



SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Prestadores de Salud

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

Subdepartamento de Fiscalización en Calidad

Unidad de Apoyo Legal

CIRCULAR IP/N° 50

SANTIAGO, 11 MAR 2021

INSTRUYE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS RESPECTO DE NORMAS ESPECIALES Y TRANSITORIAS PARA APLICAR EN LOS PROCEDIMIENTOS DE ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN QUE SE EJECUTEN DURANTE LA VIGENCIA DEL DECRETO N°4, DE 2020, DEL MINISTERIO DE SALUD, SOBRE ALERTA SANITARIA POR CORONAVIRUS COVID-19.-

VISTOS: Lo dispuesto en el Numeral 1° y en el inciso final del Artículo 121 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el Reglamento del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud, en adelante "**el Reglamento**"; lo previsto en los Estándares Generales de Acreditación para los Prestadores Institucionales vigentes, especialmente en el N°2 del Acápito II de sus respectivos Manuales, sobre Interpretación de las Normas contenidas en este Manual", y en el N°5 de su Acápito III, sobre "Reglas de Decisión", modificado por el Decreto Exento N°5 de 2019, del Ministerio de Salud; en el Artículo 8 del Decreto Supremo N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, sobre Alerta Sanitaria por Coronavirus COVID-19, publicado el 8 de febrero de 2020, y sus modificaciones posteriores; en la Circular IP/N°37, de 31 mayo de 2017, modificada por la Circular IP/N°44, de 12 de marzo de 2020, sobre fiscalización del procedimiento de acreditación; en la Circular IP/N°48, de 19 de agosto de 2020, sobre la elaboración del Informe de Acreditación y su formato; en el Oficio Circular IP/N°3, de 16 de marzo de 2020, que suspendió los procesos de acreditación en trámite y dictó las instrucciones al efecto; en el Oficio Circular IP/N°4, de 18 de marzo de 2020, que complementó el anterior; en el Oficio Circular IP/N°16, de 4 de diciembre de 2020, que dispuso el progresivo y gradual levantamiento de la suspensión de los procedimientos de acreditación; y en la Resolución RA 882/52/2020, de 02 de marzo de 2020;

CONSIDERANDO:

1° Que, atendida la vigencia del Estado de Alerta Sanitaria por Coronavirus COVID-19, establecido por el Decreto Supremo N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, sobre Alerta Sanitaria por Coronavirus COVID-19, publicado el 8 de febrero de 2020, esta

Intendencia procedió a dictar el Oficio Circular IP/Nº3, de 16 de marzo de 2020, que suspendió los procesos de acreditación en trámite y dictó instrucciones al efecto;

- 2º Que, mediante el D.S. Nº1, de 2021, del Ministerio de Salud, se modificó la vigencia del antedicho Decreto de Alerta Sanitaria, prorrogándose su vigencia hasta el 30 de junio del presente año;
- 3º Que, a fin de restablecer el normal y pleno funcionamiento del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales, con las debidas condiciones de seguridad sanitaria, esta Intendencia ha estado permanentemente atenta a la evolución de la pandemia por COVID-19 en el país, así como a la situación de los prestadores institucionales del país, efectuando diversos estudios, consultas y evaluaciones al respecto, de modo de acopiar los antecedentes necesarios para adoptar, en la oportunidad más adecuada, las medidas progresivas y fundadas que permitiesen la más pronta reanudación del pleno y normal funcionamiento de dicho Sistema de Acreditación;
- 4º Que, a esos efectos, y atendiendo a la situación impuesta por la pandemia a los prestadores institucionales, esta Intendencia, el 4 de septiembre del 2020, ordena la conformación de un Comité de Trabajo Intersectorial, con el objeto de recoger las inquietudes y propuestas de las Entidades Acreditadoras, así como las de los representantes del Ministerio de Salud y del Instituto de Salud Pública de Chile, liderado por profesionales de su Subdepartamento de Fiscalización en Calidad, con el objeto de elaborar un procedimiento de evaluación especial, conforme a la normativa de excepción vigente, que considerara los efectos del estado de emergencia sanitaria y el adecuado logro de los objetivos del Sistema de Acreditación en las nuevas condiciones que la emergencia sanitaria ha impuesto, de modo que en él se combinen adecuadamente actos de evaluación y constatación, que se puedan ejecutar tanto en terreno, como por vía telemática o remotos, procedimiento especial al que, por lo mismo, se le podrá denominar como "HÍBRIDO";
- 5º Que, a esos efectos, se conformaron siete grupos de trabajo, integrados por representantes de 32 de las 34 Entidades Acreditadoras actualmente autorizadas, así como de las instituciones antes señaladas, trabajo del cual se originó una propuesta de procedimiento especial, que integra una Fase Telemática Sincrónica y una Fase Presencial, para cuya implementación se contemplan las normas, etapas y condiciones que impone el Plan "Paso a Paso" del Ministerio de Salud, y en el cual se mantiene, por regla general y en su esencia técnica, la aplicación de la normativa y criterios normativos y técnicos vigentes del Sistema de Acreditación;
- 6º Que, dicha propuesta fue sometido a un procedimiento Piloto, cuyos exitosos resultados, según se consta en el "INFORME ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL PILOTO - EVALUACION HIBRIDA DE PROCESOS DE ACREDITACIÓN EN FASE TELEMÁTICA SINCRÓNICA TELEPRESENCIAL", de fecha 6 de enero de 2021 elaborado por el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia;
- 7º Que el proceso anterior, unido a resultado de encuesta aplicada a 142 prestadores institucionales, durante el mes de septiembre de 2020, respecto de la situación particular en que cada uno de ellos se encontraba por los efectos de la pandemia COVID-19, así como respecto de sus posibilidades reales y razonable de reiniciar, o iniciar, sus respectivos procedimientos de acreditación o reacreditación suspendidos, permiten estimar que se cuentan con los antecedentes necesarios para establecer un procedimiento especial de evaluación que asegure una adecuada reanudación y

ejecución de los procedimientos de acreditación y reacreditación durante la vigencia del Decreto Supremo N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, sobre Alerta Sanitaria por Coronavirus COVID-19; y resultado de encuesta aplicada en el mes de octubre a 34 entidades acreditadoras vigentes, respecto de la situación particular en que cada una de ellas se encontraba respecto de sus posibilidades reales y razonable de reiniciar o iniciar procesos de acreditación de prestadores institucionales;

- 8° Que los procedimientos que se ejecuten conforme a las normas de la presente Circular se ejecutarán conforme a las reglas generales y normales del Sistema de Acreditación, quedando sujetos, exclusivamente, a las modificaciones y adecuaciones específicas y transitorias, que se han estimado imprescindibles introducir por este acto y que se explicitan en la presente Circular;
- 9° Que, en ese sentido, debe tenerse presente que, mediante el Oficio Circular IP/N°16, de 4 de diciembre de 2020, esta Intendencia dispuso el progresivo y gradual levantamiento de la suspensión de los procedimientos de acreditación, reacreditación y de evaluación de los Planes de Corrección, basadas en el estricto respeto al principio de voluntariedad de los prestadores institucionales interesados en someterse a estos procedimientos durante este período de emergencia sanitaria, sólo cuando se estime que los prestadores institucionales se encuentren en condiciones de someterse a dichos procedimientos y sólo cuando se cuente con el consentimiento previo expreso del prestador institucional respectivo;
- 10° Que, en dichos procedimientos se aplicarán las reglas generales vigentes del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, **salvo en las materias específicas que expresamente se señalan en las instrucciones que por este acto se disponen**;
- 11° Que, por último, debe tenerse presente que, atendida las características epidemiológicas de la pandemia por COVID-19 en curso, las presentes instrucciones serán revisadas y adecuadas periódicamente, y que tanto las entidades acreditadoras como los prestadores interesados podrán siempre hacer presente a esta Intendencia los problemas o circunstancias especiales que les afecten para su debida aplicación;

Y TENIENDO PRESENTE las facultades legales y reglamentarias, permanentes y de excepción, antes referidas, vengo en dictar las siguientes instrucciones a las Entidades Acreditadoras:

1. INSTRÚYESE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS, respecto de las siguientes normas transitorias y especiales que deben cumplir en la ejecución de los procedimientos de acreditación y reacreditación durante la vigencia del Decreto Supremo N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, sobre Alerta Sanitaria por Coronavirus COVID-19, publicado el 8 de febrero de 2020, a saber:

1.1. Criterios generales:

- a) La aplicación de las presentes instrucciones estará siempre sujeta a los cambios que imponga la evolución de la situación epidemiológica derivada de la pandemia por COVID-19, así como a las instrucciones y normativas que al efecto dicte el Ministerio de Salud, lo que se informará a los interesados oportunamente;

- b) Por regla general, en tales procedimientos se aplicarán todas las normas permanentes y habituales que han regido a tales procedimientos, así como las interpretaciones oficiales que se han dictado a su respecto;
- c) Las presentes instrucciones sólo se aplicarán en los casos y situaciones especiales que ellas señalan expresamente para los **procedimientos de acreditación, reacreditación o de evaluación de los Planes de Corrección que se ejecuten durante la vigencia del Decreto Supremo N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, sobre Alerta Sanitaria por Coronavirus COVID-19**;
- d) Es responsabilidad de las Entidades Acreditadoras disponer y proveerse, adecuada y legalmente, de los equipos tecnológicos adecuados para la debida ejecución de las constataciones y evaluaciones telemáticas a los prestadores institucionales que se disponen en el "Procedimiento Híbrido" regulado en el **numeral 1.4. de esta Circular**, cuando en el respectivo procedimiento deba aplicarse dicho procedimiento en cumplimiento de las normas siguientes. Por lo mismo, **las Entidades que no posean tales equipos deberán renunciar a la designación de que hubieran sido objeto o excluirse de participar** en la reanudación de los procedimientos de acreditación o reacreditación correspondiente;
- e) La Intendencia de Prestadores podrá siempre, de oficio o a petición de un interesado, fiscalizar las características técnicas de tales equipos y sus procedimientos de uso por las Entidades y los prestadores institucionales evaluados, y ordenar las modificaciones pertinentes de tales equipamientos y procedimientos de uso, así como ordenar la suspensión de los procedimientos respectivos, la exclusión de la Entidad del mismo y/o su deserción, según corresponda, siempre que el "Procedimiento Híbrido" regulado en el **numeral 1.4. de esta Circular** no se pudiere ejecutar correctamente por la situación que se constatare;
- f) La Intendencia de Prestadores, mediante correo electrónico del respectivo Subdepartamento que corresponda, podrá, en cualquier momento, ordenar al representante legal de la Entidad Acreditadora o del prestador institucional evaluado, los perfeccionamientos o correcciones tecnológicas que se estimen necesarias para la adecuada ejecución de estos procedimientos y de las constataciones, evaluaciones y resguardo de las evidencias o respaldos recogidos en ellos;
- g) Si del Informe de Fiscalización que se emita en alguno de los procedimientos antes señalados, se estableciere que la causa de la exclusión o deserción antes señalada es imputable a la negligencia o dolo de la Entidad Acreditadora se ordenará la devolución de todos los antecedentes y aranceles que ella hubiere recibido del prestador institucional;
- h) Asimismo, siempre que en dichos Informes de Fiscalización se establezca que la causa de la exclusión o deserción ante señalada es imputable a la negligencia o dolo del prestador evaluado, se aplicará lo dispuesto en el Artículo 25 del Reglamento, en cuanto a que la Entidad Acreditadora informará tal situación a la Intendencia, la cual podrá ordenar la emisión del informe final con sólo los antecedentes que hasta entonces se dispongan o

dar por concluida la evaluación, declarándola desierta, y ordenar el pago del arancel correspondiente a la entidad acreditadora;

1.2. De la reanudación de los procedimientos afectos a la suspensión dispuesta por el Oficio Circular IP/N°3, de 16 de marzo de 2020, complementado por el Oficio Circular IP/N°4, de 18 de marzo de 2020:

- a) A los efectos de dar curso al proceso de progresivo y gradual levantamiento de la suspensión de los procesos antes señalados, primeramente, el Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, efectuará una primera estimación, según los antecedentes que posea, respecto de los prestadores institucionales que pudieren encontrarse en condiciones de reiniciar tales procedimientos adecuadamente y que han señalado contar con los equipos tecnológicos adecuados para ser evaluados telemáticamente por la respectiva Entidad Acreditadora;
- b) Dicho Subdepartamento se comunicará oportunamente con dichos prestadores institucionales, mediante correo electrónico dirigido al del representante legal de cada uno de ellos, a fin de recabar los antecedentes adicionales que estime, consultar al prestador respecto de su actual situación y disposición para reiniciar tales procedimientos adecuadamente, así como para recabar su consentimiento, cuando corresponda;
- c) Por regla general, se priorizará el reinicio de tales procedimientos en el caso de aquellos prestadores cuyos procesos se encuentren pendientes de la designación aleatoria de la Entidad Acreditadora respectiva. Respecto de los procesos evaluativos que se encuentren pendientes en otras etapas, su reanudación se dispondrá cada vez que esta Intendencia así lo decrete;
- d) Los procedimientos de **evaluación de los Planes de Corrección** que se encontraren suspendidos en cualquier etapa, serán reanudados sólo cuando el representante legal del prestador haya manifestado su voluntad expresa de reanudar el respectivo procedimiento y a ellos se llevarán a efecto de acuerdo a las reglas generales y normales del Sistema de Acreditación, por tanto, de manera exclusivamente presencial, **no siendo aplicables en tales procedimientos las reglas especiales del "Procedimiento Híbrido de Acreditación" regulado en el numeral 1.4. de la presente Circular;**
- e) **Los procedimientos de acreditación y reacreditación suspendidos**, sólo serán reanudados, una vez que esta Intendencia haya consultado y constatado que el prestador institucional respectivo se encuentra en condiciones de someterse a dichos procedimientos **y que el representante legal del prestador ha manifestado su voluntad expresa de reanudar** el respectivo procedimiento, cualquiera sea la etapa en que se haya encontrado dicho procedimiento al momento de dictarse la suspensión antes referida. Además, en estos procedimientos de acreditación y reacreditación **sólo podrán aplicarse las normas del "Procedimiento Híbrido de Acreditación", regulado en el numeral 1.4. de la presente Circular, si el representante legal del prestador institucional hubiere expresamente consentido en ello** al momento de manifestar su voluntad de reanudación de los mismos;

- f) **La decisión de esta Intendencia que declare y disponga la reanudación de los procedimientos actualmente suspendidos, se adoptará respecto de cada uno de ellos, según el mérito de cada caso.** Dicha decisión se comunicará a los prestadores institucionales interesados mediante correo electrónico dirigido al representante legal de cada uno de los prestadores interesados;
- g) En el caso de la reanudación de los procesos suspendidos, **en los que la suspensión le hubiere afectado cuando ya se había efectuado el respectivo procedimiento de designación aleatoria de la Entidad Acreditadora correspondiente**, esta Intendencia requerirá a la Entidad Acreditadora que acepte o rechace dicha designación, o que ratifique su voluntad de aceptar dicha designación, según el caso, dentro del plazo de quinto día hábil desde que se le notifique la resolución que ordene tal reanudación;
- h) En el caso antedicho, transcurrido el plazo antes señalado para aceptar o rechazar por parte de la Entidad Acreditadora, o tras su rechazo, se declarará la deserción del respectivo procedimiento, si correspondiere, y, en todo caso, se ordenará la incorporación del prestador a un nuevo procedimiento de designación aleatoria;
- i) En los casos en que **la Entidad Acreditadora ya hubiere recibido el pago de la primera cuota** del respectivo arancel de acreditación y **no aceptare reanudar el procedimiento respectivo**, el proceso se tendrá por desierto y la Entidad deberá devolver al prestador el total del arancel recibido, dentro de quinto día hábil contado desde que se le notifique la resolución que ordene tal devolución, plazo que podrá ser ampliado por esta Intendencia hasta 10 días hábiles adicionales, si así lo solicitare la Entidad Acreditadora, invocando y acreditando motivo fundado, dentro de quinto día hábil desde esa notificación. Además, en tales casos se procederá a la designación aleatoria de una nueva Entidad Acreditadora para la ejecución de dicho proceso;

1.3. Normas comunes a los procedimientos de acreditación, reacreditación o de evaluación de los Planes de Corrección, durante la vigencia del Decreto Supremo N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, sobre Alerta Sanitaria por Coronavirus COVID-19:

1.3.1. Preeminencia de las normas del Ministerio de Salud para el enfrentamiento de la Pandemia COVID-19: La ejecución de dichos procedimientos, estará siempre subordinada al debido e íntegro cumplimiento de las instrucciones y normativas que dicte el Ministerio de Salud y especialmente a las normas y condiciones que se establezcan en el "**Plan Paso a Paso**" de ese Ministerio;

1.3.2. Sobre los procedimientos de designación aleatoria de Entidades Acreditadoras para la ejecución de dichos procedimientos en este período:

- a) Dichas designaciones aleatorias se llevarán a cabo conforme a las normas de la Circular Interna IP/N°8, de 5 de marzo de 2021, que ha establecido nuevas

reglas al efecto, sin perjuicio de la aplicación de las siguientes reglas adicionales;

- b) **La incorporación de los prestadores institucionales al respectivo procedimiento de designación aleatoria** si él se ubicare en una comuna que se encuentre en **Fase 2 o superior del antedicho "Plan Paso a Paso"** del Ministerio de Salud;
- c) Sin perjuicio de lo anterior, **las evaluaciones presenciales en terreno que corresponda ejecutar en estos procedimientos, sólo podrán ejecutarse si el prestador se ubicare en una comuna que se encuentre en Fase 3 o superior** del antedicho "Plan Paso a Paso", a menos que, en **casos excepcionales y debidamente fundados**, esta Intendencia autorice explícita y formalmente a la Entidad Acreditadora a ejecutar determinadas constataciones en **Fase 2**;
- d) **La Entidad Acreditadora que no concordare, por cualquier causa, con la voluntad del prestador institucional respecto de la modalidad presencial o "híbrida" de ejecución del procedimiento de evaluación** por la que dicho prestador hubiere optado, **deberá excluirse de manera obligatoria y en la oportunidad** señalada en la Circular Interna IP/Nº8, de 5 de marzo de 2021, antes referida, de participar en el procedimiento de designación aleatoria correspondiente, **bajo apercibimiento de inicio del respectivo procedimiento sancionatorio**;
- e) La resolución que ordene tales procedimientos de designación aleatoria, explicitará cuál ha sido la voluntad del prestador institucional, manifestada a esta Intendencia en su oportunidad, respecto de la **modalidad presencial o "híbrida" de ejecución del procedimiento de evaluación** por la que dicho prestador hubiere optado;

1.3.3. De las condiciones que deberán cumplir los intervinientes en esos procedimientos:

- a) **El Prestador a evaluar:**
 - i. El prestador sólo podrá ser incluido en los procedimientos de designación aleatoria, si se ubicare en una comuna que se encuentre en **Fase 2 o superior del antedicho "Plan Paso a Paso"**;
 - ii. Si antes del inicio de la ejecución del procedimiento, o después de su inicio, la comuna en que se ubicare dicho prestador cambiare a una fase inferior, la Intendencia dispondrá, de oficio o a petición de cualquiera de los intervinientes, las modificaciones o medidas que estimare pertinentes, lo que se comunicará a la brevedad a la Entidad y al prestador afectado;
 - iii. El prestador deberá contar con las medidas de seguridad sanitarias mínimas instruidas por el MINSAL para el desarrollo del proceso en forma presencial;
 - iv. El prestador deberá disponer de los medios tecnológicos necesarios para el soporte de la evaluación Telemática (WIFI o Internet de banda ancha);

- b) **La Entidad Acreditadora, para poder aceptar válidamente su designación aleatoria, o la reanudación del procedimiento, según el caso, deberá:**
 - i. Encontrarse domiciliada en una comuna que se encuentre en **Fase 2 o superior del antedicho "Plan Paso a Paso"**;
 - ii. Contar con un equipo evaluador y con un Director Técnico capacitado y/o actualizado en precauciones estándares, aislamiento de contacto y gotitas;
 - iii. Evaluar las condiciones de riesgo de contagio para Covid-19, previo a la selección del equipo evaluador;
 - iv. Contar con sistemas y plataformas Telemáticas disponibles y seguras para el proceso de evaluación del prestador;
 - v. Contar con Firma electrónica avanzada en correcto funcionamiento;
- c) **PREVIÉNESE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS Y PRESTADORES INSTITUCIONALES INTERESADOS** que, si esta Intendencia constatare, por cualquier medio, que la Entidad o el prestador interesado no dan debido cumplimiento a todas las condiciones antes señaladas, el procedimiento respectivo podrá, en cualquier momento, ser suspendido o declarado desierto, a menos que estime que otras medidas puedan asegurar de mejor manera la debida ejecución del procedimiento.

1.3.4. De la SEGURIDAD DE LA INFORMACION:

Al igual que en los procesos regulares, las Entidades deben dar cumplimiento al debido resguardo de la información recabada en los procesos designados, debiendo tomar las medidas necesarias en cuanto a los sistemas electrónicos a utilizar y su expediente, en razón de la metodología "híbrida" a utilizar (presencial y telemática) de las constataciones y evaluaciones. Por tal motivo, a este procedimiento especial y transitorio, en adelante, también podrá denominarse **"PROCEDIMIENTO HÍBRIDO DE ACREDITACIÓN"**;

1.4. DEL PROCEDIMIENTO HÍBRIDO DE ACREDITACIÓN: ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO

I. Primera Etapa: PLANIFICACION DE LA EVALUACION DEL PRESTADOR

Una vez que se haya designado a la Entidad que deberá realizar el procedimiento de evaluación del prestador, tras el cumplimiento de las normas anteriores y de los requisitos y plazos regulares, la Entidad deberá proceder de la siguiente forma:

- a) Solicitar al prestador una **reunión de coordinación** del procedimiento de evaluación, la que se ejecutará vía Telemática;
- b) En dicha reunión deben estar presentes, a lo menos:
 - i. Por el Prestador:
 - Su representante legal del prestador;

- Su Director(a) Médico; y
- Su Encargado(a) de Calidad;

ii. Por la Entidad Acreditadora:

- Su representante legal; y
- Su Director Técnico;

c) Los objetivos de la antedicha reunión serán:

- i. Que la Entidad explique al prestador la modalidad de evaluación señalada en el presente procedimiento y las diferencias relacionadas con los procedimientos de acreditación anteriores a la pandemia;
 - ii. Establecer los requerimientos para una adecuada evaluación conforme a esa nueva normativa, especialmente, en relación a medios tecnológicos a utilizar, infraestructura o requerimientos especiales a implementar por el prestador a esos efectos, para las actividades presenciales de la Entidad, tales como requisitos de los espacios físicos a utilizar por la Entidad en ellos, los que deberán ser amplios y contar con ventilación adecuada;
 - iii. Concordar los mails de comunicación formal y los sistema o plataformas para el envío de los documentos y la información del proceso (tales como, utilización de la nube, disco duro, pendrive, zoom u otros similares);
 - iv. La Entidad informará la forma y formato en que el prestador deberá entregar la información requerida, sobre la o las fechas de entrega, y sobre la designación de responsables por punto de verificación de los documentos enviados, incluyendo su Rut, profesión, celular o anexo, todo ello conforme al Anexo 1 de la presente Circular;
 - v. La Entidad informará que se dejará registro de la documentación enviada y recibida según las condiciones establecidas en esta reunión;
 - vi. De todo lo anterior se dejará constancia en un acta, documento que será firmado y aprobado por las partes y digitalizado;
- d) La Entidad, en su oportunidad, deberá verificar que los referentes señalados por el prestador, en el Punto de Verificación como responsables del documento, corresponden a funcionarios y profesionales que efectivamente cumplen con funciones en dicho punto de verificación;
- e) **Sobre el Cronograma del procedimiento de evaluación en terreno en estos procedimientos:**
- i. La Entidad deberá elaborar y enviar el Cronograma del procedimiento de evaluación en terreno, según las instrucciones contenidas en la Circular IP/N°37, de 31 mayo de 2017,

modificada por la Circular IP/Nº44, de 12 de marzo de 2020, y cumpliendo, además, el formato señalado en el **Anexo 2** de la presente Circular;

- ii. Si por cualquier causa derivada de la evolución de la pandemia COVID-19 o por **modificaciones introducidas al "Plan Paso a Paso"** del Ministerio de Salud, se tuviere que modificar **cualquiera de los contenidos del Cronograma** enviado a esta Intendencia, o el que ya estuviere fiscalizado y aprobado, la Entidad Acreditadora deberá comunicar a esta Intendencia una propuesta de modificaciones al Cronograma, destinadas a superar el problema de que se trate, a la brevedad posible;
- iii. Si en tales casos, la Entidad Acreditadora no procediere de esa forma, esta Intendencia **dictará, de oficio, las medidas que estime necesarias, sin perjuicio de la apertura del correspondiente procedimiento sancionatorio** por dicha omisión, si lo estimare pertinente. Asimismo, en tales casos el prestador institucional interesado podrá también solicitar la modificación del respectivo Cronograma;
- iv. Las reglas señaladas en los numerales **ii.** y **iii.** precedentes, se aplicarán también a los procedimientos de acreditación, reacreditación y verificación de Planes de Corrección que se ejecuten conforme a las normas de los procedimientos regulares (o **no "híbridos"**);

II. Segunda Etapa: REVISION Y EVALUACION DE DOCUMENTOS RECIBIDOS POR LA ENTIDAD POR VIA TELEMATICA

- a) Una vez que el prestador envíe los documentos, o a medida que son enviados dentro de lo programado y los plazos exigidos en la Circular IP/Nº37, la Entidad deberá distribuir tales documentos, de acuerdo al cronograma aprobado y a los evaluadores que corresponda, para su revisión y posterior evaluación a través de la Vía señalada y acordada en la reunión de coordinación señalada en el numeral **I** de la etapa precedente;
- a) **Reunión de inicio:** La EA deberá realizar una reunión vía telemática, de inicio del procedimiento de evaluación, para cumplir con las exigencias señaladas en la Circular IP/Nº37;
- b) La EA deberá dejar registro del inicio y termino de dicha reunión efectuada vía telemática, a través de una grabación de la misma, si el sistema lo permite, y mediante un acta aprobada por las partes y digitalizada, que contenga la hora de inicio y de término;
- c) De acuerdo al cronograma aprobado, cada evaluador tomará contacto con el referente del prestador y procederá a la revisión del documento correspondiente. Dicho documento debe ser leído por completo por dicho evaluador, e inmediatamente describir los puntos relevantes relativos a las exigencias del Elemento Medible del Estándar, para el posterior

análisis del equipo evaluador y del Director Técnico, dejando registro de la identificación del documento y una breve descripción del mismo;

- d) Para la revisión del documento evaluado, el evaluador deberá, compartir pantalla, o efectuarlo a través de un procedimiento equivalente, todo ello **en forma sincrónica**, revisando con el responsable designado por el prestador y aclarar inmediatamente, o a la brevedad las dudas que se le planteen;
- e) El referente del prestador debe ser siempre el mismo designado por el prestador como responsable del documento en el Punto de Verificación respectivo, el que debe estar identificado en el Cronograma aprobado por el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia;
- f) Al momento de la evaluación de todo documento, y a modo de respaldo de haberla ejecutado, se deberá dejar constancia en la página o parte del documento donde se encuentre el atributo exigido por el respectivo Elemento Medible de la Pauta de Cotejo del Estándar, **la firma digital avanzada o simple** del evaluador o la Entidad respectiva, todo ello según los requerimientos de la Circular IP/Nº37, tales como el nombre del evaluador, de la entidad acreditadora y de la fecha de la evaluación;
- g) Debido a que se trata de un **procedimiento excepcional** de evaluación, los documentos que sean evaluados por vía Telemática sincrónica, dentro de lo programado en el cronograma y enviados según lo señalado en el **Anexo 1** del presente procedimiento, **se entenderán, para todos los efectos legales, como "evaluados en el respectivo Punto de Verificación (PV)";**
- h) En caso que ocurran interrupciones durante la evaluación debido a causas tecnológicas, tales como caídas del sistemas o fallas de internet, se debe reprogramar la evaluación, según acuerdo de las partes, para continuar la evaluación e informar a la Intendencia la reprogramación respectiva y toda modificación que se efectúe al Cronograma aprobado;
- i) Siempre se deberá dejar registro grabado de lo evaluado y del acta de acuerdo sobre toda clase de reprogramaciones;
- j) En caso que la evaluación deba exceder el tiempo originalmente programado, la Entidad deberá realizar una nueva programación bajo las mismas condiciones señaladas en los dos literales anteriores;
- k) Para efectos del correcto desarrollo del proceso de evaluación y de su transparencia, la Entidad deberá asegurar que el evaluador que evalúe un documento en la modalidad telemática sincrónica, señalada en el literal **d)** precedente, **sea el mismo** profesional evaluador que evaluará la respectiva Característica o Elemento Medible en el Punto de Verificación (PV) en la fase de la evaluación en terreno posteriormente;
- l) Debe tenerse presente que la evaluación de los indicadores con sus informes y fuentes primarias, así como las otras constataciones que no correspondan a los protocolos enviados en forma previa a la evaluación presencial, tales como entrevistas, revisión de fichas clínicas y otras

verificaciones similares del Estándar respectivo, **DEBEN** realizarse en terreno en forma presencial, con las medidas de seguridad establecidas en el presente procedimiento en el **Anexo 3**.

III. Tercera Etapa: CONSTATAIONES PRESENCIALES

- a) Una vez evaluados los documentos y de acuerdo al cronograma, la Entidad deberá presentarse en las dependencias del prestador para la ejecución de las constataciones necesarias relativas al resto de los Elementos Medibles de las Características del Estándar a evaluar;
- b) Atendiendo a la estructura y complejidad del prestador, o a las reprogramaciones que se formulen respecto del Cronograma aprobado, la evaluación de algunos documentos del prestador podrá ejecutarse en forma paralela a la evaluación Presencial.
- c) El prestador deberá facilitar una sala o lugar para que el equipo evaluador y el Director Técnico de la Entidad, puedan desarrollar la coordinación del trabajo de la evaluación y otros, especio que deberá cumplir con los resguardos sanitarios correspondientes;
- d) Se debe tener presente que el Director Técnico deberá cumplir las mismas funciones y obligaciones instruidas y descritas en la Circular IP/N°37, por lo que debe estar presente durante todo el proceso de evaluación presencial y telemática;
- e) Los evaluadores deberán concurrir a los Puntos de Verificación (PV) en el sector establecido por el prestador, con los referentes designados de dando cumplimiento al "Protocolo de seguridad de Constatación en terreno" (**Anexo 3**);
- f) La visita en los Puntos de Verificación no deberá ser superior a 3 horas, con descansos o intermedios de al menos 2 por jornada (AM o PM) para la debida ventilación y sanitización del lugar, según el procedimiento señalado en el (**Anexo 3**);
- g) La colación o almuerzo de los evaluadores se efectuará según lo acordado con el prestador de la forma que sea más segura para los evaluadores;
- h) La evaluación en el Punto de Verificación debe ejecutarse con el evaluador y el referente designado, con **aforo máximo de dos personas**, sin perjuicio que, eventualmente, el Director Técnico de la Entidad, también podrá presenciar la evaluación en ese espacio, además de esas dos personas, cumpliendo con las instrucciones de la Circular IP/N°37 y los resguardos señalados en el Anexo 3;
- i) La sala de trabajo asignada a la Entidad y los espacios designados en los Puntos de Verificación, así los designados para las entrevistas de evaluación, deben asegurar el debido distanciamiento físico de 1,5 mts., entre las personas, así como la ventilación y desinfección del lugar;

- j) El evaluador deberá cumplir con la exigencia del timbraje de los respaldos evaluados para las constataciones presenciales realizadas en los puntos de verificación, según las instrucciones de la Cir. IP N°37.
- k) **Reunión de cierre:** La EA deberá realizar la reunión de cierre de acuerdo a las exigencias de la Circular IP/N°37, procurando que no debe durar más de 30 minutos a 1 hora, si es presencial con aforo mínimo permitido y elaborar acta con firma de la parte y digitalizada;
- l) **Reuniones extraordinarias:** estas se podrán programar por Vía Telemática entre el Director Técnico y el referente designado por el prestador dentro del horario designado para la evaluación en terreno, el que no puede exceder el horario o jornada habitual del prestador. Si ella se efectuare en forma es presencial, deberá cumplir con las exigencias de aforo mínimo y tiempo de exposición señalados en el Anexo 3.

IV. ELABORACIÓN DE INFORME DE ACREDITACIÓN

- a) La Entidad Acreditadora y el equipo evaluador deberán analizar la información recabada en terreno y dejar constancia en actas internas, de las observaciones, dudas y conclusiones;
- b) Si resultare necesario volver presencialmente al prestador o solicitarle cualquier información adicional, se deberá priorizar recabar la información mediante vía telemática o electrónica, de lo que se deberá informar al Subdepartamento de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, debiendo grabarse y dejar acta de la ejecución de dicha diligencia y reunión, si hubiere sido necesaria, y de sus acuerdos;
- c) El Director Técnico consolidará la información y elaborará el informe de Acreditación, de acuerdo a las normas regulares y al formato instruido por esta Intendencia;
- d) El envío del Informe de acreditación deberá cumplir las instrucciones vigentes a la fecha y señaladas en la Circular IP/N°48 de agosto del 2020.

2. SE PREVIENE que, ante situaciones no previstas en la normativa permanente relativas a los procedimientos de acreditación, reacreditación, de evaluación de los Planes de Corrección, o en la del "Procedimiento Híbrido", regulado en el numeral 1.4. precedente, que se desarrollen durante la vigencia del estado de Alerta Sanitaria establecido por el Decreto Supremo N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, esta Intendencia podrá siempre dictar instrucciones particulares o generales, así como adoptar las medidas que estime necesarias, las que serán obligatorias para las Entidades Acreditadoras y los prestadores institucionales interesados y que se estimen necesarias para asegurar la regularidad de tales procedimientos y el debido logro de los objetivos del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud en tales procedimientos. Las instrucciones y medidas particulares que afecten a uno de tales procedimientos, podrán ordenarse por medios electrónicos y comunicadas por correos electrónicos a los interesados en tales procedimientos, lo que se estimará suficiente para la validez de su notificación.

3. **SE REITERA** que, ante cada situación particular o problema que se presente a un prestador institucional o a una Entidad Acreditadora, vinculado a la ejecución de las instrucciones antes señaladas o a las situaciones derivadas de la pandemia de Coronavirus COVID-19, la Intendencia de Prestadores resolverá lo que corresponda en cada caso, en mérito a los hechos invocados y antecedentes justificativos.
4. **PREVIÉNESE** que el incumplimiento de cualesquiera de las normas precedentemente señaladas, podrá dar lugar a la instrucción de los procedimientos de fiscalización y sanción que correspondan, así como que siempre que se constatare, por cualquier medio, que la Entidad o el prestador interesado no dan debido cumplimiento a todas las condiciones antes señaladas, esta Intendencia podrá, en cualquier momento, ordenar la suspensión del procedimiento o declararlo desierto, a menos que estime que otras medida, según el caso, pudiere asegurar la debida ejecución del procedimiento.
5. **RATIFÍCASE LA VIGENCIA** del Oficio Circular IP/Nº13, de 12 de agosto de 2020, que instruye a las Entidades Acreditadoras sobre el alcance retrospectivos de las mediciones y constataciones para determinadas características y elementos medibles en los procesos de reacreditación que indica.
6. **TÉNGASE PRESENTE** que la fecha de inicio de los procedimientos de designación aleatoria de Entidades Acreditadoras para la ejecución de los procedimientos a que se refiere la presente Circular, se comunicará a las Entidades Acreditadoras y prestadores interesados mediante correo electrónico, y que durante la vigencia del estado de Alerta Sanitaria establecido por el Decreto Supremo Nº4, de 2020, del Ministerio de Salud **tales procedimientos se ejecutarán en cualquier día de la semana** que esta Intendencia designe en la resolución respectiva.
7. **VIGENCIA:** La presente Circular entrará en vigencia a contar de su notificación a cada una de las Entidades Acreditadoras, por correo electrónico, dirigido al correo que tenga registrado su representante legal ante esta Intendencia.
8. **NOTIFÍQUESE** a los Representantes Legales de las Entidades Acreditadoras por carta certificada.

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




CARMEN MONSALVE BENAVIDES
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

TÉNGASE PRESENTE, en cumplimiento del Artículo 41 de la Ley N°19.880, que la presente circular es susceptible de los recursos administrativos de reposición y jerárquico. El recurso de reposición deberá interponerse ante esta Intendencia dentro del plazo de 5 días hábiles siguientes a su notificación y, en subsidio, podrá interponerse el recurso jerárquico. Si sólo se dedujere este último recurso, deberá interponerse para ante el Superintendente, dentro del plazo de 5 días hábiles. Asimismo, cualquier interesado podrá solicitar aclaración de la presente resolución.

Adjunta:

- Anexos 1, 2 y 3 señalados precedentemente.



JGM/CSR/HOG

Distribución:

- Representantes Legales de las Entidades Acreditadoras (a sus correos registrados)
- Director (S) Instituto de Salud Pública de Chile
- Jefa de la Sección Fiscalización de Laboratorios Clínicos del ISP
- Superintendente de Salud
- Fiscal
- Jefa Subdepartamento de Fiscalización en Calidad IP
- Jefa (S) Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Jefe Subdepartamento de Sanciones
- Encargado Unidad de Apoyo Legal IP
- Analistas del Subdepartamento de Fiscalización en Calidad IP
- Analistas del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Analistas del Subdepartamento de Sanciones IP
- Oficina de Partes
- Archivo

ANEXOS

ANEXO I Solicitud de documentos al prestador

- a) Deben ser enviados o subidos a una nube por el prestador dentro de la fecha acordada.
- b) En formato Adobe Pdf XI de preferencia.
- c) Debe considerarse en la solicitud, la forma y disponibilidad de la información por parte del prestador en caso de que alguno de los respaldos requeridos no sea posible su disposición en formato PDF (archivadores, libros, sistemas digitales, etc.)
- d) Se debe asegurar que el envío de la información, de cuenta de los puntos de verificación que aplican por EM.
- e) Tener presente, que en el caso de que la "fórmula del indicador y su umbral" no vienen en los protocolos enviados, se podrán requerir al momento de la evaluación en la fase TST.

DOCUMENTOS DEL ESTANDAR DE ATENCIÓN CERRADA.

| Ámbito/Característica | Elemento medible | Documentos Contemplados En El Estándar General De Acreditación Para Prestadores Institucionales De Atención Cerrada | Aprobados por la SdS |
|-----------------------|------------------|---|----------------------|
| Dignidad del Paciente | DP 1.2 | 1°EM Documento Que Describe El Procedimiento De Gestión De Los Reclamos. | Cir. IP 37 |
| | DP 1.3 | 1°EM Designación Del Responsable Evaluación De Los Derechos De Los Pactes | Comité |
| | | 2°EM Sistema De Evaluación De Los Derechos De Los Pacientes | Comité |
| | DP 2.1 | 1°EM Documento Que Describe La Obtención Del Consentimiento Informado. | Cir. IP 37 |
| | DP 3.1 | 1°EM Documento Que Describe La Obligación De Someter A Aprobación Ética Todas Las Investigaciones En Seres Humanos. | Cir. IP 37 |
| | DP 4.1 | 1°EM Convenio Docente Asistencial | Comité |
| | DP 4.2 | 1° EM Documento Donde Se Establece Los Procedimientos Y/O Actividades Que Pueden Ejecutar Los Alumnos (PV) | Comité |
| | | 2° EM Nivel De Supervisión (PV) | Comité |

| | | | | |
|-----------------------|----------|-------|---|------------|
| | | 3°EM | Programa De Supervisión De Las Actividades Que Pueden Ejecutar Los Alumnos. | Cir. IP 37 |
| | DP 5.1 | 1°EM | Identificación Formal Del Comité De Ética | Comité |
| | | 2°EM | Documento Que Describe Las Situaciones Que Deben Someterse Y El Procedimiento Para La Presentación De Casos Al Comité De Ética. | Cir. IP 37 |
| Gestión de la Calidad | CAL 1.1 | 1°EM | Documento Que Describe La Política De Calidad De La Institución. | Cir. IP 37 |
| | | 2°EM | Designación Responsable Del Programa | Comité |
| | | 3°EM | Documento Que Define El Programa De Calidad. | Cir. IP 37 |
| | | 4° EM | Informe Que Da Cuenta De La Evaluación Anual Programa De Calidad | Comité |
| | CAL 1.2 | 1°EM | Designación De Los Responsables De Calidad Por PV | Comité |
| | | 2°EM | Metas De Calidad | Comité |
| Gestión Clínica | GCL 1.1 | 1°EM | Documento Que Describe El Procedimiento De Evaluación Preadnestésica. | Cir. IP 37 |
| | GCL 1.2 | 1°EM | Documento Que Describe Los Procedimientos De Atención De Enfermería. | Cir. IP 37 |
| | GCL 1.3 | 1°EM | Documento Que Describe El Procedimiento De La Evaluación Y Manejo Del Dolor Agudo. | Cir. IP 37 |
| | GCL 1.4 | 1°EM | Documento Que Describe El Protocolo De Reanimación Cardiopulmonar. | Cir. IP 37 |
| | GCL 1.5 | 1°EM | Documento Que Describe Los Criterios De Ingreso Y Egreso A Unidades De Paciente Crítico. | Cir. IP 37 |
| | GCL 1.6 | 1°EM | Documento Que Describe Los Criterios De Indicación De Cesárea. | Cir. IP 37 |
| | GCL 1.7 | 1°EM | Documento Que Describe Los Criterios De Indicación Médica De Transfusión. | Cir. IP 37 |
| | GCL 1.8 | 1° EM | Identificación Formal Del Comité Oncológico | Comité |
| | GCL 1.9 | 1°EM | Documento Que Describe El Procedimiento De Contención Física. | Cir. IP 37 |
| | GCL 1.10 | 1°EM | Documento Que Describe Los Criterios De Ingreso, Egreso Y Derivación De Pacientes Con Intento De Suicidio. | Cir. IP 37 |
| | GCL 1.11 | 1°EM | Documento Que Describe El Procedimiento De Registro, Rotulación, Traslado Y Recepción De Biopsias. | Cir. IP 37 |
| | GCL 1.12 | 1°EM | Documento Que Describe El Proceso De Identificación De Pacientes. | Cir. IP 37 |
| | GCL 1.13 | 1°EM | Documento Que Describe El Procedimiento De Manejo De Uso De Anticoagulantes Orales. | Cir. IP 37 |
| | GCL 2.1 | 1°EM | Documento Que Describe Las Medidas De Prevención De Eventos Adversos Asociados A Procesos Quirúrgicos | Cir. IP 37 |

| | | | | |
|--|---------|------------|--|------------|
| | GCL 2.2 | 1°EM | Documento Que Describe Las Medidas De Prevención De Eventos Adversos Asociados A Procesos Asistenciales | Cir. IP 37 |
| | GCL 2.3 | 1°EM | Documento Que Describe El Sistema De Vigilancia De Eventos Adversos Asociados A La Atención | Cir. IP 37 |
| | GCL 3.1 | 1°EM | Comité De IAAS , Sus Integrantes Y Ámbito De Acción | Comité |
| | | 2°EM | Designación Del Medico Y Enfermera Encargados Del Programa De IAAS, Capacitación (Mínimo Curso De 80hrs) Descripción De Funciones Y Tiempo Asignado | Comité |
| | | 3°EM | Constatación Funcionamiento Del Comité (3 Actas) | Comité |
| | GCL 3.2 | 1°EM | Documento Que Describe El Sistema De Vigilancia De IAAS. | Cir. IP 37 |
| | GCL 3.3 | 1°EM | Documento Que Describe Las Medidas De Control Y Prevención De Las IAAS. | Cir. IP 37 |
| Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención | AOC 1.1 | 1°EM | Documento Que Describe El Sistema De Alerta Y Organización En Caso De Emergencia. | Cir. IP 37 |
| | AOC 1.2 | 1°EM | Documento Que Describe El Sistema De Categorización De Pacientes. | Cir. IP 37 |
| | AOC 1.3 | 1°EM | Documento Que Describe El Procedimiento De Notificación De Las Situaciones O Resultados Críticos. | Cir. IP 37 |
| | AOC 2.1 | 1°EM | Documento Que Describe Los Elementos Relacionados Con La Derivación De Pacientes. | Cir. IP 37 |
| | AOC 2.2 | 1°EM | Documento Que Describe El Sistema De Entrega De Turnos. | Cir. IP 37 |
| Competencias del Recurso Humano | RH 1.1 | 1° a 4°EM | Listado De RRHH | Comité |
| | RH 1.2 | 1° A 22°EM | | Comité |
| | RH 1.3 | 1° a 2° EM | | Comité |
| | RH 2.1 | 1°EM | Programa De Inducción. | Cir. IP 37 |
| | RH 2.2 | 1°EM | Programa De Orientación. | Cir. IP 37 |
| | RH 3.1 | 1°EM | Programa De Capacitación. | Cir. IP 37 |
| | RH 4.1 | 1°EM | Designación Del Responsable | Comité |
| | | 2°EM | Programa De Control De Riesgos. | Cir. IP 37 |
| | RH 4.2 | 1°EM | Documento Que Describe El Procedimiento Para El Manejo De Accidentes Del Personal Con Material Contaminado Con Sangre, Fluidos Corporales Y Sustancias Peligrosas. | Cir. IP 37 |
| | RH 4.3 | 1°EM | Programa De Vacunación Del Personal. | Cir. IP 37 |
| Registros | REG 1.1 | 1°EM | Documento Que Describe La Existencia De Ficha Clínica Única Individual Y Su Manejo. | Cir. IP 37 |

| | | | | |
|--------------------------------|--|---------|---|---|
| | REG 1.2 | 1°EM | Documento Que Describe Los Registros Clínicos. | Cir. IP 37 |
| | REG 1.3 | 1°EM | Documento Que Describe Los Informes De Prestaciones Que Deben Ser Entregados Al Paciente. | Cir. IP 37 |
| | REG 1.4 | 1°EM | Documento Que Describe Los Procedimientos De Entrega, Recepción Y Conservación De Fichas Clínicas. | Cir. IP 37 |
| Seguridad del Equipamiento | EQ 1.1 | 1°EM | Documento Que Describe El Procedimiento De Adquisición De Equipamiento. | Cir. IP 37 |
| | EQ 1.2 | 1°EM | Documento Que Describe Un Sistema Del Seguimiento De Vida Útil De Equipamiento Relevante. | Cir. IP 37 |
| | | 2°EM | Informe Anual De Las Necesidades De Reposición De Equipos | Comité |
| | EQ 2.1 | 1°EM | Designación Del Responsable Del Programa De MP | Comité |
| | | 2°EM | Programa De Mantenimiento Preventivo Del Equipamiento. | Cir. IP 37 |
| | EQ 2.2 | 1°EM | Programa De Mantenimiento Preventivo De Equipos Relevantes Para La Seguridad De Los Pacientes En Las Unidades De Apoyo. | Cir. IP 37 |
| | EQ 3.1 | 1°EM | Documento Que Describe El Perfil Técnico O Profesional Del Personal Autorizado Para Operar Equipos Relevantes. | Cir. IP 37 |
| Seguridad de las Instalaciones | INS 1.1 | 1°EM | Designación Del Responsable | Cir. IP 37 |
| | | 2°EM | Documento Que Describe El Plan De Prevención De Incendios. | Comité |
| | | 3°EM | Informe Evaluación De Riesgo De Bomberos (Quinquenal) | Comité |
| | | 4°EM | Análisis De Los Resultados Del Informe De Evaluación Y Decisiones Adoptadas | Comité |
| | INS 2.1 | 1°EM | Designación De Responsable Plan De Evacuación | Comité |
| | | 2°EM | Documento Que Describe El Plan De Evacuación. | Cir. IP 37 |
| | INS 2.2 | 1°EM | Designación De Responsable (Señalética) | Comité |
| | INS 3.1 | 1°EM | Designación De Responsable (Mantenimiento Preventivo Instalaciones) | Comité |
| | | 2°EM | Programa De Mantenimiento Preventivo De Instalaciones. | Cir. IP 37 |
| | INS 3.2 | 1°EM | Designación De Responsable (Plan De Contingencia En Caso De Interrupción Del SE Y AP) | Comité |
| | | 2°EM | Documento Que Describe El Plan De Contingencia En Caso De Interrupción Del Suministro Eléctrico. | Cir. IP 37 |
| | Servicios de Apoyo – Laboratorio Clínico | APL 1.2 | 1°EM | Documento Que Describe Los Procedimientos Relacionados Con El Proceso De Toma De Muestra Y Su Traslado. |
| APL 1.3 | | 1°EM | Documento Que Describe Los Procedimientos Respecto De Los Procesos De Las Etapas Analíticas Y Post Analíticas. | Cir. IP 37 |

| | | | | |
|--|---------|------|---|------------|
| | APL 1.4 | 1°EM | Registros De Participación Programas De Calidad En Todas Las Áreas Del Prestador | Comité |
| | | 2°EM | Documento De Análisis Y Acciones De Mejoras De Los Incumplimientos | Comité |
| | APL 1.5 | 1°EM | Documento Que Describe Las Condiciones De Bioseguridad En Todas Las Etapas Del Proceso. | Cir. IP 37 |
| Servicios de Apoyo - Farmacia | APF 1.1 | 1°EM | Compra De Prestaciones A Prestadores Formalizados Por As Competente | Comité |
| | | 1°EM | Formalización Comité De Farmacia | Comité |
| | APF 1.2 | 2°EM | Documento Que Describe El Procedimiento De Adquisición De Medicamentos. | Cir. IP 37 |
| | | 3°EM | Documento Que Describe El Procedimiento De Adquisición De Insumos. | Cir. IP 37 |
| | | 4°EM | Respaldo De Participación Técnica De Usuarios De Medicamentos | Comité |
| | | 5°EM | Respaldo De Participación Técnica De Usuarios De Insumos | Comité |
| | APF 1.3 | 1°EM | Designación Responsable Stock Mínimo | Comité |
| | | 2°EM | Documento Que Define El Stock Mínimo De Medicamentos E Insumos. | Cir. IP 37 |
| | | 3°EM | Documento Que Describe El Sistema De Reposición Del Stock Mínimo. | Cir. IP 37 |
| | APF 1.4 | 1°EM | Documento Que Describe Los Procedimientos De Farmacia. | Cir. IP 37 |
| | APF 1.5 | 1°EM | Documento Que Describe Los Procedimientos Relacionados Con Medicamentos. | Cir. IP 37 |
| | APF 1.6 | 1°EM | Documento Que Describe El Procedimiento De Preparación, Almacenamiento, Distribución Y Desecho De Medicamentos Antineoplásicos. | Cir. IP 37 |
| | APF 1.7 | 1°EM | Documento Que Describe El Procedimiento De Elaboración, Almacenamiento Y Disposición De Fórmulas De Nutrición Parenteral. | Cir. IP 37 |
| Servicios de Apoyo - Esterilización | APE 1.1 | 1°EM | Compra Prestaciones A Prestadores Acreditados | Comité |
| | APE 1.3 | 1°EM | Documento Que Describe Los Métodos De Esterilización Y Desinfección. | Cir. IP 37 |
| | APE 1.4 | 1°EM | Documento Que Describe El Procedimiento De Almacenamiento De Material Estéril. | Cir. IP 37 |
| | APE 1.5 | 1°EM | Documento Que Describe El Procedimiento De Desinfección De Alto Nivel. | Cir. IP 37 |
| Servicios de Apoyo - Transporte de Pacientes | APT 1.1 | 1°EM | Compra Prestaciones A Prestadores Acreditados | Comité |
| | APT 1.2 | 1°EM | Documento Que Describe Procedimientos Relacionados Con El Transporte De Pacientes. | Cir. IP 37 |
| Servicios de Apoyo - Diálisis | APD 1.1 | 1°EM | Compra Prestaciones A Prestadores Acreditados | Comité |

| | | | | |
|--|----------------------|------|--|------------|
| | APD 1.2 | 1°EM | Documento Que Describe Los Procedimientos De Hemodiálisis, Peritoneo Diálisis Y Sistema De Registros Estandarizados. | Cir. IP 37 |
| | APD 1.3 | 1°EM | Programa De Capacitación A Pacientes Y/O Familiares En Peritoneo Diálisis. | Cir. IP 37 |
| | APD 1.4 | 1°EM | Programa De Control De Calidad Del Agua Tratada Para Hemodiálisis. | Cir. IP 37 |
| Servicios de Apoyo – Radioterapia | APR 1.1 | 1°EM | Compra Prestaciones A Prestadores Acreditados | Comité |
| | APR 1.2 | 2°EM | Documento Que Describe Los Procedimientos De Radioterapia. | Cir. IP 37 |
| | APR 1.3 | 1°EM | Documento Que Describe El Sistema De Control De Calidad De La Radioterapia. | Cir. IP 37 |
| | APR 1.4 | 1°EM | Documento Que Describe Las Características De Los Registros Clínicos. | Cir. IP 37 |
| Servicios de Apoyo – Anatomía Patológica | APA 1.1 | 1°EM | Compra Prestaciones A Prestadores Acreditados | Comité |
| | APA 1.2 | 1°EM | Documento Que Describe Los Procesos De La Etapa Pre-Analítica. | Cir. IP 37 |
| | APA 1.3 | 1°EM | Documento Que Describe Los Procesos De La Etapa Analítica Y Post Analítica. | Cir. IP 37 |
| | APA 1.4 | 1°EM | Documento Que Describe Las Condiciones De Bioseguridad En Todas Las Etapas Del Proceso | Cir. IP 37 |
| Servicios de Apoyo – Quimioterapia | APQ 1.1 | 1°EM | Compra Prestaciones A Prestadores Acreditados | Comité |
| | APQ 1.2 | 1°EM | Documento Que Describe Protocolos De Tratamiento De Quimioterapia Y Sistema De Registros | Cir. IP 37 |
| | APQ 1.3 | 1°EM | Documento Que Describe Los Procedimientos Relacionados Con Quimioterapia | Cir. IP 37 |
| Servicios de Apoyo – Imagenología | API 1.1 | 1°EM | Compra Prestaciones A Prestadores Acreditados | Comité |
| | API 1.2 | 1°EM | Documento Que Describe Los Procedimientos Imagenológicos Que Conllevan Riesgos Para Los Pacientes. | Cir. IP 37 |
| | API 1.3 | 1°EM | Documento Que Describe Los Requisitos De La Solicitud De Examen Y Las Indicaciones Que Deben Entregarse Al Paciente Antes Y Después De Los Procedimientos. | Cir. IP 37 |
| Servicios de Apoyo – Kinesioterapia | APK 1.1 | 1°EM | Compra Prestaciones A Prestadores Acreditados | Comité |
| | APK 1.2 | 1°EM | Documento Que Describe Los Requisitos De Preparación Del Paciente Previo A La Ejecución De Procedimientos De Kinesioterapia Respiratoria. | Cir. IP 37 |
| | APK 1.3 | 1°EM | Documento Que Describe Las Contraindicaciones Para Ejecución De Procedimientos Específicos Y Prevención De Eventos Adversos Relacionados Con La Rehabilitación Kinésica. | Cir. IP 37 |
| Servicios de Apoyo – Transfusiones | APT _r 1.1 | 1°EM | Compra Prestaciones A Prestadores Acreditados | Comité |
| | APT _r 1.2 | 1°EM | Documento Que Describe Los Procedimientos Relacionados Con El Proceso De Transfusión. | Cir. IP 37 |

| | | | | |
|---|--------------|------|--|------------|
| | APTTr 1.3 | 2°EM | Designación De Responsables De La Trazabilidad De Los Componentes Sanguíneos | Comité |
| Servicios de Apoyo – Atención de Donantes | APDs 1.1 | 1°EM | Documento Que Describe Los Procedimientos De Donación De Sangre. | Cir. IP 37 |
| Servicios de Apoyo – Centro de Sangre | APCs 1.2 | 1°EM | Documento Que Describe Los Procedimientos Para La Entrega De Productos. | Cir. IP 37 |
| | APCs 1.4 | 2°EM | Responsable De Trazabilidad De Componentes Sanguíneos | Comité |

ESTANDAR DE ATENCIÓN ABIERTA

| Ámbito/Característica | | Elemento medible | Documentos contemplados en el Estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta | Aprobados por la SdS |
|-----------------------|---------|---|---|----------------------|
| Dignidad del Paciente | DP 1.2 | 1°EM | Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos. | Cir IP 37 |
| | | 1°EM | Se ha designado el responsable de la evaluación del respeto a los derechos de los pacientes. | Comité |
| | DP 1.3 | 2°EM | Se ha definido un sistema que evalúa el respeto a los derechos de los pacientes que incorpora la percepción de éstos. | Comité |
| | | 1°EM | Documento que describe la obtención del consentimiento informado. | Cir IP 37 |
| | DP 3.1 | 1°EM | Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos. | Cir IP 37 |
| | DP 4.1 | 1°EM | Existe convenio docente asistencial | Comité |
| | DP 4.2 | 1°EM | Procedimientos o actividades que pueden ejecutar los alumnos según carrera y nivel de formación. | Comité |
| | | 2°EM | Se ha definido el nivel de supervisión institucional requerido en cada caso. | Comité |
| | | 3°EM | Programa de supervisión de las actividades que pueden ejecutar los alumnos. | Cir IP 37 |
| | DP 5.1 | 1°EM | Se constata identificación formal del Comité de Ética del que dispone o al que puede acceder el prestador. | Comité |
| 2°EM | | Documento que describe el procedimiento para la presentación de casos al Comité de ética. | Cir IP 37 | |
| Gestión de la Calidad | CAL 1.1 | 1°EM | Documento que describe la política de calidad de la institución. | Cir IP 37 |
| | | 2°EM | Existe un profesional a cargo del Programa de Calidad a nivel institucional | Comité |
| | | 3°EM | Programa de calidad. | Cir IP 37 |
| | | 4°EM | Existe un informe que da cuenta de la evaluación anual, que incluye un análisis de los resultados obtenidos. | Comité |
| Gestión Clínica | GCL 1.1 | 1°EM | Documento que describe el procedimiento de evaluación pre anestésico. | Cir IP 37 |
| | GCL 1.2 | 1°EM | Documento que describe el sistema de selección de pacientes para ser sometidos a cirugía mayor ambulatoria. | Cir IP 37 |
| | GCL 1.3 | 1°EM | Documento que describe los procedimientos de atención de enfermería. | Cir IP 37 |
| | GCL 1.4 | 1°EM | Documento que describe el procedimiento de manejo de uso de anticoagulantes orales. | Cir IP 37 |
| | GCL 1.5 | 1°EM | Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar. | Cir IP 37 |

| | | | | |
|--|----------------|---------|---|-----------|
| | GCL 1.6 | 1°EM | Documento que describe los criterios de indicación médica de transfusión. | Cir IP 37 |
| | GCL 1.7 | 1° EM | Documento con identificación formal del Comité oncológico del que dispone o al que puede acceder el prestador. | Comité |
| | GCL 1.8 | 1°EM | Documento que describe el procedimiento de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias. | Cir IP 37 |
| | GCL 1.9 | 1°EM | Documento que describe el proceso de identificación de pacientes. | Cir IP 37 |
| | GCL 2.1 | 1°EM | Documento que describe las medidas de prevención de eventos adversos asociados a cirugía mayor ambulatoria. | Cir IP 37 |
| | GCL 2.2 | 1°EM | Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención. | Cir IP 37 |
| | GCL 3.1 | 1°EM | Documento que describe el sistema de vigilancia de infección de herida operatoria. | Cir IP 37 |
| | | 2°EM | Documento de carácter institucional donde se explicita sistema de vigilancia de infección de herida operatoria que incluye el procedimiento y criterios de notificación de acuerdo a orientaciones técnicas del Minsal. | Comité |
| | GCL 3.2 | 1°EM | Documento que describe las medidas de prevención de IAAS. | Cir IP 37 |
| Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención | AOC 1.1 | 1°EM | Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de emergencia. | Cir IP 37 |
| | AOC 1.2 | 1°EM | Documento que describe el procedimiento de notificación de las situaciones o resultados críticos. | Cir IP 37 |
| | AOC 2.1 | 1°EM | Documento que describe los elementos relacionados con la derivación de pacientes. | Cir IP 37 |
| Competencias del Recurso Humano | RH 1.1 | 1°EM | Habilitación profesional médicos permanentes | Comité |
| | | 2°EM | Habilitación profesional médicos transitorios | Comité |
| | | 3°EM | Habilitación profesional cirujanos dentistas permanentes | Comité |
| | | 4°EM | Habilitación profesional cirujanos dentistas transitorios | Comité |
| | RH 1.2 | 1° -22° | Habilitación profesionales y técnicos | Comité |
| | RH 1.3 | 1°EM | Registro especialidad médica | Comité |
| | | 2°EM | Registro especialidad odontológica | Comité |
| | RH 2.1 | 1°EM | Programa de inducción. | Cir IP 37 |
| | RH 2.2 | 1°EM | Programa de orientación. | Cir IP 37 |
| | RH 3.1 | 1°EM | Programa de capacitación. | Cir IP 37 |
| | RH 4.1 | 1°EM | Se ha designado al responsable institucional del Programa de Salud Laboral. | Comité |
| | | 2°EM | Programa de control de riesgos. | Cir IP 37 |
| | RH 4.2 | 1°EM | Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes del personal con material contaminado con sangre, fluidos corporales y sustancias peligrosas. | Cir IP 37 |
| Registros Clínicos | REG 1.1 | 1°EM | Documento que describe la existencia de ficha clínica única individual y su manejo. | Cir IP 37 |
| | REG 1.2 | 1°EM | Documento que describe las características de los registros clínicos. | Cir IP 37 |
| | | 1°EM | Documento que describe los informes que deben ser entregados al paciente respecto de las prestaciones realizadas. | Cir IP 37 |
| | REG 1.4 | 1°EM | Documento que describe los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas. | Cir IP 37 |

| | | | | |
|--|---------|--|---|-----------|
| Seguridad del Equipamiento | EQ 1.1 | 1°EM | Documento que describe el procedimiento de adquisición de equipamiento. | Cir IP 37 |
| | EQ 1.2 | 1°EM | Documento que describe un sistema del seguimiento de vida útil de equipamiento relevante. | Cir IP 37 |
| | | 2°EM | Existe un informe anual de las necesidades de reposición del equipamiento crítico. | Comité |
| | EQ 2.1 | 1°EM | Se ha designado el profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional. | Comité |
| | | 2°EM | Programa de mantenimiento preventivo del equipamiento. | Cir IP 37 |
| | EQ 2.2 | 1°EM | Programa de mantenimiento preventivo de equipos relevantes para la seguridad de los pacientes en las unidades de apoyo. | Cir IP 37 |
| | EQ 3.1 | 1°EM | Documento que describe el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar equipos relevantes. | Cir IP 37 |
| Seguridad de las Instalaciones | INS 1.1 | 1°EM | Se ha designado un responsable institucional del plan de prevención de incendios | Comité |
| | | 2°EM | Documento que describe el plan de prevención de incendios. | Cir IP 37 |
| | | 3°EM | Existe un informe de evaluación del riesgo de incendio, actualizado cada 5 años. | Comité |
| | | 4°EM | Existe un análisis de los resultados del informe de la evaluaciones y decisiones adoptadas al respecto. | Comité |
| | INS 2.1 | 1°EM | Se ha designado un responsable institucional del plan de evacuación | Comité |
| | | 2°EM | Documento que describe el plan de evacuación. | Cir IP 37 |
| | INS 2.2 | 1°EM | Se ha designado el responsable institucional del mantenimiento y actualización periódica de la señalética de las vías de evacuación. | Comité |
| | INS 3.1 | 1°EM | Se ha designado un responsable institucional del mantenimiento preventivo de las instalaciones. | Comité |
| | | 2°EM | Programa de mantenimiento preventivo de instalaciones. | Cir IP 37 |
| | INS 3.2 | 1°EM | Se ha designado el responsable institucional del plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico. | Comité |
| 2°EM | | Documento que describe el plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico. | Cir IP 37 | |
| Servicios de Apoyo – Laboratorio Clínico | APL 1.1 | 1° EM | Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados. | Comité |
| | APL 1.2 | 1°EM | Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado. | Cir IP 37 |
| | APL 1.3 | 1°EM | Documento que describe los procedimientos respecto de los procesos de las etapas analíticas y post analíticas. | Cir IP 37 |
| | APL 1.4 | 1°EM | Existen registros de participación en Programa de la Evaluación Externa de la Calidad | Comité |
| | | 2°EM | Se documenta análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo. | Comité |
| APL 1.5 | 1°EM | Documento que describe las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso. | Cir IP 37 | |
| Servicios de Apoyo – Farmacia | APF 1.1 | 1° EM | Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados. | Comité |

| | | | | |
|--|---------|---|--|------------------------|
| | APF 1.2 | 1°EM | Se constata que el suministro de Farmacia está respaldado por un Comité de Farmacia. * | Comité |
| | | 2°EM | Documento que describe el procedimiento de adquisición de medicamentos. | Cir IP 37 |
| | | 3°EM | Documento que describe el procedimiento de adquisición de insumos. | Cir IP 37 |
| | | 4°EM | Se constata: participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de medicamentos. | Comité |
| | | 5°EM | Se constata: participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de insumos. | Comité |
| APF 1.3 | 1°EM | Se describe en un documento(s) los siguientes procedimientos: a) Rotulación de medicamentos b) Envasado de medicamentos e insumos c) Despacho de medicamentos e insumos | Cir IP 37 | |
| APF 1.4 | 1°EM | Documento que describe los procedimientos relacionados con medicamentos. | Cir IP 37 | |
| APF 1.5 | 1°EM | Documento que describe el procedimiento de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos. | Cir IP 37 | |
| Servicios de Apoyo – Esterilización | APE 1.1 | 1° EM | Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados. | Comité |
| | APE 1.3 | 1°EM | Documento que describe los métodos de esterilización y desinfección. | Cir IP 37 |
| | APE 1.4 | 1°EM | Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril. | Cir IP 37 |
| | APE 1.5 | 1°EM | Documento que describe el procedimiento de desinfección de alto nivel. | Cir IP 37 |
| Servicios de Apoyo – Transporte de Pacientes | APT 1.1 | 1° EM | Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados. | Comité |
| | APT 1.2 | 1°EM | Documento que describe procedimientos relacionados con el transporte de pacientes. | Cir IP 37 Cir IP 37 |
| Servicios de Apoyo – Diálisis | APD 1.1 | 1° EM | Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados. | Comité |
| | APD 1.2 | 1°EM | Documento que describe los procedimientos de hemodiálisis, peritoneo diálisis y sistema estandarizado de registros. | Cir IP 37 |
| | APD 1.3 | 1°EM | Programa de capacitación a pacientes y/o familiares en peritoneo diálisis. | Cir IP 37 |
| Servicios de Apoyo – Radioterapia | APR 1.1 | 1° EM | Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados. | Comité |
| | APR 1.2 | 1°EM | Documento que describe los procedimientos de radioterapia. | Cir IP 37 |
| | APR 1.3 | 1°EM | Documento que describe el sistema de control de calidad de la radioterapia. | Cir IP 37 |
| | APR 1.4 | 1°EM | Documento que describe las características de los registros clínicos. | Cir IP 37 |
| Servicios de Apoyo – Anatomía Patológica | APA 1.1 | 1° EM | Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados. | Comité |
| | APA 1.2 | 1°EM | Documento que describe los procesos de la etapa pre-analítica. | Cir IP 37 |
| | APA 1.3 | 1°EM | Documento que describe los procesos de la etapa analítica y post analítica. | Cir IP 37 |
| | APA 1.4 | 1°EM | Documento que describe las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso | Cir IP 37 |

| | | | | |
|---|----------------------|-------|--|-----------|
| Servicios de Apoyo – Quimioterapia | APQ 1.1 | 1º EM | Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados. | Comité |
| | APQ 1.2 | 1ºEM | Documento que describe protocolos de tratamiento de quimioterapia y sistema de registros. | Cir IP 37 |
| | APQ 1.3 | 1ºEM | Documento que describe los procedimientos relacionados con quimioterapia. | Cir IP 37 |
| Servicios de Apoyo – Imagenología | API 1.1 | 1º EM | Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados. | Comité |
| | API 1.2 | 1ºEM | Documento que describe los procedimientos imagenológicos que involucran procedimientos invasivos. | Cir IP 37 |
| | API 1.3 | 1ºEM | Documento que describe los requisitos de la solicitud de examen y las indicaciones que deben entregarse al paciente antes y después de los procedimientos. | Cir IP 37 |
| Servicios de Apoyo – Kinesioterapia | APK 1.1 | 1º EM | Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados. | Comité |
| | APK 1.2 | 1ºEM | Documento que describe los requisitos de preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de kinesioterapia respiratoria. | Cir IP 37 |
| | APK 1.3 | 1ºEM | Documento que describe las contraindicaciones para ejecución de procedimientos específicos y prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica. | Cir IP 37 |
| Servicios de Apoyo – Medicina Transfusional | APT _r 1.1 | 1º EM | Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados. | Comité |
| | APT _r 1.2 | 1ºEM | Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de transfusión. | Cir IP 37 |
| | APT _r 1.3 | 2ºEM | Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos. | Comité |
| Servicios de Apoyo – Atención de Donantes | APDs 1.1 | 1ºEM | Documento que describe los procedimientos de donación de sangre. | Cir IP 37 |
| | APDs 1.2 | 2º EM | Documento con definición de los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos. | Comité |

ESTANDAR DE DIÁLISIS

| Ámbito/Característica | | Elemento medible | Documentos contemplados en el Estándar general de acreditación para prestadores institucionales de Diálisis | Aprobados por la SdS |
|------------------------------|---------|-------------------------|--|-----------------------------|
| Dignidad del Paciente | DP 1.2 | 1ºEM | Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos. | Cir IP 37 |
| | DP 2.1 | 1ºEM | Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos. | Cir IP 37 |
| | DP 3.1 | 1ºEM | Documento que describe el procedimiento para la presentación de casos al comité de ética. | Cir IP 37 |
| Gestión de la Calidad | CAL 1.1 | 1ºEM | Documento que describe la política de calidad de la institución. | Cir IP 37 |
| | | 2ºEM | Profesional a cargo del programa | Comité |

| | | | | |
|--|----------|---|---|-----------|
| | | 3°EM | de calidad a nivel Institucional. | Cir IP 37 |
| | | 4°EM | Existe un informe que da cuenta de | Comité |
| Gestión Clínica | GCL 1.1 | 1°EM | La evaluación anual | Cir IP 37 |
| | GCL 1.2 | 1°EM | Programa de capacitación del procedimiento de peritoneo diálisis a pacientes y/o familiares. | Cir IP 37 |
| | GCL 1.3 | 1°EM | Programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis. | Cir IP 37 |
| | GCL 1.4 | 1°EM | Documento que describe procedimientos de enfermería. | Cir IP 37 |
| | GCL 1.5 | 1°EM | Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar. | Cir IP 37 |
| | GCL 1.6 | 1°EM | Documento que describe los criterios de indicación médica de transfusión. | Cir IP 37 |
| | GCL 1.7 | 1°EM | Documento que describe procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado. | Cir IP 37 |
| | GCL 1.8 | 1°EM | Documento que describe el procedimiento de incorporación de nuevos fármacos. | Cir IP 37 |
| | | 2°EM | Documento que describe el procedimiento de incorporación de nuevos insumos. | Cir IP 37 |
| | | 3°EM | Se constata: Participación de los usuarios en la evaluación técnica de fármacos. | Comité |
| | | 4°EM | Se constata: Participación de los usuarios en la evaluación técnica de insumos. | Comité |
| | GCL 1.9 | 1°EM | Documento que describe procedimientos relacionados con medicamentos. | Cir IP 37 |
| | GCL 1.10 | 1°EM | Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril. | Cir IP 37 |
| | GCL 2.1 | 1°EM | Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención. | Cir IP 37 |
| GCL 3.1 | 1°EM | Documento que describe el sistema de vigilancia de infecciones del torrente sanguíneo asociada a accesos vasculares | Cir IP 37 | |
| GCL 3.2 | 1°EM | Documento que describe las medidas de prevención de IAAS | Cir IP 37 | |
| Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención | AOC 1.1 | 1°EM | Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de emergencia. | Cir IP 37 |
| | AOC 2.1 | 1°EM | Documento que describe los elementos relacionados con la derivación de pacientes. | Cir IP 37 |
| | AOC 2.2 | 1°EM | Documento que describe el sistema de entrega de turnos. | Cir IP 37 |
| Competencias del Recurso Humano | RH 1.1 | 1°EM | Habilitación profesional médicos permanentes | Comité |
| | | 2°EM | Habilitación profesional médicos transitorios | Comité |
| | RH 1.2 | 1° - 6° | Habilitación profesionales y técnicos | Comité |
| | RH 1.3 | 1°EM | Registro especialidad médica | Comité |

| | | | | |
|--------------------------------|---------|------|--|-----------|
| | RH 2.1 | 1°EM | Programa de orientación. | Cir IP 37 |
| | RH 3.1 | 1°EM | Programa de capacitación. | Cir IP 37 |
| | RH 4.1 | 1°EM | Se ha designado el responsable institucional del programa de salud laboral. | Comité |
| | | 2°EM | Documento de carácter institucional el programa de control de riesgos | Cir IP 37 |
| | RH 4.2 | 1°EM | Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes del personal con material contaminado con sangre o fluidos corporales. | Cir IP 37 |
| Registros | REG 1.1 | 1°EM | Documento que describe la existencia de ficha clínica única individual y su manejo. | Cir IP 37 |
| | REG 1.2 | 1°EM | Documento que describe las características de los registros clínicos. | Cir IP 37 |
| | REG 1.3 | 1°EM | Documento que describe los informes que deben ser entregados al paciente respecto de las prestaciones realizadas. | Cir IP 37 |
| Seguridad del Equipamiento | EQ 1.1 | 1°EM | Documento que describe el procedimiento de adquisición de equipamiento. | Cir IP 37 |
| | | 2°EM | Existe constancia de la participación del personal técnico y usuarios en la compra del equipamiento. | Comité |
| | EQ 1.2 | 1°EM | Documento que describe un sistema del seguimiento de vida útil de equipamiento relevante. | Cir IP 37 |
| | | 2°EM | Existe un informe anual de las necesidades de reposición del equipamiento crítico. | Comité |
| | EQ 2.1 | 1°EM | Se ha designado el profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional. | Comité |
| | | 2°EM | Programa de mantenimiento preventivo del equipamiento. | Cir IP 37 |
| Seguridad de las Instalaciones | INS 1.1 | 1°EM | Se ha designado un responsable institucional del plan de prevención de incendios. | Comité |
| | | 2°EM | Documento que describe el plan de prevención de incendios. | Cir IP 37 |
| | INS 2.1 | 1°EM | Se ha designado un responsable institucional del plan de evacuación. | Comité |
| | | 2°EM | Documento que describe el plan de evacuación. | Cir IP 37 |
| | INS 2.2 | 1°EM | Se ha designado el responsable institucional del mantenimiento y actualización periódica de la señalética de vías de evacuación del establecimiento. | Comité |
| | INS 3.1 | 1°EM | Se ha designado el responsable institucional del mantenimiento preventivo de las instalaciones. | Comité |
| | | 2°EM | Programa de mantenimiento preventivo de instalaciones. | Cir IP 37 |
| | INS 3.2 | 1°EM | Se ha designado el responsable institucional del del plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico. | Comité |
| | | 2°EM | Documento que describe el plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico. | Cir IP 37 |

| | | | | |
|--|----------|-------|--|--------|
| Servicios de Apoyo – Laboratorio Clínico | APL 1.1 | 1º EM | Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados. | Comité |
| Servicios de Apoyo – Esterilización | APE 1.1 | 1º EM | Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados. | Comité |
| Servicios de Apoyo – Transporte de Pacientes | APT 1.1 | 1º EM | Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados. | Comité |
| Servicios de Apoyo – Medicina Transfusional | APTr 1.1 | 1º EM | Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados. | Comité |

ESTÁNDAR DE LABORATORIO

| Ámbito/Característica | Elemento medible | Documentos contemplados en el Estándar general de acreditación para prestadores institucionales de Laboratorio | Aprobados por la SdS |
|-----------------------|------------------|---|----------------------|
| Dignidad del Paciente | DP 1.2 | 1ºEM Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos. | Cir IP 37 |
| | DP 2.1 | 1ºEM Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos. | Cir IP 37 |
| | DP 3.1 | 1ºEM Convenios docente asistenciales. | Comité |
| Gestión de la Calidad | CAL 1.1 | 1ºEM Documento que describe la política de calidad de la institución. | Cir IP 37 |
| | | 2ºEM Designación del responsable del programa | Comité |
| | | 3ºEM Programa de calidad. | Cir IP 37 |
| | | 4ºEM Informe que da cuenta de la evaluación anual del programa | Comité |
| Gestión de Procesos | GP 1.1 | 1ºEM Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica. | Cir IP 37 |
| | GP 1.2 | 1ºEM Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado. | Cir IP 37 |
| | GP 1.3 | 1ºEM Documento que describe los procedimientos de los procesos analíticos y post analítico. | Cir IP 37 |
| | GP 1.4 | 1ºEM Existen registros de participación en PEEC | Comité |
| | GP 1.5 | 1ºEM Documento que describe las condiciones de bioseguridad. | Cir IP 37 |
| | GP 1.6 | 1ºEM Documento que describe los procedimientos relacionados con precauciones estándar y uso de antisépticos. | Cir IP 37 |

| | | | | |
|--|---------|--|--|--|
| | | 1°EM | Documento que describe el procedimiento de adquisición de reactivos e insumos. | Cir IP 37 |
| | GP 1.7 | 2°EM | Se constata participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de los reactivos. | Comité |
| | | 3°EM | Se constata participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de los insumos. | Comité |
| | | GP 1.8 | 1°EM | Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril. |
| Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención | AOC 1.1 | 1°EM | Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia. | Cir IP 37 |
| | AOC 1.2 | 1°EM | Documento que describe el sistema de priorización de la atención de los pacientes. | Cir IP 37 |
| | AOC 1.3 | 1°EM | Documento que describe la notificación de resultados críticos. | Cir IP 37 |
| Competencias del Recurso Humano | RH 1.1 | 1°- 2°EM | Listado de RRHH | Comité |
| | RH 1.2 | 1° a 12°EM | | Comité |
| | RH 2.1 | 1°EM | Programa de orientación. | Cir IP 37 |
| | RH 3.1 | 1°EM | Programa de capacitación. | Cir IP 37 |
| | | 2°EM | Constancia de la actualización del personal de las tomas de muestra en RCP cada 5 años | Comité |
| | RH 4.1 | 1°EM | Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes relacionados con sangre o fluidos corporales de riesgo. | Cir IP 37 |
| 2°EM | | Registros implementados y en uso de los accidentes ocurridos. | Comité | |
| Registros | REG 1.1 | 1°EM | Documento que describe las características de los informes de resultado. | Cir IP 37 |
| | REG 1.2 | 1°EM | Documento que describe los procedimientos de entrega y conservación de informes de resultados. | Cir IP 37 |
| Seguridad del Equipamiento | EQ 1.1 | 1°EM | Documento que describe el procedimiento para la adquisición de equipamiento. | Cir IP 37 |
| | | 2°EM | Constancia de la participación del personal técnico y usuarios en la compra del equipamiento | Comité |
| | EQ 2.1 | 1°EM | Programa de mantenimiento preventivo de equipos. | Cir IP 37 |
| Seguridad de las Instalaciones | INS 1.1 | 1°EM | Designación del responsable institucional del plan de prevención de incendios. | Comité |
| | | 2°EM | Documento que describe el plan de prevención de incendios. | Cir IP 37 |
| | INS 2.1 | 1°EM | Designación responsable institucional del plan de evacuación | Comité |
| | | 2°EM | Documento que describe el plan de evacuación. | Cir IP 37 |
| | INS 2.2 | 1°EM | Designación responsable institucional del mantenimiento y actualización periódica de la señalética de vías de evacuación | Comité |
| | INS 3.1 | 1°EM | Designación de Responsable del mantenimiento preventivo de las instalaciones | Comité |
| 2°EM | | Documento que describe el mantenimiento preventivo de las instalaciones. | Cir IP 37 | |
| Laboratorio | APL 1.1 | 1°EM | Listado de laboratorios a los cuales derivan muestras | Comité |

ANEXO 2
Formato Cronograma Evaluación Híbrida(Ejemplo)

CRONOGRAMA PARA LA EVALUACIÓN DE PRESTADORES EN TERRENO

| Nombre del prestador a evaluar: XXXXX | | | | | | |
|---|----------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|----------------------------------|
| Fecha de evaluación Telemática: 8 al 9 de xxxxxxxx | | | | | | |
| N° de días de evaluación documental telemática: 1 | | | | | | |
| Fecha de evaluación Presencial: 10 al 11 de xxxxxxxx | | | | | | |
| N° de días de evaluación presencial: 1 | | | | | | |
| Nombre del director técnico del proceso: xxx | | | | | | |
| Numero de evaluadores: xxx | | | | | | |
| Nombre de los evaluadores, Rut y profesión: xxxxxxx | | | | | | |
| EVALUACION TELEMATICA | | | | | | |
| Fecha | Horario | Evaluador Entidad | Puntos de verificación | Unidad o servicio | Características/ Elemento Medible | Referente Prestador/cargo |
| Lunes 08 de xx | 08:30 - 09:00 | Equipo Entidad Acreditadora DT | Reunión De Inicio/vía zoom | - | - | DIRECTIVOS DEL PRESTADOR |
| Lunes 08 de xxx | 09:00 - 13:00 | Evaluador 1 | Urgencias | Unidad de Emergencia Adulto | DP-1.2- 1°EM DP-4.2- 1°EM CAL-1.2 GCL-1.2 GCL-1.4 GCL-1.7 GCL-1.9 | XXXXX |
| | 09:00 - 13:00 | Evaluador 2 | Medicina / Cirugía | MQ | DP-4.2 CAL-1.2 GCL-1.2 GCL-1.3 GCL-1.4 GCL-1.9 | XXXX |
| Martes 09 de xxx | 09:00 - 13:00 | Evaluador 3 | Dirección | Dirección | DP-1.2 DP-1.3 DP-3.1 DP-4.1 RH-1.1 RH-1.2 RH-1.3 RH-2.1 RH-3.1 | |
| EVALUACION PRESENCIAL | | | | | | |
| Fecha | Horario | Evaluador Entidad | Puntos de verificación | Unidad o servicio | Características/ Elemento Medible | Referente Prestador |
| Miércoles 10 de xxx | 09:00 - 13:00 | Evaluador 1 | Urgencias | Unidad de Emergencia Adulto | GCL-1.2 GCL-1.4 GCL-1.7 GCL-1.9 | XXXXX |
| | 09:00 - 13:00 | Evaluador 2 | Medicina / Cirugía | MQ | GCL-1.2 GCL-1.3 GCL-1.4 GCL-1.9 GCL-1.10 GCL-2.2 | XXXXXX |

| | | | | | | |
|--|---------------|--------------------------------|-------------------|---|---------|--------------------------|
| | | | | | GCL-2.3 | |
| Jueves 11 de XX | 16:00 – 17:00 | Equipo Entidad Acreditadora DT | Reunión de Cierre | - | - | Directivos del Prestador |
| Puntos de verificación que no aplican: XXXX. | | | | | | |
| Características que no aplican: XXXXXX | | | | | | |

Anexo 3
Lineamientos para elaboración del Protocolo de seguridad de constatación en Terreno elaborado por cada Entidad Acreditadora

El protocolo de seguridad debe ser enviado al Subdepartamento de Fiscalización en Calidad para su revisión y validación del punto de vista de la normativa MINSAL.

Para la elaboración del protocolo de seguridad se deben obligatoriamente cumplir con todas normativas ministeriales vigente en Pandemia.

