



**Intendencia de Prestadores**

Unidad de Asesoría Técnica

Unidad de Apoyo Legal

**CIRCULAR IP N° 39**

**SANTIAGO, 21 NOV 2017**

**INSTRUYE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE EL SENTIDO Y ALCANCE QUE DEBEN DAR, EN LOS PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN QUE EJECUTEN, A LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD QUE SE INDICAN Y SUSTITUYE LOS TEXTOS DE LAS INSTRUCCIONES CONTENIDAS EN LAS CIRCULARES INTERPRETATIVAS DE LAS NORMAS DE ESE SISTEMA DICTADAS HASTA LA FECHA.-**

**VISTOS:** Lo dispuesto en el numeral 1° del Artículo 121 del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, en relación con lo previsto en el N°2 de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, para Centros de Diálisis, para prestadores institucionales de Servicios de Esterilización, de Imagenología, de Laboratorios Clínicos, de Servicios de Quimioterapia y de Radioterapia, aprobados, respectivamente, mediante los Decretos Exentos N°18, de 2009, Nos. 33, 34, 35, 36 y 37, de 2010, y Nos. 346 y 347, de 2011, todos del Ministerio de Salud; en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N°15, de 2007, del Ministerio de Salud; la Circular Interna IP N°4, de 7 de octubre de 2010, relativa al procedimiento de interpretación de las normas del Sistema de Acreditación antes referido; en la Resolución Exenta SS/N°964, de 31 de mayo de 2017, y en la Resolución Afecta SS/N°67 de 14 de agosto de 2015;

**CONSIDERANDO:**

- 1º)** 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;
- 2º)** 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;
- 3º)** Que los numerales 2º de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, así como los relativos a los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, Centros de Diálisis, Servicios de Esterilización, Servicios de Imagenología, Laboratorios Clínicos, Servicios

de Quimioterapia y de Radioterapia, aprobados por los respectivos Decretos Exentos del Ministerio de Salud señalados en los Vistos precedentes, facultan a esta Intendencia de Prestadores para que, mediante circulares de general aplicación, determine el sentido y alcance de las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación, así como el de las normas de los antedichos Manuales, con el fin de uniformar y facilitar los procedimientos de acreditación de los prestadores institucionales de salud y asegurar la claridad y uniformidad de los criterios evaluativos de las Entidades Acreditadoras;

- 4º) Que, en virtud de tal normativa, las antedichas circulares son de obligatorio cumplimiento para las Entidades Acreditadoras, desde que se les notifican, siendo de su responsabilidad hacer que sus evaluadores las cumplan rigurosamente, todo lo cual será fiscalizado por esta Intendencia de conformidad a sus facultades legales y reglamentarias;
- 5º) Que, el Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud ha tenido un intenso proceso de desarrollo e implementación en los últimos 8 años, habiéndose ejecutado, desde la inauguración de este Sistema, en 2009, hasta el presente, un total de 513 procedimientos de acreditación a diversos tipos de prestadores institucionales por parte de las 35 entidades acreditadora que han sido autorizadas por esta Intendencia hasta la fecha;
- 6º) Que, el desarrollo del Sistema de Acreditación antes señalado, así como la normativa que rige la Garantía Explícita de Calidad del Régimen General de Garantías en Salud, la que, desde 2016, ha incorporado, de manera progresiva, la exigencia de la acreditación a los diversos tipos de prestadores institucionales, para el otorgamiento de las prestaciones garantizadas por ese Régimen, todo lo cual intensifica creciente interés de los mismos por someterse a las normas de este Sistema;
- 7º) Que, lo anterior, unido a la intensa actividad de fiscalización, de esta Intendencia y del Instituto de Salud Pública, de los procedimientos de acreditación ejecutados, ha generado una jurisprudencia administrativa que ha significado la dictación, desde agosto de 2010 a la fecha, de 19 circulares interpretativas de la normativa del Sistema de Acreditación;
- 8º) Que, tal cantidad y diversidad de circulares interpretativas, si bien han sido compendiadas, generan un fárrago normativo que complejiza su cabal comprensión, por lo que, a esta altura del desarrollo del Sistema de Acreditación y para asegurar su sano desarrollo futuro, se ha estimado conveniente reunir toda la normativa de esas 19 circulares en la presente Circular, la que sustituye los textos de las instrucciones contenidas en dichas circulares; y
- 9º) Que, además, el "Comité Asesor para la Interpretación de Normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales", establecido por la Circular Interna IP N° 3, de 27 de junio de 2012, ha recomendado a esta Intendenta formular nuevas interpretaciones a las normas de ese Sistema y, por lo mismo, dictar nuevas instrucciones a las Entidades Acreditadoras, relativas al sentido y alcance que deben dar a las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, las que se indican, en cada caso, como nuevas interpretaciones e instrucciones;

**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

Con el objetivo de facilitar la consulta de los usuarios a las norma de la presente Circular Interpretativas de las Normas del Sistema de Acreditación, se ha estructurado el formato que a continuación se indica.

Las instrucciones y normas de esta Circular se presentan ordenadas de manera secuencial de la siguiente forma:

- 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

Cada aclaración consta de un número que le identifica, el cuál es único para dicha aclaración.

Es importante puntualizar que en relación las aclaraciones e interpretaciones según características de los Manuales (V), se debe considerar que:

Cuando en la primera columna aparece **sólo la identificación de la característica** es porque dicha interpretación o aclaración es aplicable para el ESTÁNDAR DE ATENCIÓN CERRADA Y ATENCIÓN ABIERTA, ejemplo: EQ 2.1.

Cuando en la primera columna aparece **la identificación de la característica y otra(s) sigla(s)**, es porque dicha interpretación o aclaración es aplicable a ese o esos ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN. Ejemplo: CAL 1.2 AC/APC.

Las siglas que identifican a los ESTÁNDARES 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

Las nuevas interpretaciones e instrucciones se encuentran identificadas como **"NUEVA"**.

**2. INSTRÚYESE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS respecto de la forma en que se deben interpretar 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 se debe solicitar un pronunciamiento formal a la Intendencia de Prestadores respecto a la atinencia de un proceso conjunto o separado.

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

**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 el 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 el 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 se debe solicitar un pronunciamiento formal a la Intendencia de Prestadores respecto a la atinencia de un proceso conjunto o separado.

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

**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.

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.

Po otra parte, se deberá obtener la respectiva Autorización Sanitaria en los demás casos que señala el Artículo 129 del Código Sanitario, esto es, en caso de ampliación, modificación o traslado de 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, 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 establecimientos de atención cerrada dependientes de otros organismos públicos, como los de las Fuerzas Armadas o de universidades públicas, 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.**

En virtud de la Ley N° 19.799, de 2002, sobre Documento Electrónico y Firma Electrónica, en nuestro país se estableció la equivalencia legal entre el soporte papel y el soporte electrónico para toda clase de documentos, salvo las excepciones legales.

Por regla general por tanto, es admisible en el Sistema de Acreditación el uso de documentos electrónicos o dispositivos electrónicos de cualquier clase para el cumplimiento de sus exigencias.

Entre las excepciones legales a la equivalencia del soporte papel y el soporte electrónico, se encuentra el caso de los documentos en que consta el consentimiento informado de los pacientes, los que deben ser firmados por éstos y por tanto, deben conservarse en soporte papel.

#### **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 consistentes en establecimientos de Atención Psiquiátrica Cerrada, Centros de Diálisis, Servicios de Esterilización, Servicios de Quimioterapia, Servicio de Radioterapia, Servicios de Imagenología y Laboratorios Clínicos.**

Los aranceles aplicables a los procesos de acreditación de los prestadores institucionales que a continuación se señalan son los siguientes

a) Los prestadores institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada (Hospitales y Clínicas Psiquiátricas), para efectos arancelarios, son considerados como prestadores institucionales de atención cerrada de baja complejidad, de modo que el arancel que les es aplicable asciende a 150 UTM

b) Los Centros de Diálisis, que funcionan de forma separada de un prestador institucional de atención abierta o cerrada, para efectos arancelarios, son considerados como prestadores de atención abierta de mediana complejidad, de modo que el arancel que les es aplicable asciende a 160 UTM

c) Los prestadores institucionales de Servicios de Esterilización, que funcionan de forma separada de un prestador institucional de atención abierta o cerrada, para efectos arancelarios, son considerados como prestadores de atención abierta de baja complejidad, de modo que el arancel que les es aplicable asciende a 140 UTM

d) Los prestadores institucionales de Servicios de Quimioterapia, que funcionan de forma separada de un prestador institucional de atención abierta o cerrada, para efectos arancelarios, son considerados como prestadores de atención abierta de mediana complejidad, de modo que el arancel que les es aplicable asciende a 160 UTM

e) Los prestadores institucionales de Servicios de Radioterapia, que funcionan de forma separada de un prestador institucional de atención abierta o cerrada, para efectos arancelarios, son considerados como prestadores de atención abierta de alta complejidad, de modo que el arancel que les es aplicable asciende a 180 UTM.

f) En el caso de los aranceles aplicables a los procesos de acreditación de los prestadores institucionales de Servicios de Imagenología y 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.

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

**II. Aclaraciones o interpretaciones en relación 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 1**

**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 2**

**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 3**

**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 4**

**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 5

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

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 en relación 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 1

**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 y Cirugía, le son aplicables en la evaluación ambos puntos de verificación, así también sería el caso de un Pensionado que por ejemplo atiende pacientes de Medicina , Cirugía y Gineco-Obstetricia, siendo en esta situación aplicables los tres puntos de verificación.

#### NÚMERO 2

**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.

**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 3**

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

En los organismos públicos el carácter institucional de un documento se adquiere a través de un acto administrativo que lo aprueba y oficializa como tal. Dicho acto administrativo estará, normalmente, constituido por una resolución, debidamente fechada y firmada por el Director del establecimiento que aprobó tal documento. Dicho acto administrativo puede también adoptar la forma de un oficio, ordinario o memorándum, debidamente fechados y firmados, todos los cuales pueden ser incluidos o adjuntados al mismo documento.

Respecto de los prestadores institucionales públicos que utilizan sistemas informáticos para mantener sus documentos institucionales, se requiere de una resolución u otra clase de acto administrativo, dictado por el Director del establecimiento, que ordene tal forma de mantención de los documentos institucionales, así como la forma en que tales documentos se ingresan a dicho sistema informático y cómo se resguarda su integridad, de modo que ellos no sean vulnerables a modificaciones por parte de personas no autorizadas.

**NÚMERO 4**

**Sobre si en el caso de los prestadores institucionales públicos, es exigible que en los puntos de verificación de aquellas características que exigen un documento de carácter institucional, se exhiba al mismo tiempo en cada uno de ellos, el acto administrativo que haya aprobado dicho documento (resolución, memorándum, oficio u otro).**

En el caso de los prestadores institucionales públicos, no constituye una exigencia que el acto administrativo de oficialización de cada uno de los documentos de carácter institucional (resolución, memorándum, oficio u otro) conste en cada uno de los puntos de verificación, siempre que la Entidad tenga acceso al respectivo acto administrativo cuando lo requiera, pudiendo tales actos encontrarse archivados centralmente, si así lo determinase el prestador (por ej.: en la Dirección u Oficina de Partes).

**NÚMERO 5**

**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 6**

**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 7

**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 8

**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 9

**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 constatase 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 10

**Sobre a quienes debe incluirse en la constatación 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 en relación al alcance y aplicabilidad de los  
PUNTOS DE VERIFICACIÓN**

**NÚMERO 1**

**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 2**

**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.**

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.

**NÚMERO 3**

**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 4**

**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 compra 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 5**

**Sobre cómo constatar el punto de verificación "Farmacia" en aquellos prestadores institucionales que únicamente cuenten con Botiquín.**

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

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

**NÚMERO 6**

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

Le son aplicables las siguientes características, aun cuando en algunas de ellas no figure explícitamente el punto de verificación "Hemodinamia" o "Unidad de Hemodinamia".

- DP 2.1 sobre consentimiento informado
- GCL 1.1 sobre evaluación pre-anestésica, si se utiliza anestesia general o regional y los procedimientos se realizan en pabellón.
- GCL 1.4 sobre reanimación cardiopulmonar

- 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

#### NÚMERO 7

**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 8

**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 dicen 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 9

**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. **NUEVA****

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.

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

#### NÚMERO 10

**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. **NUEVA****

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.

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

#### NÚMERO 11

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

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 12

**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). **NUEVA****

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 y en caso de duda respecto a la pertinencia de determinadas prestaciones a una área técnica consultar a esta Intendencia.

**V. Aclaraciones o interpretaciones en relación a  
DEFINICIONES utilizadas en los MANUALES DE ACREDITACIÓN**

**NÚMERO 1**

**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.**

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 12 horas.

En la constatación de las características cuyo punto de verificación sea “PQ” esto es “Pabellones Quirúrgicos”, este punto incluye al pabellón o pabellones de CMA.

**NÚMERO 2**

**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 3**

**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 4**

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

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  
NORMAS DE LAS PAUTAS DE COTEJO SEGÚN CARACTERÍSTICA**

**ÁMBITO DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)**

<b>Característica</b>	<b>Materia de aclaración o interpretación</b>
<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 1</b>  <b>Sobre la forma de constatar el cumplimiento de la exigencia de la característica DP 1.1, atendida la entrada en vigencia la Ley 20.584.</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 2</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> <p>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.</p>
<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>	<p><b>NÚMERO 3</b>  <b>Sobre quién debe obtener el consentimiento informado (y por lo tanto quién debe firmar el formulario).</b></p> <p>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.</p>
<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>	<p><b>NÚMERO 4</b>  <b>Sobre la generalidad o especificidad de los formularios destinados a dejar constancia del consentimiento informado del paciente.</b></p> <p>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.</p>

<p>DP 2.1 DP 2.1 APC DP 2.1 SI DP 2.1 SR DP 2.1 SQ</p>	<p><b>NÚMERO 5</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></p> <p>Es aceptable la utilización de un timbre que de cuenta del nombre del profesional que informa y obtiene el consentimiento del paciente.</p>
<p>DP 2.1 DP 2.1 APC DP 2.1 SI DP 2.1 SR DP 2.1 SQ</p>	<p><b>NÚMERO 6</b> <b>Sobre el uso de abreviaturas en los formularios de constancia del consentimiento informado de los pacientes.</b></p> <p>Atendidas las exigencias del Sistema de Acreditación y, especialmente, las normas de la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud, así como lo previsto en el “Reglamento sobre Entrega de Información y Expresión de Consentimiento Informado en las Atenciones de Salud”, aprobado por el 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>
<p>DP 2.1 DP 2.1 APC DP 2.1 SI DP 2.1 SR DP 2.1 SQ</p>	<p><b>NÚMERO 7</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</p>	<p><b>NÚMERO 8</b> <b>Sobre la digitalización de los documentos que dan cuenta del consentimiento Informado del paciente.</b></p> <p>Los documentos que dan cuenta del consentimiento informado del paciente deben mantenerse en papel, debidamente firmados por el paciente o su representante legal, en su caso, y del profesional que haya obtenido dicho consentimiento, independientemente de que las fichas clínicas del prestador se encuentren en soporte electrónico.</p>
<p>DP 2.1 DP 2.1 APC DP 2.1 SI DP 2.1 SR DP 2.1 SQ</p>	<p><b>NÚMERO 9</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. 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 10</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</p>	<p><b>NÚMERO 11</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</p>	<p><b>NÚMERO 12</b> <b>Sobre si cada prestador debe tener un Comité Ético Científico para cumplir esta característica.</b></p> <p>No. La exigencia consiste en que el prestador tenga claramente identificado el Comité Ético Científico al que serán sometidos los protocolos de investigación. Dicho Comité puede ser propio o externo al prestador.</p>
<p>DP 4.1 AA</p>	<p><b>NÚMERO 13</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>Los convenios docentes asistenciales pueden ser suscritos por la respectiva autoridad a nivel central, sin embargo además la Entidad Acreditadora deberá constatar que tales convenios hayan sido aprobados localmente por el Director del establecimiento evaluado.</p>
<p>DP 4.2 DP 4.2 APC DP 4.2 SR DP 4.2 SQ</p>	<p><b>NÚMERO 14</b> <b>Sobre si para la constatación del cuarto elemento medible 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.</p> <p>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>DP 5.1 DP 5.1 APC DP 5.1 SR DP 5.1 SQ</p>	<p><b>NÚMERO 15</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</p>

	<p>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>
<p><b>DP 5.1</b> <b>DP 5.1 APC</b> <b>DP 5.1 SR</b> <b>DP 5.1 SQ</b></p>	<p><b>NÚMERO 16</b> <b>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”.</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, 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:</p> <p>“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.</p> <p>“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.</p> <p>“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.</p> <p>“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.”</p>
<p><b>ÁMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)</b></p>	
<p><b>CAL 1.1</b> <b>(todos los Estándares)</b></p>	<p><b>NÚMERO 17</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> <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>
<p><b>CAL 1.2 AC</b> <b>CAL 1.2 APC</b></p>	<p><b>NÚMERO 18</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> <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)**

<p><b>GCL 1.1 AC</b></p>	<p><b>NÚMERO 19</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> <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>
<p><b>GCL 1.1</b>  <b>GP 1.1 SI</b></p>	<p><b>NÚMERO 20</b>  <b>Sobre el profesional que debe hacer la evaluación pre-anestésica y por ende figurar como tal en el registro pertinente.</b></p> <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 21</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 22</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 23</b>  <b>Sobre si resulta aplicable la característica GCL 1.1, relativa al procedimiento de evaluación pre anestésica, en los procedimientos imagenológicos que utilizan anestesia regional o general.</b></p> <p>Sí resulta aplicable, puesto que la característica es aplicable a todos los procedimientos u 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.</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 AC	<p><b>NÚMERO 24</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 25</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 administración de las vacunas.</p>
GCL 1.5 AC	<p><b>NÚMERO 26</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 1.8 AC GCL 1.7 AA GCL 1.1 SQ GCL 1.4 SR	<p><b>NÚMERO 27</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>
GCL 1.10 AC	<p><b>NÚMERO 28</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>
GCL 1.11 AC GCL 1.8 AA	<p><b>NÚMERO 29</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></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 APA 1.1 (compra de servicios de Anatomía Patológica), APA 1.2 (etapa pre-analítica) y AOC 1.3 AC y 1.2 AA (notificación de resultados críticos).</p>
<b>GCL 1.11 AC</b> <b>GCL 1.8 AA</b>	<p><b>NÚMERO 30</b> <b>Sobre la aplicabilidad de la característica GCL 1.11 AC y 1.8AA 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>
<b>GCL 1.11 AC</b>	<p><b>NÚMERO 31</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>
<b>GCL 1.11 AC</b> <b>GCL 1.8 AA</b>	<p><b>NÚMERO 32</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. 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>
<b>GCL 1.11 AC</b> <b>GCL 1.8 AA</b>	<p><b>NÚMERO 33</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</p>

	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>GCL 1.11 AC</b> <b>GCL 1.8 AA</b>	<p><b>NÚMERO 34</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>
<b>GCL 1.11 AC</b> <b>GCL 1.8 AA</b>	<p><b>NÚMERO 35</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>
<b>GCL 1.11 AC</b> <b>GCL 1.8 AA</b>	<p><b>NÚMERO 36</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>
<b>GCL 1.11 AC</b> <b>GCL 1.8 AA</b>	<p><b>NÚMERO 37</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 "biopsia", a saber, "remoción de células o tejidos orgánicos para ser examinados macro y microscópicamente con la finalidad de formular un diagnóstico", 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 38</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 39</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 40</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 41</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 42</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 <u>todos</u> 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 43</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 44</b> <b>Sobre si en la constatación del cuarto elemento medible de esta característica deben considerarse los partos vaginales <i>NUEVA</i></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 45</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>GCL 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></p>	<p><b>NÚMERO 46</b> <b>Sobre si resulta correcto concluir que “no aplica” el tercer elemento medible de esta característica cuando en el proceso de evaluación en terreno el prestador demuestra que no hubo eventos centinela en el período de análisis.</b></p> <p>Si los evaluadores constatan que no hubo eventos centinelas en el período de análisis, verificando a su vez la existencia de un sistema de vigilancia que de respaldo a esa conclusión, el tercer elemento medible de esta característica “no aplica” en dicha evaluación.</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></p>	<p><b>NÚMERO 47</b> <b>Sobre si a propósito de la constatación del tercer elemento medible de esta característica y en ausencia de eventos centinelas en el prestador, corresponde exigir al prestador evaluado el análisis de otro evento adverso.</b></p> <p>Si durante el período evaluado no se presentaron él o los eventos centinelas, definidos por el prestador para su vigilancia, estando ello debidamente registrado en el sistema de vigilancia, no corresponde exigir al prestador análisis de otros eventos adversos. El tercer elemento medible de esta característica es explícito en cuanto a que, la exigencia es respecto de los eventos centinelas que han sido definidos por el prestador evaluado.</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></p>	<p><b>NÚMERO 48</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</p>

	centinela se realiza en cada uno de los Servicios y Unidades Clínicas que se comprenden en la Pauta de Cotejo para esta característica.
<b>GCL 3.1 AC</b>	<b>NÚMERO 49</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>
	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> . 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.
<b>GCL 3.3 AC</b> <b>GCL 3.2 AA</b> <b>GCL 3.2 CD</b> <b>GCL 3.2 APC</b> <b>GP 1.7 SI</b> <b>GP 1.6 LC</b> <b>GCL 3.2 QT</b>	<b>NÚMERO 50</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> 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.
<b>GCL 3.3 AC</b> <b>GCL 3.2 AA</b>	<b>NÚMERO 51</b> <b>Sobre a qué tipo de catéteres vasculares se refiere la exigencia del primer elemento medible de esta característica. <i>NUEVA</i></b>
	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).
<b>GCL 3.2 AC</b> <b>GCL 3.1 AA</b>	<b>NÚMERO 52</b> <b>Sobre el indicador y evaluación periódica de vigilancia de infección de herida operatoria que debe constatare 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. <i>NUEVA</i></b>
	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.
<b>ÁMBITO ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)</b>	
<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>NÚMERO 53</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> 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.
<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>NÚMERO 54</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> 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. 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.
<b>AOC 1.1 AC</b>	<b>NÚMERO 55</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> 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.
<b>AOC 1.2 AC</b>	<b>NÚMERO 56</b> <b>Sobre si se debe constatar la categorización de pacientes en Servicio de Urgencia Obstétrica.</b> 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.
<b>AOC 1.2 AC</b>	<b>NÚMERO 57</b> <b>Sobre si el sistema de priorización de urgencia puede ser realizado por personal administrativo.</b> 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.
<b>AOC 1.3 AC</b> <b>AOC 1.2 AA</b> <b>AOC 1.3 SI</b> <b>AOC 1.3 LC</b>	<b>NÚMERO 58</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> 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.
<b>AOC 1.3 AC</b>	<b>NÚMERO 59</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>

	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.
<b>AOC 2.1 AC</b>	<p><b>NÚMERO 60</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>
<b>AOC 2.2 AC</b> <b>AOC 2.2 APC</b>	<p><b>NÚMERO 61</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 relacionadas con su seguridad.</p>
<b>ÁMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)</b>	
<b>RH 1.1</b> <b>RH 1.2</b> <b>(todos los Estándares)</b>	<p><b>NÚMERO 62</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 numeral siguiente)</b></p> <p>La Entidad Acreditadora, en primer lugar, verificará tales habilitaciones mediante el uso del Registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud, dejando constancia de ello. Enseguida, y sólo respecto de aquellos profesionales que no se encuentren inscritos en el referido Registro, la Entidad podrá efectuar tal constatación a través de los siguientes medios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Certificados de títulos emitidos por la respectiva universidad, o por otro establecimiento de educación superior reconocido por el Estado;</li> <li>2) Certificado de registro del título respectivo en el Ministerio de Relaciones Exteriores, o en el Ministerio de Educación, en los casos que los tratados internacionales así lo autoricen;</li> <li>3) Resolución de la SEREMI de Salud respectiva que autoriza el desempeño a profesionales que acrediten poseer un título profesional otorgado en el extranjero;</li> <li>4) Tratándose de los prestadores públicos, mediante copias auténticas de las resoluciones de la Contraloría General de la República que aprueben las respectivas contrataciones y siempre que en ellas se señale claramente la profesión respectiva;</li> <li>5) Las certificaciones del Servicio de Registro Civil e Identificación acerca de la condición profesional de una persona y la certificación contenida en la cédula de identidad;</li> <li>6) <b>Solo en el caso de los médicos, además, podrán utilizarse alguno de los siguientes medios:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1.) Por el respectivo certificado de aprobación del EUNACOM, tratándose de médicos titulados en el extranjero, que no han revalidado su título en Chile y que se desempeñan en establecimientos de la red del Sistema de Servicios de Salud o de dependencia municipal;</li> <li>6.2.) Tratándose de médicos especialistas titulados en el extranjero y que ejerce su especialidad en un establecimiento del sector público y que no han revalidado su título en Chile, por la respectiva</li> </ol> </li> </ol>

	<p>certificación de tal especialidad otorgada en Chile por una Entidad Certificadora autorizada por el Ministerio de Salud (v.gr., CONACEM) o mediante la inscripción de la misma en el Registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud;</p> <p>6.3.) Tratándose de médicos afectos a lo dispuesto en el inciso primero del artículo 7° de la Ley N°20.816 (conocida como “Ley Miscelánea”), que hayan obtenido una especialidad en el extranjero y que no han revalidado su título en Chile, mientras no hayan obtenido la certificación de tal especialidad por una Entidad Certificadora que hubieren solicitado, mediante el certificado de dicha entidad de encontrarse en trámite tal solicitud;</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>RH 1.2</b> <b>(todos los Estándares)</b></p>	<p><b>NÚMERO 63</b> <b>Sobre la forma en que se constata el cumplimiento de esta característica, tratándose de los Auxiliares Paramédicos y Auxiliares de Enfermería</b></p> <p>Los Auxiliares Paramédicos a que se refieren los elementos medibles de esta característica, son profesionales auxiliares regulados a nivel legal en el inciso segundo del Artículo 112 del Código Sanitario y, en el caso de los Auxiliares de Enfermería, su regulación de rango legal se encuentra en el Decreto Ley N° 2.147, de 1978.</p> <p>La habilitación de los Auxiliares Paramédicos, en sus distintos tipos, se encuentra regulada por el “Reglamento para el ejercicio de las profesiones auxiliares de la medicina, odontología y química y farmacia y otras”, aprobado por el Decreto Supremo N°90, de 2015, del Ministerio de Salud, el cual entró en vigencia, por su publicación en el Diario Oficial el 17 de enero de 2017. Este nuevo reglamento deroga el anterior decreto que regulaba esta materia, que se contenía en el Decreto Supremo N°1.704, de 1993, así como el reglamento que regulaba a los “Auxiliares de Enfermería”, que se contenía en el Decreto Supremo N° 261, de 1978, ambos de ese mismo Ministerio.</p> <p>El reglamento actualmente vigente regula los siguientes tipos de Auxiliares Paramédicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auxiliar Paramédico de Odontología;</li> <li>2. Auxiliar Paramédico de Farmacia;</li> <li>3. Auxiliar Paramédico de Alimentación;</li> <li>4. Auxiliar Paramédico de Enfermería;</li> <li>5. Auxiliar Paramédico de Radiología e Imagenología;</li> <li>6. Auxiliar Paramédico de Laboratorio Clínico y Servicios de Sangre;</li> <li>7. Auxiliar Paramédico de Esterilización;</li> <li>8. Auxiliar Paramédico de Anatomía Patológica.</li> </ol> <p>Quienes a la entrada en vigencia del nuevo reglamento contaban con autorización de la autoridad para desempeñarse como:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Auxiliar Paramédico de Alimentación;</li> <li>2) Auxiliar Paramédico de Radiología;</li> <li>3) Auxiliar Paramédico de Radioterapia, Laboratorio y Banco de Sangre;</li> <li>4) Auxiliar Paramédico de Odontología;</li> <li>5) Auxiliar Paramédico de Farmacia; o</li> <li>6) Auxiliar de Enfermería,</li> </ol> <p>Conservan su respectiva habilitación.</p> <p>Para los efectos de la constatación de tales habilitaciones, la Entidad Acreditadora, en primer lugar, verificará sus respectivas habilitaciones mediante el uso del Registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud, dejando constancia de ello.</p> <p>Respecto de aquellos profesionales auxiliares de la salud que no se encuentren inscritos en el referido Registro, las Entidades Acreditadoras constatarán su habilitación legal verificando la existencia de los</p>

	<p>respectivos certificados de competencias emitidos por la autoridad sanitaria regional respectiva, o mediante las copias auténticas de la resolución de la autoridad sanitaria que los habilitó como tales. 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 institucional de salud público debidamente autorizado para ejercer tales funciones.</p> <p>Debe tenerse presente, además, que el nuevo reglamento antes señalado, contempla una norma transitoria, con vigencia de tres años (hasta el 17 de enero de 2010), en favor de personas que se encuentren desempeñando labores de apoyo en las áreas de Odontología, Farmacia, Alimentación, Enfermería, Radiología e Imagenología, Laboratorio Clínico y Servicios de Sangre, Esterilización y Anatomía Patológica, sin la correspondiente autorización de la autoridad sanitaria regional respectiva, los cuales, en ese período transitorio, deberán ser reconocidos como auxiliares paramédicos si a su respecto se certificare por el Director Técnico del establecimiento de salud respectivo, o por el jefe de servicio respectivo, que han desempeñado esas labores por un plazo de 3 años, continuos o discontinuos, certificación que deberá ser inscrita en Registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud. Por tanto, la habilitación de esta clase transitoria de auxiliares paramédicos deberá constatarse por las Entidades Acreditadoras mediante el uso del antedicho Registro.</p> <p>Finalmente, se aclara que la referencia que en la columna de “Observaciones” de la Pauta de Cotejo de esta característica se formula respecto “del curso de 1600 horas según Programa del MINSAL”, debe entenderse referido a los requisitos que el D.S. N° 1.704/93, del Ministerio de Salud, exige a quienes ejercen las profesiones auxiliares de la Medicina, Odontología y Química y Farmacia; el requisito horario anterior es ligeramente diverso en el caso de los Auxiliares de Enfermería, regulados por el D.S. N° 261/78, del Ministerio de Salud, para quienes la extensión mínima del curso de formación es de “nueve meses calendario, con un mínimo de 1.500 horas”. Debe tenerse presente, a ese respecto, que dichas exigencias son evaluadas por la autoridad sanitaria respectiva al momento de otorgar el certificado de competencia que habilita al profesional auxiliar.</p> <p>Se aclara, por tanto, que no es función de la Entidad Acreditadora evaluar la extensión horaria de tales cursos de formación, sino la existencia de los certificados o resoluciones que al respecto hayan emitido las autoridades sanitarias.</p>
<p><b>RH 1.1</b> <b>RH 1.2</b> <b>(todos los Estándares)</b></p>	<p><b>NÚMERO 64</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.</p>
<p><b>RH 1.1</b> <b>RH 1.2</b> <b>(todos los Estándares)</b></p>	<p><b>NÚMERO 65</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 las características RH 1.1 y 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 Acreditadoras las certificaciones de las habilitaciones legales relativas a</p>

	<p>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 u otros, no resultan aplicables a su respecto las constataciones que exigen dichos elementos medibles.</p>
<p><b>RH 1.2 (todos los Estándares)</b></p>	<p><b>NÚMERO 66</b>  <b>Sobre si los certificados de los títulos Técnicos de Nivel Medio obtenidos desde la página web Ministerio de Educación, resultan suficientes para la constatación de la característica RH 1.2 relativa a la habilitación legal del personal.</b></p> <p>La exhibición de los certificados dispuestos por el Ministerio de Educación a través de su página web <a href="http://www.ayudameduc.cl">www.ayudameduc.cl</a>, en la que consta el otorgamiento del título de Técnico de Nivel Medio, resulta suficiente para demostrar la habilitación del personal técnico, sin requerir una oficialización complementaria, siempre que la Entidad Acreditadora se forme convicción respecto de la autenticidad de tales certificados por medio del uso del respectivo código verificador de tales certificados en dicha página web.</p>
<p><b>RH 1.1</b>  <b>RH 1.2 (todos los Estándares)</b></p>	<p><b>NÚMERO 67</b>  <b>Sobre si los profesionales que han completado su formación, pero cuyo título está en trámite, pueden desempeñarse en un prestador institucional e incluirse en las constataciones de estas características.</b></p> <p>De acuerdo a la legislación vigente, los profesionales universitarios de la salud, son habilitados legalmente para ejercer su respectiva profesión por el otorgamiento del título respectivo por parte de una Universidad reconocida por el Estado. Tal título es el resultado de la dictación de un acto formal de otorgamiento, efectuado por cada establecimiento de educación superior de conformidad con lo que dispongan sus estatutos, normalmente constituido por una resolución, que emana de la instancia que tales estatutos señalen. Por tanto, mientras tal acto formal o resolución no se haya emitido, la persona no se encuentra habilitada legalmente para ejercer su profesión.</p> <p>Por el contrario, si dicho acto ya se hubiere emitido, pero no se hubiere entregado a su titular el diploma u otra clase de documento ritual, de aquéllos que tradicionalmente certifican el otorgamiento del título respectivo, la persona se encuentra habilitada legalmente, lo que se puede hacer constar solicitando a la Universidad que le emita el correspondiente certificado del hecho de haberse dictado la resolución que dispuso el otorgamiento del título respectivo.</p> <p>Por tanto, se aclara también que los certificados emanados de las universidades que dan cuenta que el título se encuentra "en trámite" no son habilitantes para el ejercicio profesional de la persona a que se refieren.</p>
<p><b>RH 1.1</b>  <b>RH 1.2 (todos los Estándares)</b></p>	<p><b>NÚMERO 68</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</b>  <b>RH 1.2</b>  <b>RH 1.3 (todos los Estándares)</b></p>	<p><b>NÚMERO 69</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</p>



	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.
RH 1.1 RH 1.2 (todos los Estándares)	<b>NÚMERO 70</b> <b>Sobre cómo establecer la distinción entre las categorías de personal transitorio o permanente del prestador.</b> 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: “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.” 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.
RH 1.1 RH 1.2 (todos los Estándares)	<b>NÚMERO 71</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.
RH 1.1 RH 1.2 (todos los Estándares)	<b>NÚMERO 72</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.
RH 1.3 RH 1.3 APC RH 1.3 CD RH 1.3 SI RH 1.3 SQ RH 1.3 SR	<b>NÚMERO 73</b> <b>Sobre la forma de constatar las especialidades y subespecialidades de los médicos y odontólogos.</b> Según el nuevo “Reglamento de Certificación de las Especialidades de los Prestadores Individuales de Salud y de las Entidades que la Otorgan”, aprobado por el D.S. N°8, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Educación, y publicado en el Diario Oficial con fecha 1° de julio de 2013, durante el actual Régimen Transitorio de reconocimiento de especialidades se reconocen como certificadas las especialidades de médicos y odontólogos que se encuentren en las situaciones que se señalan los Artículos 2° y 3° Transitorios de ese reglamento. Atendido lo anterior, para acogerse a ese reconocimiento los profesionales interesados deben solicitar la incorporación de su especialidad en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud y solo a partir de su inscripción en ese Registro se genera el reconocimiento oficial y público de la especialidad respectiva. En consecuencia, las Entidades Acreditadoras sólo podrán constatar la certificación de las especialidades de los médicos y odontólogos, verificando la inscripción de tales especialidades o subespecialidades en el antes referido registro público.”
RH 1.3 RH 1.3 APC RH 1.3 CD RH 1.3 SI RH 1.3 SQ RH 1.3 SR	<b>NÚMERO 74</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

	<p>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> <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></p>	<p><b>NÚMERO 75</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>  <b>RH 2.2</b>  <b>RH 2.2 APC</b></p>	<p><b>NÚMERO 76</b>  <b>Sobre si los programas de inducción y orientación deben incluir al personal transitorio del prestador.</b></p> <p>Sí, estos programas deben incluir a 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>  <b>RH 2.2</b>  <b>RH 2.2 APC</b></p>	<p><b>NÚMERO 77</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>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></p>	<p><b>NÚMERO 78</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></p>	<p><b>NÚMERO 79</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>
<b>RH 3.1 (todos los Estándares)</b>	<p><b>NÚMERO 80</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 81</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 constatar en los Servicios Clínicos, no es la asistencia de las personas a capacitación, día por día, sino el registro de la cobertura y periodicidad de la capacitación al personal del establecimiento, 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 82</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.</p> <p>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.</p> <p>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”.</p> <p>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 RH 4.2 RH 4.1 SQ RH 4.2 SQ</b>	<p><b>NÚMERO 83</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>  <b>NUEVA</b></p> <p>Estas características serán aplicables al personal involucrado en la preparación y administración de medicamentos antineoplásicos, específicamente a :  Personal encargado de la preparación de fórmulas parenterales y a quienes los asisten directamente en esa tarea.</p>

	<p>Personal que administra el preparado en terapia oncológica parenteral y a quienes lo asisten en esa tarea de manera permanente.</p> <p>Estas recomendaciones provienen del Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Trabajadores Expuestos a Citostáticos (Resolución exenta N°1093, MINSAL, 2016).</p>
<p><b>RH 4.3 AC</b> <b>RH 4.2 APC</b></p>	<p><b>NÚMERO 84</b> <b>Sobre si las exigencias de la característica RH 4.3, resultan aplicables respecto de los alumnos de pregrado.</b></p> <p>Las exigencias de dicha característica sólo son aplicables al personal sanitario, permanente y transitorio del prestador en proceso de acreditación. Por tanto, dicha característica no aplica respecto de los alumnos de pregrado.</p>
<p><b>ÁMBITO REGISTROS (REG)</b></p>	
<p><b>REG 1.1</b> <b>REG 1.1 APC</b> <b>REG 1.1 CD</b> <b>REG 1.1 SQ</b> <b>REG 1.1 SR</b></p>	<p><b>NÚMERO 85</b> <b>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”</b></p> <p>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”.</p> <p>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 los diversos profesionales que intervengan en su atención, 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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p><b>REG 1.1</b> <b>REG 1.1 APC</b></p>	<p><b>NÚMERO 86</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>

**REG 1.2 AC**      **NÚMERO 87**  
**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	PQ	UPC Ad	Med	Cir Ad	Pediatría	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 88**  
**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.

	Pabellones de CMA	Pro Endoscópicos	Dental	APR	APQ	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										

<p>REG 1.4 REG 1.4 APC REG 1.4 SQ REG 1.4 SR</p>	<p><b>NÚMERO 89</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.”</p> <p>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>REG 1.4 REG 1.4 APC REG 1.4 SQ REG 1.4 SR</p>	<p><b>NÚMERO 90</b> <b>Sobre si el Sistema de Acreditación ha definido exigencias sobre custodia y respaldos en los casos de uso de Ficha Clínica electrónica.</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 la 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.</p> <p>La circunstancia que 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>ÁMBITO SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)</b></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 91</b> <b>Sobre qué personal técnico debe considerarse para la constatación de esta característica en lo referente a equipamiento de Laboratorio Clínico. <i>NUEVA</i></b></p> <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 Clínicos) .</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 92</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 93</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</p>

	las ambulancias de traslado de pacientes que, por su situación clínica, pudieren presentar una situación de urgencia durante dicho trayecto.
<b>EQ 2.1</b> <b>EQ 2.1 APC</b>	<b>NÚMERO 94</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>
	Dadas las particularidades técnico-administrativas de este Servicio, en la actualidad dichas ambulancias no deben incluirse dentro de las ambulancias de urgencia que se constatan en EQ 2.1.
<b>EQ 2.1</b> <b>EQ 2.1 APC</b> <b>EQ 2.1 CD</b> <b>EQ 2.1 SI</b> <b>EQ 2.1 SQ</b> <b>EQ 2.1 SR</b>	<b>NÚMERO 95</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> 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.
<b>EQ 2.1</b>	<b>NÚMERO 96</b> <b>Sobre si la Revisión Técnica vigente de las ambulancias de urgencia constituye evidencia suficiente para constatar el mantenimiento preventivo de éstas. <i>NUEVA</i></b>
	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.
<b>EQ 2.1</b>	<b>NÚMERO 97</b> <b>Sobre la aplicabilidad de esta característica sobre las ambulancias de urgencia de transporte aéreo. <i>NUEVA</i></b>
	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, entendiendo su mayor complejidad.
<b>EQ 2.2</b> <b>EQ 3.1</b>	<b>NÚMERO 98</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.</b> Los Autoclaves de Laboratorio, así como los SEDILE, no deben ser considerados en la evaluación de las características EQ 2.2 y EQ 3.1, atendido que estos equipos no se utilizan para la esterilización de material clínico propiamente tal.
<b>EQ 2.2</b>	<b>NÚMERO 99</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> 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.

### ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

<p><b>INS 1.1 AC</b> <b>INS 1.1 APC</b></p>	<p><b>NÚMERO 100</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.</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 101</b> Sobre cómo se constata la exigencia respecto a la red seca y red húmeda si el prestador institucional en evaluación sólo posee extintores.</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 102</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>NUEVA</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)

<p><b>APL 1.3</b> <b>APL 1.3 APC</b> <b>GP 1.3 LC</b></p>	<p><b>NÚMERO 103</b> Sobre el criterio que debe utilizarse para clasificar los exámenes de Laboratorio Clínico en las áreas técnicas (Microbiología, Hematología y Bioquímica) que figuran como Puntos de Verificación en las Características APL 1.3 en AC, AA y en Atención Psiquiátrica Cerrada (APC) y GP 1.3 (LC)</p> <p>La Entidad Acreditadora debe considerar la clasificación del Instituto de Salud Pública, contenida en su "Programa de Control de Calidad Externa" (PEEC) y las "Normas Técnicas Básicas para la obtención de la Autorización Sanitaria de los Establecimientos Asistenciales" (aprobadas por el D.S. N°58, de 2008, del Ministerio de Salud), según las cuales, a modo de ejemplo, el examen de Orina Completa pertenece al área de Bioquímica.</p>
<p><b>APL 1.4</b> <b>APL 1.4 APC</b> <b>GP 1.4 LC</b></p>	<p><b>NÚMERO 104</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.</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</p>



	<p>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></p> <p>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>Para estos efectos, y en tanto no se demuestre mejor evidencia, o se dicten normativas al efecto, las Entidades Acreditadoras entenderán que las Áreas Técnicas y sus respectivos Subprogramas son las que determine el Programa Anual de Control de Calidad Externa establecido por el Instituto de Salud Pública de Chile y que se encuentre vigente el día de inicio de las evaluaciones.</p>
<b>APL 1.4</b> <b>APL 1.4 APC</b> <b>GP 1.4 LC</b>	<p><b>NÚMERO 105</b></p> <p><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.</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 presentado por el prestador, 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 106</b></p> <p><b>Sobre si es aplicable el Segundo Elemento Medible de las características APL 1.4 y GP 1.4 LC, a los Controles de Calidad Externa calificados como “cuestionables”, cuando los prestadores se encuentran adscritos al PEEC del ISP.</b></p> <p>No, a los prestadores adscritos al PEEC del ISP, el segundo elemento medible de estas características únicamente les es aplicable en los casos calificados como <b>“Insatisfactorios”</b>.</p>
<b>APL 1.4</b> <b>APL 1.4 APC</b> <b>GP 1.4 LC</b>	<p><b>NÚMERO 107</b></p> <p><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>APL 1.4</b> <b>APL 1.4 APC</b> <b>GP 1.4 LC</b>	<p><b>NÚMERO 108</b></p> <p><b>Sobre la aplicabilidad del segundo elemento medible de esta característica, en el caso que el prestador en evaluación no posea resultados insatisfactorios en el Programa de Evaluación Externa de la Calidad (PEEC). <b>NUEVA</b></b></p>
	<p>No es constatable el segundo elemento medible en este caso, si la Entidad Acreditadora constata que no existen resultados insatisfactorios.</p>

<b>COMPONENTE FARMACIA (APF)</b>	
<b>APF 1.2 AC</b>	<p><b>NÚMERO 109</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. NUEVA</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 110</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 "<i>stock mínimo de medicamentos e insumos</i>", como la "<i>existencia o reserva mínima de medicamentos e insumos clínicos que se debe mantener para asegurar el otorgamiento oportuno de un tratamiento médico impostergable</i>".</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>
<b>APF 1.3 AC</b>	<p><b>NÚMERO 111</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>
<b>APF 1.5 AC</b> <b>APF 1.4 AA</b> <b>APF 1.4 APC</b>	<p><b>NÚMERO 112</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>
<b>APF 1.6 AC</b> <b>APF 1.5 AA</b> <b>APF 1.2 SQ</b>	<p><b>NÚMERO 113</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 114</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> 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.
<b>COMPONENTE ESTERILIZACIÓN (APE)</b>	
<b>APE 1.2</b> <b>APE 1.2 APC</b> <b>APE 1.2 SI</b>	<b>NÚMERO 115</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> 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 todo resto de materia orgánica visible, siempre que ello se efectúe <b>sólo por medio de arrastre mecánico con agua fría, evitando la manipulación innecesaria de los materiales y equipos</b> . 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, <b>envolviendo el material en compresas húmedas o sumergiéndolo en un recipiente con agua con o sin detergente de uso hospitalario</b> .
<b>APE 1.2</b> <b>APE 1.2 APC</b> <b>APE 1.2 SI</b>	<b>NÚMERO 116</b> <b>Sobre si es aplicable la característica APE 1.2 relativa a la centralización de las etapas de lavado, preparación y esterilización, respecto del material clínico que se lava y prepara, pero que no se esteriliza, como por ejemplo en el caso del material de oxigenoterapia.</b> Atendido que la exigencia se refiere al material que requiere ser esterilizado y no de material que a pesar de ser lavado y preparado, no requiere ser esterilizado, como puede ser el caso o material de oxigenoterapia, no aplican, en tales casos las exigencias de la Característica APE 1.2.
<b>APE 1.2</b> <b>APE 1.2 APC</b> <b>APE 1.2 SI</b>	<b>NÚMERO 117</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> 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.
<b>APE 1.3</b> <b>APE 1.3 APC</b>	<b>NÚMERO 118</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> 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” y “Distribución”</i> . La Entidad Acreditadora deberá evaluar el cumplimiento del segundo y tercer elementos medibles tal y como se evalúa en otras circunstancias.
<b>APE 1.3</b> <b>APE 1.3 APC</b>	<b>NÚMERO 119</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> 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” y</i>

	<p>- "Distribución".</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 tercer elementos medibles tal y como se evalúa en otras circunstancias.</p>
<b>APE 1.4</b>	<p><b>NÚMERO 120</b></p> <p><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, sin embargo almacena material estéril.</b></p> <p>En tales casos los elementos medibles de la característica APE 1.4 se deben verificar por la Entidad Acreditadora en el lugar principal de almacenamiento de material estéril de la institución, utilizando la columna "Servicio de Esterilización" de la respectiva Pauta de Cotejo.</p> <p>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 121</b></p> <p><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 122</b></p> <p><b>Aplicabilidad del componente APT para el transporte aéreo de urgencia. <i>NUEVA</i></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 123</b></p> <p><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. 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 124</b></p> <p><b>Sobre si se aplica esta característica a un prestador cuando el servicio de transporte se encuentra externalizado.</b></p> <p>En esa circunstancia, no resulta aplicable esta característica a ese prestador.</p>

<b>COMPONENTE DIÁLISIS (APD)</b>	
<b>APD 1.2. AC</b>	<b>NÚMERO 125</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>
	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.
<b>APD 1.4</b>	<b>NÚMERO 126</b> <b>Sobre cuál es la “regulación vigente” a que hace referencia el segundo elemento medible de esta característica.</b>
	La regulación vigente a que se refiere dicho elemento medible es la que se contiene al respecto en el Reglamento sobre Centros de Diálisis, aprobado por el D.S. N°2.357, de 1994, del MINSAL.
<b>COMPONENTE ANATOMÍA PATOLÓGICA (APA)</b>	
<b>APA 1.2</b> <b>GP 1.4 SI</b>	<b>NÚMERO 127</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 obrenidas en el establecimiento se envían a distintos prestadores de servicios de Anatomía Patológica para su análisis.</b>
	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 las características: APA 1.1 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. Asimismo, en esta situación recordamos que deben ser aplicables las características : GCL 1.11 AC o GCL 1.8 AA, relativa al registro, rotulación, traslado y recepción de las biopsias y AOC 1.3 AC, o AOC 1.2 AA sobre notificación oportuna de situaciones de riesgo detectadas a través de exámenes diagnósticos.
<b>APA 1.3</b>	<b>NÚMERO 128</b> <b>Sobre a qué tipo de control de calidad se refiere la exigencia contenida en el primer elemento medible de esta característica. <i>NUEVA</i></b>
	Las Entidades Acreditadoras deberán constatar exclusivamente el protocolo de control de calidad interno.
<b>COMPONENTE QUIMIOTERAPIA (APQ)</b>	
<b>APQ 1.3</b>	<b>NÚMERO 129</b> <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.</b>
	Atendido que en estos casos el riesgo de administración es inherente a la acción farmacológica e independiente del objetivo terapéutico, debe concluirse que la aplicabilidad de la característica APQ

	<p>1.3 no se refiere exclusivamente a tratamientos antineoplásicos que se otorgan en el contexto de un protocolo de quimioterapia para neoplasias malignas.</p> <p>Por tanto, para efectos de las actuales exigencias de los Estándares de Acreditación, la Entidad constatará esta característica en todos aquellos prestadores institucionales que administren tratamientos antineoplásicos por vía parenteral, intratecal o intravítrea, independiente del número de casos de administración.</p> <p>En el caso de aquellos prestadores institucionales que administren tratamientos antineoplásicos por las vías de administración antes señaladas, les serán aplicables las exigencias del primer elemento medible de la característica APQ 1.3. en el sentido que el documento de carácter institucional deberá contener los dos primeros ítems allí referidos:</p> <p><i>“-Administración de medicamentos antineoplásicos.</i>  <i>“Disposición y eliminación de desechos de medicamentos antineoplásicos y residuos contaminados.”</i></p> <p>Además resultan aplicables las evaluaciones correspondientes al segundo y tercer elementos medibles, relativos al indicador, umbral de cumplimiento y evaluación periódica. (El cuál puede ser un solo indicador sí así lo establece el prestador).</p> <p>Por último, se instruye a las Entidades en el sentido que deben excluir de la aplicabilidad de esta característica el tratamiento antineoplásico por vía oral.</p>
<b>COMPONENTE IMAGENOLOGÍA (API)</b>	
<b>API 1.2</b> <b>GP 1.5 SI</b>	<p><b>NÚMERO 130</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>
<b>COMPONENTE KINESIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN KINÉSICA (APK)</b>	
<b>APK 1.2</b> <b>APK 1.3</b>	<p><b>NÚMERO 131</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>
<b>COMPONENTE MEDICINA TRANSFUSIONAL APTR /COMPONENTE ATENCIÓN DE DONANTES APDS/ COMPONENTE CENTROS DE SANGRE APCS</b>	
<b>APTr</b> <b>APDs</b> <b>APCS</b>	<p><b>NÚMERO 132</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;</p> <p>b) Se evaluará como Centro de Sangre y Unidad de Atención de Donantes si hace las funciones productivas y además atiende donantes;</p> <p>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>
<b>APTr</b> <b>APDs</b> <b>APCs</b>	<p><b>NÚMERO 133</b></p> <p><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><i>Observación: la instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de seis meses dictada la presente Circular.</i></p>
<b>COMPONENTE ATENCIÓN DE DONANTES (APDS)</b>	
<b>APDs 1.1</b> <b>APDs 1.2</b>	<p><b>NÚMERO 134</b></p> <p><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> <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.</p>

## VI. Aclaraciones e Interpretaciones específicas por ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN

### ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS CLÍNICOS

<b>Característica obligatoria</b>	<p><b>NÚMERO 1</b></p> <p><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 1.7 LC</b>	<p><b>NÚMERO 2</b></p> <p><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>

	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).
<b>AOC 1.2 LC</b>	<b>NÚMERO 3</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>
	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.
<b>RH LC</b>	<b>NÚMERO 4</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>
	Son constatables todas las características del ámbito RH .
<b>INS 1.1</b>	<b>NÚMERO 5</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>
	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. 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. 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.
<b>ESTANDAR DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS DE DIÁLISIS</b>	
<b>GCL 1.6 CD</b>	<b>NÚMERO 6</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>
	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.
<b>AOC 1.1 CD</b> <b>INS 2.1 CD</b> <b>RH 4.2 CD</b>	<b>NÚMERO 7</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>
	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.



RH 2.1 CD	<p><b>NÚMERO 8</b>  <b>Sobre la retrospectividad que debe constatar la Entidad Acreditadora en los procesos de acreditación, respecto del segundo elemento medible de esta característica. NUEVA</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>ESTANDAR DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES DE ATENCIÓN PSQUIÁTRICA CERRADA</b></p>	
APC	<p><b>NÚMERO 9</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>
DP 2.1 APC	<p><b>NÚMERO 10</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>
DP 1.3	<p><b>NÚMERO 11</b>  <b>Sobre cómo debe constatar el tercer elemento medible de esta característica, considerando que son recomendaciones emanadas de una Comisión externa al prestador. NUEVA</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 12</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>
<p><b>ESTANDAR DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN</b></p>	
RH 4.2 SE	<p><b>NÚMERO 13</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 Centros de Diálisis, deberá efectuar su constatación entrevistando tanto al personal</p>

	de la Dirección o Gerencia de Prestador, como al personal que realiza funciones clínicas en las salas de procedimientos o similares.
<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 14</b></p> <p><b>Sobre si son constatables las exigencias del segundo y tercer elementos medibles de estas características, en el punto de verificación "Dirección o Gerencia del Prestador". <i>NUEVA</i></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) De la Circular IP N° 8, de 19 de agosto de 2010;
- b) De la Circular IP N°11, de 4 de abril de 2011;
- c) De la Circular IP N°13, de 30 de junio de 2011;
- d) De la Circular IP N°15, de 30 de septiembre de 2011;
- e) De la Circular IP N°16, de 26 de octubre de 2011;
- f) De la Circular IP N°17, de 30 de diciembre de 2011;
- g) De la Circular IP N°22, de 20 de septiembre de 2012;
- h) De la Circular IP N°23, de 26 de octubre de 2012;
- i) De la Circular IP N°24, de 16 de mayo de 2013;
- j) De la Circular IP N°25, de 14 de agosto de 2013;
- k) De la Circular IP N°26, de 27 de septiembre de 2013;
- l) De la Circular IP N°27, de 2 de diciembre de 2013;
- m) De la Circular IP N°30, de 5 de junio de 2014;
- n) De la Circular IP N°31, de 1° de julio de 2014;
- o) De la Circular IP N°32, de 15 octubre de 2014;
- p) De la Circular IP N°33, de 16 de diciembre de 2014;
- q) De la Circular IP N°34, de 5 de enero de 2015;
- r) De la Circular IP N°35, de 21 de agosto de 2015; y
- s) De la Circular IP N°36, de 4 de mayo de 2016.

**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 Circulares señaladas en el numeral anterior.

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

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

**5.2. EXCEPTÚANSE** de lo anterior, las instrucciones de la presente Circular para las cuáles ésta 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°4 del "Compendio de Normas del Sistema de Acreditación".

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

8. **TÉNGASE PRESENTE que , conforme a lo dispuesto** en el Artículo 41 de la Ley N°19.880, la presente circular es susceptible de 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 la 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.**



**PATRICIA ECHEVERRÍA JARA**  
**INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD (S)**  
**SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

*JVP/HOG*  
**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
- Director 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 Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Encargado Unidad de Gestión en Acreditación IP
- Encargada Unidad de Fiscalización en Calidad IP
- Encargado Unidad de Apoyo Legal IP
- Analistas Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Analistas Unidad de Asesoría Técnica IP
- Ing. E. Javier Aedo M., Funcionario Registrador IP
- Oficina de Partes
- Archivo