



Intendencia de Prestadores
Subdepartamento de Coordinación Legal
y Registro de Prestadores

CIRCULAR IP N° 13

SANTIAGO, 30 JUN. 2011

DICTA INSTRUCCIONES SOBRE EL SENTIDO Y ALCANCE QUE DEBEN DAR LAS ENTIDADES ACREDITADORAS, EN LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN QUE EJECUTEN, A LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA LOS PRESTADORES INTITUCIONALES DE SALUD, INTERPRETANDO LAS NORMAS DE DICHO SISTEMA QUE SE INDICAN.-

VISTOS: Lo dispuesto en el numeral 1° del Artículo 121 del D. F. L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud, y en el Decreto Exento N° 118, de 2011, de ese mismo Ministerio; todo ello en relación a lo previsto en el N° 2 de los Acápites II de los Manuales de los Estándares de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, ambos aprobados mediante los Decretos Exentos N° 18, de 2009, y Nos. 33, 34, 35, 36 y 37, de 2010, todos del Ministerio de Salud; el Decreto Exento N° 118, de 2011, del Ministerio de Salud, que establece la clasificación de los niveles de complejidad de los Laboratorios Clínicos y de los Servicios de Imagenología para efectos arancelarios del antedicho Sistema de Acreditación; 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;

CONSIDERANDO:

1.- Que el debido cumplimiento de los objetivos sanitarios y de las normas del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud del país exige aclarar el sentido y alcance de aquellas normas de ese sistema que la práctica y la ejecución de los diversos procedimientos de acreditación ha demostrado que requieren de tales aclaraciones;

2.- Que los numerales 2° de los Acápites II de los Manuales de los Estándares de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, ambos aprobados mediante Decreto Exento N° 18, de 2009, del Ministerio de Salud, facultan a esta Intendencia de Prestadores para, "mediante circulares de general aplicación, determinar el sentido y alcance de las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación y las normas de este Manual, con el fin de uniformar y facilitar los procedimientos y la claridad de los criterios evaluativos. Tales pronunciamientos y circulares serán de obligatorio cumplimiento para las Entidades Acreditadoras, desde que se les notifiquen, y será de su responsabilidad hacer que sus evaluadores los cumplan, lo que será fiscalizado de conformidad a sus facultades legales y reglamentarias.";

3.- Que esta Intendencia ya ha dictado instrucciones particulares en las diversas materias que esta Circular aborda, a propósito de solicitudes de aclaración de diversas Entidades Acreditadoras u otros interesados en los procedimientos de acreditación; y

4.- Que el "Comité Asesor para la Interpretación de Normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales", establecido mediante la Circular Interna IP N° 4, de 7 de octubre de 2010, ha recomendado a este Intendente formular las aclaraciones al sentido y alcance de las normas reglamentarias que a continuación se señalan, según consta en las actas de las sesiones del antedicho Comité correspondientes a los días 16 de noviembre y 7 de diciembre de 2010, así como en las de los días 3 de mayo y 7 de junio de 2011;

VENGO EN DICTAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

1.- El sentido y alcance que debe darse a las siguientes normas del "REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA LOS PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD", aprobado por Decreto Supremo N° 15/2007, del Ministerio de Salud, es el siguiente:

1.1. Sobre los aranceles aplicables a los procesos de acreditación de los prestadores institucionales a que se refieren los Decretos Exentos Nos. 33, 34, 35, 36 y 37, de 2010, todos del Ministerio de Salud, que establecieron, respectivamente, los Estándares Generales de Acreditación para establecimientos de Atención Psiquiátrica Cerrada, para Centros de Diálisis, para Servicios de Esterilización, Servicios de Imagenología y para Laboratorios Clínicos, de conformidad con las normas del Título V del Reglamento del Sistema de Acreditación son los siguientes:

1.1.1. Los aranceles aplicables a los procesos de acreditación de los prestadores institucionales a que se refieren los Decretos Exentos Nos. 33, 34 y 35, de 2010, todos del Ministerio de Salud, que establecieron, respectivamente, los Estándares Generales de Acreditación para establecimientos de **Atención Psiquiátrica Cerrada**, para **Centros de Diálisis** y para **Servicios de Esterilización**, son los siguientes:

a) Los prestadores institucionales de **Atención Psiquiátrica Cerrada** (hospitales y clínicas psiquiátricas), para efectos arancelarios, son considerados como prestadores institucionales de atención cerrada de baja complejidad, de modo que el arancel que les es aplicable asciende a **60 UTM**;

b) Los **Centros de Diálisis**, que funcionan de forma separada de un prestador institucional de atención abierta o cerrada, para efectos arancelarios, son considerados como prestadores

de atención abierta de mediana complejidad, de modo que el arancel que les es aplicable asciende a **80 UTM**;

c) Los prestadores institucionales de **Servicios de Esterilización**, que funcionan de forma separada de un prestador institucional de atención abierta o cerrada, para efectos arancelarios, son considerados como prestadores de atención abierta de baja complejidad, de modo que el arancel que les es aplicable asciende a **40 UTM**;

1.1.2. 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 estar al **arancel de atención abierta que les corresponda, según el nivel de complejidad del prestador**, atendiendo para ello a **la clasificación de los niveles de complejidad de estas dos clases de prestadores**, establecida por el **Decreto Exento N° 118, de 2011**, de ese mismo Ministerio, publicado en el Diario Oficial del 8 de abril de 2011.

1.1.3. 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.

1.2. En relación al requisito de ingreso al Sistema de Acreditación consistente en poseer "autorización sanitaria vigente", exigido en su Artículo 16, se aclara:

1.2.1. En virtud de la finalidad esencial de dicho sistema y de sus estándares, cual es la de promover la seguridad de los pacientes, ese sistema exige acreditar al prestador institucional en su conjunto, abarcando los principales procesos clínicos que se ejecutan en sus diversas dependencias. Por tanto, **si en un mismo prestador institucional, ya sea de atención abierta o cerrada, funcionan y se encuentran integrados, bajo una misma dirección y gestión sanitaria, diversos espacios respecto de las cuales se han dictado diversas autorizaciones sanitarias en virtud de las normativas específicas que los rigen, tales como las áreas espaciales de laboratorios clínicos o de centros de diálisis, debe solicitarse la acreditación respecto de todas ellas, conjuntamente, para que todas ellas sean evaluadas en un mismo procedimiento de acreditación**, acompañándose, a la solicitud de acreditación respectiva, todas las autorizaciones sanitarias correspondientes. En consecuencia, aunque estas últimas autorizaciones se encuentren otorgadas a favor de diversas personas naturales o jurídicas, con iguales o diversos roles tributarios (RUT) o tengan cualquiera otra diferencia formal entre sí, si todas ellas dicen relación con un mismo prestador institucional que tiene integrado en sus procesos clínicos a todas esas áreas, deberá solicitar la acreditación respecto de todas ellas, conjuntamente, para que todas ellas sean evaluadas en un mismo procedimiento de acreditación.

1.2.2. Sólo resulta procedente solicitar por separado la acreditación de tales espacios asistenciales, cuando la propiedad, la gestión, su dirección clínica y sus procesos asistenciales y administrativos se encuentren claramente separados y diferenciados y así se reconozca o se pueda deducir claramente de las respectivas resoluciones de autorización sanitaria.

1.2.3. En tales casos, la Intendencia así lo exigirá o lo declarará en el procedimiento a que dé lugar la respectiva solicitud de acreditación. **En caso de dudas** respecto de la aplicación del criterio señalado en el numeral anterior, el interesado debe solicitar un pronunciamiento de la Intendencia para su caso particular, ya sea previo a solicitar la acreditación del

prestador o durante el procedimiento a que haya dado lugar la presentación de su solicitud de acreditación.

1.3. Sobre el derecho a presentar solicitud de acreditación, establecido en el Artículo 16 del Reglamento, cuando en un prestador se están desarrollando actividades de construcción y/o remodelación de sus dependencias:

1.3.1. Sólo puede solicitarse acreditación respecto de las dependencias del prestador que cuenten con autorización sanitaria de funcionamiento vigente.

1.3.2. Respecto de las dependencias que el prestador tenga en construcción y/o remodelación el interesado deberá acompañar a su solicitud de acreditación las respectivas resoluciones sanitarias de instalación, ampliación, modificación o traslado, según corresponda, otorgadas por el Secretario Regional Ministerial competente.

1.3.3. En todo caso, el procedimiento de acreditación en tales casos, sólo abarcará las dependencias que cuenten con sus respectivas autorizaciones sanitarias de funcionamiento vigentes.

1.4. Sobre las funciones que cumplen los asesores de las Entidades Acreditadoras y, especialmente, si estas personas pueden participar en la visita de evaluación en terreno, junto con los evaluadores autorizados de la Entidad, en el marco del respectivo proceso de acreditación de un prestador institucional:

1.4.1. Los asesores son profesionales expertos en un área específica de la prestación de servicios de salud, cuyo concurso podría ser necesario para evaluar aspectos particulares del quehacer de un prestador institucional, fortaleciendo, con ello, la idoneidad y suficiencia técnica de la Entidad Acreditadora y la calidad de las evaluaciones que ésta ejecute. Las áreas en las que podría ser necesaria la participación de un experto son, a modo ejemplar, las de imagenología, radioterapia, quimioterapia, diálisis crónica o las relativas a equipamiento.

1.4.2 Las Entidades pueden solicitar la incorporación de profesionales asesores a su cuerpo técnico y, en tal carácter, figurarán en la resolución autorizatoria respectiva y en la inscripción de dicha Entidad en el Registro Público de Entidades Acreditadoras Autorizadas, disponible a todo público en la página web de la Superintendencia de Salud. La resolución que autorice la incorporación de un asesor al cuerpo técnico de la Entidad señalará expresamente las áreas o materias en que el asesor podrá participar en las evaluaciones que dicha Entidad ejecute. Por tanto, les está prohibido participar en las evaluaciones de cualesquiera otra área o materia de la evaluación.

1.4.3. Los asesores pueden participar como profesionales expertos en la evaluación de un prestador. Pero, dado que no cuentan con formación de evaluadores de calidad en salud, no está permitido que participen en la visita en terreno junto al equipo evaluador. En todo caso, siempre que, con posterioridad a dicha visita, el asesor participe en los procesos de decisiones de la Entidad relativas a las evaluaciones correspondientes a su materia experta, la Entidad Acreditadora deberá informarlo a la Intendencia de Prestadores, además, así lo consignará en el Informe de acreditación y estará atenta a que no le afecten eventuales conflictos de interés, en caso contrario deberá cuyo excluirlo de las evaluaciones correspondientes.

1.5. 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.

1.5.1. Atendido que el Sistema de Acreditación de Prestadores Individuales 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.

1.5.2. 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. Durante dicho procedimiento los encargados de la red deben abstenerse de toda conducta que implique obstrucciones al pleno ejercicio de sus atribuciones evaluadoras por parte de la Entidad Acreditadora y, en caso contrario, arriesgan las sanciones previstas en el Artículo 25 del Reglamento del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud. En suma, tales 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.

2. ORDÉNASE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS, en los procedimientos de acreditación que ejecuten, ajustarse a las interpretaciones que a continuación se formulan respecto de las normas de los Manuales del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, ambos aprobado por Decreto Exento N° 18/2009, del Ministerio de Salud, que se indican: (Se previene que, cuando la norma interpretada a continuación pertenezca al Manual del Estándar General para Prestadores Institucionales de **Atención Cerrada**, se agregan las iniciales: "AC". En el caso que la norma interpretada pertenezca al Manual del Estándar General para Prestadores Institucionales de **Atención Abierta**, se agregan las iniciales: "AA". Si la norma interpretada es idéntica en ambos manuales, no se agrega ninguna inicial.)

2.1. Interpretaciones que afectan a variadas normas de dichos Manuales:

2.1.1. Sobre cómo se debe constatar por las Entidades Acreditadoras 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:

2.1.1.1. Debe tenerse presente que, 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 actualmente en funcionamiento, 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). Por tanto, los medios idóneos para que se constate por la Entidad Acreditadora la autorización sanitaria de los hospitales públicos dependientes de los Servicios 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 o por el Director del Hospital. Si el funcionamiento de tales hospitales a esa fecha es un hecho público y notorio, la entidad así lo consignará en su informe.

2.1.1.2. 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 respectiva autorización sanitaria de conformidad con los respectivos reglamentos vigentes.

2.1.2. Sobre qué características del Manual de Acreditación de Prestadores de Atención Cerrada son aplicables a las Unidades de Hemodinamia, dado que éstas no se encuentran explícitamente señaladas en la Pauta de Cotejo de dicho Manual como Punto de Verificación de los Elementos Medibles de diversas características:

En el Manual de Acreditación de Atención Cerrada no se señala expresamente a la Unidad de Hemodinamia como un servicio de apoyo propiamente tal, sin embargo se considera como punto de verificación en diversas características, apareciendo asociadas a radiología, pabellón u otros servicios. En ese sentido, debe entenderse que les son aplicables las siguientes características:

- a) DP 2.1 sobre consentimiento informado;
- b) GCL 1.1 sobre evaluación pre anestésica, si es que se usa anestesia y los procedimientos se realizan en pabellón quirúrgico general;
- c) GCL 1.4 sobre reanimación cardiopulmonar;
- d) RH 4.1 sobre programa de control de riesgos a exposiciones;
- e) REG 1.3 sobre entrega al paciente de información relevante sobre las prestaciones realizadas;
- f) EQ 2.2 sobre mantenimiento preventivo de equipos en lo referido a imagenología;
- g) EQ 3.1 sobre equipos que deben ser operados por personal autorizado (en equipos de imagenología); y
- h) API 1.2 sobre seguridad de procedimientos imagenológicos.

2.1.3. Sobre cómo se evalúa, en el marco del proceso de acreditación, al personal de empresas externas que ejecutan prestaciones de salud en el prestador evaluado, como es el caso del personal de empresas que proveen servicios de anesthesiólogos y técnicos paramédicos de pabellón:

El prestador en proceso de acreditación debe considerar a estos técnicos y profesionales como personal que cumple funciones permanentes o transitorias, según son definidos en el Glosario de los Manuales, y evaluarlos de conformidad a lo previstos en las características RH 1.1 y RH 1.2.

2.2. Interpretaciones que afectan a normas específicas de los antedichos Manuales:

	Norma del Manual que se interpreta	Interpretación
2.2.1.	Ámbito Respeto a la Dignidad del Paciente	Interpretación
2.2.1.1.	<p>Característica DP 3.1: <i>"Las investigaciones en seres humanos en las que participa la institución, han sido previamente evaluadas y aprobada su ejecución por un comité de ética".</i></p>	<p>Sobre si las investigaciones en las que se revisan registros retrospectivos de pacientes constituyen una investigación en seres humanos y, por lo tanto, se debe pedir aprobación al Comité de Ética:</p> <p>La revisión de datos retrospectivos para efectos de investigación, afecta la confidencialidad de la información que manejan los prestadores con ocasión de la atención de salud de sus pacientes. Por ello ese tipo de investigaciones requieren de la aprobación de un Comité de Ética.</p>
2.2.1.2.	<p>Característica DP 5.1 AC: <i>"El prestador institucional dispone de, o tiene acceso a, un comité de ética donde se resuelven las materias de orden ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial".</i></p> <p>Segundo Elemento Medible: <i>"Se describen en documento de carácter institucional las situaciones que deben someterse a evaluación ética y el procedimiento para la presentación de casos a dicho Comité."</i></p>	<p>Sobre el sentido y alcance de la expresión "debe" en el segundo Elemento Medible de la característica DP 5.1:</p> <p>El sentido de dicha expresión es que el documento de carácter institucional establezca la obligatoriedad de someter a evaluación ética ciertas circunstancias que el prestador evaluado haya definido explícitamente en él. Por tanto, si en dicho documento se utilizan expresiones, tales como que "se recomienda someter a evaluación ética ciertas situaciones", o similares, sin que en dicho documento se hayan establecido situaciones en que dicha evaluación ética es obligatoria, deberá concluirse que dicho documento no cumple con la exigencia de este Elemento Medible.</p>

2.2.2.	Ámbito Gestión Clínica	Interpretación
2.2.2.1.	<p>Característica GCL 1.1 AC: <i>"Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación pre-anestésica".</i></p>	<p>Sobre si la característica GCL 1.1 se aplica en hemodinamia, donde el anestesista realiza sedación de los pacientes:</p> <p>El Manual del Estándar General de Acreditación de Atención Cerrada actualmente vigente sólo contempla la exigencia de verificar esta característica en los casos de anestesia general o regional en los pabellones centrales, en los obstétricos y en los de cirugía mayor ambulatoria. Por tanto la característica GCL 1.1 no se verifica en hemodinamia.</p>
2.2.2.2.	<p>Características GCL 2.3 AC y Característica GCL 2.2 AA: <i>"Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención".</i></p> <p>Tercer Elemento Medible: <i>"Se constata análisis de eventos centinelas."</i></p>	<p>Sobre si resulta correcto concluir que "no aplica" el tercer elemento medible de esta característica cuando en la acreditación en terreno el prestador demuestra que no hubo eventos centinela en el período de análisis.</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 dé respaldo a esa conclusión, resulta correcto concluir que el tercer elemento medible de esta característica "no aplica" en dicha evaluación.</p>
2.2.3.	<p>Ámbito Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención</p>	<p>Interpretación</p>
2.2.3.1.	<p>Característica AOC 2.2 AC: <i>"Existen sistemas de entrega de turnos en las unidades clínicas, que enfatizan aspectos directamente relacionados con la seguridad de la atención".</i></p>	<p>Sobre cómo se verifica la característica AOC 2.2 relativa a la entrega de turnos.</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>

2.2.4.	Ámbito Registros	Interpretación
2.2.4.1.	<p>Característica REG 1.4: <i>"Se aplican procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros y su confidencialidad, por el tiempo establecido en la regulación vigente."</i></p>	<p>Sobre si se el Sistema de Acreditación ha definido exigencias sobre custodia y respaldos en los casos de uso de ficha clínica electrónica:</p> <p>Los diversos manuales de acreditación formulan exigencias para las fichas clínicas en materia de confidencialidad, sistema de custodia y el tiempo durante el cual se considera que los registros deben conservarse íntegros. Dichas exigencias 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 en soporte informático. En caso de uso de ficha electrónica, tales exigencias implican, necesariamente, que el prestador demuestre que cuenta con sistemas de respaldo de las mismas que aseguren su adecuada mantención íntegra y confidencial, así como su conservación por el tiempo que la normativa vigente exija.</p> <p>La circunstancia que el sistema de archivos electrónicos en el prestador evaluado se encuentra externalizado, no modifica en forma alguna la responsabilidad del prestador sobre el sistema de fichas clínicas.</p>
2.2.5.	Ámbito Servicios de Apoyo	Interpretación
2.2.5.1.	<p>Característica APF 1.3 AC: <i>"Se mantiene un stock mínimo de medicamentos e insumos predefinido en las unidades de pacientes de mayor riesgo".</i></p>	<p>Sobre el sentido y alcance del concepto "stock mínimo" a que alude esta característica:</p> <p>En el Glosario de los diversos Manuales de los Estándares Generales de acreditación se define "stock mínimo de medicamentos e insumos", como la "existencia o reserva mínima de medicamentos e insumos clínicos que se debe mantener para asegurar el otorgamiento oportuno de un tratamiento médico impostergable". Por tanto, esta definición y la finalidad que ella explicita, deben guiar a los prestadores en la determinación de los elementos que deben mantener en stock en las distintas</p>

		<p>unidades del establecimiento.</p> <p>Así, por ejemplo, en unidades como hospitalización, caen evidentemente dentro de esta categoría los medicamentos e insumos de un carro de paro; en pabellones o urgencia, se pueden sumar otros, relacionados con cuadros o complicaciones agudas más específicas que demandan intervención inmediata, por ejemplo, para tratar un cuadro de hipertermia maligna, un shock anafiláctico, o el manejo de ciertas arritmias.</p>
2.2.5.2.	<p>Característica APT 1.2: <i>"El proceso de transporte de pacientes cumple condiciones mínimas de seguridad".</i></p> <p>Primer Elemento Medible: <i>"Se describe en documento(s) de carácter institucional:</i> - <i>Tipos de móvil, su equipamiento y personal.</i> - <i>Procedimientos relacionados con la fijación y disposición del paciente y acompañantes en el móvil.</i> - <i>Procedimiento de entrega de pacientes al centro receptor y límites de responsabilidad establecidos."</i></p>	<p>Sobre la interpretación de la frase "límites de responsabilidad establecidos" en el Primer Elemento Medible:</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 abandonados 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 norma es que las decisiones técnico sanitarias relativas a dicha entrega sean adoptadas por la gerencia o dirección del prestador y no de manera circunstancial o arbitraria por los tripulantes de los vehículos de emergencia.</p>
2.2.5.3.	<p>Todas las características del Componente APD Diálisis del Manual de Acreditación de Prestadores de Atención Cerrada.</p>	<p>Sobre si a un prestador que realiza diálisis de <u>agudos</u> corresponde que se le aplique la evaluación de las características del "Componente APD Diálisis" del Ámbito Servicios de Apoyo del Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores de Atención Cerrada:</p> <p>Las características de diálisis del manual antes señalado dicen relación con la diálisis de pacientes crónicos y no de pacientes agudos, por tanto ellas no aplican para evaluar los procesos</p>

		<p>de diálisis relativos a estos últimos.</p> <p>Si el prestador, además, compra servicios de hemodiálisis o peritoneodiálisis para sus pacientes crónicos, también debe cumplir la característica APD 1.1, demostrando, mientras no entre en vigencia la Garantía Explícita de Calidad del Régimen AUGE, que compra dichas prestaciones a prestadores que cuentan con su respectiva resolución de autorización sanitaria vigente.</p>
2.2.5.4.	Todas las características de Diálisis del Manual de Acreditación de Prestadores de Atención Abierta.	<p>Sobre si las características de diálisis se aplican a prestadores que sólo realizan peritoneodiálisis ambulatoria:</p> <p>Las características APD 1.2 y APD 1.3 son aplicables tanto a prestadores que realizan peritoneodiálisis como hemodiálisis.</p> <p>Si el prestador, además, compra servicios de hemodiálisis o peritoneodiálisis también debe cumplir la característica APD 1.1, demostrando, mientras no entre en vigencia la Garantía Explícita de Calidad del Régimen AUGE, que compra dichas prestaciones a prestadores que cuentan con su respectiva resolución de autorización sanitaria vigente.</p>

2.3. Sobre el sentido y alcance de normas idénticas a las interpretadas precedentemente, que se contengan en los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación relativos a otra clase de prestadores institucionales:

En las evaluaciones que las Entidades Acreditadoras efectúen en aplicación de los Manuales relativos a los demás Estándares Generales de Acreditación actualmente vigentes relativos a otra clase de prestadores institucionales -distintos de los de Atención Abierta y Cerrada-, y que digan relación con **normas de idéntico contenido** a las que por esta Circular se interpretan, o a otras normas idénticas que ya hayan sido interpretadas por cualesquiera de las Circulares interpretativas anteriores, las Entidades Acreditadoras deberán aplicar el criterio que en estas Circulares se hayan establecido para la interpretación de las normas idénticas de esos otros Manuales, y siempre que estas circulares interpretativas mantuvieren su vigencia.

3.- La presente Circular entrará en vigencia desde su notificación a las Entidades Acreditadoras autorizadas.

4.- La presente resolución es susceptible de los recursos administrativos de reposición y jerárquico, dentro del plazo de 5 días ante este Intendente; asimismo, en subsidio del primer recurso antedicho, podrá interponerse el recurso jerárquico. Asimismo, cualquier interesado podrá solicitar aclaración de la presente resolución.



CRISTIAN TORTELLA IBÁÑEZ
INTENDENTE DE PRESTADORES (S)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

HOG/RCS
Distribución:

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras Autorizadas
- Subsecretario de Redes Asistenciales
- Jefa del Departamento de Calidad de la Subsecretaría de Redes del Ministerio de Salud
- Directora del Instituto de Salud Pública
- Superintendente
- Fiscal
- Intendente de Fondos y Seguros
- Jefe Subdepto. Acreditación IP
- Jefe Subdepto. de Coordinación Legal y Registro de Prestadores IP
- Jefe Unidad de Gestión de Procesos IP
- Observatorio de Buenas Prácticas IP
- Coordinación de Agencias Regionales
- Jefe Subdepartamento de Atención de Usuarios
- Agentes Regionales
- Archivo