



Intendencia de Prestadores

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
Unidad de Fiscalización en Acreditación

CIRCULAR IP/N° 26

SANTIAGO, 27 SET. 2013

IMPARTE INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE EL SENTIDO Y ALCANCE QUE DEBEN DAR A LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD, RELATIVAS A LAS MATERIAS QUE INDICA.-

VISTOS: Lo dispuesto en los numerales 1° y 3° del Artículo 121 del D.F.L.N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; en la Ley N°19.880; en los Artículos 22, 23, 25, 27, 39 y demás pertinentes del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud", aprobado por el D.S. N°15, de 2007, del antedicho Ministerio; lo previsto en el N°2 de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, para Centros de Diálisis, para Prestadores Institucionales de Servicios de Esterilización, de Imagenología, de Laboratorios Clínicos, de Servicios de Quimioterapia y de Radioterapia, aprobados, respectivamente, mediante los Decretos Exentos N°18, de 2009, Nos. 33, 34, 35, 36 y 37, de 2010, y Nos. 346 y 347, de 2011, todos del Ministerio de Salud; en el Artículo Sexto de la Ley N°20.416; la Resolución Exenta SS/N°1972, de 7 de diciembre de 2012 y en la Resolución Afecta SS/N°57, de 4 de julio de 2012;

CONSIDERANDO:

1°.- Que el correcto funcionamiento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, supone el oportuno y cabal ejercicio de la función de fiscalización del mismo y que la ley confía a esta Intendencia;

2°.- Que las presentes instrucciones tienen por principal objeto determinar el sentido y alcance de las obligaciones que deben cumplir las Entidades Acreditadoras durante los procedimientos de acreditación para los que hayan sido designadas aleatoriamente, garantizando que, en las evaluaciones que efectúen con motivo de dichos procedimientos, empleen los criterios objetivos, no discriminatorios e imparciales, comúnmente aceptados y científicamente fundados que señala el artículo 23 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, así como los contenidos mínimos que, en cumplimiento de la obligación antedicha, debe contener el expediente del procedimiento de acreditación, el cual debe encontrarse permanentemente disponible en sus oficinas para la fiscalización de la Intendencia de Prestadores.

3°.- Que, asimismo, también resulta relevante, para los mismos efectos antedichos, clarificar los criterios de fiscalización de las Entidades por parte de esta Intendencia;

Y TENIENDO PRESENTE las facultades que me confieren las normas legales y reglamentarias antes señaladas,

VENGO EN DICTAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

1°.- Las Entidades Acreditadoras deberán estar siempre en condiciones de justificar las evaluaciones, conclusiones y decisiones que se contienen en los informes de acreditación que emitan, proveyéndose de los medios de prueba necesarios para corroborar los hallazgos y constataciones que sirven de fundamento para las referidas evaluaciones, conclusiones y decisiones, los cuales se deberán mantener adecuadamente custodiados y ordenados en el expediente del respectivo procedimiento de acreditación. Dicho expediente deberá hallarse permanentemente a disposición de esta Intendencia para su fiscalización.

1.1. Para dar debido cumplimiento a las obligaciones que les impone el Artículo 23 del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud", las Entidades Acreditadoras deberán ceñirse a las siguientes normas:

1.1.1. Respecto a la información revisada durante la etapa de evaluación en terreno, la Entidad Acreditadora deberá adoptar todas las medidas necesarias para registrar y respaldar los hallazgos y constataciones efectuadas respecto del cumplimiento o incumplimiento de cada una de las características y elementos medibles del respectivo Estándar y, finalmente, de su decisión de dar por acreditado o no acreditado al prestador.

Por tanto, la Entidad Acreditadora deberá estar en condiciones de dar razón de todos los hallazgos, constataciones, evaluaciones y decisiones que figuren en los expedientes de acreditación y en los Informes de Acreditación, ante cualquier acto de fiscalización de esta Intendencia, y frente a eventuales discrepancias, reclamos o recursos que interponga el prestador evaluado. Lo anterior resulta particularmente obligatorio tratándose del registro y respaldo de los hallazgos y constataciones relativos a los Elementos Medibles de características de obligatorio cumplimiento que el informe respectivo estime como no cumplidas.

1.1.2. Se entenderá que la entidad acreditadora cumple con las obligaciones antedichas si demuestra a la Intendencia de Prestadores que, durante el ejercicio del respectivo proceso de acreditación, ha ejecutado las siguientes acciones:

- 1) Si la Entidad Acreditadora ha dictado un protocolo interno respecto a la forma en que sus profesionales evaluadores deben dejar registro y respaldo de sus hallazgos y constataciones, siendo éste de obligatorio cumplimiento para sus evaluadores. Sin perjuicio de ello, deberá dar estricto cumplimiento a las instrucciones que se señalan a continuación.
- 2) Los registros y respaldos de los hallazgos y constataciones que fundamentan sus evaluaciones, conclusiones y decisiones considerarán el uso de los siguientes medios probatorios:
 - a) Toma de fotografías en la verificación del cumplimiento y, en especial, del incumplimiento de aquellas características que son susceptibles de ser constatadas con la observación del comportamiento de uno o más de los funcionarios del establecimiento (como, por ejemplo, la característica APL 1.5), la verificación de elementos de protección personal (como la característica DP 1.1, relativa a la carta de derechos y deberes de los pacientes), entre otras;
 - b) Grabaciones de las entrevistas realizadas a los funcionarios, registrando en aquéllas el nombre del funcionario, unidad en que se desempeña, fecha y hora de entrevista.
 - c) Solicitud de copias, fotocopias, o escaneo de los documentos revisados, particularmente de aquéllos en los que se hayan detectado incumplimientos al Estándar de acreditación;
 - d) Uso de timbres, que identifiquen los documentos y registros revisados. Las características del timbre y su utilización, serán las siguientes:
 - i. Tipo: SLIM STAM, rectangular, dimensión del texto 4 cm x 1cm, letra mayúscula;
 - ii. Texto: Nombre del evaluador o director técnico y nombre de la Entidad Acreditadora (Usar nombre habitual o de "fantasía");

- iii. Todos los documentos revisados por la Entidad Acreditadora deberán ser timbrados en la página en donde se verifique el cumplimiento o incumplimiento de un hecho medible o característica solicitada por el estándar. Inmediatamente bajo el timbre, el evaluador deberá estampar su media firma y la fecha de la revisión, tal como se muestra en este ejemplo:

NOMBRE DEL EVALUADOR
NOMBRE ENTIDAD ACREDITADORA

29/07/13 –media firma

- iv. Los profesionales de la Entidad Acreditadora, evitarán timbrar las carátulas de los documentos, a menos que esto sea estrictamente necesario para documentar un incumplimiento específico, teniendo especial atención en no afectar los datos contenidos en las fichas clínicas de los pacientes.

1.1.3. En el caso de constataciones que impliquen entrevistas al personal en los diferentes puntos de verificación, como por ejemplo Característica AOC 1.1., la Entidad Acreditadora deberá, al término de las entrevistas, dejar, en la misma grabación, registro de la información relativa al número total de personas entrevistadas en la grabación, nombre, cargo, unidad donde trabaja el entrevistado, fecha y hora.

1.1.4. Documentos en formato digital y ficha clínica electrónica: Para respaldar los hallazgos encontrados, el evaluador de la Entidad Acreditadora podrá solicitar al prestador una impresión del documento o registro clínico que considere indispensable.

2º.- Para el debido cumplimiento de lo dispuesto en los Artículos 22, 23, 25 y 27, en relación a lo dispuesto en el Artículo 39 y siguientes del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud", aprobado por el D.S. N°15, de 2007, del Ministerio de Salud, las Entidades Acreditadoras deberán asegurar un debido y transparente desarrollo de los procedimientos de acreditación para los que sean designadas, dando estricto cumplimiento a las siguientes instrucciones, en las materias que a continuación se señalan:

2.1. Respecto del cronograma de evaluaciones en terreno:

2.1.1. Para la confección del cronograma de evaluaciones en terreno, y para la adopción de las decisiones acerca del número de días y de evaluadores que participarán en la visita de evaluación en terreno, la Entidad Acreditadora deberá considerar:

- a. Tipo y complejidad de prestador a evaluar; considerando número de camas, cartera de prestaciones, número de funcionarios, Unidades de apoyo diagnóstico-terapéutico con que cuenta;

- b. Planta física y distribución de las Unidades o Servicios y los puntos de verificación;
- c. Documentos entregados por la Unidad de Admisibilidad y Autorización de la IP, pertinentes al prestador a evaluar: Ficha técnica actualizada, resoluciones sanitarias e informe de autoevaluación. Dichos documentos serán remitidos a la Entidad Acreditadora, luego de que esta acepte la designación de evaluación para el prestador correspondiente;
- d. Número de características del estándar que resultan aplicables al prestador;
- e. Competencias profesionales y experiencia laboral de los evaluadores, de acuerdo a las Unidades y puntos de verificación del prestador que le sean asignados para evaluar por la Entidad Acreditadora.

2.1.2. La Entidad Acreditadora deberá elaborar un cronograma de actividades y evaluación a llevar a cabo en el prestador en proceso de acreditación, el que debe presentarse considerando, al menos, los siguientes atributos:

- a. Formato Tabla con la siguiente información y distribución: Fecha, horario (Desde-hasta), evaluador, Servicios o Unidades y/o características a evaluar, persona requerida como contraparte en el prestador (Ejemplo: Encargado de Calidad, Jefe de Servicio, Coordinadora, etc.), reuniones programadas.

b. Formato del cronograma:

Fecha	Horario	Responsable Entidad	Actividad Servicio/Característica	Profesional Prestador
22-07-2013	08:30 - 09:00	Equipo Entidad Acreditadora	Reunión de Inicio de evaluación	Directivos Prestador
22-07-2013	09:00 - 09:30	Equipo Entidad Acreditadora	Reunión Ampliada	Jefes y Encargados de Unidad
22-07-2013	09:30 - 13:30	Equipo evaluadores	Revisión Documentos Institucionales	Director Médico/ Gerente General
22-07-2013	13:30 - 14:30		Receso Almuerzo	
22-07-2013	14:30 - 17:30	Evaluador XXXXX XXXXX	Servicio XXXX Características: Detallar características a evaluar	Jefe Servicio XXX
22-07-2013	14:30 - 17:30	Evaluador XXXXX XXXXX	Servicio XXXX Características: Detallar características a evaluar	Encargado XXX
22-07-2013	14:30 - 17:30	Evaluador XXXXX XXXXX	Servicio XXXX Características: Detallar características a evaluar	Jefe Servicio XXX
22-07-2013	14:30 - 17:30	Evaluador XXXXX XXXXX	Servicio XXXX Características: Detallar características a evaluar	Encargado XXX
22-07-2013	14:30 - 17:30	Evaluador XXXXX XXXXX	Servicio XXXX Características: Detallar características a evaluar	Jefe Servicio XXX
22-07-2013	14:30 - 17:30	Evaluador XXXXX XXXXX	Servicio XXXX Características: Detallar características a evaluar	Jefe Servicio XXX

Este esquema debe considerar todos los días de evaluación, y la Entidad Acreditadora deberá adecuarlo, conforme a su método de organización para ejecutar la evaluación, ya sea por servicio y/o unidad, o por característica.

2.1.3. El citado cronograma y nómina de evaluadores deberá remitirse vía correo electrónico a la Intendencia de Prestadores para conocimiento de la Unidad de Fiscalización, al menos, con 10 días hábiles de anticipación a la fecha de inicio de la evaluación. Esta Unidad podrá, dentro de tercero día hábil, formular observaciones a dichos instrumentos, especialmente si ellos no se adecuan a las características del prestador institucional a evaluar. Si al cabo de dicho plazo no se hubieren formulado observaciones por la antedicha Unidad, o si las observaciones formuladas hubieren sido subsanadas, la Entidad Acreditadora remitirá el cronograma y la nómina de evaluadores al prestador, con copia a esta Intendencia, a través del correo de acreditación (acreditacion@superdesalud.gob.cl), al menos, con 5 días hábiles de anticipación a la fecha de inicio de la evaluación.

2.1.4. Cualquier cambio que se efectúe al cronograma inicial, antes o durante la evaluación en terreno, deberá ser informado a esta Intendencia, a través del correo de acreditación. También deberá informarse a la Intendencia, cuando después de haber terminado la evaluación en terreno, pero estando aun en la etapa de evaluación contemplada por el reglamento, la Entidad Acreditadora necesite volver al prestador, con el objeto de verificar algún elemento o realizar alguna medición que le haya faltado.

2.2. Del desarrollo de la evaluación en terreno:

2.2.1. La Entidad Acreditadora deberá ajustarse al cronograma definido, sin perjuicio de poder efectuar siempre las correcciones que sean necesarias, de modo de asegurar la debida ejecución de todas las constataciones que deba realizar, y que le permitan fundamentar la adopción de sus decisiones respecto al cumplimiento o incumplimiento de las exigencias de los Estándares evaluados.

2.2.2. Al inicio de la evaluación, la Entidad Acreditadora sostendrá una reunión con los directivos, jefaturas y/o encargados del prestador, en la que se dará a conocer lo siguiente:

- a. Objetivos del proceso de acreditación y de la evaluación en terreno;
- b. Forma en que se desarrollarán las constataciones (Revisión de documentos, visita a servicios clínicos, entrevistas a los funcionarios, etc.);
- c. Participación de los funcionarios del prestador, de acuerdo a los diferentes perfiles y responsabilidades, y designación de representantes formales del prestador para los efectos de asistir a las reuniones que correspondan;

- d. Medidas que adoptará la Entidad Acreditadora durante la evaluación, para dejar registro y respaldo de los hallazgos y constataciones que efectúe, así como para fundamentar las decisiones que adopte con respecto a la evaluación de todas las características del estándar de que se trate.

2.2.3. Los evaluadores y el director técnico de la Entidad Acreditadora deberán mantener en todo momento un trato formal y respetuoso con todas las personas con las que tomen contacto durante la visita de evaluación al prestador.

2.2.4. Los profesionales de la Entidad Acreditadora deberán abstenerse de emitir juicios personales o descalificatorios respecto de las personas, los documentos, indicadores u otros elementos presentados por el prestador, con ocasión de la evaluación.

2.2.5. La Entidad Acreditadora podrá solicitar reuniones extraordinarias con el prestador, cuando detecte situaciones que pudieren afectar el transcurso normal de la evaluación, cuando necesite aclarar temas relevantes que pudieren incidir en el cumplimiento de una característica, o por otro motivo fundado, de todo lo cual se levantará acta. Estas reuniones deberán estar acotadas a un objetivo preciso.

Asimismo, la Entidad Acreditadora acogerá la necesidad que plantee el prestador, respecto de reunirse extraordinariamente, para aclarar dudas o situaciones confusas, ya sea respecto de las evaluaciones y constataciones propias del proceso o bien respecto del comportamiento de uno o más evaluadores. En tales situaciones, se realizará una reunión extraordinaria.

Entre los representantes de la Entidad Acreditadora y del prestador, definirán los profesionales que deben participar por cada una de las partes.

El Director Técnico de la entidad, deberá diariamente revisar con su equipo de evaluadores los hallazgos encontrados en las constataciones, y en aquellos casos que exista riesgo de incumplimiento por parte del prestador especialmente de características de carácter obligatorio, el equipo evaluador deberá revisar los respaldos que fundamentan los hallazgos y solicitar al día siguiente al prestador toda otra información o medios que se requieran para hacerse la convicción acerca del incumplimiento y fundamentar objetiva y adecuadamente su efectividad; de ser necesario, volverá a realizar la evaluación en los puntos verificadores que correspondan.

2.2.6. Consultas a la Intendencia: La Entidad Acreditadora podrá realizar consultas a la Intendencia relativas a la correcta interpretación de los estándares, durante el desarrollo de la evaluación en terreno.

En caso que la Entidad Acreditadora requiera que las respuestas sean remitidas por la Intendencia de Prestadores antes de que termine su visita al prestador, deberá especificar en el ítem "Asunto" de su correo esta situación, el nombre del prestador y la fecha de la visita a terreno,

remitiendo las consultas a la casilla dispuesta al efecto: consultasacreditacion@superdesalud.gob.cl, dirigidas a la Unidad de Asesoría de dicha Intendencia.

Por otra parte, si la Entidad Acreditadora requiere realizar consultas atinentes al desarrollo del proceso de acreditación, cumplimiento de plazos, facultades y obligaciones de la entidad y del prestador, entre otras, debe remitirlas a la Unidad de Fiscalización en Acreditación, a través de la casilla acreditacion@superdesalud.gob.cl.

- 2.2.7.** Al término de la etapa de evaluación en terreno, la Entidad Acreditadora realizará una reunión con el prestador, para dar a conocer, en términos generales, cómo se desarrolló la evaluación y para esclarecer todos aquellos aspectos en que exista alguna duda, con relación a algún documento, actividad, hecho medible o característica en particular, que sea gravitante para el resultado de la evaluación.

De esta reunión, la Entidad Acreditadora levantará un acta formal conteniendo todos los puntos tratados y remitirá una copia a la Intendencia de Prestadores, en prueba de haberse dado término a la etapa de evaluación en terreno.

- 2.2.8.** Las Entidades Acreditadoras que se encuentren desarrollando un proceso de acreditación, en cualquiera de sus etapas, deberán estar especial y permanentemente atentas a las notificaciones y a toda la información que se emita por la Intendencia de Prestadores, a través del correo que constituye el canal formal de comunicación durante los procesos de acreditación: acreditacion@superdesalud.gob.cl. Asimismo, deberán informar cualquier situación de desperfecto del correo de la Entidad, que no les permita o no les dé seguridad, respecto de la recepción de los correos de esta Intendencia, informando una nueva dirección de correo alternativa, para utilizar mientras se subsana el desperfecto del correo original.

3° MODIFÍCASE el numeral 1.2 de la Circular IP/N°8, de 19 de agosto de 2010, sobre el derecho de las Entidades Acreditadoras a ser incluidas en los procedimientos de designación aleatoria, en el sentido de AGREGAR a él los siguientes numerales 3° y 4°:

“3° Las entidades que renuncien a participar en un sorteo convocado para la designación aleatoria de la Entidad Acreditadora llamada a ejecutar la evaluación de un prestador en particular, deberán remitir su renuncia a esta Intendencia, a través del correo de acreditación (acreditacion@superdesalud.gob.cl).”; y

“4° En el correo electrónico antes señalado, el representante legal de la Entidad deberá expresar clara y explícitamente los hechos específicos que motivan tal renuncia, tales como los eventuales conflictos de interés que le afecten o los otros motivos fundados que le afecten.”

4° VIGENCIA: La presente Circular entrará en vigencia desde su notificación, por carta certificada, a las Entidades Acreditadoras autorizadas.

5° NOTIFÍQUESE por carta certificada la presente circular a los representantes legales de las Entidades Acreditadoras.

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


*
MARÍA SOLEDAD VELÁSQUEZ URRUTIA
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD

En cumplimiento del Artículo 41 de la Ley N°19.880, se señala 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 la Superintendente, dentro del mismo plazo de 5 días hábiles. Asimismo, cualquier interesado podrá solicitar aclaración de la presente resolución.


MAB/CMB/JGM/HOG
DISTRIBUCIÓN:

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras Autorizadas (por carta certificada y correo electrónico)
- Subsecretario de Redes Asistenciales
- Jefa del Departamento de Calidad de la Subsecretaría de Redes MINSAL
- Directora del Instituto de Salud Pública
- Superintendente (Suplente)
- Fiscal
- Intendente de Fondos y Seguros (Suplente)
- Unidad de Coordinación de Agencias Regionales
- Jefe Unidad Atención de Usuarios
- Agentes Regionales
- Jefa del Subdepartamento de Resolución de Conflictos y Sanciones IP
- Jefa del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Encargado Unidad de Admisibilidad y Autorización IP
- Encargada Unidad de Fiscalización en Acreditación IP
- Encargada Unidad de Asesoría Técnica IP
- Funcionarios Analistas Intendencia de Prestadores
- Abogados Asesores Subdepto. de Gestión de Calidad en Salud IP
- Oficina de Partes
- Archivo