



SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Prestadores de Salud
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
Unidad de Asesoría Legal
Unidad de Fiscalización en Calidad

CIRCULAR IP/N° 38

SANTIAGO, 31 MAYO 2017

**IMPORTE INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE
EL FORMATO DEL INFORME DE ACREDITACIÓN Y DEROGA LA CIRCULAR
IP/N°21, DE 3 DE SEPTIEMBRE DE 2012.-**

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; y en los Artículos 23, 27, 28, 29 y demás pertinentes del Reglamento del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales, aprobado mediante Decreto Supremo N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud; 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”; en la Resolución Exenta SS/N°8, de 4 de enero de 2016, y en la Resolución Afecta SS/N°67 de 14 de agosto de 2015;

CONSIDERANDO:

1° Que resulta necesario actualizar y perfeccionar las instrucciones que se han impartido a las Entidades Acreditadoras, para la debida confección del informe de acreditación que deben emitir en los procedimientos que ejecuten.

2° Que, en virtud de las normas legales y reglamentarias referidas en los vistos precedentes esta Intendencia posee, por una parte, la potestad para dictar los instrumentos regulatorios que sean necesarios para asegurar una adecuada fiscalización de los procedimientos de acreditación que ejecuten las Entidades Acreditadoras autorizadas y, por otra, la facultad de establecer, mediante circulares de general aplicación, el sentido y el alcance de las normas reglamentarias que rigen el

procedimiento de acreditación y las normas contenidas de los Estándares Generales de Acreditación vigentes aprobados por los respectivos Decretos Exentos dictados por el Ministerio de Salud.

3° Que, además, el N°5 del Acápito III, sobre "Reglas de Decisión", de los Manuales de todos los Estándares de Acreditación vigentes dispone: *"El Informe de la Entidad Acreditadora, además de cumplir todos los requisitos señalados en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, según el caso, detallará y fundamentará la forma en que se han dado por cumplidas cada una de las características y la forma en que se ha dado cumplimiento a las reglas decisión precedentes. La Intendencia de Prestadores, mediante circulares de general aplicación, establecerá el formato obligatorio en que tales informes deberán ser emitidos por las Entidades Acreditadoras"*;

4° Que, atendida la importancia que el informe del procedimiento de acreditación posee en el proceso de acreditación de los prestadores institucionales de salud, esta Intendencia tiene el deber de asegurar que la regulación del mismo sea la más adecuada a los fines del Sistema de Acreditación de tales prestadores, para lo cual debe actualizarla periódicamente;

5° Que, en el sentido antes señalado, esta Intendencia puso en marcha blanca un nuevo formato para el Informe de Acreditación, habiéndose concluido su evaluación satisfactoriamente, por lo que por este acto se procederá a formalizar dicho nuevo formato, mediante las instrucciones que a continuación se dictan;

Y TENIENDO PRESENTE las facultades legales y reglamentarias antes referidas, vengo en dictar las siguientes instrucciones a las Entidades Acreditadoras autorizadas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud:

1. INSTRÚYESE, respecto del formato del informe de acreditación y de los procedimientos que las Entidades deberán seguir tendientes a su elaboración:

1.1. El informe de los procesos de acreditación se elaborará en los formatos Word que establezca la Intendencia de Prestadores para cada uno de los Estándares de Acreditación vigentes a la fecha, los que se encontrarán disponibles para las Entidades Acreditadoras en la página web de la Superintendencia de Salud, acceso Prestadores/Entidades Acreditadoras/Documentos y Estadísticas. Tales formatos deberán ser completados de acuerdo al "**Instructivo para la confección de Informes de Acreditación**", contenido en el Anexo a la presente Circular y que forma parte de ella para todos los efectos.

1.2. Las Entidades Acreditadoras, deberán adoptar todas las medidas internas que sean necesarias para garantizar a esta Intendencia el adecuado uso y llenado de los formatos de los informes, de modo que se garantice que los contenidos definitivos de dicho informe sean un fiel reflejo de todos los hallazgos que la Entidad hubiere efectuado durante la evaluación del prestador, así como, de las conclusiones a las que ella arribare. Para esos efectos, la Entidad establecerá un procedimiento en el que se explicitarán las funciones específicas de todas las personas que participen en la confección del informe de acreditación y en el ingreso de los datos del mismo al formato de informe de acreditación. Dicho

procedimiento explícito, deberá ser adoptado formalmente por la Entidad y constar por escrito, bajo la firma del Representante Legal y de su Director Técnico, y estará permanentemente disponible para las acciones de fiscalización de esta Intendencia.

- 1.3.** Las Entidades Acreditadoras solicitarán oportunamente a la Intendencia de Prestadores, que se les aclare cualquier duda que les surja respecto del correcto llenado de datos de los diversos acápite que contienen los formatos de los informes de acreditación. Siempre que se estime necesario, la Intendencia podrá emitir las instrucciones que estime pertinente a las Entidades Acreditadoras, para el mejor y adecuado uso y llenado de estos instrumentos.
- 1.4.** Las Entidades Acreditadoras, adoptarán medidas explícitas tendientes a asegurar que, por parte de todos los directivos, profesionales evaluadores, asesores y empleados de la Entidad, se guarde estricta confidencialidad respecto de los datos, antecedentes o materias de que todos ellos tomen conocimiento a causa o con ocasión de los procedimientos de acreditación de prestadores. Es prohibido a tales personas entregar a otros, información alguna respecto de los procedimientos de acreditación que les corresponda ejecutar o que hayan ejecutado. Toda solicitud de información sobre tales procedimientos, deberá derivarse a la Intendencia de Prestadores.
- 1.5.** Asimismo, las Entidades Acreditadoras explicitarán un procedimiento de toma de decisiones respecto de los contenidos definitivos, descritos en los acápite de hallazgos, fundamentos y conclusiones del informe de acreditación, el cual, deberá contemplar, a lo menos, lo siguiente:
 - 1.5.1.** Todos los contenidos del informe y las decisiones que él contenga serán adoptados por el estamento directivo de la Entidad, con la asesoría de su Director Técnico. La Entidad Acreditadora será la responsable ante la Superintendencia de Salud de la debida completación del informe, de su veracidad y de cada una de las decisiones que se adopten y se contengan en él;
 - 1.5.2.** El Director Técnico, además de asesorar a la Entidad en la correcta elaboración del informe, es el encargado técnico de compilar y ordenar los contenidos de dicho informe, debiendo velar especialmente porque él sea un fiel reflejo de los hallazgos encontrados en las constataciones efectuadas por el equipo de evaluadores en el prestador evaluado, empleando siempre a esos efectos criterios objetivos, no discriminatorios e imparciales, comúnmente aceptados y científicamente fundados;
 - 1.5.3.** La Entidad Acreditadora, deberá siempre estar en condiciones de dar razón de todos los hallazgos, constataciones, evaluaciones y decisiones descritas en el informe de acreditación. Ello resulta particularmente relevante tratándose de registros y respaldos de hallazgos y constataciones relativos a los elementos medibles de características de obligatorio cumplimiento que el informe respectivo estime como no cumplidas;
 - 1.5.4.** La Entidad Acreditadora, deberá llevar un registro escrito o informático en el que se dejará constancia de la opinión de los profesionales evaluadores de la Entidad y del Director Técnico, especialmente cuando entre ellos, existan dudas o discrepancias respecto de los contenidos y decisiones del

informe. Dicho registro deberá estar permanentemente a disposición de la acción fiscalizadora de la Intendencia de Prestadores.

- 1.6. Siempre que en la elaboración del informe de acreditación, se le presentaren a la Entidad Acreditadora dudas acerca del sentido y alcance de las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación, de las normas del respectivo Estándar de Acreditación y de su Manual, podrá solicitar a la Intendencia de Prestadores que interprete oficialmente tales normas, siendo dicha consulta obligatoria cada vez que las dudas recaigan en algún aspecto que resulte decisivo para la adopción de decisiones relevantes para el procedimiento de acreditación de que se trate. Para estos efectos, la Entidad Acreditadora deberá realizar sus consultas a la Intendencia, ingresando a la página web de la Superintendencia, en la pestaña "Prestadores", "Consultas técnicas sobre la Acreditación de Prestadores Institucionales, link <http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-8381.html>. Además, para que la Intendencia de Prestadores le dé prioridad a la respuesta de estas consultas, la Entidad deberá marcar, en la identificación de la consulta, el menú "En proceso de evaluación de la Entidad Acreditadora en terreno".

2. INSTRÚYESE, respecto del envío del informe de acreditación a esta Intendencia y su fiscalización:

- 2.1. Una vez completados todos los antecedentes requeridos en el formato Word del informe de acreditación, la Entidad deberá transformar el documento a formato PDF, el cual deberá estar suscrito, en su parte final, mediante la firma electrónica avanzada del Representante Legal de la Entidad Acreditadora y la firma electrónica del Director Técnico, la que podrá ser firma electrónica simple.
- 2.2. El informe de acreditación deberá ser remitido al correo institucional informesacreditacion@superdesalud.gob.cl, para su fiscalización por parte de la Intendencia de Prestadores. En el caso de los procesos de acreditación de los Laboratorios Clínicos, los informes deberán ser remitidos al Instituto de Salud Pública de Chile, al correo fiscalización.acreditacion@ispch.cl, para su fiscalización por esta última Entidad. Todos los informes en su versión original y las versiones corregidas de éstos cuando corresponda, deben ser enviados solamente a través de los correos indicados, sin copia a ningún otro correo institucional o individual.
- 2.3. El informe remitido, deberá estar acabado en todos sus acápite e ítems, dando cuenta de la completitud de las evaluaciones efectuadas en el prestador, de acuerdo al Estándar de Acreditación aplicado y las particularidades del prestador evaluado.
- 2.4. Con relación a la fiscalización de los informes de acreditación por la Unidad de Fiscalización en Calidad, esta se efectuará conforme a lo previsto en el Ordinario Circular IP/Nº1, de 12 de enero de 2017. Cuando el informe fiscalizado no tenga observaciones, se dará término inmediato a la fiscalización.
- 2.5. Si por el contrario, se observan errores o faltas que se requiere enmendar, se instruirá a la Entidad Acreditadora que realice las correcciones que se indiquen dentro del plazo que en cada caso se señale, a fin que el informe dé debido cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 27 del Reglamento de Acreditación.

Dichas instrucciones se impartirán de conformidad a lo previsto en el citado Ordinario Circular IP/Nº1, de 12 de enero de 2017.

La Entidad Acreditadora deberá dar cabal, estricto y oportuno cumplimiento a las instrucciones de corrección del informe que se dicten por esta Intendencia, o por el Instituto de Salud Pública, en su caso, en el ejercicio de sus facultades de fiscalización del informe del procedimiento de acreditación.

El plazo para la presentación del informe corregido, se indicará en el correo electrónico en el que se instruye la corrección del informe y se contabilizará desde el día siguiente hábil a la notificación del citado correo, remitido a través del correo de acreditación al correo del Representante Legal de la Entidad Acreditadora. Adicionalmente, en el correo de notificación se explicará la fecha y hora límite en que vence el plazo para la entrega del informe corregido.

2.6. PREVIÉNESE a las Entidades Acreditadoras que el incumplimiento total o parcial de tales instrucciones, o el incumplimiento del plazo instruido para su cumplimiento en cada caso, podrá dar lugar al inicio del correspondiente sumario sancionatorio contra la Entidad Acreditadora infractora.

3. DÉSE Estricto Cumplimiento por parte de las Entidades Acreditadoras al **"INSTRUCTIVO PARA LA CORRECTA ELABORACIÓN DE LOS INFORMES DE ACREDITACIÓN"** contenido en el Anexo de la presente Circular, bajo apercibimiento de instruirse el correspondiente procedimiento sumarial sancionatorio en su contra, si así no se hiciere.

4. DERÓGASE la Circular IP Nº 21, de 3 de septiembre de 2012.

5. Vigencia: La presente Circular entrará en vigencia a contar de su notificación a cada una de las Entidades Acreditadoras.

6. 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



ENRIQUE AYARZA RAMIREZ
INTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

TÉNGASE PRESENTE, en cumplimiento del Artículo 41 de la Ley Nº19.880, 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:

- ✓ Instructivo para la correcta elaboración de los informes de acreditación


CMB/JGM/HOG
Distribución:

- Representantes Legales de las Entidades Acreditadoras autorizadas
- Director Instituto de Salud Pública de Chile
- Jefa de la Sección Fiscalización de Laboratorios Clínicos del Instituto de Salud Pública de Chile
- Superintendente
- Fiscalía
- Jefe del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Encargada Unidad de Fiscalización en Calidad IP
- Encargado Unidad de Apoyo Legal IP
- Encargado Unidad de Gestión de Acreditación IP
- Encargada Unidad de Asesoría Técnica IP
- Funcionarios Analistas del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Oficina de Partes
- Archivo

ANEXO

INSTRUCTIVO PARA LA CORRECTA ELABORACIÓN DE LOS INFORMES DE ACREDITACIÓN

Por las presentes instrucciones la Intendencia de Prestadores dispone la manera precisa en que las Entidades Acreditadoras deberán registrar la información emanada de los procesos de acreditación, y de las evaluaciones efectuadas a los prestadores institucionales, en los formatos de los informes de acreditación dispuestos para esos efectos.

Los informes respectivos deberán dar cuenta de dichas informaciones y evaluaciones de manera veraz, clara, precisa y fidedigna.

El informe elaborado por la Entidad Acreditadora, deberá cumplir con todas las exigencias señaladas en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, en la Circular precedente, y en las presentes instrucciones.

I. INSTRUCCIONES GENERALES PARA LA COMPLETACIÓN DEL INFORME

1. El informe deberá ser elaborado utilizando fuente "Verdana", con tamaño de letra N°8, y con los márgenes establecidos en el formato: derecha/izquierda, 1,5 cm, superior/inferior, 1,5 cm, encabezado/pie de página, 0,7 cm, interlineado 0/0 sencillo. Lo anterior, está pre formateado, por lo que no se debe alterar su estructura.
2. También se debe mantener inalterado el formato de la primera página, con el logo de la Superintendencia de Salud y el formato del pie de página, con la numeración de página correspondiente.
3. No son admisibles en el informe de acreditación, achurados, utilización de colores, fotografías ni cualquier otra imagen, ni que su texto sea utilizado para ningún fin diverso al que por este acto se instruye.
4. Las fotografías que la Entidad Acreditadora tenga como respaldo de alguna evaluación, no deben ser incorporadas al informe. Ellas deben formar parte del expediente de acreditación establecido y organizado por la Entidad Acreditadora, el cual debe mantenerse permanentemente disponible para la fiscalización de esta Intendencia.
5. La Entidad Acreditadora, al terminar la elaboración del informe y previo a transformarlo a formato PDF, revisará y se hará responsable de la correcta redacción del mismo, así como, de la ortografía utilizada en todo el desarrollo del documento.

II. DESCRIPCIÓN DE LOS ACÁPITES SOBRE ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCEDIMIENTO

- 1. PRESTADOR EVALUADO:** Contiene los antecedentes generales del prestador a quien se le aplicó el Estándar de Acreditación. Incluye: Nombre, RUT, nombre del Representante Legal y nombre del Director Técnico.

El nombre oficial del prestador y que debe ser utilizado en el informe es aquel que se señale para el prestador en la resolución que aprueba someterlo al respectivo procedimiento de acreditación o reacreditación, según el caso, y que convoca a la audiencia pública del procedimiento de designación aleatoria de Entidades Acreditadoras respectiva.

- 2. ENTIDAD ACREDITADORA:** Se refiere a los antecedentes generales de la Entidad Acreditadora autorizada, que realizó la evaluación. Incluye: Nombre, RUT y nombre del Representante Legal, todo lo cual debe ser concordante con los datos de que se contienen en la inscripción de esa Entidad en el Registro Público de Entidades Acreditadoras de esta Superintendencia.

- 3. DATOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN (O REACREDITACIÓN):** Se refiere a los antecedentes generales del proceso de "acreditación" o "reacreditación", lo que la Entidad deberá explicitar en esta parte, cambiando el texto del encabezado, cuando corresponda:

- Número de solicitud: corresponde al número correlativo que asigna el Sistema Informático de Acreditación (SIA), a la solicitud ingresada por el prestador institucional.
- Fecha de inicio de la evaluación: corresponde a la fecha del primer día de evaluación en terreno.
- Fecha de término de la evaluación: Es la fecha de cierre de la etapa de evaluación en el SIA.
- Fecha de emisión del informe: Fecha de ingreso del informe a la Intendencia de Prestadores, la que debe coincidir con la fecha de la firma electrónica avanzada (FEA) del Representante Legal de la Entidad. Este dato no se modificará con motivo de la emisión de los informes corregidos. En aquellos casos en que el informe es remitido en una fecha posterior a la de la FEA del informe, se considerará como fecha válida del informe la fecha en que el documento fue remitido a esta Intendencia.
- Fecha de emisión de informe corregido: Corresponde a la fecha en que la Entidad envía el informe corregido, en cumplimiento de las observaciones e instrucciones dictadas por la Unidad de Fiscalización en Calidad en ejercicio de sus atribuciones de fiscalización del informe. Dicha fecha debe coincidir con la fecha de la firma electrónica avanzada (FEA) del Representante Legal de la Entidad. Esta fecha irá cambiando si se emitieren nuevos informes corregidos. Siempre deberá quedar solo una fecha, a saber, la del último informe corregido.

- vi. Estándar evaluado. Debe registrar el nombre completo del Estándar aplicado al prestador evaluado. Por ejemplo, "Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada".
- vii. Retrospectividad de evaluación: Corresponde al período abarcado por las evaluaciones, a saber, 6 meses para el primer proceso de acreditación y 3 años para las reacreditaciones. Por ejemplo, 01 de octubre de 2016 – 31 de marzo de 2017.
A fin de permitir que el prestador tenga la posibilidad de cerrar sus procesos y tener los resultados que se requieran en las evaluaciones a efectuar, el período de retrospectividad de las evaluaciones deberá abarcar desde el término del mes anterior al día de inicio de las evaluaciones en terreno, hacia atrás, según el lapso que corresponda, atendido lo que disponga el Estándar en aplicación.

4. PERSONAL DE LA ENTIDAD ACREDITADORA QUE PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN: Tabla que contiene la nómina de los profesionales que participaron en la evaluación en terreno. Incluye: nombre con dos apellidos, profesión y cargo en la Entidad.

5. PERSONAL DEL PRESTADOR QUE PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN: Tabla con la nómina de los funcionarios que participaron en la evaluación en terreno. Tiene dos columnas en las que se deberá identificar: Nombre (Primer nombre y los dos apellidos), profesión, cargo en el prestador (si corresponde) y servicio o unidad donde se desempeña en el prestador.

Ejemplo:

NOMBRE	CARGO
Oswaldo Oliva Lagos	Médico Director
Mónica Pérez Álvarez	Enfermera Clínica, UPC Pediátrica
Pablo Arancibia Guede	Ingeniero, Jefe de Equipos Médicos
Pía Reyes Medina	Químico Farmacéutico, Jefe Unidad de Farmacia
Francisco Reyes Román	TENS, Médico Quirúrgico 3° piso
Claudia Miranda González	Recepcionista, Consultas Ambulatorias

El listado precedente, deberá considerar a todos los funcionarios que participaron de alguna forma en la evaluación en terreno, tales como, encargados de calidad, jefes de servicio, entrevistados, quienes presentaron documentos, los referentes en los puntos de verificación, entre otros.

6. PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA EVALUACIÓN:

- i. En este ítem, deben describirse las medidas adoptadas por la Entidad Acreditadora para la realización del respectivo procedimiento de acreditación, señalando los objetivos de las mismas y los aspectos esenciales tratados en las reuniones que se hubieren efectuado con los evaluadores y con el prestador evaluado.
- ii. También se deberá, a lo menos, mencionar los protocolos establecidos por la Entidad para la evaluación en terreno, que respalden la metodología utilizada.
- iii. Asimismo, la Entidad deberá declarar la forma en que ha dado cumplimiento al Oficio Circular IP/Nº2, de 2012, sobre "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno", y, en su caso, señalar cual es

el método de comprobación alternativo, científicamente fundado, que le da soporte metodológico a las evaluaciones efectuadas.

- 7. UNIDADES Y SERVICIOS CLÍNICOS DEL PRESTADOR:** Nómina de la estructura del establecimiento evaluado que incluye la totalidad de las unidades o servicios presentes en él; ubicación y/o dirección; diferencias pesquisadas en relación a las Autorizaciones Sanitarias, si las hubiera.

Ejemplo:

UNIDAD O SERVICIO	UBICACIÓN - DIRECCIÓN	Diferencia con Autorización Sanitaria
Anatomía Patológica	3° piso edificio A	SI, AS N° 1517 (1° piso edificio C)
Atención de Donantes	1° piso edificio A	NO
Banco de Sangre	1° piso edificio A	NO
Cardiovascular Pediatría	5° piso edificio C	NO

- 8. PUNTOS DE VERIFICACIÓN QUE NO APLICAN EN LA EVALUACIÓN DEL PRESTADOR:** Tabla en que la Entidad deberá consignar la información de los puntos de verificación que no le aplican en la evaluación del prestador y por qué, de acuerdo a la realidad de éste.

Ejemplo:

PUNTO DE VERIFICACIÓN	FUNDAMENTO DE LA NO APLICABILIDAD
UPC Pediatría	No tiene
Neonatología	No tiene
Diálisis	No tiene
Pabellón Gineco Obstétrico	Cerrado desde enero 2016

- i. Al respecto, cabe tener presente que los lugares de verificación contenidos en el Manual representan una formulación genérica de la estructura organizativa interna que puede tener un prestador institucional. Por ello, si la organización del prestador que solicita la acreditación es distinta a la prevista en los Manuales de Acreditación, se evaluará el prestador de acuerdo al tipo de pacientes que se atienden en las distintas estructuras. Así por ejemplo, en un prestador de atención cerrada, el Servicio Médico Quirúrgico deberá ser evaluado en el Servicio de Medicina (en términos de cumplimiento de requisitos asociados a pacientes médicos) y en el Servicio de Cirugía (cumplimiento de requisitos asociados a pacientes quirúrgicos), por ello este servicio será evaluado, siguiendo el Manual en las columnas Med y Cir.
- ii. En ese mismo sentido, la Entidad deberá evaluar el tipo de pacientes que el prestador atiende en el Pensionado, de existir en la estructura organizacional de éste.

- 9. CARACTERÍSTICAS QUE NO APLICAN EN LA EVALUACIÓN DEL PRESTADOR:**

- i. Se deberá consignar el código de la característica referida indicando breve fundamento de la no aplicabilidad.

Ejemplo:

Característica	Fundamento de la no aplicabilidad
GCL 1.6	El Prestador no realiza cesáreas, no está dentro de las prestaciones otorgadas. Se constata con la revisión de AS, ficha técnica y visita en terreno.

- ii. Las características que no aplican en las evaluaciones efectuadas al prestador y que se indican en la tabla ad hoc, deben ser eliminadas del formato del informe, en sus acápites hallazgos y fundamentos. No obstante, las tablas de resumen presentadas en el ítem conclusiones, deben contener todas las características del Estándar correspondiente.

III. DESCRIPCIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS QUE APLICAN AL PRESTADOR

1. ITEM HALLAZGOS

- i. En el rubro titulado "**Hallazgos**", deberán describirse pormenorizadamente todos los hechos constatados por la Entidad, respecto de cada uno de los "Elementos Medibles" y en cada uno de los "Puntos de Verificación", que al efecto se señalen en la respectiva pauta de cotejo del Manual correspondiente.
- ii. En el encabezado de éste, se identifica la característica, con su respectivo código. Si se trata de una característica de obligatorio cumplimiento aparece la palabra "Obligatoria". Por ejemplo; "CARACTERÍSTICA DP 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS".
- iii. En las tablas diseñadas para este ítem, se deberá consignar la información exigida en cada elemento medible y punto de verificación. Se deberá completar la información requerida en cada una de las celdas, según lo constatado en la lectura de los documentos, los resultados de las constataciones efectuadas en terreno, entrevistas, etc., de acuerdo al Estándar aplicado al prestador. La descripción debe ceñirse a la instrucción indicada en el punto i. precedente, reflejando de manera clara, precisa y explícita los hallazgos encontrados por cada elemento medible en cada una de las características evaluadas.
- iv. Para la descripción de la evaluación en los siguientes puntos de verificación, se debe proceder del modo que a continuación se señala:
 - o Pabellones quirúrgicos (PQ), se verificarán y describirán los elementos medibles en todos los sectores de pabellones quirúrgicos disponibles en la institución.
 - o Salas de procedimientos, se verificarán y describirán los elementos medibles en Hemodinamia y/o sala (s) de procedimientos endoscópicos según esté especificado en el Manual. En el caso de describirse sólo como procedimientos, se verificará en ambos.
 - o Cirugía, se verificarán y describirán los elementos medibles en cirugía adulto y/o infantil, según esté especificado en el Manual. En el caso de describir sólo como Cirugía, se verificará en ambos.

- Urgencia, si las unidades de atención de emergencia de la institución estuvieran separadas, como por ejemplo urgencias de adultos, pediátricas y gineco obstétricas, el proceso de verificación se realizará en cada una de ellas.
- v.** Respecto de la descripción de los documentos exigidos por el Estándar:
- Nombre del documento: Registrar el título del texto que presenta el Prestador.
 - Nº Resolución: Registrar el número y año de ésta. Si el Prestador presenta otras características particulares en su gestión documental, deben quedar consignadas en las celdillas. Por ejemplo; el prestador no tiene "resolución" y tiene "código" en los documentos, en este caso deberá eliminar la palabra "resolución" y reemplazarla por "código". Si el documento no tiene resolución ni código, en la celda del formato en donde se pide Nº Resolución, indicar que no tiene.
 - Fecha de elaboración: Debe quedar consignada la fecha de elaboración del documento, lo que permitirá dar cuenta de la retrospectividad de éste.
 - Vigencia: Señalar el plazo de vigencia del documento que se registra en él. Si no la indicare, se considerará vigente si fue elaborado en una fecha igual o menor a 5 años, a contar de la fecha de evaluación en terreno, hacia atrás.
Si el documento vigente presentado por el prestador, no alcanza la retrospectividad necesaria, la Entidad verificará la existencia del documento anterior a éste. En estos casos, no es necesaria la descripción de los documentos anteriores al vigente.
En la fila de "Observaciones", debe quedar registrado que, efectivamente, dichos documentos estuvieron a la vista de la Entidad para la verificación del cumplimiento de la retrospectividad de la evaluación, indicando el nombre del documento, fecha de elaboración, responsables de la elaboración y aprobación.
No se deberá confundir la fecha de elaboración de los documentos con el plazo de vigencia de éstos. Dicho plazo de vigencia de los documentos explicita desde cuándo y hasta qué fecha dichos documentos son o han sido obligatorios para sus destinatarios.
 - Elaborado por: Deberá consignarse, al menos, el o los cargos de las personas que participaron en la elaboración del documento. Si el documento señalare, además, el nombre de tales personas, ello deberá ser registrado, por ejemplo: María Soledad Fernández, Coordinadora UPC Pediátrica.
 - Aprobado por: Deberá consignarse, al menos, el cargo de quien aprueba el documento, especialmente si se trata de un documento de carácter institucional. Si el documento señalare, además, el nombre de tales personas, ello deberá ser registrado, por ejemplo: Mabel Castro Fernández, Jefa Unidad de Calidad.

- o **Breve descripción del documento:** Se trata de un resumen breve o sintético del documento tenido a la vista por el evaluador. La descripción deberá referir, como mínimo, las exigencias señaladas en los elementos medibles comprendidos en la Pauta de Cotejo de los respectivos Manuales y aclarados por las Circulares Interpretativas de esta Intendencia. Si el cumplimiento de tales exigencias se encuentran en más de un documento, repita la tabla las veces que sea necesario para registrar cada uno por separado, puntualizando Documento N°1; Documento N°2, etc. La descripción del documento revisado, deberá ser consistente con lo evaluado en terreno, deberá dar cuenta clara y explícita de la constatación del hecho contenido en las exigencias del elemento medible evaluado.
El sentido de la breve descripción, es que quede debido registro del hecho que el evaluador ha realizado, efectivamente, la lectura y análisis del documento, consignando los contenidos esenciales de éste, a fin que, finalmente, se tome la decisión de dar por cumplido o incumplido el elemento medible.
Por tanto, debe tenerse presente que la descripción antes exigida, no se satisface con un chek list, ni con el mero señalamiento de los títulos de los contenidos o un índice de las páginas del documento, ni con afirmaciones genéricas tales como, por ejemplo, "contiene objetivos, alcance y responsables" o "cumple con lo solicitado por el elemento medible". Tampoco resulta correcto copiar de manera íntegra el documento entregado por el prestador.
- o En los casos en que un mismo documento, está elaborado para responder al requerimiento en varios servicios o puntos de verificación, la Entidad lo deberá describir una sola vez e indicar todos los puntos de verificación en donde fue constatado dicho documento.

Ejemplo de descripción de documentos:

DP 1.2 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de gestión de reclamos.

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento: "Procedimiento de Gestión de reclamos"		
N° Resolución: 123	Versión: 2	Fecha de elaboración: mayo 2016
Elaborado por: Pedro Pérez J. Jefe Unidad Calidad	Aprobado por: Dra. María Araya V., Directora Hospital	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 1-15
Breve descripción del contenido del documento: "En el documento dice que existen dos vías de recepción de reclamos las que son a) buzón para sugerencias y reclamos y b) encuesta al egreso del paciente. Cada vez que el paciente o familiar requiere dejar un reclamo, felicitación o sugerencia debe acudir a los buzones disponibles donde encontrará formularios tipo en el cual puede registrar observaciones. Dichos formularios y buzones se encuentran en las siguientes dependencias: mesón de recepción de hall central, mesón de recepción sector UTI, hall de recepción segundo piso. Cada semana los días lunes y jueves, el coordinador de enfermería recolecta los formularios depositados en los buzones disponibles, dando lectura a ellos, clasificando y derivando al responsable si corresponde a dirección médica, gerencia de servicios clínicos y gerencia general. Desde cada área la respuesta generada (formal) se envía a gerencia de servicios clínicos y desde dicha gerencia se determinará la vía de respuesta, ya sea personal, por carta certificada o vía mail. Finalmente se entregará copia del documento de respuesta adjuntándolo al reclamo y se archivará. La institución ha definido un plazo máximo de respuesta de 10 días hábiles, esto de no ser suficiente con la intervención personal inmediata".		
Observaciones: Se tuvo a la vista documento "Procedimiento de Gestión de reclamos", versión 1 de marzo 2015.		

- vi. **Indicadores:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. En todas aquellas características en que se exige un indicador, se deberá registrar el nombre del indicador y su fórmula matemática; el umbral de

cumplimiento y la periodicidad de la evaluación. Todos estos antecedentes se deben derivar de la información proporcionada por el prestador en terreno.

En el caso que el prestador presente más de un indicador, el evaluador deberá registrar sólo uno de ellos, el cual deberá ser definido por el propio prestador, con excepción de la característica APE 1.3, en la cual la pauta de cotejo exige la definición de 2 indicadores.

Ejemplo:

GCL 1.1- Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

PQ General	
Nombre del indicador	Evaluación pre anestésica en pabellón quirúrgico
Fórmula matemática	Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente con evaluación pre-anestésica completa en el periodo / Número total de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el periodo X 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

vii. Evaluación periódica de los indicadores:

Para esta evaluación se deberán registrar todos los antecedentes respecto de la información proporcionada por el Prestador, por cada uno de los puntos de verificación que le sean aplicables:

- o Nombre del documento en que se presenta la evaluación: Nombre del informe o reporte presentado por el prestador, que contiene los datos o resultados obtenidos de la evaluación periódica de los indicadores.
- o Responsable de la medición: Cargo de la persona responsable de la medición.
- o Fuente primaria: Contiene los registros o datos originales obtenidos por el prestador, los que no han sido filtrados, interpretados o evaluados, tales como las hojas de evaluación pre-anestésica en ficha clínica, protocolos de procedimientos o cirugías, registros de actividades clínicas y no clínicas, y registros computacionales.
- o Fuente secundaria: Contienen la información primaria sintetizada y reorganizada. La fuente secundaria interpreta y analiza las fuentes primarias, donde el prestador aplica los criterios de cumplimiento y registra cuántos cumplen y cuántos no cumplen. Están especialmente diseñadas para facilitar y maximizar el acceso a las fuentes primarias o a sus contenidos. Pueden estar constituidas por una pauta de cotejo, una planilla Excel, etc., por ejemplo, la pauta de cotejo para la "Medición del indicador sobre evaluación pre anestésica".
- o Período evaluado: Espacio de tiempo que será analizado, el que deberá abarcar todo el periodo retrospectivo definido por el respectivo Estándar de Acreditación para las evaluaciones del proceso de acreditación o reacreditación, según corresponda.
- o Metodología de evaluación: Método utilizado por el prestador evaluado, para llevar la medición del indicador. En la metodología de medición utilizada por el prestador, se deberá describir si se mide tomando una

muestra o usando el universo completo, cómo se determina el tamaño muestral y la representatividad de la muestra. Indique los criterios usados por el prestador para dar por cumplida la medición.

- Metodología de constatación: Método utilizado por el evaluador, para verificar la coincidencia de los datos entregados por el prestador con los constatados por él durante la evaluación en terreno.
- Resultados entregados por el prestador para el período evaluado: En la tabla se deberá registrar: Período evaluado (Mes, trimestre o semestre y el año); número de mediciones que cumplen; total de mediciones realizadas y el porcentaje de cumplimiento; todos los datos respecto de la información entregada por el prestador. Se deberán registrar los resultados de todo el período de retrospectividad evaluado (6 meses o 3 años).

Ejemplo de resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado medición mensual, para primera acreditación CARACTERÍSTICA GCL 1.7

PQ						
Nombre documento	Informe evaluación indicador cumplimiento criterios indicación médica de transfusión					
Responsable medición	Jefe Médico UMT					
Fuente primaria	Orden de transfusión en ficha clínica					
Fuente secundaria	Planilla de pacientes aleatorizados; pauta de cotejo					
Periodo evaluado	Septiembre 2015 a febrero 2016					
Metodología de medición	Se evalúa el total de las órdenes de transfusión que contienen los criterios para evaluar la indicación médica de transfusión.					
Período evaluado	Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado			Constatación realizada, de acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Septiembre 2015	4	5	80%			
Octubre 2015	4	6	66%			
Noviembre 2015	12	12	100%			
Diciembre 2015	2	5	40%			
Enero 2016	8	8	100%			
Febrero 2016	7	9	77%			

Ejemplo de resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado medición trimestral, para primera acreditación CARACTERÍSTICA GCL 1.3

PQ General Recuperación						
Nombre documento	Informe mensual pauta evaluación manejo del dolor en pacientes post operado inmediato					
Responsable medición	Enfermera de pabellón					
Fuente primaria	Pauta de observación de manejo del dolor en pacientes post operado inmediato					
Fuente secundaria	Informe trimestral					
Periodo evaluado	enero a junio 2015					
Metodología de medición	Para la obtención de la muestra se considera el universo de intervenciones con anestesia regional y/o general del año anterior. Se randomiza 1 día de aplicación de pauta de evaluación. Primera y tercera semana de cada mes 4 pautas y segunda y cuarta semana 3 pautas, completa 14 pautas.					
Período evaluado	Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado			Constatación realizada, de acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
I Trimestre 2015	40	42	95%			
II Trimestre 2015	39	42	92%			

Ejemplo de resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado medición semestral, para primera acreditación CARACTERÍSTICA GCL 1.1

Obstetricia-Ginecología	
Nombre documento	Revisión protocolo cesárea

Responsable medición	Matrona supervisora					
Información primaria	Ficha clínica. Libro de partos					
Información secundaria	Informe revisión protocolo cesárea.					
Periodo evaluado	Julio-agosto-septiembre-octubre-noviembre- diciembre 2015					
Metodología de medición	Matrona supervisora realiza revisión de fichas clínicas de pacientes sometidas a cesáreas durante el mes y verifica si indicaciones de las cesáreas están de acuerdo a lo establecido en protocolo. Realiza informe semestral con listado de pacientes sometidas a cesárea y los diagnósticos correspondientes.					
Periodo evaluado	Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado			Constatación realizada, de acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
II Semestre 2015	120	120	100%			

Ejemplo de resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado medición mensual para reacreditación, CARACTERÍSTICA GCL 1.2

UPC Ad-Intermedio Ad						
Nombre documento	Ficha de indicador en documento manejo de vías venosas centrales					
Responsable medición	Enfermeras clínicas					
Fuente primaria	Pauta de supervisión					
Fuente secundaria	Consolidado manejo de vías venosas centrales					
Periodo evaluado	Octubre 2012 a Septiembre 2015					
Metodología de medición	Sobre el total de catéteres venosos centrales del año anterior se utiliza la calculadora de SIS para obtener la muestra. Luego se aplican pautas por oportunidad.					
Periodo evaluado	Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado			Constatación realizada, de acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Octubre 2012						
Noviembre 2012	190	194	97%			
Diciembre 2012	197	200	98%			
Enero 2013	274	280	97%			
Febrero 2013	153	155	98%			
Marzo 2013	121	121	100%			
Abril 2013	152	155	98%			
Mayo 2013	126	127	99%			
Junio 2013	110	110	100%			
Julio 2013	111	115	96%			
Agosto 2013	94	98	95%			
Septiembre 2013	76	78	97%			
Octubre 2013	137	145	94%			
Noviembre 2013	90	97	92%			
Diciembre 2013	72	75	96%			
Enero 2014	70	74	95%			
Febrero 2014	66	76	87%			
Marzo 2014	133	144	92%			
Abril 2014	90	95	95%			
Mayo 2014	101	105	96%			
Junio 2014	70	71	99%			
Julio 2014	120	125	96%			
Agosto 2014	120	123	98%			
Septiembre 2014	119	121	98%			
Octubre 2014	133	133	100%			
Noviembre 2014	16	16	100%			
Diciembre 2014	16	16	100%			
Enero 2015	8	8	100%			
Febrero 2015	26	28	93%			
Marzo 2015	15	16	94%			
Abril 2015	16	16	100%			
Mayo 2015	18	24	75%			
Junio 2015	22	23	96%			
Julio 2015	14	20	70%			

Agosto 2015	9	10	90%			
Septiembre 2015	10	14	71%			

Ejemplo de resultados entregados por el prestador para medición trimestral para reacreditación,
CARACTERÍSTICA GCL 1.2

UPC Ad-Intermedio Ad						
Nombre documento	Ficha de indicador en documento manejo de vías venosas centrales					
Responsable medición	Enfermeras clínicas					
Fuente primaria	Pauta de supervisión					
Fuente secundaria	Consolidado manejo de vías venosas centrales					
Periodo evaluado	Octubre 2012 a Septiembre 2015					
Metodología de medición	Sobre el total de catéteres venosos centrales del año anterior se utiliza la calculadora de SIS para obtener la muestra. Luego se aplican pautas por oportunidad.					
Período evaluado	Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado			Constatación realizada, de acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
IV Trimestre 2012	584	594	97%			
I Trimestre 2013	548	556	98%			
II Trimestre 2013	388	392	98%			
III Trimestre 2013	281	291	96%			
IV Trimestre 2013	299	317	94%			
I Trimestre 2014	269	294	91%			
II Trimestre 2014	261	271	96%			
III Trimestre 2014	359	369	97%			
IV Trimestre 2014	165	165	100%			
I Trimestre 2015	49	52	94%			
II Trimestre 2015	56	63	88%			
III Trimestre 2015	33	44	75%			

- Constatación realizada por la Entidad Acreditadora, de acuerdo a los resultados entregados: En la tabla se deberá registrar: Número de mediciones que cumplen con los criterios definidos en el indicador; el total de las mediciones y el porcentaje de cumplimiento. Estos datos son el resultado de la verificación realizada por el evaluador respecto de la información entregada por el prestador. Cabe señalar que, el evaluador podrá revisar la totalidad de los meses reportados con sus respectivas fuentes de información, o tomar una muestra de acuerdo a lo definido previamente por la Entidad Acreditadora.

En aquellos puntos de verificación donde no se lleve la medición del indicador y sea otro servicio el que realice dicha medición, la Entidad deberá registrar el lugar. Deberá constatar en el punto de verificación el resultado de la evaluación periódica y verificar las fuentes primarias y secundarias en el lugar donde se lleve la medición. En el caso de que la evaluación sea realizada en forma centralizada, esta información será corroborada en el lugar desde donde emanó la evaluación (en el caso del ejemplo, en el Banco de Sangre).

Para la constatación que realizará la Entidad, deberá trabajar en concordancia con la periodicidad de medición establecida por el prestador, verificando como sigue de acuerdo al periodo de medición reportado por este:

- ✓ Evaluación periódica mensual, 2 meses;
- ✓ Evaluación periódica trimestral, 1 trimestre;
- ✓ Evaluación periódica semestral, 1 semestre.

El mes, trimestre o semestre a constatar deberá ser elegido de manera aleatoria, en forma previa y de acuerdo al procedimiento definido por la Entidad.

Las revisiones que efectuó la Entidad deben dar cuenta de períodos completos de tiempo, como son meses, trimestres o semestres.

El registro de tales revisiones debe reproducir, de manera fidedigna, la medición realizada por el prestador, utilizando la misma metodología que éste empleó, verificando si existe coincidencia con los resultados informados en el período.

Debe tenerse presente que la fijación del alcance retrospectivo tiene como sentido demostrar que una cierta norma o procedimiento se ha venido aplicando y evaluando desde un cierto tiempo anterior en la institución.

Ejemplo de Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados

PQ General						
Nombre documento	Informe de indicador					
Responsable medición	Enfermera de pabellón					
Fuente primaria	Fichas clínica con formulario de EPA.					
Fuente secundaria	Pauta de cotejo, planilla Excel					
Periodo evaluado	Periodo evaluado septiembre 2015 a febrero 2016					
Metodología de medición	La medición se realiza en base a un "tamaño muestral", obtenido del total de procedimientos quirúrgicos del año anterior. La unidad de Calidad, utiliza la calculadora de tamaño muestral y aleatoriza la muestra seleccionada, la cual es enviada a la Jefe de Anestesiología, para su evaluación y cumplimiento de acuerdo a los criterios mínimos definidos en el protocolo.					
Metodología de Constatación	Se revisa la coincidencia de los resultados informados en el periodo, a través de la constatación de la pautas aplicadas, además de la revisión de la información primaria (fichas clínicas /EPA) de los meses de octubre 2015 y febrero 2016 de acuerdo al procedimiento establecido previamente por la EA.					
Período evaluado	Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado			Constatación realizada, de acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
septiembre 2015	45	45	100%			
Octubre 2015	34	45	75%	34	45	75%
Noviembre 2015	32	45	71%			
Diciembre 2015	40	45	88%			
Enero 2016	45	45	100%			
Febrero 2016	40	45	88%	40	45	88%
Observación: Los resultados de la constatación coinciden con lo reportado por el prestador.						

- viii. En todas aquellas características que exigen que "se constate" un determinado hecho, se deberá describir la metodología utilizada por la Entidad para la evaluación. Cada vez que la Entidad utilice una metodología distinta a las recomendadas en las Orientaciones Técnicas dictadas por la Intendencia de Prestadores, la Entidad deberá justificar y describir la validez científica de la metodología utilizada.

Ejemplo:

GCL 1.1 - Cuarto elemento medible: Se constata: presencia de evaluación pre anestésica en pacientes intervenidos.

PQ General	
Metodología de constatación: Para constatar presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos (PQ General), se solicita al prestador planilla excel con las cirugías del pabellón central desde el 1° de febrero	

al 31 de julio del año 2015, se aleatorizan las fichas utilizando función Excel. Se obtiene una muestra de 30 fichas que son solicitadas al prestador. Se procede a su revisión, utilizando los criterios de cumplimiento establecidos por el prestador en el documento institucional. Si las primeras 7 cumplen, se dan por cumplidas. Si una no cumple se procede a revisar el total de las fichas seleccionadas.

Atributos de cumplimiento: Lo descrito en el documento institucional: Nombre y apellidos del paciente, Evaluación ASA, Plan anestésico, nombre y apellido del Médico y Firma del Anestésista.

Nº fichas revisadas: 7	Nº fichas que cumplen: 7	% cumplimiento: 100%
------------------------	--------------------------	----------------------

- ix. Todos los registros de las evaluaciones, deberán dar cuenta del período de retrospectividad del proceso de acreditación, según se trate de un primer proceso acreditación o uno de reacreditación, según el período de retrospectividad establecido en el Estándar de Acreditación aplicado.
- x. En los casos de características incumplidas, la Entidad Acreditadora se deberá asegurar que las causas que determinan el incumplimiento quedaron explícitamente detalladas en el rubro "Observaciones" del ítem "Hallazgos" de cada elemento medible.
- xi. El informe no debe contener datos personales que identifiquen a los pacientes, tales como RUT, o nombre y apellidos de éstos. Para identificar los registros pertinentes, la Entidad Acreditadora usará un código ficticio o el RUT incompleto, por ejemplo, 6685xxx-x.
- xii. En la descripción de los hallazgos, la Entidad Acreditadora, no formulará opiniones personales ni juicios respecto de lo evaluado. Asimismo, el informe no podrá contener sugerencias de ningún tipo con ocasión y respecto de los hallazgos efectuados.
- xiii. La determinación del cumplimiento de una característica se basa en la verificación de los elementos medibles durante la visita a terreno. Esta demostración puede realizarse a través de revisión de documentos o mediante la observación de los procesos en terreno. No son aceptables como evidencia, las descripciones verbales, declaraciones de cumplimiento u otros fundamentos no comprobables.

2. ÍTEM FUNDAMENTOS:

i. Principios de actuación:

- a) Para establecer el cumplimiento de los elementos medibles y características, la Entidad Acreditadora deberá ceñirse estrictamente a los atributos exigidos en las respectivas pautas de cotejo;
- b) Por tanto, las decisiones sobre el cumplimiento o incumplimiento de los elementos medibles y características que adopte la Entidad Acreditadora, deben basarse, exclusivamente, en las exigencias de las pautas de cotejo y en las instrucciones sobre interpretaciones de las Normas del Sistema de Acreditación efectuadas por esta Intendencia, mediante Circulares de general aplicación, así como en las respuestas o pronunciamientos individuales que ella haya emitido para un caso específico;

- c) En tal sentido, se previene y aclara que los formatos de los informes contemplan, también, el registro de información destinada a demostrar que la evaluación se ha ejecutado correctamente por parte de la Entidad Acreditadora. Tales requerimientos de los formatos no constituyen exigencias adicionales para la evaluación del prestador, debiendo la Entidad limitarse a cumplir estrictamente lo instruido en los dos literales anteriores.
- ii. En las tablas de este ítem, se deberán registrar los datos numéricos que resumen y respaldan el resultado de la evaluación de la característica y sus elementos medibles.
 - iii. El puntaje asignado en el elemento medible, en cada punto de verificación y en el resultado final de la característica, debe ser consistente con lo descrito en el ítem Hallazgos.
 - iv. Se deberá registrar en cada celdilla la información requerida, en el punto de verificación donde se constató, otorgando 0 si no cumple, 1 si cumple y NA si no aplica la exigencia. Además, deberá consignar el puntaje total y el porcentaje obtenido y finalmente si la característica cumple SI o NO.
 - v. La Entidad Acreditadora, no deberá alterar las tablas de este ítem consignadas en los formatos de los informes, puesto que, estas fueron diseñadas en concordancia con las pautas de cotejo de los Estándares de Acreditación.

Ejemplo: CARACTERÍSTICA DP 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Dirección o Gerencia	1	1	
Sectores de Hospitalización			1
Sectores de Espera de Público			1
Urgencia			0
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 4/5	Porcentaje obtenido: 80%	Cumple: NO

3. ÍTEM CONCLUSIONES DEL INFORME

- i. En este ítem, se entra a la fase final de la descripción de la evaluación efectuada al prestador institucional, y en él se resumen los resultados obtenidos en el proceso de acreditación respectivo.
- ii. En el primer párrafo de este ítem, la Entidad Acreditadora deberá completar los datos referentes al prestador evaluado y los datos generales de la evaluación.

Ejemplo:

"El Prestador Institucional Clínica Paris, de acuerdo a su tipo y nivel de complejidad, fue evaluado en función del "Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada". De las 106 características contenidas en el Estándar correspondiente, al Prestador le fueron aplicables 80 características, 26 obligatorias y 54 no obligatorias."

- iii. A continuación del párrafo descrito, se presentan 2 tablas de resumen de cumplimiento, una para las características obligatorias del Estándar y la otra para las características no obligatorias. Dichas tablas contienen 4 columnas, que incluyen: código de la característica, % umbral exigido, % cumplimiento, y estado. Las 2 primeras columnas están completas en los formatos de informes con los datos conformes al Estándar de Acreditación de que se trate y **su contenido no debe ser alterado**. En consecuencia, la Entidad deberá limitarse a completar solo las 2 columnas restantes, de acuerdo a los resultados obtenidos en el proceso de acreditación.
- iv. Cabe señalar que, en la columna "% de cumplimiento", los resultados deberán ser expresados en porcentajes, utilizando el signo %, por ejemplo, 100%.
- v. Debe tenerse presente que siempre que el formato del informa exija que se registre el porcentaje de cumplimiento de una característica, el guarismo debe estar constituido por números enteros, **no siendo admisible que se registren los decimales de tales porcentajes**, debiendo aproximarse al entero superior, si el decimal es igual o mayor a "5", y al entero inferior si aquél es menor que "5".
- vi. En la columna "Estado", la Entidad deberá registrar, "Cumple", "No cumple", o "No aplica", según corresponda a los resultados de las evaluaciones efectuadas en el prestador evaluado. **Estas tablas no se deben modificar** y se deben presentar completas, con todas las características del Estándar evaluado.

Ejemplos:

CARACTERÍSTICAS OBLIGATORIAS			
Código	% umbral exigido	% cumplimiento	Estado
DP 2.1	≥ 80%	100%	Cumple
CAL 1.1	100%	100%	Cumple
CAL 1.2	≥ 80%	50%	No Cumple
GCL 1.1	≥ 75%	83%	No aplica

CARACTERÍSTICAS NO OBLIGATORIAS			
Código	% umbral exigido	% cumplimiento	Estado
DP 1.1	≥ 80%	100%	Cumple
DP 1.2	100%	100%	No aplica
DP 1.3	≥ 66%	50%	No Cumple
DP 3.1	≥ 66%	75%	Cumple

- vii. A continuación, en este ítem se presentan 2 tablas correspondientes al resumen de cumplimiento de las características evaluadas, la primera tabla solo para las características obligatorias y la segunda para el total de las características del Estándar de que se trate:

Ejemplo:

Resumen de cumplimiento de las características

Nº total de características obligatorias del estándar	30
Nº de características obligatorias aplicables al prestador	26
Nº de características obligatorias cumplidas	26
% de cumplimiento de características obligatorias	100%

N° total de características del estándar	106
N° total de características aplicables al prestador	80
N° total de características cumplidas	70
% de cumplimiento de las características totales	87%

- viii. Bajo las tablas de resumen indicadas, se deben explicitar las conclusiones y decisiones finales que se han adoptado en el proceso de acreditación efectuado:

Ejemplo:

“Presentados los antecedentes de la evaluación del Prestador **“CLÍNICA PARIS”**, de acuerdo a los hallazgos, fundamentos expuestos y los resultados obtenidos, detallados en el presente informe, y en cumplimiento de las Reglas de Decisión del Estándar de Acreditación aplicado, debe señalarse que dicho prestador institucional cumple con el **100%** de las características obligatorias que le fueron aplicables en las evaluaciones efectuadas y con el **87%** del total de las características que le fueron aplicables en ellas.

“Por lo anterior, y considerando que, conforme a las Reglas de Decisión antedichas, para que sea procedente la declaración de acreditación de este prestador, la exigencia mínima del Estándar de Acreditación aplicado, aprobado por el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud, es el cumplimiento del 100% de las características obligatorias evaluadas y el cumplimiento del 50% de las características totales que fueron aplicables al Prestador, la Entidad Acreditadora **“Calidad Ltda.”**, en virtud de las facultades que la ley le otorga, declara que el Prestador Institucional **“CLÍNICA PARIS”** ha resultado **ACREDITADO** en el presente procedimiento de acreditación, por un plazo de 3 años, a contar de la fecha de emisión de la Resolución Exenta de la Intendencia de Prestadores que ordene su inscripción en el Registro de Prestadores Institucionales Acreditados”.

- ix. El último párrafo del informe, deberá ser modificado por la Entidad Acreditadora cuando se trate de un proceso de reacreditación, señalando si se tratare del primer, segundo o tercero proceso de reacreditación a que se somete el prestador evaluado, y así sucesivamente, incorporando allí los porcentajes exigidos a esos efectos en las Reglas de Decisión del respectivo Estándar de Acreditación para tales reacreditaciones.

4. COMENTARIOS

Este ítem podrá ser utilizado por la Entidad Acreditadora para entregar información relevante relativa a hechos que hayan afectado transversalmente a las evaluaciones efectuadas en el procedimiento de acreditación o reacreditación, si lo estimare pertinente.

5. OBSERVACIONES

Este ítem de “Observaciones” sólo será completado por la Entidad Acreditadora en el caso que el procedimiento de acreditación verse sobre la evaluación de un Estándar General y el resultado de la evaluación, tras la aplicación de las Reglas

de Decisión del Manual que corresponda, determinare que el prestador se encuentra en la situación prevista en el Artículo 28 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, esto es, **en situación de poder ser acreditado con observaciones si se cumplen las normas y requisitos allí señalados.**

En dicho rubro la Entidad Acreditadora requerirá al prestador institucional evaluado que presente ante la Intendencia de Prestadores, en el plazo máximo de diez días hábiles, desde que dicha Intendencia le remita oficialmente el antedicho informe, un Plan de Corrección de las deficiencias constatadas, acompañado de un cronograma para el cumplimiento de dicho plan, el que no podrá abarcar un lapso superior a los seis meses para tal efecto.

En estos casos, en este ítem, la Entidad Acreditadora advertirá al prestador evaluado que ella aprobará o rechazará el plan de corrección antes referido, considerando el cumplimiento de lo dispuesto en **la Circular IP/N°14, de 19 de julio de 2011, que "establece la priorización de las características de los Estándares Generales de Acreditación que deberá respetar el Plan de Corrección que presenten los prestadores institucionales de salud que estén en condiciones de ser acreditados con observaciones".**

6. FIRMA REPRESENTANTE LEGAL ENTIDAD ACREDITADORA

Una vez finalizada la elaboración del informe de acreditación en el formato Word instruido, el documento deberá ser transformado a formato PDF, debiendo el Representante Legal de la Entidad Acreditadora suscribirlo mediante firma electrónica avanzada.

7. FIRMA DIRECTOR TÉCNICO ENTIDAD ACREDITADORA

El Director Técnico de la Entidad Acreditadora que dirigió al cuerpo de evaluadores de la Entidad durante el respectivo procedimiento de acreditación, deberá firmar el informe mediante el uso de firma electrónica simple o avanzada.

8. PREVENCIÓNES FINALES

- i.** El informe de acreditación deberá ser enviado a la Intendencia de Prestadores en la oportunidad que corresponda, dentro de los plazos reglamentarios establecidos para la fiscalización correspondiente por esta Intendencia. Es responsabilidad del Representante Legal de la Entidad Acreditadora que tales plazos se cumplan a cabalidad.
- ii.** Se previene a las Entidades Acreditadoras que, durante la etapa de fiscalización de los informes de acreditación por parte de la Unidad de Fiscalización en Calidad, dichos documentos, tanto el original, como todas las versiones corregidas que se generen, deberán ser firmados por el Representante Legal y el Director Técnico, de la manera indicada en los numerales **5.** y **6.** precedentes.

UNIDAD DE FISCALIZACIÓN EN CALIDAD