



SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

supersalud.gob.cl

**Intendencia de Prestadores  
Unidad de Asesoría Técnica**

**CIRCULAR IP N° 36**

**SANTIAGO, 04 MAY 2016**

**DICTA INSTRUCCIONES 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, MODIFICA LA CIRCULAR IP N°15, DE 30 DE SEPTIEMBRE DE 2011, EN EL SENTIDO QUE SEÑALA, Y DEROGA LA CIRCULAR IP N°16, DE 26 DE OCTUBRE DE 2011.-**

**VISTOS:** Lo dispuesto en el numeral 1° del Artículo 121 del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, en relación con lo previsto en el N°2 de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, para Centros de Diálisis, para Prestadores Institucionales de Servicios de Esterilización, de Imagenología, de Laboratorios Clínicos, de Servicios de Quimioterapia y de Radioterapia, aprobados, respectivamente, mediante los Decretos Exentos N°18, de 2009, Nos. 33, 34, 35, 36 y 37, de 2010, y Nos. 346 y 347, de 2011, todos del Ministerio de Salud; en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N°15, de 2007, del Ministerio de Salud; la Circular Interna IP N°4, de 7 de octubre de 2010, relativa al procedimiento de interpretación de las normas del Sistema de Acreditación antes referido; las Actas de las sesiones del "Comité Asesor para la Interpretación de las Normas del Sistema de Acreditación" celebradas con fecha 23 de agosto, 27 de septiembre, 11 de octubre, 8 de noviembre, 6 y 20 de diciembre, todas del año 2013; 24 de enero, 20 de febrero, 21 de marzo, 25 de abril, 23 de mayo, 6 y 20 de junio, 18 de julio, 22 de agosto, 26 de septiembre, 21 de octubre, todas del año 2014; 16 de enero, 6 de marzo, 24 de abril, 29 de mayo, 10 de junio, 11 de septiembre y 30 de octubre, estas últimas de 2015; y 18 de marzo de 2016; en la Resolución Exenta SS/N°8, de 4 de enero de 2012, y en la Resolución Afecta SS/N°67 de 14 de agosto de 2015;

**CONSIDERANDO:**

1.- Que el debido cumplimiento de los objetivos sanitarios de las normas del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud exige una adecuada uniformidad

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

2.- Las solicitudes y consultas para la aclaración del sentido y alcance de las normas del antedicho Sistema de Acreditación formuladas a la Intendencia de Prestadores, especialmente de parte de las Entidades Acreditadoras;

3.- Que los numerales 2º de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, así como los relativos a los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, Centros de Diálisis, Servicios de Esterilización, Servicios de Imagenología, Laboratorios Clínicos, Servicios de Quimioterapia y de Radioterapia, aprobados por los respectivos Decretos Exentos del Ministerio de Salud señalados en los Vistos precedentes, facultan a esta Intendencia de Prestadores para que, mediante circulares de general aplicación, determine el sentido y alcance de las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación, así como el de las normas de los antedichos Estándares, con el fin de uniformar y facilitar los procedimientos de acreditación de los prestadores institucionales de salud y asegurar la claridad y uniformidad de los criterios evaluativos de las Entidades Acreditadoras;

4.- Que, en virtud de las normas antes señaladas, 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;

5.- Que, el "Comité Asesor para la Interpretación de Normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales", establecido por la Circular Interna IP N° 3, de 27 de junio de 2012, ha recomendado a este Intendente dictar las instrucciones a las Entidades Acreditadoras que a continuación se señalan, relativas al sentido y alcance que deben dar a las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud que a continuación se indican, según consta en las actas de sus sesiones celebradas los días 23 de agosto, 27 de septiembre, 11 de octubre, 8 de noviembre, 6 y 20 de diciembre, todas del año 2013; 24 de enero, 20 de febrero, 21 de marzo, 25 de abril, 23 de mayo, 6 y 20 de junio, 18 de julio, 22 de agosto, 26 de septiembre, 21 de octubre, todas del año 2014; 16 de enero, 6 de marzo, 24 de abril, 29 de mayo, 10 de junio, 11 de septiembre y 30 de octubre, estas últimas de 2015; y 18 de marzo de 2016 ;

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

7.- Que, asimismo, diversas solicitudes de aclaración de normas del Sistema de Acreditación que ya habían sido objeto de Circulares Interpretativas como la presente, así como nuevos hechos y casuísticas conocidos con motivo de la instalación progresiva de ese Sistema en el país, han permitido contar con mejores elementos de análisis, los que han evidenciado la necesidad de modificar algunas de tales Circulares, como se dispondrá en lo dispositivo de este acto;

**Y TENIENDO PRESENTE** las facultades que me confieren las normas legales y reglamentarias antes señaladas, vengo en dictar las siguientes instrucciones:



**1º DÍCTANSE LAS SIGUIENTES NUEVAS INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS sobre el sentido y alcance que deben dar, en los procedimientos de acreditación que ejecuten, a las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud que a continuación se indican, debiendo sujetarse estrictamente a ellas y a las siguientes normas:**

### **1.1. INSTRUCCIONES GENERALES:**

- a) **PREVIÉNESE** a las Entidades Acreditadoras que, **por regla general**, las interpretaciones que se contienen en la presente Circular se refieren a normas de los Estándares Generales de para Prestadores Institucionales de **Atención Cerrada (AC)** y de **Atención Abierta (AA)**, sin perjuicio que, en ciertos casos, las interpretaciones abarcan, además, las características de otros Estándares, los que se identificarán en cada caso.
- b) **TÉNGASE PRESENTE** que en la interpretación y aplicación de las normas de los Manuales relativos a **los restantes Estándares Generales de Acreditación vigentes**, esto es, aquéllos para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada (**APC**), Centros de Diálisis (**CD**), Servicios de Esterilización (**SE**), Servicios de Imagenología (**SI**), Laboratorios Clínicos (**LC**), Servicios de Quimioterapia (**SQ**) y Servicios de Radioterapia (**SR**), **que posean idéntico contenido que las normas interpretadas en esta o en anteriores Circulares de esta Intendencia respecto de los Estándares señalados en el numeral 1.1. precedente**, las Entidades Acreditadoras deberán aplicar el criterio que en ellas se hayan establecido, siempre que dichas Circulares y sus interpretaciones mantuvieren su vigencia.
- c) **Asimismo, PREVIÉNESE** a las Entidades Acreditadoras que, cuando en la presente Circular, o en Circulares anteriores o posteriores, se dictan instrucciones relativas al sentido de las normas que componen **exclusivamente las características del Manual del Estándar General para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, se agregarán**, en la identificación de dichas características, las letras: **"AC"**. Así también, en el caso que tales instrucciones específicas para la interpretación **exclusivamente** de características que pertenezcan al Manual del Estándar General para Prestadores Institucionales de **Atención Abierta**, se agregarán en dicha identificación las letras: **"AA"**.  
Si la norma interpretada **es idéntica en ambos Manuales, no se agregará ninguna de las identificaciones antes señaladas**.  
Asimismo, debe tenerse presente que, si la norma interpretada pertenece **exclusivamente a Manuales relativos a otros Estándares Generales actualmente vigentes**, en el numeral respectivo de esta Circular que los interprete, se agregarán, en la identificación de la característica interpretada, las letras se señalan en el numeral 1.1. precedente.

## 1.2. INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

	Normas del Manual que se interpretan	
1.2.1.	Interpretaciones que afectan a múltiples Normas de los Manuales:	Interpretación
1.2.1.1.	Punto de Verificación "General" de los diversos Manuales de los Estándares Generales de Acreditación	<p>Sobre qué dependencias del prestador en evaluación comprenden el punto de verificación "General", se aclara:</p> <p>Dicho punto corresponde a cualquier dependencia del prestador institucional en evaluación, aunque ella no constituya un punto de verificación dentro de la pauta de cotejo respectiva.</p>
1.2.1.2.	<p>Nº1 del Acápito II de los diversos Manuales de los Estándar de Acreditación vigentes:</p> <p>Alcance de la retrospectividad de las evaluaciones</p>	<p>Sobre el alcance de la retrospectividad de las evaluaciones en un proceso de <u>reacreditación</u>, se aclara:</p> <p><u>La regla general</u> sobre el alcance de la retrospectividad de las evaluaciones en los procedimientos de acreditación se encuentra establecida en el <b>Nº1 del Acápito II de los diversos Manuales de los Estándar de Acreditación vigentes (página 13)</b>, el que señala -para la generalidad de las Características- que <b>"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"</b>.</p> <p>Debe tenerse presente, sin embargo, que, <b>excepcionalmente</b>, existen ciertas Características y Elementos Medibles que establecen <b>expresamente, en ellos mismos</b>, plazos diversos para las evaluaciones retrospectivas, los que se encuentran explicitados en las Pautas de Cotejo respectivas. Tal es el caso, por ejemplo, de la retrospectividad señalada en el Ámbito de Recursos Humanos, cuando se trata del <b>personal que cumple</b></p>



		<p><b>funciones transitorias, en los Elementos Medibles de las Características RH 1.1 y RH 1.2, los cuales exigen <u>un año</u> de retrospectividad para la evaluación de sus respectivas habilitaciones legales, lo cual debe aplicarse para la primera acreditación <u>y para las sucesivas reacreditaciones</u>.</b> Sin embargo, respecto del personal que ejerce <b>funciones permanentes</b>, tratándose de una <b>reacreditación</b>, se aplica la regla general de retrospectividad antes señalada, de <b>tres años</b>, ya que los Elementos Medibles que los regulan no contemplan un plazo especial a su respecto.</p>
<p><b>1.2.1.3.</b></p>	<p><b>Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y Abierta: Punto de Verificación "Toma de Muestras"</b></p>	<p><b>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, se aclara:</b></p> <p>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.</p> <p>Las Salas de Toma de Muestras a evaluar deben seleccionarse de entre <b>todas</b> con las que cuente el prestador, independiente si se encuentran físicamente en sus dependencias o no.</p> <p><b><u>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de un año de la dictación de la presente Circular.</u></b></p>
<p><b>1.2.1.4.</b></p>	<p><b>Delegación de la firma del Director del prestador para la aprobación de los documentos de carácter institucional</b></p>	<p><b>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, se aclara:</b></p> <p>Los documentos de carácter institucional exigidos en los diversos Estándares de Acreditación deben ser <b><u>aprobados por el Director o Gerente del prestador institucional</u></b>, con el fin de contribuir al respaldo explícito que debe emanar desde la máxima autoridad de los prestadores, para la</p>

		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, <b>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.</b>
<b>1.2.2.</b>	<b>Ámbito Dignidad del Paciente (DP)</b>	<b>Interpretación</b>
<b>1.2.2.1.</b>	<p><b>Característica GCL 1.5 AC.</b>  <i>"Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Criterios de ingreso y egreso a unidades de paciente crítico"</i></p> <p><b>Primer Elemento Medible:</b>  <i>"Se describen en un documento de carácter institucional los criterios clínicos de ingreso y egreso a cada Unidad de Paciente Crítico y se ha definido los responsables de su aplicación."</i></p>	<p><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, se aclara:</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> <p><b><u>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de un año de la dictación de la presente Circular.</u></b></p>
<b>1.2.2.2.</b>	<p><b>Características GCL 1.11 AC y GCL 1.8 AA:</b>  <i>"Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias."</i></p>	<p><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" en las cuales se obtienen biopsias, se aclara:</b></p> <p>En consideración a la relevancia que, para la seguridad de la atención de los pacientes posee la</p>



		<p>implementación de un sistema de trazabilidad de las muestras, independiente del lugar físico donde sean obtenidas, <b>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.</b> En tales casos, el puntaje de la evaluación será asignado en la columna correspondiente, en los puntos de verificación "PQ" en Atención Cerrada y "Pabellón de Cirugía Menor" en Atención Abierta.</p> <p>En este caso, además, son aplicables las características <b>APA 1.1</b> (compra de servicios de Anatomía Patológica), <b>APA 1.2</b> (etapa pre-analítica) y <b>AOC 1.3 AC y 1.2 AA</b> (notificación de resultados críticos).</p> <p><b><u>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de un año de la dictación de la presente Circular.</u></b></p>
<p><b>1.2.2.3.</b></p>	<p><b>Característica GCL 1.10 AC</b>  <i>"Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio"</i></p>	<p><b>Sobre a cuáles prestadores institucionales de salud les es aplicable, y por ende constatable, la Característica GCL 1.10 AC, se aclara:</b></p> <p><b>La característica GCL 1.10 AC, será constatable por la Entidad Acreditadora en todo prestador que cuente con pacientes hospitalizados.</b> 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, <b>independiente de su diagnóstico de ingreso.</b></p> <p><b><u>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de los seis meses de la dictación de la presente Circular.</u></b></p>

1.2.3.	Ámbito Registros (REG)	Interpretación
1.2.3.1.	<p><b>Característica REG 1.1:</b>  <i>"El prestador institucional cuenta con ficha clínica única e individual"</i></p>	<p><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", se aclara:</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 <i>"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"</i>.</p> <p>En ese contexto, la Entidad Acreditadora constatará <b>para establecer el cumplimiento del Primer Elemento Medible de la Característica REG 1.1</b>, 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 <b>integridad de los antecedentes que conforman dicha Ficha</b>, 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 <b>identificación inequívoca de cada Ficha Clínica, considerando un código único de identificación</b>, así como el <b>procedimiento explícito de acceso para los profesionales involucrados en la atención del paciente</b>. En caso que la Ficha Clínica se encuentre en más de un soporte, la Entidad constatará que se describa, además, cómo se <b>vincularán sus diversas partes, asegurando el acceso a la integridad de la información por parte de ellos</b>.</p> <p><b>Para la constatación del Segundo Elemento Medible</b>, la Entidad Acreditadora constatará que en el prestador evaluado se hayan aplicado los procedimientos descritos en el documento institucional, en cuanto a <b>código único de identificación</b>, al <b>procedimiento de acceso</b> y, de</p>



		ser el caso, a la debida <b>vinculación de las diversas partes.</b>
<b>1.2.4.</b>	<b>Ámbito Servicios de Apoyo</b>	
<b>1.2.4.1.</b>	<b>Componente "Laboratorio Clínico" (APL)</b>	<b>Interpretación</b>
<b>1.2.4.1.1.</b>	<p><b>Característica APL 1.3 AC y AA, Atención Psiquiátrica Cerrada (APC) y GP 1.3 (LC)</b>  <i>"El Laboratorio aplica procedimientos escritos y evalúa sistemáticamente los procesos de las etapas analítica y post analítica."</i></p>	<p><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), se aclara:</b></p> <p>La Entidad Acreditadora debe considerar la clasificación del <b>Instituto de Salud Pública</b>, contenida en su <b>"Programa de Control de Calidad Externa" (PEEC)</b> y las <b>"Normas Técnicas Básicas para la obtención de la Autorización Sanitaria de los Establecimientos Asistenciales"</b> (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>
<b>1.2.4.1.2.</b>	<p><b>Característica APL 1.4 AC</b>  <i>"El Laboratorio participa en un Programa de Control de Calidad Externo acorde a la normativa vigente"</i></p> <p><b>Primer elemento medible:</b>  <i>"Existen registros de participación en Programa de Evaluación Externa de la Calidad en todas las áreas en que el laboratorio realiza prestaciones"</i></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, se aclara:</b></p> <p>Son aquellos documentos (en soporte papel o digital) que evidencian la adscripción y participación del prestador evaluado en tales programas, según lo definido e implementado por el Programa al cual el prestador se ha adscrito durante el período de retrospectividad evaluado, tales como certificados de inscripción, informe de resultados u otros.</p>

1.2.4.2.	<b>Componente Unidad de Donantes de Sangre (APDs)</b>	<b>Interpretación</b>
1.2.4.2.1.	<b>Componente Unidad de Donantes de Sangre (APDs).</b>	<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 de Atención Abierta, resultan aplicables y constatables respecto de los procedimientos de donación de hemocomponentes por aféresis, se aclara:</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 <b>Atención Cerrada que no cuenten con atención de donantes de sangre</b>, pero realicen procedimientos de donación de hemocomponentes por aféresis, les será aplicable, <b>además</b>, la característica <b>CAL 1.2, en el punto de verificación APDs.</b></p> <p><b><u>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de un año de la dictación de la presente Circular.</u></b></p>
1.2.5.	<b>Manual del Estándar de Acreditación para Prestadores de Atención Psiquiátrica Cerrada</b>	<b>Interpretación</b>
1.2.5.1.	<b>Punto de Verificación "Sala de Procedimientos: PRO" (APC)</b>	<p><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, se aclara:</b></p> <p>Son aquella(s) dependencia(s) que el prestador de Atención Psiquiátrica Cerrada <b>haya implementado</b></p>



		<p>y destinado para realizar los procedimientos de terapia electroconvulsivante y tratamientos aversivos.</p> <p><b><u>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de un año de la dictación de la presente Circular.</u></b></p>
1.2.5.2.	<p><b>Característica DP 2.1 APC</b>  <i>"Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente, o sus tutores o familiares, en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo."</i></p> <p><b>Primer Elemento Medible (primera parte):</b>  <i>"Se describe en documento(s) de carácter institucional:  Casos en que debe requerirse el consentimiento, considerando al menos los siguientes: terapia electroconvulsivante, tratamientos aversivos, tratamientos con eventos adversos complejos y tratamientos irreversibles."</i></p>	<p><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, se aclara:</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 <b>"tratamiento con eventos adversos complejos" comprende al menos, el tratamiento farmacológico con Clozapina.</b></p> <p><b><u>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de los seis meses desde la dictación de la presente Circular.</u></b></p>
1.2.5.3.	<p><b>Característica REG 1.2 APC</b>  <i>"El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registros clínicos."</i></p> <p><b>Cuarto Elemento Medible</b>  <i>"Se constata legibilidad y contenidos mínimos de: protocolos operatorios y epicrisis."</i></p>	<p><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, se aclara:</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 <b>sólo debe constatar la legibilidad y contenidos mínimos de las epicrisis.</b></p>

1.2.6.	Manual del Estándar de Acreditación para Laboratorios Clínicos	Interpretación
1.2.6.1.	Punto de Verificación "Toma de Muestras"	<p><b>Sobre la aplicabilidad de las Características del Estándar de Laboratorios Clínicos, en las cuales "Toma de Muestras" constituye el <u>único punto de verificación</u> y el prestador evaluado no cuenta, ya sea en sus instalaciones o fuera de ellas, con Salas de Toma de Muestras, se aclara:</b></p> <p>Atendida la necesidad de asegurar la calidad de la atención otorgada por este tipo de prestadores, y que existen características que evalúan prácticas transversales de la actividad del Laboratorio Clínico en las cuales "<b>Toma de Muestras</b>" figura como <b>único punto de verificación</b> de un determinado Elemento Medible, en el caso que el prestador evaluado <b>no cuente con dicho punto, ya sea al interior de sus dependencias o fuera de ellas</b>, la Entidad Acreditadora, <b><u>igualmente constatará</u></b> las siguientes características:</p> <p><b>GP 1.8: "Almacenamiento de material clínico estéril"</b>: Se constatará el <b>Primer Elemento Medible</b> donde el prestador institucional lo determine; y el <b>Segundo Elemento Medible</b>, donde el prestador almacene dicho material; e</p> <p><b>INS 1.1 "Plan de prevención de incendios"</b>: Se constatará el <b>Primer y Segundo</b> Elementos Medibles donde el prestador institucional lo determine; y el <b>Tercer</b> Elemento Medible donde corresponda por la organización estructural del prestador.</p> <p>En tales casos, para efectos de la sumatoria del puntaje, el resultado de la evaluación se consignará en una sola de las columnas que contemple la Característica, a elección de la Entidad Acreditadora.</p> <p><b>Observación: <u>La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de seis meses de la dictación de la presente Circular.</u></b></p>



<p><b>1.2.7.</b></p>	<p><b>Manual del Estándar de Acreditación para Centros de Diálisis</b></p>	
<p><b>1.2.7.1.</b></p>	<p><b>Característica GCL 1.6 CD</b>  "Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión"</p>	<p><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, se aclara:</b></p> <p>En consideración a la relevancia que, para la seguridad de los pacientes en hemodiálisis, tiene la estandarización de los criterios de indicación médica de transfusión, <b>la Entidad Acreditadora debe constatar los tres Elementos Medibles de la característica GCL 1.6 CD</b>, aun cuando en el prestador solo se efectúe la indicación y no la administración de la transfusión.</p>

**2º MODIFÍCASE la Circular IP N°15, de 30 de septiembre de 2011, en el siguiente sentido:**

**SUSTITÚYENSE sus numerales 2.1.1. y 2.1.2.,** cuyos textos fueron en su oportunidad sustituidos por los de los numerales 3.4.1. y 3.4.2. de la Circular IP N°24, de 16 de mayo de 2013, respectivamente, por el siguiente único numeral:

**"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 los servicios de Laboratorio Clínico a terceros, pero que cuentan con Sala(s) de Toma de Muestras en sus instalaciones, se aclara:**

Si el Prestador Institucional compra los servicios de Laboratorio Clínico a terceros y posee Sala(s) de Toma de Muestras en sus instalaciones, sea(n) de su dependencia y gestión, o no, **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.**

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

**3° Atendido lo dispuesto en el numeral 1.2.3.1. precedente, DERÓGASE la Circular IP N°16, de 26 de octubre de 2011,** que aclaraba el sentido y alcance de la Característica **REG 1.1.** de los diversos Manuales de los Estándares de Acreditación vigentes.

**4° VIGENCIA DE LAS NORMAS DE LA PRESENTE CIRCULAR:**

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

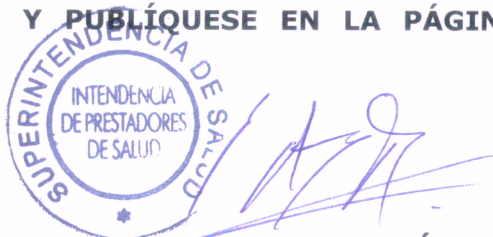
**4.2. EXCEPTÚANSE** de lo anterior, las instrucciones de la presente Circular para las cuales ésta les ha asignado, expresamente, un plazo especial diverso para su entrada en vigencia.

**5° INCORPÓRENSE** los contenidos de la presente Circular al "Compendio de Circulares que instruyen a las Entidades Acreditadoras sobre la interpretación de las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud" **y EMÍTASE** por la Unidad de Asesoría Técnica de esta Intendencia la **Versión N°4** del antedicho Compendio.

**6° NOTIFIQUESE por carta certificada** la presente circular a los representantes legales de las Entidades Acreditadoras.

**7° TÉNGASE PRESENTE,** atendido lo previsto en el Artículo 41 de la Ley N°19.880, que la presente resolución es susceptible de los recursos administrativos de reposición y jerárquico, dentro del plazo de 5 días siguientes a su notificación ante este Intendente. Este último recurso podrá interponerse en subsidio del recurso de reposición. Si sólo se interpusiere este último recurso, deberá interponerse para ante el Superintendente, dentro del mismo plazo antedicho.

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



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

**JVP/CMB/HOG  
Distribución:**

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras Autorizadas (por carta certificada y correo electrónico)
- Subsecretaria de Redes Asistenciales Ministerio de Salud
- Departamento de Calidad de la Subsecretaría de Redes MINSAL
- Director del Instituto de Salud Pública



- Unidad de Fiscalización en Acreditación del Instituto de Salud Pública
- Superintendente de Salud
- Fiscal
- Intendente de Fondos y Seguros
- Departamento de Regiones, Atención de Personas y Participación Ciudadana
- Agentes Regionales
- Jefa del Subdepartamento de Derechos de las Personas IP
- Encargada Unidad de Asesoría Técnica IP
- Abogado Asesor Intendente de Prestadores
- Jefe (S) del 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
- Funcionarios Analistas Intendencia de Prestadores
- Archivo