



Intendencia de Prestadores

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

Unidad de Fiscalización en Calidad

Unidad de Apoyo Legal

CIRCULAR IP/N° 44

SANTIAGO, 12 MAR 2020

Dicta nuevas instrucciones, así como también modifica y deroga las que indica, respecto de la Circular IP/N°37, de 31 de mayo de 2017, que "Dicta 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, para los efectos de la fiscalización del debido cumplimiento de las normas 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 el Artículo Sexto de la Ley N°20.416; en los Artículos 22, 23, 25, 27, 28, 29, 37 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, y para los Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas, aprobados por los Decretos Exentos N°18, de 2009, Nos. 33, 34, 35, 36 y 37, de 2010, Nos. 346 y 347, de 2011, y N°128, de 2018, respectivamente, todos del Ministerio de Salud; en la Resolución Exenta SS/N°260, de 1° de abril de 2019; en el Decreto Afecto N°58, de 31 de diciembre de 2019, del Ministerio de Salud; y en la Resolución RA 882/35/2020, de 23 de enero de 2020;

CONSIDERANDO:

1º. - 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;

2º.- Que las presentes instrucciones, tienen por objeto determinar el sentido y alcance de las obligaciones a que están sujetas las Entidades Acreditadoras durante los procedimientos de acreditación para los que hayan sido designadas, garantizando que, en las evaluaciones que efectúen con motivo de dichos procedimientos, empleen siempre los criterios objetivos, no discriminatorios e imparciales, comúnmente aceptados y científicamente fundados, que exige el artículo 23 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud;

3º. - Que, asimismo, resulta muy relevante mantener actualizados los criterios de fiscalización de tales entidades por parte de esta Intendencia a las necesidades del Sistema de Acreditación y a la experiencia de fiscalización que ha desarrollado esta Intendencia al efecto, motivo por el cual esta normativa debe ser revisada periódicamente;

4º.- Que la experiencia y casos de fiscalización a los procedimientos de acreditación ejecutados desde la dictación de la Circular IP/Nº37, de mayo de 2017, determinan la conveniencia de modificar y actualizar sus instrucciones sobre el alcance que deben dar a los deberes que asisten a las entidades acreditadoras en la ejecución de tales procedimientos;

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

RESUELVO:

1º DÍCTANSE las siguientes NUEVAS instrucciones, que se agregan al texto de la **CIRCULAR IP/Nº37, DE 31 DE MAYO DE 2017**, a saber:

a) AGRÉGASE, en su **numeral 1.**, el siguiente epígrafe: "**Sobre su deber de fundamentar y justificar debidamente todas sus evaluaciones, conclusiones y decisiones**";

b) AGRÉGASE, en la letra **b) del literal ii. de su numeral 2.1.1.**, la siguiente oración final:

"Cuando la Unidad de Fiscalización en Calidad, solicite a la Entidad alguno o varios de estos respaldos, y ellos han sido obtenidos mediante fotografías o se encuentran en formato word, previo al envío a esta Intendencia, ellos deberán ser transformados a formato PDF, para una mejor visualización y manejo de los mismos;"

c) AGRÉGASE, en el **numeral 3.4.10.**, después del punto final (.), la siguiente oración final:

"Sin perjuicio de lo anterior, en procesos de acreditación que lo requieran, la Entidad podrá disponer que uno o más de sus Directores Técnicos Suplentes, apoyen el trabajo del profesional titular,

particularmente, en la supervisión y orientación del trabajo de los evaluadores. En tales casos, los Directores Suplentes estarán supeditados a la dirección del Director Técnico Titular, quien mantendrá sus funciones y será siempre el referente y contraparte de la Entidad para con el prestador evaluado.”;

d) **AGRÉGASE**, el siguiente **numeral 3.5.14.**:

“Las fiscalizaciones que, en ejercicio de sus facultades legales y reglamentarias, ejecute la Unidad de Fiscalización en Calidad a las Entidades Acreditadoras, con motivo u ocasión de los procesos de acreditación y en las demás materias de su competencia, serán efectuadas de acuerdo a los procedimientos establecidos y vigentes, las que abarcarán las materias que para cada caso se disponga, según el recurso fiscalizador con que se cuente y los criterios de riesgo establecidos por la Intendencia de Prestadores. **EN CONSECUENCIA, SE ACLARA** que, si en un acto de fiscalización de una materia por parte de esta Intendencia, no se observan o representan a la Entidad respectiva TODOS los incumplimientos, inconsistencias o irregularidades en que ella haya incurrido, ello **no exime a ésta de su deber y responsabilidad de dar siempre cumplimiento, cabal y oportuno, a toda la normativa vigente que rige al Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud.**”.

2° MODIFÍCANSE las siguientes instrucciones de la **CIRCULAR IP/N°37, DE 31 DE MAYO DE 2017**, en los sentidos que a continuación se señalan:

a) **MODIFÍCASE** el **literal 3.1.3.**, en los siguientes sentidos:

- i. **ORDÉNENSE**, mediante el uso de literales, desde la **a)** al literal **k)**, las instrucciones contenidas en su cuadro de instrucciones;
- ii. **DERÓGASE** la última instrucción contenida en su actual cuadro de instrucciones, relativa a la siguiente etapa del proceso de acreditación: **“Si el prestador evaluado estuviere en situación de ser “acreditado con observaciones:** Plazo para declarar la suficiencia o insuficiencia del Plan de Corrección presentado por el prestador”;

b) **SUSTITÚYESE** el texto del **literal iv. del numeral 3.3.1.**, por el siguiente:

“iv. Asimismo, SE PREVIENE a las Entidades Acreditadoras que los documentos válidos para la evaluación de las características, son aquéllos que el prestador presente durante la evaluación en terreno, cualesquiera hayan sido los documentos que le hubieren sido remitidos por el prestador a la Entidad previamente. Lo anterior, con el fin que, en la eventualidad que el prestador haya remitido algunos documentos que no correspondían a la versión que se desea presentar en el proceso de acreditación, no exista confusión al respecto. Con todo, los documentos presentados en terreno deben cumplir con la retrospectividad que corresponda;”;

c) **SUSTITÚYESE** el texto del **literal x. del numeral 3.4.2.**, por el siguiente:

"x. La Entidad Acreditadora permitirá la presencia de los profesionales del equipo de calidad y/o de los Servicios de Salud o de las Direcciones Corporativas o de la Red a la que pertenezca el prestador en evaluación, en calidad de observadores de las constataciones que se efectúen con ocasión del proceso de acreditación en los diferentes puntos de verificación. En dichos casos, la Entidad Acreditadora deberá prevenir al prestador evaluado que tales profesionales externos al prestador evaluado, no podrán responder en lugar del personal del prestador en evaluación que corresponda entrevistar, ni intervenir de modo alguno en las respuestas a las preguntas efectuadas por el evaluador, debiendo limitarse siempre su actuación a la sola observación de las constataciones que se efectúen;";

d) **SUSTITÚYESE** el **literal iv. del numeral 3.4.18.**, por el siguiente:

"iv. Asimismo, la Entidad consultará al prestador, si éste desea complementar alguna de las evaluaciones efectuadas, presentando otros documentos u otros diferentes respaldos, que no hayan sido exhibidos anteriormente a la Entidad, y/o aclarar algún aspecto particular de las evaluaciones, que este estime conveniente;";

e) **SUSTITÚYESE** el **primer párrafo del numeral 3.5.4.**, por el siguiente:

"En casos debidamente justificados, el plazo para la completa ejecución de las evaluaciones y entrega del informe antes señalado podrá ser ampliado por una sola vez y hasta por un periodo máximo igual de 30 días, siempre que tal ampliación sea solicitada hasta el día 29 de la etapa de evaluación, vale decir un día hábil anterior al vencimiento del plazo original.";

f) **SUSTITÚYESE** el **numeral 3.5.7.**, por el siguiente:

"Junto con el informe de acreditación, la Entidad Acreditadora deberá remitir copias de las actas de las reuniones de inicio y de término de la evaluación en terreno, y de las de reuniones extraordinarias, si las hubo. Dichas copias deberán ser remitidas en un solo archivo consolidado en formato PDF. ACLÁRASE, en consecuencia, que no se aceptarán páginas fotografiadas."

4° MODIFÍCASE el **ANEXO** de la **CIRCULAR IP/N°37, DE 31 DE MAYO DE 2017**, sobre **"Documentos que la Entidad Acreditadora puede solicitar previo a la evaluación en terreno según el Estándar de Acreditación correspondiente"**, en los siguientes sentidos:

a) **AGRÉGASE** el siguiente cuadro sobre los documentos que la Entidad Acreditadora puede solicitar al prestador a evaluar, en forma previa a la evaluación en terreno, en el caso del **Estándar General de Acreditación para los CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA A ALCOHOL Y/O DROGAS:**

Ámbito / Característica		Elemento Medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA A ALCOHOL Y/O DROGAS
Respeto a la Dignidad del Usuario	DU 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.
	DU 1.3	2°EM	Documento que define el procedimiento de evaluación de la percepción de los usuarios del respeto de sus derechos.
	DU 1.4	2°EM	Documento que define el procedimiento de evaluación de satisfacción de los usuarios respecto de la calidad del proceso de atención.
	DU 2.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de obtención del consentimiento informado.
	DU 3.1	1°EM	Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos que se realicen en la institución.
	DU 4.2	2°EM	Programa de supervisión de las actividades que pueden ejecutar los alumnos de pre grado.
	DU 5.1	2°EM	Documento que describe las situaciones que deben ser presentadas al Comité de Ética Asistencial.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM	Documento que define el programa de calidad.
Gestión Clínica	GCL 1.1	1°EM	Documento que describe el/los programas de tratamiento y rehabilitación del Centro.
	GCL 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos clínicos y administrativos para la recepción de los usuarios.
	GCL 1.3	1°EM	Documento que describe el procedimiento de evaluación inicial del usuario.
	GCL 1.4	1°EM	Documento que describe el procedimiento de evaluación integral del usuario.
	GCL 1.5	1°EM	Documento que describe el proceso del Plan de Tratamiento Individualizado (PTI).
	GCL 1.6	1°EM	Documento que describe el procedimiento de la prevención de recaídas.
	GCL 1.7	1°EM	Documento que describe la intervención con Familia y/o figuras significativas.
	GCL 1.8	1°EM	Documento que describe los procedimientos para la prevención del abandono del tratamiento.
	GCL 1.9	1°EM	Documento que describe los procedimientos de preparación para el egreso de los usuarios.
	GCL 1.10	1°EM	Documento que describe los procedimientos para la realización del seguimiento post alta del tratamiento.
	GCL 1.11	1°EM	Documento que describe el sistema de evaluación de los resultados terapéuticos de las personas egresadas del Centro de Tratamiento.
	GCL 1.12	1°EM	Documento que describe los procedimientos de administración de medicamentos.
	GCL 1.13	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica.
	GCL 2.1	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención.
GCL 2.2	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención asociadas a la atención.	
Acceso, oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe el sistema institucional de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia médica.
	AOC 1.2	1°EM	Documento que describe el sistema de aplicación de los criterios para la priorización del ingreso.
	AOC 1.3	1°EM	Documento que describe el listado de atenciones a las cuales pueden acceder los usuarios.
	AOC 2.1	1°EM	Documento que describe los elementos relacionados con la derivación asistida de usuarios.

	AOC 2.2	1°EM	Documento que describe los objetivos y los procedimientos de coordinación con las distintas instancias con las que el prestador institucional se relacione.
	AOC 2.3	1°EM	Documento que describe el procedimiento de entrega de turnos.
Competencias del Recurso Humano	RH 2.1	1°EM	Documento que describe el programa de inducción.
	RH 2.2	1°EM	Documento que describe el programa de orientación.
	RH 3.1	1°EM	Documento que describe el programa de capacitación anual, relacionado con la seguridad del usuario.
	RH 3.2	1°EM	Documento que describe el programa de capacitación anual, relacionado con el proceso de atención.
	RH 4.1	1°EM	Documento que describe el programa anual de cuidado de equipo.
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe la existencia de ficha clínica única y su manejo.
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe las características de los registros clínicos.
	REG 1.3	1°EM	Documento que describe los informes que deben ser entregados al usuario.
	REG 1.4	1°EM	Documento que describe el procedimiento de acceso y conservación de fichas clínicas.
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	2°EM	Documento que describe un plan institucional de prevención de incendios.
	INS 2.1	2°EM	Documento que describe un plan institucional de evacuación.
	INS 3.1	2°EM	Documento que describe el programa de mantenimiento preventivo de las instalaciones.
	INS 3.2	2°EM	Documento que describe un plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico y/o de agua potable.
Servicios de Apoyo - Laboratorio Clínico	APL 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con la aplicación de pruebas toxicológicas o tests de drogas.
Servicios de Apoyo - Farmacia	APF 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de la actualización del arsenal de medicamentos.
	APF 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con los medicamentos:

b) **ELIMÍNANSE**, en el cuadro relativo al **ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN**, los documentos que se señalan para el **Ámbito "Seguridad de las Instalaciones"**, quedando, en consecuencia, como sigue:

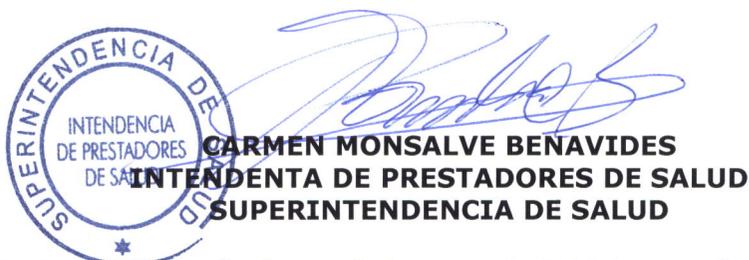
Ámbito/Característica		Elemento medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN PARA SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM	Programa de calidad.
Gestión de Procesos	GP 1.1	1°EM	Documento que describe los métodos de esterilización y desinfección.
	GP 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos de esterilización.
	GP 1.3	1°EM	Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril.
	GP 1.4	1°EM	Documento que describe el procedimiento de compra de insumos y material de uso clínica.
Competencias del Recurso Humano	RH 2.1	1°EM	Programa de orientación.
	RH 3.1	1°EM	Programa de capacitación.
	RH 4.1	2°EM	Programa de control de riesgos a exposiciones.
	RH 4.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes.
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe las características de los registros.
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Programa de mantenimiento preventivo de equipos relevantes.
	EQ 2.1	1°EM	Documento que describe el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar equipos relevantes.

5° VIGENCIA: La presente Circular entrará en vigencia desde su notificación a cada una de las Entidades Acreditadoras.

6° ORDÉNASE a la Unidad de Apoyo Legal del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia la emisión de un **texto actualizado de la Circular IP/N°37**, de 31 de mayo de 2017, al que se incorporen las modificaciones que por la presente Circular se le introducen.

7° NOTIFÍQUESE la presente Circular, conjuntamente con el texto actualizado señalado en el numeral anterior, así como con el texto de la Versión N°5 del Compendio de Circulares Interpretativas de las Normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud”, a los representantes legales de las Entidades Acreditadoras por carta certificada.

REGÍSTRESE Y PUBLÍQUESE EN LA PÁGINA WEB DE ESTA SUPERINTENDENCIA.



CARMEN MONSALVE BENAVIDES
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD
SUPERINTENDENCIA 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 el Superintendente, dentro del plazo de 5 días hábiles. Asimismo, cualquier interesado podrá solicitar aclaración de la presente resolución.

JGM/HGG
DISTRIBUCIÓN:

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras (a sus correos electrónicos)
- Subsecretario de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud
- Jefe del Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, División de Gestión y Desarrollo de las Personas, Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Directora (S) del Instituto de Salud Pública de Chile
- Jefa de la Sección de Laboratorios Clínicos del instituto de Salud Pública de Chile
- Superintendente de Salud
- Fiscal
- Agentes Regionales
- Jefa (S) del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Encargada (S) Unidad de Fiscalización en Calidad IP
- Encargado Unidad de Gestión en Acreditación IP
- Encargada Unidad de Asesoría Técnica IP
- Unidad de Apoyo Legal IP
- Funcionarios Analistas del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Oficina de Partes
- Archivo