometraje definido por el Prestador para la mantención.</p>	<p>1. Hacer catastro de equipos existentes por cada Unidad del Establecimiento, de acuerdo a equipamiento solicitado en pauta de cotejo de característica EQ 2.1, en planilla Excel con registro de cada equipo, la que contenga: Equipo, marca, modelo, fecha de adquisición, N° inventario, vida útil, termino de vida útil, vida útil actual, estado de propio, en arriendo o comodato y estado de funcionamiento.</p> <p><u>Responsable:</u> Encargado de Mantención y Auxiliar de Apoyo Mantención.</p> <p>2. Actualización de registros existentes, identificando con número de serie y número de inventario correspondiente, cada respaldo de las mantenciones realizadas. Mantener modalidad de registro para mantenciones posteriores, de acuerdo a catastro realizado en actividad anterior.</p> <p><u>Responsable:</u> Encargado de Mantención.</p> <p>3. Actualización del protocolo, definiendo que el Encargado de Mantención será responsable de la verificación del cumplimiento de kilometraje definido en el documento, para realizar las gestiones y mantención preventiva.</p> <p><u>Responsable:</u> Encargada de Calidad, Encargado de Mantención, Dirección.</p> <p>4. Revisar registro y establecer el valor real de acuerdo a los registros de los diferentes sistemas en uso. Mantener esta práctica en los registros de mantenciones siguientes, asegurando la implementación correcta del proceso.</p> <p><u>Responsable:</u> Encargado de Mantención.</p> <p>Plazo propuesto para todas las actividades: octubre 2019</p>	<p>Las actividades definidas para subsanar los incumplimientos representados, son pertinentes para cumplir dicho objetivo, y además, son factibles de implementar en un plazo inferior a los 6 meses.</p> <p>Se aprueba el Plan de Corrección presentado.</p>

<b>CARACTERÍSTICA INS 1.1 - OBLIGATORIA:</b> El Prestador Institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.		
<b>Incumplimiento</b>	<b>Propuesta de Corrección</b>	<b>Análisis y Resultado</b>
<p><b>Cuarto elemento medible:</b> El Prestador presenta el documento "Análisis de resultados del Informe de Bomberos". En dicho documento se propone una propuesta de mejora para seis situaciones de riesgo detectadas, pero no están claras las acciones a realizar, ni el plazo para su ejecución y al momento de la fiscalización no se contó con evidencia de mejora realizada.</p>	<p>1. Modificar Plan de mejora definiendo con claridad actividades, plazos y responsables.</p> <p>2. Adjuntar evidencias de mejora a carpeta.</p> <p>3. Modificar Plan de mejora acorde con los riesgos del establecimiento.</p> <p><u>Responsable:</u> Responsable Calidad Instalaciones.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> 31 de octubre 2019</p>	<p>Las actividades definidas para subsanar los incumplimientos representados, son pertinentes para cumplir dicho objetivo, y además, son factibles de implementar en un plazo inferior a los 6 meses.</p> <p>Se aprueba el Plan de Corrección presentado.</p>
<p><b>Quinto elemento medible:</b> En la constatación de la recarga vigente de los 117 extintores revisados, 10, no se encontraban con etiquetas de vigencia o con manómetro en rango de uso adecuado. Se constata que la red húmeda está accesible, sin embargo, respecto de la mantención de la</p>	<p>1. Revisión periódica por jefes de servicio, cambios de extintores no vigentes.</p> <p>2. Revisar metodología de constatación de red húmeda.</p>	<p>Las actividades definidas para subsanar los incumplimientos representados, son pertinentes para cumplir dicho objetivo, y además,</p>

misma, no se puede constatar en qué fecha fue efectivamente realizada.	<u>Responsable:</u> Responsable Instalaciones.  <u>Plazo propuesto:</u> 31 de octubre 2019	Calidad son factibles de implementar en un plazo inferior a los 6 meses.  Se aprueba el Plan de Corrección presentado.
--	---	---

*En la columna de "incumplimiento", se deberá registrar de forma sucinta los hallazgos observados durante la evaluación del Prestador, que determinaron el incumplimiento de los elementos medibles de una característica.*

*En la columna "propuesta de corrección", se deberá registrar de manera resumida las correcciones propuestas por el Prestador, apuntando a la actividad (es) específica (s) que se definen en el Plan de Corrección. También se registrará el o los responsables de desarrollar e implementar la o las actividades, y finalmente, indicar los plazos propuestos por el Prestador.*

*En la columna "Análisis y Resultado", la Entidad Acreditadora, manifestará su determinación de aprobar o rechazar las actividades de corrección, con relación a si estas son adecuadas para subsanar los incumplimientos representados y si son factibles de llevar a cabo en un lapso que no supere los 6 meses.*

## **VI. EVALUACIÓN FINAL DEL PLAN DE CORRECCIÓN (Ejemplo para planes aprobados)**

El Prestador HOSPITAL LA ARAUCARIA, presenta un Plan de Corrección que incluye medidas enmendadoras, acordes a los incumplimientos y hallazgos efectuados en las características obligatorias incumplidas, representadas en el informe de acreditación elaborado por la Entidad Acreditadora ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L. Adicionalmente, analizados los plazos de ejecución propuestos en el Plan, más el cronograma para su cumplimiento, se concluye que dicho Plan de Corrección es factible de desarrollar en un lapso de 6 meses a partir de la aprobación de éste.

Por lo anterior, la Entidad Acreditadora **ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L.**, aprueba el Plan de Corrección presentado por el Prestador **HOSPITAL LA ARAUCARIA**.

**Firma Representante Legal**

**Firma Director (a) Técnico**

*El representante legal de la Entidad Acreditadora, firmará el informe con su firma electrónica avanzada y el director técnico con esa misma (FEA) o con firma simple, tal como se encuentra instruido para los informes de acreditación.*

### Ejemplo de Plan de Corrección que no cumple:

CARACTERÍSTICA APK 1.3 – NO OBLIGATORIA: El Prestador Institucional resguarda la seguridad de la atención en la aplicación de rehabilitación kinésica		
Incumplimiento	Propuesta de Mejora	Análisis y Resultado
<p><b>Primer elemento medible:</b> El Prestador no cuenta con un documento, que describa las contraindicaciones para la ejecución de procedimientos específicos y prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica.</p> <p><b>Segundo y tercer elementos medibles:</b> El Prestador no cuenta con indicador y umbral definido.</p>	<p>1. El Hospital La Araucaria, no cuenta con Sala de Rehabilitación Kinésica, por lo que será complejo abordar esta característica, motivo por el cual se solicita intervención del Subdirector Médico.</p> <p><u>Responsables:</u> Kinesiólogos, Subdirector Médico, Encargada de Calidad.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> octubre 2019</p>	<p><b>Rechaza el planteamiento del Prestador .</b></p> <p><b>Fundamento del rechazo:</b> La característica no exige tener implementada una Unidad de Rehabilitación Kinésica. El Prestador deberá trabajar la característica abordando la prevención de eventos adversos, en cuanto a la rehabilitación kinésica que se realiza en los pacientes hospitalizados en la Sala de Medicina.</p>

### VII. EVALUACIÓN FINAL DEL PLAN DE CORRECCIÓN (Ejemplos para planes no aprobados)

*“Los párrafos que se muestran a continuación, son solo a modo de ejemplo, estos deberán ser descritos en concordancia con el análisis del Plan de Corrección evaluado, considerando los fundamentos explícitos que llevaron a la Entidad Acreditadora a rechazar dicho Plan de Corrección”.*

- i. El Prestador HOSPITAL LA ARAUCARIA, presenta un Plan de Corrección que incluye medidas enmendadoras, acordes a los incumplimientos y hallazgos efectuados en las características obligatorias incumplidas, representadas en el informe de acreditación elaborado por la Entidad Acreditadora ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L., con excepción de la propuesta de corrección para la característica APK 1.3, con la que no se dará cumplimiento a la infracción representada.
- ii. El Prestador HOSPITAL LA ARAUCARIA, presenta un Plan de Corrección que incluye medidas que no se encuentran en concordancia con los incumplimientos y hallazgos efectuados en las características obligatorias incumplidas, representadas en el informe de acreditación elaborado por la Entidad Acreditadora ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L., por lo que no serán efectivas para subsanar las infracciones detectadas y finalmente, para dar cumplimiento a las características obligatorias REG 1.1, EQ 2.1 e INS 1.1.
- iii. El Prestador HOSPITAL LA ARAUCARIA, presenta un Plan de Corrección que incluye medidas enmendadoras, acordes a los incumplimientos y hallazgos efectuados en las características obligatorias incumplidas, representadas en el informe de acreditación elaborado por la Entidad Acreditadora ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L. No obstante, lo anterior, analizados los plazos de ejecución propuestos en el Plan, más el cronograma para su cumplimiento, se concluye que dicho Plan de Corrección, dada la envergadura de sus actividades, no es factible de desarrollar en un lapso de 6 meses.

Por lo anterior, la Entidad Acreditadora **ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L.**, rechaza el Plan de Corrección presentado por el Prestador **HOSPITAL LA ARAUCARIA**.

**Firma Representante Legal**

**Firma Director (a) Técnico**