



**Intendencia de Prestadores
Subdepartamento de Regulación**

CIRCULAR IP N° 11

SANTIAGO, 04 ABR 2011

INTERPRETA NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD Y DICTA INSTRUCCIONES SOBRE EL SENTIDO Y ALCANCE QUE DEBEN DAR LAS ENTIDADES ACREDITADORAS, EN LOS PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN QUE EJECUTEN, A 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 D.S. N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud; todo ello en relación a lo previsto en el N° 2 de los Acápites II de los Manuales de los Estándares 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;

CONSIDERANDO:

1.- Que en los meses precedentes esta Intendencia ha recibido un conjunto de consultas acerca del sentido y alcance de varias normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales, de parte de representantes de las Entidades Acreditadoras, así como de gestores y profesionales de prestadores institucionales interesados en obtener su acreditación, a las cuales se ha respondido en forma oportuna pero individualmente;

2.- Que la reiteración de tales consultas por parte de entidades y representantes de los prestadores, así como la relevancia de algunos de los temas y respuestas, demuestran la necesidad de darle efectos generales y obligatorios a tales interpretaciones, que lo son especialmente para las Entidades Acreditadoras, todo ello en aras de promover la debida ejecución de los procedimientos de acreditación de los prestadores institucionales de salud; y

3.- 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, dispone que la Intendencia de Prestadores facultad "mediante

circulares de general aplicación, podrá 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.”;

VENGO EN DICTAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

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

1.1. 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.

Por lo mismo, consultada esta Intendencia sobre si llevar las pautas de supervisión en dispositivos electrónicos portátiles o fijos se considera válido para demostrar que se llevan registros y que se realiza la evaluación periódica por los prestadores, esta Intendencia ha contestado que las pautas internas del establecimiento utilizadas para evaluar el cumplimiento de algún proceso, registradas en dispositivos electrónicos portátiles o fijos, son válidas, en la medida que exista respaldo de las pautas aplicadas, ya sea en papel o en formato digital. En todo caso, la entidad acreditadora verificará, de un modo tangible, que la evaluación periódica efectivamente se realizó, accediendo a los registros que den cuenta de ello.

Por último, cabe hacer presente que, 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.

1.2. Sobre las Pautas de Cotejo que son aplicables a las unidades de Diálisis, Imagenología o Laboratorio Clínico de un Prestador Institucional de Atención Cerrada:

De conformidad con lo dispuesto en los Artículos 4, 5 y 6 del “Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud”, aprobado por Decreto Supremo N° 15/2007, del Ministerio de Salud, los prestadores institucionales son evaluados por el Estándar General que les corresponda, según su tipo y como un todo unitario. Las Pautas de Cotejo son una parte de las normas del Estándar que corresponde aplicar a cada prestador en su procedimiento de acreditación, por consiguiente, las unidades de apoyo, tales como las de Diálisis, Imagenología o Laboratorio Clínico, de un Prestador de Atención Cerrada o

Abierta deben ser evaluadas por las normas que se contienen en los respectivos acápite del Ámbito "Servicios de Apoyo" de la Pauta de Cotejo del Manual de Acreditación de Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, o Abierta, según el caso, aprobados por el Decreto Exento N° 18, de 2009, del Ministerio de Salud.

Los Manuales y Pautas de Cotejo para Centros de Diálisis, para Servicios de Imagenología y para Laboratorios Clínicos, aprobados, respectivamente, por los Decretos Exentos Nos. 34, 36 y 37, todos de 2010, del Ministerio de Salud, se aplican a esta clase de prestadores cuando éstos existen y funcionan de un modo independiente de un prestador de atención cerrada o abierta.

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 siguientes 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, de 2009, del Ministerio de Salud:

(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.)

	Norma del Manual que se interpreta	Interpretación
2.1.	"Instrucciones Generales", del acápite "II" de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y Abierta	Interpretación
2.1.1.	Inciso tercero del N° 1, sobre "Instrucciones Generales", del acápite "II" de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y Abierta.	Sobre si para vender prestaciones de apoyo (por ejemplo, servicios de esterilización o de laboratorio) basta que el servicio de apoyo en cuestión resulte acreditado en el contexto de la acreditación de un Prestador Institucional de Atención Abierta o Cerrada, se aclara: La necesidad de estar acreditado para quien desee vender prestaciones de apoyo depende de lo que requiera quien compra la prestación, y de la entrada en vigencia de la "Garantía Explícita de Calidad" del Régimen General de Garantías

		<p>de Salud (Régimen "AUGE"), a saber:</p> <p>a) Si quien compra la prestación desea acreditarse o mantener su acreditación, pero aún no entra en vigencia la garantía explícita de calidad, sólo deberá asegurarse que el tercero que le provee el servicio cuente con la autorización sanitaria que corresponda;</p> <p>b) Si quien compra la prestación desea acreditarse o mantener su acreditación, y ya entró en vigencia la garantía de calidad, deberá asegurarse que el tercero que le provee el servicio se encuentre debidamente acreditado. En tal caso, si el servicio de apoyo forma parte de un establecimiento de atención abierta o cerrada, basta que éste se encuentre acreditado por el respectivo estándar general para prestadores de atención abierta o cerrada. Si por el contrario, el proveedor es un prestador autónomo de servicios de apoyo, deberá estar acreditado por el Estándar General de Acreditación que le corresponda, según el tipo de establecimiento de que se trate (por ejemplo, Estándares Generales para Centros de Diálisis o para Laboratorio Clínico).</p>
2.2.	Ámbito Respeto a la Dignidad del Paciente	Interpretación
2.2.1	<p>Característica DP 1.1: "Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones jurídicas que la institución adquiere para con cada uno de sus pacientes, y que es informada por medios constatables." Tercer Elemento Medible:</p> <p>"El instrumento es fácilmente accesible, legible y comprensible."</p>	<p>Sobre si el instrumento donde constan los derechos de los pacientes puede ser folletería disponible en lugares como salas de espera, se aclara:</p> <p>Tal folletería es aceptable, siempre que el instrumento cumpla con los atributos establecidos en la característica, es decir, que sea de carácter institucional, e incluya los derechos mínimos relativos a las materias allí señaladas y sea efectivamente accesible, legible y comprensible para los pacientes y público en general.</p>
2.3.	Ámbito Gestión de la Calidad	Interpretación
2.3.1.	<p>Característica CAL 1.2 AC: "Existe un responsable de coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en las Unidades, y se definen metas de calidad anuales en dichas unidades." Segundo Elemento Medible: "Metas de calidad</p>	<p>Sobre si los servicios y unidades de un prestador, que carecen de información histórica en materia de calidad, pueden expresar como meta inicial de calidad conocer su realidad o establecer un diagnóstico de su situación basal, y si tales metas son válidas para efectos de cumplir con la característica CAL 1.2. , se aclara:</p>

	<p>anual por Unidad (relacionadas con la seguridad de los pacientes)”</p>	<p>Tal clase de metas iniciales cumplen la exigencia del Estándar de Acreditación, siempre que se trate de servicios o unidades nuevas, o de aquéllas que recién se están incorporando al programa institucional de calidad.</p> <p>En ese sentido, se aclara que para ser consideradas como tales metas de calidad, ellas deben poseer, al menos, las siguientes cualidades:</p> <p>a) Deben ser coherentes con los objetivos del programa de calidad institucional; b) Deben ser claramente formuladas y medibles; c) Deben expresar un valor alcanzable; y d) Debe haberse definido un plazo para alcanzarlas.</p>
2.4.	Ámbito Gestión Clínica	Interpretación
2.4.1.	<p>Características GCL 1.2 AC y GCL 1.3 AA: “Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Atención de enfermería.” Primer Elemento Medible: “Se describe en documento (s) los procedimientos de: 7. Inmunizaciones y manejo de cadena de frío.” Punto de Verificación: “Vacunatorio”.</p>	<p>Sobre la aplicabilidad de la característica de cadena de frío e inmunizaciones en aquellas instituciones que administran vacunas (por ejemplo, BCG en el recién nacido, anti hepatitis B al personal, antirrábica y antitetánica a pacientes en Servicio de Urgencia, o participación ocasional en campañas de vacunación para influenza) pero que no poseen un vacunatorio propiamente tal, se aclara:</p> <p>Si el prestador administra vacunas, aplican a su respecto las exigencias de esta característica en el punto de verificación “vacunatorio”, aunque no exista una dependencia con esa denominación. En tal caso, se aclara que la verificación debe realizarse en los lugares donde se realice el almacenamiento y administración de las vacunas.</p>
2.4.2.	<p>Característica GCL 1.3 AC: “Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: evaluación y manejo del dolor agudo”. Primer Elemento Medible: “Se describe en un documento el procedimiento de evaluación y manejo del dolor agudo y se ha definido los responsables de su aplicación.” Cuarto Elemento Medible: “Se constata: evaluación y</p>	<p>Sobre si se debe evaluar el manejo del dolor agudo en los pacientes traumatológicos, se aclara:</p> <p>Según se dispone en el acápite A. de la Introducción de la Pauta de Cotejo: “Los lugares de verificación contenidos en este manual representan una formulación genérica de la estructura organizativa interna que puede tener un prestador institucional de atención cerrada. Por ello, si la organización del prestador institucional que solicita la acreditación es distinta a la prevista en el presente manual, se</p>

	<p><i>manejo del dolor agudo en pacientes post-operados de acuerdo al procedimiento local."</i></p>	<p><i>evaluará el prestador de acuerdo al tipo de pacientes que se atienden en las distintas estructuras". En tal sentido, debe señalarse que "Traumatología" constituye un punto de verificación que será objeto de evaluación independiente, aunque la hospitalización de los pacientes traumatológicos se realice en forma indiferenciada (por ejemplo, en un servicio "médico-quirúrgico"). Siguiendo este criterio, por tanto, si la hospitalización se realiza en camas indiferenciadas, los distintos tipos de pacientes -quirúrgicos, traumatológicos, ginecobstétricos- se evaluarán en las columnas que corresponda, aunque físicamente se encuentren mezclados.</i></p> <p>En aplicación de tales normas, se aclara:</p> <p>a) Que el documento donde se describe el procedimiento de evaluación y manejo del dolor debe estar disponible en los lugares donde se hospitalice a pacientes traumatológicos. Este documento puede ser el mismo que rige la atención de todos los pacientes quirúrgicos, o ser uno específico para los pacientes traumatológicos; y</p> <p>b) Que durante la constatación en terreno (Cuarto Elemento Medible de esta característica) se verificará que en los lugares donde se hospitalicen pacientes traumatológicos se realice efectivamente evaluación y manejo del dolor postoperatorio de acuerdo al procedimiento definido localmente.</p>
<p>2.4.3.</p>	<p>Característica GCL 1.7 AA: <i>"Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: decisiones de tratamiento oncológico."</i></p>	<p>Sobre si los prestadores institucionales de atención abierta deben tener acceso a un comité oncológico, se aclara:</p> <p>Debe existir acceso a un comité oncológico cuando en el centro se adopten decisiones sobre el tratamiento de pacientes oncológicos.</p>
<p>2.5.</p>	<p>Ámbito Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención</p>	<p>Interpretación</p>
<p>2.5.1.</p>	<p>Característica AOC 1.1: <i>"Se utilizan procedimientos explícitos para proveer atención inmediata a los pacientes en situaciones de emergencia con riesgo vital dentro de la institución."</i></p> <p>Segundo Elemento Medible: <i>"Se constata conocimiento del procedimiento en personal</i></p>	<p>Sobre la constatación del conocimiento que el personal debe tener acerca del 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 puede haber diferencias según los diversos tipos de técnicos y profesionales entrevistados, se aclara:</p>

	<i>entrevistado"</i>	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 entre los distintos profesionales o técnicos entrevistados, de acuerdo a los roles y responsabilidades que les han sido asignados.
2.5.2.	Característica AOC 1.1: <i>"Se utilizan procedimientos explícitos para proveer atención inmediata a los pacientes en situaciones de emergencia con riesgo vital dentro de la institución".</i>	<p>Sobre si de 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, se aclara:</p> <p>El personal debe conocer el procedimiento en general y, específicamente, las funciones que tiene asignadas de acuerdo a él. Por tanto, para cierto personal puede limitarse, por ejemplo, a que sepan a quién deben llamar en caso de una emergencia, si deben activar algún tipo de señal de alarma (ej. código azul) o a conocer las medidas básicas que deben adoptar frente a un paciente que sufre una emergencia. 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 obsta para que la institución la realice si lo estima pertinente.</p> <p>Se recuerda, en este sentido, que respecto a la capacitación en reanimación cardiopulmonar, la exigencia del sistema de acreditación es la contemplada en la característica RH 3.1 de los Estándares Generales para Prestadores Institucionales de Atención Abierta y Cerrada, y está orientada al personal que participa en la atención directa de pacientes.</p>
2.5.3.	Característica AOC 2.1 AC: <i>"El prestador institucional dispone de un sistema de derivación de los pacientes que presentan urgencias que exceden su capacidad de resolución".</i>	<p>Sobre a cuáles prestadores se 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, se aclara:</p> <p>La nota al pie contenida en la versión de</p>

		<p><u>dicho manual impresa por la Superintendencia de Salud constituye un error de transcripción</u>, toda vez que dicha nota no existe en el Manual oficialmente aprobado por el Decreto Exento N° 18, de 2009, del Ministerio de Salud.</p> <p>Por tanto, <u>debe aclararse que la característica AOC-2.1 se aplica a todos los prestadores de atención cerrada, independientemente de su complejidad.</u></p>
2.6.	Ámbito Competencias de los Recursos Humanos	Interpretación
2.6.1.	<p>Característica RH 1.1: <i>"Los profesionales médicos y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados"</i></p>	<p>Sobre si esta característica, que además es obligatoria, se da por cumplida en virtud de alcanzarse un umbral de cumplimiento del 75%, se aclara:</p> <p>Las normas relativas a las condiciones de cumplimiento de las características están claramente señaladas en la letra C de la Introducción de la Pauta de Cotejo de todos los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación y es, además, una norma común para las características obligatorias y no obligatorias, la que señala a este efecto:</p> <p>"C. Condiciones de cumplimiento de las características: <i>"Para que las características sean consideradas cumplidas, las verificaciones realizadas por los evaluadores deben alcanzar cierto umbral, que es específico para cada característica, y que se señalan en cada caso en el manual de evaluación.</i> <i>Se considera que una característica se cumple toda vez que la proporción de elementos medibles cumplidos haya alcanzado o sobrepasado el umbral de cumplimiento establecido. Por el contrario, se considera que una característica no se cumple cuando la proporción de elementos medibles cumplidos se encuentre bajo el umbral de cumplimiento establecido."</i></p> <p>En consecuencia, esta característica en particular se considerará cumplida, si se verifica un resultado $\geq 75\%$, es decir, si al menos 3 de las 4 celdas relativas a los elementos medibles</p>

		<p>allí señalados son evaluados como cumplidos.</p> <p>En todo caso, debe tenerse presente que, para que una celda o casilla relativa a un elemento medible en particular sea evaluada como cumplida, la Entidad Acreditadora debe haber constatado que se cumple íntegramente lo que se describe en el elemento medible. Así por ejemplo, para cumplir con el elemento medible "Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los médicos que cumplen funciones permanentes", se deberá constatar que <u>todos</u> los médicos en funciones permanentes cuenten con la certificación de sus respectivos títulos habilitantes, en la forma instruida en el numeral 2.4.1. de la Circular IP N° 8, de 19 de agosto de 2010, disponible en la página web de la Superintendencia de Salud.</p>
2.6.2.	<p>Característica RH 1.1: "Los profesionales médicos y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados" y Característica RH 1.2: "Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados"</p>	<p>Sobre si el certificado otorgado por el Servicio de Registro Civil sirve para acreditar la condición de profesional de la salud, se aclara:</p> <p>Las certificaciones del Servicio de Registro Civil e Identificación acerca de la condición profesional de una persona son emitidas dentro de su competencia legal y, por tanto, poseen plena validez, también, para el Sistema de Acreditación. También se considera válida para estos efectos dicha certificación contenida en la cédula de identidad. En todo caso, tales certificaciones deben constar en documentos originales o ser copia fiel de su original.</p>
2.6.3.	<p>Característica RH 1.2: "Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados."</p>	<p>Sobre cómo serán considerados, en los procesos de acreditación, los podólogos que se desempeñan en los centros de salud, se aclara:</p> <p>La habilitación legal de los podólogos no ha sido incorporada a las actuales exigencias de la normativa del Sistema de Acreditación de prestadores institucionales de salud.</p>
2.6.4.	<p>Característica RH 1.3: "Los médicos y odontólogos que se desempeñan en las distintas especialidades tienen las competencias requeridas evaluadas a través de la normativa vigente."</p>	<p>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 y Subespecialidades de los Prestadores Individuales de Salud (D.S. 57/2007, de los Ministerios de Salud y</p>

		<p>Educación), se aclara: El Sistema de Certificación de Especialidades y Subespecialidades de los Prestadores Individuales de Salud, regulado por el reglamento antedicho, incorpora nominativamente a las especialidades y subespecialidades cuya certificación y reconocimiento oficial se rigen por sus normas. Su actual texto sólo ha incorporado ciertas especialidades médicas y odontológicas, las que se enumeran en el Artículo 2° de dicho Reglamento. En consecuencia, sólo las especialidades y subespecialidades que se encuentran comprendidas en esa disposición reglamentaria pueden ser evaluadas en el marco de los procedimientos de acreditación de prestadores institucionales.</p>																
<p>2.6.5.</p>	<p>Característica RH 2.2: <i>"El prestador institucional cuenta con programas de orientación que enfatizan aspectos específicos del funcionamiento de la Unidad relacionados con la seguridad de los pacientes y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la Unidad."</i></p> <p>Segundo elemento medible: <i>"Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de orientación establecido en al menos 85% de los funcionarios que ingresaron a la unidad en el último año."</i></p>	<p>Sobre la forma de constatar que se ha ejecutado el programa de orientación de que trata esta característica, se aclara:</p> <p>No resulta aceptable a ese efecto la presentación de simples nóminas que identifican al personal que habría recibido la orientación, sin que ello se verifique, además, por algún medio de prueba adicional tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas al personal nuevo, - Constancia documental de haber recibido la orientación, firmada por parte del personal nuevo, - Constancia en las hojas de vida del personal nuevo, u - Otros antecedentes equivalentes. <p>Respecto a los criterios numéricos para considerar cumplido el programa, se recomienda utilizar las siguientes orientaciones, basadas en el Oficio Circular IP N° 2, del 19 de Agosto 2010, sobre "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno":</p> <table border="1" data-bbox="844 1512 1477 1848"> <thead> <tr> <th>N° Funcionarios nuevos*</th> <th>N° Mínimo de constataciones positivas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2-3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>6-7</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>9-10</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table> <p>*En cada punto de verificación</p>	N° Funcionarios nuevos*	N° Mínimo de constataciones positivas	1	1	2-3	2	4	3	5	4	6-7	5	8	6	9-10	7
N° Funcionarios nuevos*	N° Mínimo de constataciones positivas																	
1	1																	
2-3	2																	
4	3																	
5	4																	
6-7	5																	
8	6																	
9-10	7																	

2.7.	Normas contenidas en la Introducción a las Pautas de Cotejo	Interpretación
2.7.1.	<p>Inciso 2º, del numeral 3º, de la letra B, sobre "Requisitos para el cumplimiento de los Elementos Medibles".</p>	<p>Sobre si en una característica se solicita el cumplimiento de varios procedimientos, la institución puede elegir uno de ellos y definir para éste el indicador y umbral de cumplimiento, se aclara:</p> <p>Las instrucciones a las Entidades Acreditadoras, contenidas en la Introducción de las Pautas de Cotejo de los manuales de los estándares generales señalan expresamente que "En los casos que se solicita una serie de procesos descritos (documentos), se deberá elegir al menos un indicador referido al proceso que el prestador considere más relevante para la seguridad de los pacientes, de acuerdo a los lugares de verificación" (página 5).</p> <p>Por lo tanto, bastaría para el cumplimiento de esta exigencia, que la institución posea y haya evaluado periódicamente un solo indicador en cada punto de verificación. Este indicador debe referirse a los aspectos señalados en el correspondiente elemento medible, y debe ser atingente a los procedimientos que según el manual son aplicables a dicho punto de verificación.</p> <p>El criterio antes señalado constituye la exigencia mínima para tener por cumplido el respectivo elemento medible.</p> <p>Hace excepción a esta regla la característica APE 1.3, que exige dos indicadores en el Manual de Acreditación de Prestadores Institucionales de Atención Cerrada.</p> <p>Sin perjuicio de lo antes señalado, debe tenerse presente que, en esta parte, la intención del Sistema de Acreditación es que se instale una cultura institucional que permita que los prestadores vayan desarrollando progresivamente indicadores en todos los procesos en que éstos pudieran servir a la mejoría de la calidad y a la seguridad de la atención.</p>

2.7.2.	<p>Letra A. de la Introducción a la Pauta de Cotejo, sobre "Elementos Medibles y Puntos de Verificación", en el Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada.</p>	<p>Sobre cómo deben considerarse los pensionados de los hospitales públicos para los efectos del procedimiento de acreditación, se aclara:</p> <p>Los pensionados de los hospitales públicos deben ser evaluados como servicio médico – quirúrgico. En su componente médico los resultados de la evaluación deben ser registrados en la columna medicina, junto a los resultados del Servicio de Medicina. En su componente quirúrgico en la columna cirugía, junto al Servicio de Cirugía. Igual criterio se debe aplicar en el resto de los puntos de verificación.</p>
--------	--	--

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. Cualquier interesado podrá solicitar aclaración de la presente resolución.

REGÍSTRESE, NOTIFIQUESE Y PUBLÍQUESE EN LA PÁGINA WEB DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD




**SERGIO TORRES NIÑO
INTENDENTE DE PRESTADORES
SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

**JLQ/HOG/RCS
Distribución:**

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras Autorizadas
- Subsecretario de Redes Asistenciales
- Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente MINSAL
- Superintendente
- Fiscal
- Intendente de Fondos y Seguros
- Jefe Subdepartamento Evaluación IP
- Jefe Subdepartamento Regulación IP
- Observatorio de Buenas Prácticas IP
- Coordinación de Agencias Regionales
- Jefe Subdepartamento de Atención de Usuarios
- Agentes Regionales
- Archivo