



Intendencia de Prestadores de Salud

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

Unidad de Fiscalización en Calidad

Unidad de Apoyo Legal

CIRCULAR IP /N°40

SANTIAGO, 13 DE SEPTIEMBRE DE 2019

TEXTO ACTUALIZADO

Incorpora las modificaciones introducidas a esta Circular por:

- **Circular IP N°41, de 17 de octubre de 2019**
- **Circular IP N°43, de 27 de febrero de 2020**

IMPARTE INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN EN QUE LOS PRESTADORES INSTITUCIONALES ESTÉN EN SITUACIÓN DE SER ACREDITADOS CON OBSERVACIONES, SUS FORMALIDADES Y TRÁMITES POSTERIORES.

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, N°18.469; en la Ley N°19.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado 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; en adelante "el Reglamento" lo previsto en los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para los Prestadores Institucionales, aprobados por los Decretos Exentos N°18 de 2009, N°s 33, 34, 35, 36 y 37 de 2010, N°s 346 y 347 de 2011, y N°128 de 2018, especialmente lo dispuesto 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 el Decreto Exento N°5 de 2019, del Ministerio de Salud, en el Decreto Supremo N°64, de 01 de octubre de 2018, del Ministerio de Salud; y en la Resolución RA 882/35/2020, de la Superintendencia de Salud;

CONSIDERANDO:

- 1º** Que, el Decreto Exento N°5 de 2019, del Ministerio de Salud, modifica el número 3 del título III, sobre "Reglas de Decisión", de todos los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, vigentes en la actualidad, señalando en cada uno de ellos que la Entidad Acreditadora otorgará o denegará la acreditación, o la concederá con observaciones, siempre que se hubieren cumplido con las formalidades y normas previstas en el Reglamento, según las reglas que allí se señalan;
- 2º** Que, el citado Decreto Exento modificó las reglas de decisión, para cada uno de los Estándares de Acreditación, en el primer, segundo y tercer proceso de acreditación, señalando para cada uno, los porcentajes de cumplimiento de las características obligatorias y totales que son necesarios para que se otorgue la acreditación directamente o para quedar en situación de ser acreditado con observaciones, permitiéndose, en el último caso, el incumplimiento de un número determinado de características obligatorias;
- 3º** Que, el Artículo 28 del Reglamento del Sistema de Acreditación, alude a la forma en que deberá proceder tanto el prestador institucional evaluado, así como, la Entidad Acreditadora que ejecutó un proceso de acreditación en que el prestador se encontrare en situación de ser acreditado con observaciones, señalando que, la Entidad Acreditadora aprobará o rechazará el plan de corrección a que se refiere dicha norma";
- 4º** Que, conforme a dichas "Reglas de Decisión" de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación vigentes, los prestadores institucionales podrán encontrarse en situación de acreditar con observaciones, en los siguientes casos:
 - a) Atención Cerrada de alta o mediana complejidad:**
 - Primer proceso: 50% de las características que le fueron aplicables con un máximo de 3 características obligatorias incumplidas.
 - Segundo proceso: 70% de las características aplicables con un máximo de 3 características obligatorias incumplidas.
 - Tercer proceso: 85% de las características aplicables con un máximo de 3 características obligatorias incumplidas.
 - b) Atención Cerrada de baja complejidad; Atención Abierta; Centros de Tratamiento y Rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia al alcohol y/o drogas; y Atención Psiquiátrica Cerrada.**
 - Primer proceso: 50% de las características que le fueron aplicables con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.
 - Segundo proceso: 70% de las características aplicables, con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.
 - Tercer proceso: 85% de las características aplicables, con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.
 - c) Centros de Diálisis; Servicios de Esterilización; Servicios de Imagenología; Laboratorios Clínicos; Quimioterapia Ambulatoria; y Servicios de Radioterapia.**
 - Primer proceso: 65% de las características aplicables, con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.

Segundo proceso: 75% de las características aplicables, con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.

Tercer proceso: 80% de las características aplicables, con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.

- 5º Que, además, 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 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 en los Estándares Generales de Acreditación vigentes aprobados por los respectivos Decretos Exentos dictados por el Ministerio de Salud;
- 6º Que, atendida la importancia de los cambios introducidos en el número 3 del título III, sobre "Reglas de Decisión", contenido en los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, establecidos por el Decreto Exento N°5 de 2019, del Ministerio de Salud, esta Intendencia tiene el deber de asegurar que esto se lleve a cabo a través de un procedimiento claro, expedito y homólogo para todos los procesos de acreditación que correspondan y para todas las partes involucradas que intervengan en ellos;

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

1. INSTRÚYESE, respecto del procedimiento que las Entidades Acreditadoras y Prestadores Institucionales de Salud, deberán seguir en los procesos de acreditación cuando, según el Informe de Acreditación de la Entidad Acreditadora, el Prestador evaluado se encuentre en situación de ser acreditado con observaciones.

- 1.1. La Entidad Acreditadora comunicará la circunstancia de que el prestador se encuentra en situación de ser acreditado con observaciones, en el informe de acreditación, señalando la normativa correspondiente que lo permite.
- 1.2. En concordancia con lo anterior, la Entidad Acreditadora deberá redactar los últimos párrafos del ítem conclusiones, de la siguiente forma:

*"Teniendo presente los antecedentes de la evaluación del prestador **XXXXXXXXXX**, conforme a los hallazgos, fundamentos expuestos y los resultados obtenidos, según se detallan en el presente informe, y en cumplimiento de las Reglas de Decisión del Estándar de Acreditación evaluado en el presente procedimiento, se concluye que dicho prestador Institucional, cumple con el **97%** de las características obligatorias que le fueron aplicables en las evaluaciones efectuadas, **incumpliendo 3 de ellas** y cumple, además, con el **70%** del total de las características que le fueron aplicables."*

"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, para el **primer** proceso de acreditación es el cumplimiento del **100%** de las características obligatorias evaluadas y el cumplimiento del **50%** de las características totales que fueron aplicables al prestador. Por otra parte, para acreditar con observaciones se exigirá el cumplimiento de, al menos, el **50%** de las características que le fueron aplicables, permitiendo un incumplimiento máximo de **3 características obligatorias** aplicadas en el proceso de acreditación”.*

*“De acuerdo a lo anterior, la Entidad Acreditadora **XXXXX XXXXXX** en virtud de las facultades que la ley le otorga, y de acuerdo a lo indicado en el Artículo 28 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud declara que el Prestador Institucional **XXXXXXXXXXXX**, se encuentra en situación de ser “acreditado con observaciones”, siempre y cuando se cumplan las formalidades y normas previstas en el citado Reglamento”.*

- 1.3.** La declaración de la decisión adoptada por la Entidad Acreditadora, antes señalada, deberá ser adecuada, en cada caso, con relación al tipo de estándar de acreditación evaluado, porcentajes de cumplimiento y secuencia de éste, según corresponda, en concordancia con lo señalado en el 4° del Considerando precedente.
- 1.4.** En el ítem observaciones del informe de acreditación, la Entidad Acreditadora deberá informar al prestador las reglas que deberá cumplir para optar a la “acreditación con observaciones”, indicando lo siguiente:
 - a)** El prestador XXXXXX, deberá elaborar un plan de corrección que permita estimar que, con éste podrá subsanar las deficiencias de las características obligatorias incumplidas, a saber, XXX, XXX y XXX.
 - b)** El plan de corrección deberá ser acompañado de un Cronograma, que establezca su cumplimiento en un lapso no superior a seis meses.
 - c)** El plan de corrección y cronograma deberán ser remitidos en un plazo de diez (10) días hábiles, al correo electrónico _____ del representante legal de la Entidad Acreditadora, que se encuentra registrado ante esta Intendencia.
 - d)** Los diez (10) días se contabilizarán a partir de la fecha de notificación de la Resolución Exenta de la Intendencia de Prestadores, que da a conocer al prestador el informe que lo declara en situación de ser acreditado con observaciones. Dicha Resolución más el antedicho informe de acreditación en su versión final, se notificarán al prestador, vía correo electrónico, a la dirección de correo indicada en su solicitud de acreditación.
- 1.5.** De la notificación al prestador, del informe de acreditación que indica que ha quedado en situación de ser acreditado con observaciones:
 - a)** Luego de concluida la fiscalización al informe de acreditación, efectuada por la Unidad de Fiscalización en Calidad, se procederá, como es regular en todos los procesos de acreditación, a instruir al prestador evaluado el pago de la segunda cuota del arancel a la Entidad Acreditadora. Una vez

efectuado dicho pago, se remitirán los antecedentes a la Unidad de Apoyo Legal, para la confección de la Resolución Exenta que notifique al prestador acerca del resultado de su proceso de acreditación.

- b)** Dicha notificación al prestador, vía correo electrónico, contendrá los siguientes documentos:
 - i.** La antedicha Resolución Exenta IP;
 - ii.** El respectivo informe de acreditación;
 - iii.** El Decreto Exento N°5, de 2019, del Ministerio de Salud;
 - iv.** La Circular IP N°40 de septiembre de 2019,
 - v.** El formato para la elaboración del plan de corrección y su instructivo.
- c)** Del correo de notificación al prestador, se enviará copia a la Entidad Acreditadora correspondiente, quien será responsable de dar continuidad a este proceso, aprobando o rechazando el plan de corrección que presentará el prestador.

1.6. Del Plan de Corrección que deberá elaborar el Prestador que opte al estado de acreditado con observaciones:

- a)** Para los casos de los prestadores en primer o segundo proceso de acreditación, el plan deberá contemplar necesariamente las actividades que permitan corregir las deficiencias representadas en todas las características obligatorias incumplidas.
- b)** Para los casos de tercer y más procesos de acreditación secuenciales, el plan deberá contemplar las actividades que permitan corregir las deficiencias representadas en todas las características obligatorias incumplidas y además, si el porcentaje de cumplimiento del total de características es menor al porcentaje para otorgar la acreditación, e igual o mayor al permitido por el Estándar de Acreditación de que se trate, para acreditar con observaciones, deberá incluir las correcciones para las características no obligatorias incumplidas, en número tal, que le permita posteriormente alcanzar el porcentaje total para la acreditación.
- c)** Si el número de características no obligatorias incumplidas por el prestador, es mayor de las que necesita para acreditarse con posterioridad a quedar como acreditado con observaciones, deberá considerar un plan que efectivamente cautele la corrección de los incumplimientos de las características que sean más relevantes, de acuerdo a su realidad local y los recursos disponibles para ello.
- d)** El plan de corrección deberá dar cuenta clara y explícita de los incumplimientos encontrados durante la evaluación del proceso de acreditación, identificando los factores asociados a dichos incumplimientos. Este plan deberá estructurarse aplicando el principio de la mejora continua, en la gestión de calidad y seguridad de los pacientes.
- e)** La elaboración del plan de corrección, no deberá considerar un enfoque punitivo o ser utilizado para identificar responsabilidades individuales, pues ese no es su objetivo, por el contrario, es muy recomendable para los prestadores que profundicen en el análisis de sus incumplimientos de

una manera constructiva, pues dicha información podrá ser utilizada como insumo para evitar nuevos incumplimientos en el futuro.

- f)** El plan de corrección elaborado por el prestador, deberá ser presentado en el formato instruido por esta Intendencia, de acuerdo al Anexo N°1 de esta Circular, y su instructivo correspondiente, Anexo N°2 de la presente Circular.
- g)** El plan de corrección deberá ser acompañado de un Cronograma, el cual señalará la oportunidad en que se ejecutarán las actividades pertinentes a éste, necesarias para subsanar cada uno de los incumplimientos detectados, en el que se señalará como mínimo, la (s) actividad (es), el plazo de ejecución y el (los) responsable (s) de ésta (s). El cronograma en su completitud, deberá estar diseñado para ser cumplido en un lapso de tiempo que no supere los seis meses.
- h)** Para la evaluación plan de corrección, por parte de la Entidad Acreditadora, los prestadores podrán adjuntar información que les parezca relevante en relación al cumplimiento de dicho plan (Actas de reuniones, resoluciones, etc.)
- i)** Asimismo, el plan de corrección elaborado por el prestador, deberá ser remitido a la Entidad Acreditadora correspondiente, en el plazo y forma indicada en el 1.4 precedente.

1.7. De la aprobación o rechazo del plan de corrección del prestador, por parte de la Entidad Acreditadora:

- a)** La Entidad Acreditadora que recibe el plan de corrección, deberá verificar que éste cumple con los contenidos exigidos en los Anexos N°1 y N°2 de esta Circular, valorando sí con la información presentada en el correspondiente formato, se responden las interrogantes respecto a cuál o cuáles fueron los incumplimientos, sus causas y factores contribuyentes, las acciones correctivas planteadas, la atingencia de ellas, los responsables y los plazos involucrados en su implementación y evaluación.
- b)** Luego de revisar y analizar el plan de corrección y toda la información atingente al mismo, remitida por el prestador, la Entidad Acreditadora elaborará un informe, en donde, en lo principal, explicitará cada uno de los incumplimientos representados en el informe de acreditación, por cada característica y elemento medible incumplido que aborde dicho plan, las actividades propuestas por el prestador para subsanar tales falencias, los responsables de ejecutarlas y los plazos involucrados.
- c)** El informe elaborado por la Entidad Acreditadora, deberá ser presentado en el formato instruido por esta Intendencia, de acuerdo al Anexo N°3 de esta Circular, y su instructivo correspondiente, contenido en el Anexo N°4 de la presente Circular. Dicho informe deberá ser finalizado en formato PDF y será válido con la firma electrónica avanzada del representante legal de la Entidad Acreditadora y la firma del director técnico correspondiente.

- d) Para aprobar el plan de corrección propuesto por el prestador, la Entidad Acreditadora, deberá considerar en lo principal, la pertinencia de las actividades formuladas para subsanar los incumplimientos, y una estimación fundada con respecto a que dichas correcciones podrán ser materializadas en un plazo máximo de 6 meses.
- e) En caso de que el prestador no presente un plan de corrección o este sea rechazado por insuficiente, la Entidad Acreditadora, dentro del quinto día hábil de recibido el correo de notificación indicado en la letra c) del 1.5 precedente, o de recepcionado el plan de corrección de parte del prestador, según corresponda, declarará fundadamente en su informe de evaluación del plan de corrección, como "no acreditado" al prestador. Por el contrario, y en el mismo plazo, si el plan es aprobado lo declarará "acreditado con observaciones", enviando copia a la Intendencia de Prestadores, del plan de corrección del prestador y todos los documentos adjuntados por éste, y del informe de evaluación del plan de corrección elaborado por la Entidad Acreditadora.
- f) Las copias de todos los documentos que la Entidad Acreditadora deberá remitir a esta Intendencia para su fiscalización, y que son señalados en la letra e) precedente, deberán ser enviadas exclusivamente a través del correo electrónico informesacreditacion@superdesalud.gob.cl

2. INSTRÚYESE, respecto del procedimiento que la Unidad de Fiscalización en Calidad deberá seguir en la fiscalización del informe de evaluación del Plan de Corrección que presente el Prestador a la Entidad Acreditadora, y del término del proceso de acreditación.

2.1. De la fiscalización del informe de evaluación del plan de corrección del prestador, presentado por la Entidad Acreditadora, y del término del proceso, de acreditación:

- a) Después de que la Intendencia de Prestadores, reciba de parte de la Entidad Acreditadora, los documentos señalados en la letra e) del punto 1.7 precedente, procederá a realizar una fiscalización de éstos, con los objetivos de verificar que, tanto el prestador como la Entidad Acreditadora se hayan ajustado al procedimiento instruido en la presente Circular, y que la decisión adoptada por la Entidad Acreditadora, respecto de aprobar o rechazar el plan de corrección del prestador, sea concordante con la normativa vigente.
- b) En los casos en que el resultado de la fiscalización demuestre que se ha dado cumplimiento a las normas antedichas y que la decisión adoptada por la Entidad Acreditadora es la correcta, la Intendencia de Prestadores emitirá un acta de fiscalización en la que instruirá a la Entidad Acreditadora para complementar el ítem de "Conclusiones" del informe de acreditación original, en el que se declare que el prestador está "acreditado con observaciones" o "no acreditado", según corresponda, modificará, el último párrafo señalado en el punto 1.2 precedente, lo siguiente:
 - i. *"En atención a que el Prestador Institucional XXXXXXXXXXXX, a través de la Resolución Exenta IP N°xxx,*

de fecha ____ de _____ de 20____, ha sido notificado que, de acuerdo a lo indicado en el Artículo 28 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, se encuentra en situación de ser "acreditado con observaciones", y habiéndose cumplido las formalidades y normas previstas en el citado Reglamento, la **Entidad Acreditadora XXXXX XXXXXX**, en virtud de las facultades que la ley le otorga, **aprueba el plan de corrección presentado por el prestador con fecha ____ de _____ de 20____, y lo declara "ACREDITADO CON OBSERVACIONES"**, a partir de la fecha de notificación de la Resolución Exenta IP de la Intendencia de Prestadores."; o

ii. "En atención a que el Prestador Institucional **XXXXXXXXXXXX**, a través de la Resolución Exenta IP N°xxx, de fecha ____ de _____ de 20____, ha sido notificado que, de acuerdo a lo indicado en el Artículo 28 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, se encuentra en situación de ser "acreditado con observaciones", y habiéndose cumplido las formalidades y normas previstas en el citado Reglamento, la **Entidad Acreditadora XXXXX XXXXXX**, en virtud de las facultades que la ley le otorga, **rechaza el plan de corrección presentado por el prestador y lo declara NO ACREDITADO**, en el presente procedimiento de acreditación."

- c) El acta de fiscalización antes señalada, será remitida al correo electrónico del representante legal de la Entidad Acreditadora, la que dispondrá de **2 días hábiles** para hacer el cambio indicado en la b) precedente y remitir el informe final a la Intendencia, al correo informesacreditacion@superdesalud.gob.cl
- d) Una vez recibido el informe de acreditación en su versión final, la Unidad de Fiscalización en Calidad, verificará que el cambio se ajuste a la instrucción y, de ser así, enviará un memorándum a la Unidad de Apoyo Legal, con todos los antecedentes pertinentes, para que ésta elabore la Resolución Exenta IP, en que se notifique al prestador en cuestión, que ha sido declarado como "ACREDITADO CON OBSERVACIONES", o en su defecto, que ha sido declarado como "NO ACREDITADO".
- e) Si en la fiscalización se observa que, en el informe de acreditación remitido por la Entidad, ésta no da cumplimiento estricto a la instrucción impartida, se instruirá una última corrección, en los mismos términos previstos anteriormente, sin perjuicio de la posibilidad de que se instruya el correspondiente procedimiento sumarial.
- f) En los casos en que el resultado de la fiscalización, demuestre que existe una disconformidad entre el informe de evaluación del plan de corrección elaborado por la Entidad Acreditadora y los resultados de la fiscalización efectuada por la Intendencia de Prestadores, esta última, en virtud de sus facultades, podrá ordenar a la Entidad efectuar todas las correcciones

correspondientes, oír a los representantes del prestador institucional evaluado, sin perjuicio de hacer uso de todas las acciones que complementen la fiscalización, tales como, pedir aclaraciones de temas específicos, ordenar un informe complementario, citar a reunión a la Entidad, entre otras.

- g)** Una vez que la Resolución Exenta final, sea firmada por la (el) Intendente (e) de Prestadores, se procederá a la notificación del prestador correspondiente, vía correo electrónico. La notificación incluirá los siguientes documentos:
 - i.** Informe de acreditación en su versión final.
 - ii.** El informe de evaluación del plan de corrección elaborado por la Entidad Acreditadora.
 - iii.** La Resolución Exenta IP final.
- h)** El prestador que sea declarado como "ACREDITADO CON OBSERVACIONES", será inscrito en el Registro de Prestadores Acreditados de esta Superintendencia, explicitando en él dicha condición.

2.2. Para efectos de la fiscalización señalada en el punto 2.1 precedente, cuando se trate de procesos de acreditación del Estándar General de Acreditación para Laboratorios Clínicos, ésta será efectuada por la Sección de Fiscalización de Laboratorios Clínicos del Instituto de Salud Pública de Chile, tal como se realiza de manera regular con todos los procesos de acreditación del citado Estándar.

3. INFORMA E INSTRUYE, al Prestador Institucional "acreditado con observaciones", acerca de las acciones a seguir, para conseguir su acreditación definitiva:

- 3.1.** La verificación del cumplimiento del plan de corrección aprobado, se efectuará en un nuevo proceso de evaluación, dirigido solamente a evaluar el cumplimiento de dicho plan, en lo que se considerará el cumplimiento de la o las características obligatorias incumplidas y, en el caso de su tercer o siguientes procesos de acreditación, de las no obligatorias incumplidas, que no hayan permitido la acreditación del prestador en una primera instancia.
- 3.2.** La nueva evaluación será solicitada por el prestador dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento del plazo para el cumplimiento del plan de corrección presentado por el prestador y que hubiere sido aprobado. Debe tenerse presente, que dicho plan deberá concretarse en un plazo máximo de seis (6) meses.
- 3.3.** Los seis (6) meses determinados para el cumplimiento del plan de corrección, se contabilizarán a partir de la notificación al prestador, de la Resolución Exenta IP en que se informa que la Entidad Acreditadora ha aprobado el citado plan, y ha declarado que el prestador ha sido acreditado con observaciones.
- 3.4.** Asimismo, los seis (6) meses serán contados de manera continua, esto es que, por ejemplo, si la notificación de la Resolución indicada en la letra precedente, fue hecha al correo electrónico del prestador con fecha 26 de septiembre de 2019, su vencimiento será el 26 de marzo de 2020. De acuerdo a lo anterior, en el caso del ejemplo, el prestador deberá ingresar su solicitud para la nueva evaluación, entre los días 27 de marzo y 09 de abril de 2020.

- 3.5. Tras la solicitud de la nueva evaluación, el prestador será incorporado a un sorteo de designación aleatoria de Entidades Acreditadoras, en el que se le designará la Entidad que efectuará la evaluación, sólo de las características comprometidas en su plan de corrección. Esa Entidad será distinta de aquella que realizó la primera evaluación y que le aprobó el plan de corrección.
- 3.6. El arancel para la nueva evaluación, corresponderá a la mitad del correspondiente al proceso de acreditación que lo causó, de acuerdo a la normativa vigente.
- 3.7. Las etapas y plazos para esta evaluación, serán los mismos que aplicaron en el proceso de acreditación en que el prestador fue declarado acreditado con observaciones, y las normas por las que ese nuevo procedimiento se regirá que se contienen en el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud y las Circulares de esta Intendencia, que lo interpretan y complementan. Esas mismas normativas son aplicables a la fiscalización de ese nuevo procedimiento y al informe de acreditación que presente la Entidad Acreditadora al término de esta evaluación.
- 3.8. Si al término del plazo señalado en el 3.4 anterior, el prestador no hubiere ingresado su solicitud, o el nuevo procedimiento fracasare por cualquier causa imputable al prestador institucional evaluado, dicho prestador quedará como "NO ACREDITADO". Asimismo, se ordenará la cancelación de su inscripción en el Registro de Prestadores Acreditados de esta Superintendencia, mediante resolución que será notificada al representante legal del antedicho prestador.

4. INSTRÚYESE, respecto del procedimiento que las Entidades Acreditadoras deberán seguir en los casos en que la evaluación del Plan de Corrección que presente el Prestador, demuestre que este se encuentra ejecutado.

- 4.1. En aquellos prestadores que no hayan obtenido su acreditación o reacreditación en primera instancia, por un error o falencia en un hallazgo que sea susceptible de corregir de manera inmediata, y que luego de que sea notificado de su "situación de ser acreditado con observaciones", su plan de corrección correspondiente se presente con el respaldo de la ejecución del mismo (Nuevo documento, nueva versión, otros), la Entidad Acreditadora evaluará en completitud el plan de corrección y las pruebas de su realización;
- 4.2. La Entidad Acreditadora, una vez verificado el plan de corrección y los respaldos acompañados por el prestador, si estos se encuentran conforme a la normativa vigente, en su "informe de evaluación del plan de corrección", declarará acreditado al prestador institucional;
- 4.3. Por otra parte, una vez que la Entidad Acreditadora, emita el informe que declara acreditado al prestador, remitirá todos los documentos pertinentes a la Unidad de Fiscalización en Calidad, la que revisará en conjunto el plan de corrección y los respaldos acompañados al procedimiento, por el prestador y el informe elaborado al respecto, por la Entidad Acreditadora. Una vez analizados todos los antecedentes y verificado que estos cumplen con la normativa vigente, procederá a emitir el Informe de Fiscalización relativo al termino del procedimiento y ordenará elaborar la Resolución Exenta IP, que declara acreditado al prestador institucional en cuestión;

- 4.4.** De acuerdo a lo anterior, los prestadores que se encuentran en "situación de ser acreditados con observaciones", que cumplan con lo indicado en los literales a), b) y c), precedentes, no requerirán de ingresar una nueva solicitud, para la evaluación del cumplimiento de su plan de corrección, puesto que, dicho plan ya fue ejecutado y sancionado, tanto por la Entidad Acreditadora, como por la Unidad de Fiscalización en Calidad", dándolo por cumplido;
- 4.5.** Finalmente, cabe señalar que, lo indicado en el punto anterior solo será válido para las situaciones previamente descritas, a mayor abundamiento, falencias en hallazgos que son corregidas por el prestador y que son posibles de revisar y fiscalizar en modalidad back office, por la Entidad Acreditadora y por esta Intendencia, respectivamente. Todos los planes de corrección que involucren otro tipo de constataciones que necesariamente deban ser realizadas en terreno, deberán ser sujeto de una nueva solicitud para su evaluación, en la forma indicada en el artículo 29 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales.
- 5. VIGENCIA:** La presente Circular entrará en vigencia desde su notificación a cada una de las Entidades Acreditadoras y, para aquellos Prestadores Institucionales que cumplan con las condiciones ya descritas en el N°4 precedente, regirá con efecto retroactivo a contar de la fecha de la emisión de la Circular que se modifica.
- 6. DERÓGASE la CIRCULAR IP N°14, de 19 de julio de 2011.**
- 7. NOTIFÍQUESE** la presente Circular a los representantes legales de las Entidades Acreditadoras, a su correo electrónico indicado en su Registro de Entidad Acreditadora Autorizada.

REGÍSTRESE Y PUBLÍQUESE EN LA PÁGINA WEB DE ESTA SUPERINTENDENCIA



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.

Adjunta:

- Anexo N°1 "Formato para Elaboración del Plan de Corrección".
- Anexo N°2 "Instructivo para la Elaboración del Plan de Corrección".
- Anexo N°3 "Formato para la Elaboración del Informe de Evaluación del Plan de Corrección".
- Anexo N°4 "Instructivo para la Elaboración del Informe de Evaluación del Plan de Corrección".



DISTRIBUCIÓN:

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras (por correo electrónico)
- Subsecretaria 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
- Director del Instituto de Salud Pública de Chile
- Jefa Sección de Fiscalización de Laboratorios Clínicos del Instituto de Salud Pública de Chile
- Superintendente de Salud (S)
- Fiscal (S)
- Jefe de Comunicaciones Superintendencia de Salud
- Agentes Regionales
- Jefa (S) del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Encargada (S) Unidad de Fiscalización en Calidad IP
- Coordinadora Unidad de Fiscalización en Calidad IP
- Encargado Unidad de Gestión en Acreditación IP
- Encargada Unidad de Asesoría Técnica IP
- Unidad de Apoyo legal IP
- Profesionales del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
- Archivo IP





Intendencia de Prestadores
Unidad de Asesoría Técnica
Unidad de Fiscalización en Calidad

ANEXO N°1 FORMATO PARA ELABORACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN

I. ANTECEDENTES DEL PRESTADOR

- Prestador Institucional:
- Dirección Prestador:
- Representante Legal:
- Director (a) Médico:
- Correo electrónico Representante Legal:
- Correo electrónico Director (a) Médico:
- Correo electrónico Encargada (o) de Calidad:

II. ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

- Entidad Acreditadora (EA):
- Estándar de acreditación evaluado:
- Fecha de evaluación de acreditación:
- Fecha informe de acreditación:
- Porcentaje de cumplimiento general:
- Porcentaje de cumplimiento características obligatorias:
- Número características obligatorias incumplidas:
- Fecha RE IP que notifica resultado:
- Fecha notificación RE IP con resultado:
- Fecha elaboración del Plan de Corrección:
- Fecha envío Plan de Corrección a EA:

III. PLAN DE CORRECCIÓN

1. Característica y elementos medibles incumplidos
2. Fundamentos del (los) incumplimiento(s)
3. Causa(s) y factor (es) contribuyentes del incumplimiento
4. Actividad(es) de análisis



5. Acción (es) correctiva (s) a aplicar
6. Responsable (s)
7. Plazo (s) de implementación y fecha de reevaluación de la característica

CRONOGRAMA PARA EL PLAN DE CORRECCIÓN

Característica y EM	Acciones Correctivas	Responsables	Fecha de implementación
Xxx - xxx	1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.
Xxx - xxx	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2. 3.
Xxx - xxx	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.
Xxx - xxx	1. 2.	1. 2.	1. 2.

FIRMAS RESPONSABLES DEL PRESTADOR

Representante Legal

Nombre:

Firma:

Director (a) Médico

Nombre:

Firma:

Encargada (o) de Calidad

Nombre:

Firma:





Intendencia de Prestadores
Unidad de Asesoría Técnica
Unidad de Fiscalización en Calidad

ANEXO N°2 INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN

I. ANTECEDENTES DEL PRESTADOR

- Prestador Institucional: HOSPITAL LA ARAUCARIA
- Dirección Prestador: Avenida Cereza N°8.895, Peñalolén, Santiago, Región Metropolitana
- Representante Legal: María González Pérez
- Director Médico: Mario Pérez Castro
- Encargada de Calidad: Marcela López Lillo
- Correo electrónico Representante Legal: mariagp@gmail.com
- Correo electrónico Director Médico: info@hospitallaaraucaria.cl
- Correo electrónico Encargada de Calidad: marcelall@gmail.com

II. ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

- Entidad Acreditadora: ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L.
- Estándar de acreditación evaluado: Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada
- Fecha de evaluación de acreditación: 09 de abril de 2019
- Porcentaje de cumplimiento general: **80%**
- Porcentaje cumplimiento características obligatorias: **90%**
- Número características obligatorias incumplidas: **3**
- Fecha RE IP que notifica resultado: 09 de julio de 2019
- Fecha notificación RE IP con resultado: 10 de julio de 2019
- Fecha elaboración del Plan de Corrección: 24 de julio de 2019
- Fecha envío Plan de Corrección a EA: 25 de julio de 2019

En los puntos I y 2 precedentes, el Prestador registrará los antecedentes asociados a su Institución y los del proceso de acreditación reciente.

III. PLAN DE CORRECCIÓN

1. Característica y elementos medibles incumplidos

Registrar código y nombre de la característica incumplida.
Explicitar cuál o cuáles elementos medibles no se cumplieron.

2. Fundamento del (los) incumplimiento (s)

El Prestador debe explicitar el fundamento, desde el punto de vista de la constatación por parte de la Entidad Acreditadora. Debe responder a la pregunta de qué fue lo que la Entidad Acreditadora no pudo verificar en terreno y

cómo detectó tal hallazgo, por lo tanto, debe registrar los hallazgos descritos en el Informe de Acreditación, que fundamentan el incumplimiento del elemento medible.

"Se recomienda copiar lo descrito en ítem hallazgos y la tabla del ítem fundamento del Informe de Acreditación de la característica incumplida".

3. Causa(s) y factores contribuyentes del incumplimiento

El Prestador deberá identificar y registrar la o las causas del incumplimiento y los factores contribuyentes.

Los factores identificados serán producto del análisis que desarrolle el Prestador en relación a la causalidad del incumplimiento y permiten obtener una visión más integral de él, pues la razón de no cumplir con una determinada exigencia es multicausal y para la implementación de las medidas correctivas es importante mantener dicho enfoque, ya que eventualmente las acciones correctivas implementadas podrían subsanar y prevenir otros incumplimientos.

Es posible que el Prestador identifique numerosos factores contribuyentes al incumplimiento, para efectos del Plan de Corrección debe presentar los más relevantes, ya que a ellos deberá aplicar igualmente acciones correctivas y así será constatado en el Plan presentado a la Entidad Acreditadora.

4. Actividad(es) de análisis

En este ítem el Prestador debe describir brevemente las actividades realizadas y la metodología utilizada para llegar a la conclusión acerca de las causas y factores contribuyentes del incumplimiento detectados; así como quién o quienes participaron de dicha actividad.

El objetivo es que se evidencie que existió un trabajo compartido en el Prestador respecto a este análisis y no fue producto de un sólo profesional, como podría ser el Encargado de Calidad del Prestador.

5. Acción (es) correctiva (s) a aplicar

El Prestador deberá identificar la o las acciones que serán implementadas con el fin de subsanar el incumplimiento. Estas acciones deben estar en directa relación a la causa y factores contribuyentes identificados del incumplimiento.

6. Responsable (s)

Debe identificar al profesional o profesionales que serán responsables de la implementación, seguimiento y evaluación de cada acción correctiva.

7. Plazo de implementación y fecha de reevaluación de la característica

El Prestador deberá consignar el plazo que se considerará para la adecuada implementación de la acción correctiva y fecha estimada de la nueva evaluación de la exigencia incumplida. Es importante que el plazo sea atingente a las acciones correctivas planteadas, es decir si se trata solamente de cambios documentales puede plantearse un plazo breve, pero si se trata de acciones de difusión o re-elaboración de protocolos e indicadores y su evaluación periódica, debe considerarse que el plazo planteado sea acorde a lo que se desea lograr.

Para evaluar la acción correctiva el Prestador deberá estipular una fecha aproximada en que re-evaluará la característica.

El formato de tabla precedente, se deberá repetir para cada una de las características obligatorias incumplidas y para las características no obligatorias incumplidas, sobre las que el Prestador presentará un Plan de Corrección, para alcanzar el porcentaje general de acreditación. (Ver Decreto Exento N°5, de 2019, del MINSAL).

Para cada característica, el incumplimiento puede tener diferentes causas: Un error u omisión en el documento, falta de adopción de determinada práctica descrita en los protocolos respectivos, fallas metodológicas en la medición de indicadores, etc. Por lo tanto, el contenido del Plan tendrá distintas aproximaciones según el incumplimiento detectado ya que, las acciones correctivas variarán en su magnitud según las causas y factores contribuyentes identificados.

A continuación, se desarrollan dos ejemplos que pueden ser de utilidad para los Prestadores, al momento de presentar el Plan de Corrección a la Entidad Acreditadora.

Ejemplo N°1: Incumplimiento por falta de adhesión a protocolo institucional

1. Característica y elementos medibles incumplidos

DP 2.1 Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo.

Segundo elemento medible; se constata uso de consentimiento informado con los elementos definidos para dicho instrumento (Cirugías Mayores, Procedimientos Endoscópicos, Procedimientos de Hemodinamia y de Imagenología Intervencional).

2. Fundamento del (los) incumplimiento (s)

Se solicita al Prestador la información de las cirugías y procedimientos realizados desde enero a junio 2018. Se selecciona aleatoriamente una muestra de 30 Fichas Clínicas de pacientes por punto de verificación. Se procede a la revisión de los consentimientos informados de cada paciente evaluando el cumplimiento de los criterios mínimos solicitados en este instrumento. El Hospital no realiza procedimientos de Imagenología Intervencional, Endoscopia ni de Hemodinamia.

Punto verificación	Nº Consentimientos Revisados	Nº Consentimientos Cumplen	% Cumplimiento
Cirugía Adulto	30	17	57%
Cirugía infantil	30	15	50%
Subespecialidad Qx.	30	19	63%
API	NA	NA	NA
PRO Endoscópico	NA	NA	NA
Hemodinamia	NA	NA	NA

La Entidad Acreditadora registra en el Informe de acreditación, lo siguiente:

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección	Cir. Ad.	Cir. Infant.	Subesp. Qx.	API	PRO Endos.	Hemodinamia
1º elemento medible	1	1	1	1	NA	NA	NA
2º elemento medible		0	0	0	NA	NA	NA
Umbral de la característica: $\geq 80\%$		Puntaje total: 4/7		Porcentaje obtenido: 57%		Cumple: NO	

Particularmente la Entidad Acreditadora respecto a los incumplimientos detectados realizó los siguientes hallazgos:

- Falta de registro en el formulario de consentimiento informado de la fecha de obtención.
- Falta de identificación del profesional que obtiene el consentimiento informado (sólo una mosca sin otro dato).
- Utilización de abreviaturas en los formularios del consentimiento informado en el campo de "procedimiento o intervención quirúrgica".

3. Causa(s) y factores contribuyentes del incumplimiento

Causa del incumplimiento: Registro incompleto y/o erróneo del formulario de obtención del consentimiento informado del paciente por falta de adherencia al protocolo institucional.

Factores contribuyentes:

- Escasa difusión del protocolo de registro del consentimiento informado en los equipos quirúrgicos, determinando que los profesionales desconozcan los campos de registro obligatorio y que no deben utilizarse abreviaturas.
- Falta de supervisión de la completitud del consentimiento informado según protocolo, no existe una autoevaluación oportuna que permita corregir fallos
- Inexistencia de una práctica instaurada de identificación del profesional que obtiene el consentimiento informado: profesionales asumen que es suficiente la firma.
- Deficiente acceso a los formularios de consentimiento informado, no siempre están disponibles en las consultas, debiendo ser completados en pabellón, sin contar con el espacio y tiempo adecuado para ello.

4. Actividad(es) de análisis

Se realizan reuniones para identificar causas y acciones correctivas a implementar aplicando un análisis causa-raíz. En estas reuniones participan Subdirector Médico, Encargado de Calidad, Jefe de Servicio de Cirugía, Enfermera Jefa de Pabellón. Cada reunión es respaldada por una Acta que registra asistencia y principales conclusiones.

5. Acción(es) correctiva(s) a aplicar

1. Se realizará difusión del protocolo institucional en los profesionales que obtienen consentimiento informado con actividades informativas en los Servicios involucrados.
2. Se adjuntará un breve instructivo en los formularios de consentimiento informado con los aspectos fundamentales para su completitud, reforzando que no se debe utilizar abreviaturas.
3. Se exigirá completitud del formulario de consentimiento informado para ingreso de paciente a pabellón.
4. Se entregarán timbres a todos los profesionales con su información personal para optimizar el registro en el formulario.
5. Se designará responsable de mantener copias suficientes disponibles de formularios de consentimiento informado en las consultas ambulatorias quirúrgicas.
6. Subdirección médica se compromete a respaldar compra de todos los insumos requeridos: timbres, impresión de formularios, etc.

6. Responsables (s)

Subdirector Médico; Encargado de Calidad; Enfermera Supervisora de Pabellón y Jefe Servicio de Cirugía Adulto e Infantil.

7. Plazo de implementación y fecha de reevaluación de la característica

Se considerará un plazo de un mes desde para implementar las medidas correctivas desde la fecha de aprobación de este Plan de Corrección por parte de la Entidad Acreditadora.

El elemento medible será autoevaluado mensualmente en los próximos 4 meses para valorar las acciones implementadas y la aplicación eventual de medidas adicionales. Se realizará una evaluación final al sexto mes, se registrarán resultados y conclusiones en un informe final del Plan de Corrección.

Ejemplo N°2: Incumplimiento asociado a omisión o error en protocolo institucional.

1. Característica y elementos medibles incumplidos

CAL 1.1: Programa Institucional de Calidad

Tercer elemento medible; cuenta con un Programa de Calidad que incorpora un sistema de evaluación de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.

2. Fundamento del (los) incumplimiento(s) 3er EM

Dirección o Gerencia

Nombre del documento: Programa de Calidad 2019 del Hospital Regional

Elaborado por: Encargado de Calidad

Aprobado por: Director Hospital

Años evaluados: 2018

Incluye (SI/NO)

1. Sistema de evaluación anual

NO

2. Aspectos relevantes para la seguridad de pacientes

NO

Breve descripción del contenido del documento:

Se tiene a la vista documento Programa de Calidad Hospital Regional, el cuál define " áreas de intervención":

- Satisfacción con la atención de los pacientes hospitalizados.
- Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
- Sistema de vigilancia de eventos adversos
- Estándar de Acreditación

Se definen objetivos específicos por cada área de intervención, pero el Programa no señala cuáles de estos objetivos serán evaluados ni cómo ni cuándo. Por ejemplo, para el área de IAAS, se establece como objetivo capacitar al personal sin ninguna información acerca de la evaluación. No es posible identificar las actividades que darán cumplimiento a cada objetivo planteado ni metas o indicadores que evalúen su cumplimiento.

Puntaje asignado (0-1-NA)

Dirección o Gerencia

1° EM:1

2° EM:1

3° EM: 0

4° EM:1

Umbral de la característica:100%

Puntaje total: 3/4

Porcentaje obtenido: 75%

Cumple: NO

3. Causa(s) y factores contribuyentes del incumplimiento

Causa del incumplimiento: Omisión del sistema de evaluación anual de los aspectos relevantes para la seguridad de los pacientes, en el documento que describe el Programa de Calidad

Factores contribuyentes:

Escaso trabajo en equipo para la elaboración del Programa de Calidad.

Inexistencia de procedimientos que permitan verificar el cumplimiento de las exigencias de la pauta de cotejo, respecto a determinados contenidos en los documentos institucionales y así detectar inconsistencias u omisiones.

4. Actividad (es) de análisis

Se realiza reunión del equipo de calidad junto a Subdirector Médico (Se adjunta acta de reunión). Se aplica un análisis de barreras para identificar factores asociados el incumplimiento.

5. Acción (es) correctiva (s) a aplicar

1. Se incorporará al documento las características del sistema de evaluación: por cada objetivo planteado se incorporarán las metas, la periodicidad de evaluación (anual), el responsable de la evaluación. Se describirán además las actividades consideradas para cumplir con las metas propuestas, con descripción detallada de la existencia de evaluación anual (año calendario) y los aspectos relevantes para la seguridad de los pacientes.
2. Se establecerá un procedimiento de verificación del cumplimiento de determinados contenidos de la pauta de cotejo para los documentos institucionales (check list que se adjuntará al documento). Esto se realizará previo a solicitar la aprobación de Gerencia, este procedimiento debe involucrar la participación de todo el equipo de calidad.

6. Responsable (s)

Encargado de Calidad, Gerente

7. Plazo de implementación y fecha de reevaluación de la característica

Se otorgará un plazo de un mes para implementar las medidas correctivas desde la fecha de aprobación de este Plan de Corrección, por parte de la Entidad Acreditadora.

Se realizará autoevaluación de la característica luego de un mes de implementadas las medidas correctivas.

INSTRUCTIVO PARA EL CRONOGRAMA DEL PLAN DE CORRECCIÓN

Caract. / EM	Acciones Correctivas	Responsables	Fecha de implementación
DP 2.1 2° EM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Difusión del protocolo institucional a los profesionales y Servicios correspondientes. 2. Se adjuntará un breve instructivo en los formularios de consentimiento informado. 3. Exigencia de completitud del formulario de consentimiento informado para ingreso de paciente a pabellón. 4. Entrega de timbres a todos los profesionales correspondientes, para optimizar el registro en el formulario. 5. Designación de responsable de stock de formularios de consentimiento informado en las Consultas Ambulatorias Quirúrgicas. 6. Compra de todos los insumos requeridos, con el respaldo de la Subdirección Médica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encargado de Calidad. 2. Encargado de Calidad. 3. Enfermera Supervisora de Pabellón. 4. Jefe Servicio de Cirugía Adulto e Infantil. 5. Jefe Servicio de Cirugía Adulto e Infantil. 6. Subdirector Médico. 	<p>Para las actividades; 1, 2, 3, 4 y 5. Un mes calendario desde la aprobación del Plan de Corrección.</p> <p>6. Dos semanas desde la aprobación del Plan de Corrección.</p>

El cronograma deberá contener todas las características y elementos medibles incumplidos, desarrollados en el Plan de Corrección.

FIRMAS RESPONSABLES DEL PRESTADOR

Representante Legal

Nombre:

Firma:

Director Médico

Nombre:

Firma:

Encargada de Calidad

Nombre:

Firma:





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

ANEXO N°3 FORMATO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN

I. ANTECEDENTES DEL PRESTADOR

- Prestador Institucional:
- Representante Legal:
- Director (a) Médico:
- Encargado (a) de Calidad:

II. ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

- N° de Solicitud:
- Estándar de acreditación evaluado:
- Fecha de evaluación de acreditación:
- Fecha informe de acreditación:
- Porcentaje de cumplimiento general:
- Porcentaje cumplimiento características obligatorias:
- Número características obligatorias incumplidas:
- Fecha RE IP que notifica resultado:
- Fecha notificación RE IP con resultado:
- Fecha recepción del Plan de Corrección (PC):
- Fecha informe de evaluación del PC:
- Fecha envío informe evaluación del PC a la IP:

III. ANTECEDENTES ENTIDAD ACREDITADORA

- Nombre de fantasía:
- RUT Entidad:
- Representante Legal:
- Director (a) Técnico del Proceso:

IV. EVALUACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN

El Prestador XXXXXXXXXXXXXXXX, en el proceso de acreditación iniciado con el ingreso de la Solicitud de Acreditación N°xxx, de fecha ___ de _____ de 20___, presentó incumplimiento de 3 características obligatorias, a saber; XXX, XXX, XXX. De acuerdo a lo anterior, y luego de terminada la evaluación, en el informe de acreditación se declara que se encuentra en "situación de quedar acreditado con observaciones", siempre que se cumpla con la normativa vigente respectiva.

De acuerdo a lo anterior, se le solicitó un Plan de Corrección tendiente a subsanar los incumplimientos e infracciones representadas, el que fue remitido por el Prestador en la fecha indicada en el antecedente.

A continuación, se presentará el análisis de lo observado en la evaluación del Plan de Corrección remitido por el Prestador.

V. REVISIÓN Y ANÁLISIS DEL PLAN DE CORRECCIÓN PROPUESTO POR EL PRESTADOR

CARACTERÍSTICA XXX - OBLIGATORIA:		
Incumplimiento	Propuestas de Corrección	Análisis y Resultado

CARACTERÍSTICA XXX - OBLIGATORIA: Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.		
Incumplimiento	Propuesta de Corrección	Análisis y Resultado

CARACTERÍSTICA XXX - OBLIGATORIA: El Prestador Institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.		
Incumplimiento	Propuesta de Corrección	Análisis y Resultado

VI. EVALUACIÓN FINAL DEL PLAN DE CORRECCIÓN

El Prestador XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, presenta un Plan de Corrección que incluye medidas enmendadoras, acordes a los incumplimientos y hallazgos efectuados en las características obligatorias incumplidas, representadas en el informe de acreditación elaborado por la Entidad Acreditadora XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX. Adicionalmente, analizados los plazos de ejecución propuestos en el Plan, más el cronograma para su cumplimiento, se concluye que dicho Plan de Corrección es factible de desarrollar en un lapso de 6 meses a partir de la aprobación de éste.

Por lo anterior, la Entidad Acreditadora XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, aprueba el Plan de Corrección presentado por el Prestador XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

Firma Representante Legal

Firma Director (a) Técnico





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

ANEXO N°4 INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN

I. ANTECEDENTES DEL PRESTADOR

- Prestador Institucional: HOSPITAL LA ARAUCARIA
- Representante Legal: María González Pérez
- Director Médico: Mario Pérez Castro
- Encargado de Calidad: Marcela López Lillo

II. ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

- N° de Solicitud: 3.645
- Estándar de acreditación evaluado: Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada
- Fecha de evaluación de acreditación: 09 de abril de 2019
- Fecha informe de acreditación: 19 de mayo de 2019
- Porcentaje de cumplimiento general: **80%**
- Porcentaje cumplimiento características obligatorias: **90%**
- Número características obligatorias incumplidas: **3**
- Fecha RE IP que notifica resultado: 09 de julio de 2019
- Fecha notificación RE IP con resultado: 09 de julio de 2019
- Fecha recepción del Plan de Corrección (PC): 25 de julio de 2019
- Fecha informe de evaluación del PC: 30 de julio de 2019
- Fecha envío informe evaluación del PC a la IP: 01 de agosto de 2019

III. ANTECEDENTES DE LA ENTIDAD ACREDITADORA

- Nombre de fantasía: ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L.
- RUT Entidad: 78.599.888-6
- Representante Legal: Evaristo Barrera Hernández
- Director Técnico del Proceso: Carlos Sánchez González

En los puntos I, II y III, precedentes, se deberán registrar los antecedentes solicitados, de manera fidedigna, utilizando como insumo, el Sistema Informático de Acreditación y el informe de acreditación en su versión final.

IV. EVALUACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN

El Prestador HOSPITAL LA ARAUCARIA, en el proceso de acreditación iniciado con el ingreso de la Solicitud de Acreditación N°3.645, de fecha 15 de enero de 2019, presentó incumplimiento de 3 características obligatorias, a saber; REG 1.1, EQ 2.1 e INS 1.1. De acuerdo a lo anterior, y luego de terminada la evaluación, en el informe de acreditación se declara que se encuentra en "situación de quedar acreditado con observaciones", siempre que se cumpla con la normativa vigente respectiva.

De acuerdo a lo anterior, se le solicitó un Plan de Corrección tendiente a subsanar los incumplimientos e infracciones representadas, el que fue remitido por el Prestador en la fecha indicada en el antecedente.

A continuación, se presentará el análisis de lo observado en la evaluación del Plan de Corrección remitido por el Prestador.

V. REVISIÓN Y ANÁLISIS DEL PLAN DE CORRECCIÓN PROPUESTO POR EL PRESTADOR

CARACTERÍSTICA REG 1.1 - OBLIGATORIA: El Prestador Institucional cuenta con ficha clínica única individual.		
Incumplimiento	Propuestas de Corrección	Análisis y Resultado
<p>Segundo elemento medible: En Hospitalización, se constata la existencia de registros en formato Word con evolución médica de pacientes, los que constituyen un registro paralelo no vinculante con la ficha clínica.</p> <p>En Consultas Gineco-Obstétricas Ambulatorias, se constata que existe ficha de fecundidad de pacientes que no se encuentran vinculadas por RUT, no permitiendo acceso a las atenciones ambulatorias en el Sistema Rayen.</p>	<p>1. Eliminar registro de evolución clínica en Word, hasta implementar sistema electrónico de registro clínico en Unidad de Hospitalizados. Se mantiene registro manual de evolución clínica, para todos los profesionales que intervienen en la atención de pacientes hospitalizados.</p> <p><u>Responsable:</u> Enfermera Jefe de SOME y Encargada de Calidad.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> septiembre de 2019</p> <p>2. Restricción del registro en tarjetón, abocando su uso solo para fines estadísticos. No registrar evolución clínica que se encuentra descrita en ficha clínica electrónica RAYEN.</p> <p><u>Responsable:</u> Enfermera Jefe de SOME, Encargada de Calidad y Matrona Supervisora.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> septiembre 2019</p> <p>3. Vinculación de tarjetón a través de número único vinculante definido como el RUT, registrando este dato en todos los tarjetones existentes.</p> <p><u>Responsable:</u> Personal Poli Mater.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> septiembre de 2019</p>	<p>Las actividades definidas para subsanar los incumplimientos representados, son pertinentes para cumplir dicho objetivo, y, además, son factibles de implementar en un plazo inferior a los 6 meses.</p> <p>Se aprueba el Plan de Corrección presentado.</p>

CARACTERÍSTICA EQ 2.1 - OBLIGATORIA: Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.		
Incumplimiento	Propuesta de Corrección	Análisis y Resultado
<p>Segundo elemento medible: El programa de mantenimiento preventivo, no define las actividades mínimas a solicitar a</p>	<p>1. Modificar protocolo de EQ 2.1, describiendo los requisitos mínimos solicitados a proveedores de equipos bajo modalidad comodato.</p>	<p>La actividad definida para subsanar los incumplimientos representados, es pertinentes para cumplir dicho objetivo, y, además, son factibles de</p>

<p>los proveedores de equipos bajo la modalidad de comodato.</p>	<p><u>Responsable:</u> Encargado de Mantenimiento, Encargada de Calidad y Seguridad del Paciente.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> octubre de 2019</p>	<p>implementar en un plazo inferior a los 6 meses.</p> <p>Se aprueba el Plan de Corrección presentado.</p>
<p>Tercer elemento medible: El Prestador no considera todos los equipos críticos en el programa de mantenimiento. Además, la información entregada del equipamiento crítico, no permite verificar si la mayoría de las mantenencias corresponden efectivamente al equipo señalado, al omitir la información en la documentación presentada respecto del N° de inventario y N° de serie de cada equipo, por lo que, para la constatación se debió identificar los equipos a través de la marca y modelo de cada uno junto a su ubicación física, la cual no siempre era la correcta o se desconocía.</p> <p>En una incubadora se constata, que el respaldo de la mantención correspondía a la del proveedor externo y no a la declarada por el Prestador en su protocolo.</p> <p>En cuanto a las ambulancias de emergencia, se evidencian algunas inconsistencias entre los kilometrajes registrados en los reportes de mantención y bitácoras de las ambulancias. Por otro lado, una ambulancia sobrepasa el kilometraje definido por el Prestador para la mantención.</p>	<p>1. Hacer catastro de equipos existentes por cada Unidad del Establecimiento, de acuerdo a equipamiento solicitado en pauta de cotejo de característica EQ 2.1, en planilla Excel con registro de cada equipo, la que contenga: Equipo, marca, modelo, fecha de adquisición, N° inventario, vida útil, termino de vida útil, vida útil actual, estado de propio, en arriendo o comodato y estado de funcionamiento.</p> <p><u>Responsable:</u> Encargado de Mantenimiento y Auxiliar de Apoyo Mantenimiento.</p> <p>2. Actualización de registros existentes, identificando con número de serie y número de inventario correspondiente, cada respaldo de las mantenencias realizadas. Mantener modalidad de registro para mantenencias posteriores, de acuerdo a catastro realizado en actividad anterior.</p> <p><u>Responsable:</u> Encargado de Mantenimiento.</p> <p>3. Actualización del protocolo, definiendo que el Encargado de Mantenimiento será responsable de la verificación del cumplimiento de kilometraje definido en el documento, para realizar las gestiones y mantención preventiva.</p> <p><u>Responsable:</u> Encargada de Calidad, Encargado de Mantenimiento, Dirección.</p> <p>4. Revisar registro y establecer el valor real de acuerdo a los registros de los diferentes sistemas en uso. Mantener esta práctica en los registros de mantenencias siguientes, asegurando la implementación correcta del proceso.</p> <p><u>Responsable:</u> Encargado de Mantenimiento.</p> <p><u>Plazo propuesto para todas las actividades:</u> octubre 2019</p>	<p>Las actividades definidas para subsanar los incumplimientos representados, son pertinentes para cumplir dicho objetivo, y, además, son factibles de implementar en un plazo inferior a los 6 meses.</p> <p>Se aprueba el Plan de Corrección presentado.</p>

CARACTERÍSTICA INS 1.1 - OBLIGATORIA: El Prestador Institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.		
Incumplimiento	Propuesta de Corrección	Análisis y Resultado
<p>Cuarto elemento medible: El Prestador presenta el documento "Análisis de resultados del Informe de Bomberos". En dicho documento se propone una propuesta de mejora para seis situaciones de riesgo detectadas, pero no están claras las acciones a realizar, ni el plazo para su ejecución y al momento de la fiscalización no se contó con evidencia de mejora realizada.</p>	<p>1. Modificar Plan de mejora definiendo con claridad actividades, plazos y responsables.</p> <p>2. Adjuntar evidencias de mejora a carpeta.</p> <p>3. Modificar Plan de mejora acorde con los riesgos del establecimiento.</p> <p><u>Responsable:</u> Responsable Calidad Instalaciones.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> 31 de octubre 2019</p>	<p>Las actividades definidas para subsanar los incumplimientos representados, son pertinentes para cumplir dicho objetivo, y, además, son factibles de implementar en un plazo inferior a los 6 meses.</p> <p>Se aprueba el Plan de Corrección presentado.</p>



<p>Quinto elemento medible: En la constatación de la recarga vigente de los 117 extintores revisados, 10, no se encontraban con etiquetas de vigencia o con manómetro en rango de uso adecuado. Se constata que la red húmeda está accesible, sin embargo, respecto de la mantención de la misma, no se puede constatar en qué fecha fue efectivamente realizada.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión periódica por jefes de servicio, cambios de extintores no vigentes. 2. Revisar metodología de constatación de red húmeda. <p>Responsable: Responsable Calidad Instalaciones.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> 31 de octubre 2019</p>	<p>Las actividades definidas para subsanar los incumplimientos representados, son pertinentes para cumplir dicho objetivo, y, además, son factibles de implementar en un plazo inferior a los 6 meses.</p> <p>Se aprueba el Plan de Corrección presentado.</p>
--	--	--

En la columna de "incumplimiento", se deberá registrar de forma sucinta los hallazgos observados durante la evaluación del Prestador, que determinaron el incumplimiento de los elementos medibles de una característica.

En la columna "propuesta de corrección", se deberá registrar de manera resumida las correcciones propuestas por el Prestador, apuntando a la actividad (es) específica (s) que se definen en el Plan de Corrección. También se registrará el o los responsables de desarrollar e implementar la o las actividades, y finalmente, indicar los plazos propuestos por el Prestador.

En la columna "Análisis y Resultado", la Entidad Acreditadora, manifestará su determinación de aprobar o rechazar las actividades de corrección, con relación a si estas son adecuadas para subsanar los incumplimientos representados y si son factibles de llevar a cabo en un lapso que no supere los 6 meses.

VI. EVALUACIÓN FINAL DEL PLAN DE CORRECCIÓN (Ejemplo para planes aprobados)

El Prestador HOSPITAL LA ARAUCARIA, presenta un Plan de Corrección que incluye medidas enmendadoras, acordes a los incumplimientos y hallazgos efectuados en las características obligatorias incumplidas, representadas en el informe de acreditación elaborado por la Entidad Acreditadora ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L. Adicionalmente, analizados los plazos de ejecución propuestos en el Plan, más el cronograma para su cumplimiento, se concluye que dicho Plan de Corrección es factible de desarrollar en un lapso de 6 meses a partir de la aprobación de éste.

Por lo anterior, la Entidad Acreditadora **ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L.**, aprueba el Plan de Corrección presentado por el Prestador **HOSPITAL LA ARAUCARIA**.

Firma Representante Legal

Firma Director Técnico

El representante legal de la Entidad Acreditadora, firmará el informe con su firma electrónica avanzada y el director técnico con esa misma (FEA) o con firma simple, tal como se encuentra instruido para los informes de acreditación.



Ejemplo de Plan de Corrección que no cumple:

CARACTERÍSTICA APK 1.3 – NO OBLIGATORIA: El Prestador Institucional resguarda la seguridad de la atención en la aplicación de rehabilitación kinésica		
Incumplimiento	Propuesta de Mejora	Análisis y Resultado
<p>Primer elemento medible: El Prestador no cuenta con un documento, que describa las contraindicaciones para la ejecución de procedimientos específicos y prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica.</p> <p>Segundo y tercer elementos medibles: El Prestador no cuenta con indicador y umbral definido.</p>	<p>1. El Hospital La Araucaria, no cuenta con Sala de Rehabilitación Kinésica, por lo que será complejo abordar esta característica, motivo por el cual se solicita intervención del Subdirector Médico.</p> <p><u>Responsables:</u> Kinesiólogos, Subdirector Médico, Encargada de Calidad.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> octubre 2019</p>	<p>Rechaza el planteamiento del Prestador.</p> <p>Fundamento del rechazo: La característica no exige tener implementada una Unidad de Rehabilitación Kinésica. El Prestador deberá trabajar la característica abordando la prevención de eventos adversos, en cuanto a la rehabilitación kinésica que se realiza en los pacientes hospitalizados en la Sala de Medicina.</p>

VII. EVALUACIÓN FINAL DEL PLAN DE CORRECCIÓN (Ejemplos para planes no aprobados)

"Los párrafos que se muestran a continuación, son solo a modo de ejemplo, estos deberán ser descritos en concordancia con el análisis del Plan de Corrección evaluado, considerando los fundamentos explícitos que llevaron a la Entidad Acreditadora a rechazar dicho Plan de Corrección".

- i. El Prestador HOSPITAL LA ARAUCARIA, presenta un Plan de Corrección que incluye medidas enmendadoras, acordes a los incumplimientos y hallazgos efectuados en las características obligatorias incumplidas, representadas en el informe de acreditación elaborado por la Entidad Acreditadora ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L., con excepción de la propuesta de corrección para la característica APK 1.3, con la que no se dará cumplimiento a la infracción representada.
- ii. El Prestador HOSPITAL LA ARAUCARIA, presenta un Plan de Corrección que incluye medidas que no se encuentran en concordancia con los incumplimientos y hallazgos efectuados en las características obligatorias incumplidas, representadas en el informe de acreditación elaborado por la Entidad Acreditadora ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L., por lo que no serán efectivas para subsanar las infracciones detectadas y finalmente, para dar cumplimiento a las características obligatorias REG 1.1, EQ 2.1 e INS 1.1.
- iii. El Prestador HOSPITAL LA ARAUCARIA, presenta un Plan de Corrección que incluye medidas enmendadoras, acordes a los incumplimientos y hallazgos efectuados en las características obligatorias incumplidas, representadas en el informe de acreditación elaborado por la Entidad Acreditadora ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L. No obstante, lo anterior, analizados los plazos de ejecución propuestos en el Plan, más el cronograma para su cumplimiento, se concluye que, dicho Plan de Corrección dada la envergadura de sus actividades, no es factible de desarrollar en un lapso de 6 meses.

Por lo anterior, la Entidad Acreditadora **ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L.**, rechaza el Plan de Corrección presentado por el Prestador **HOSPITAL LA ARAUCARIA**.

Firma Representante Legal

Firma Director Técnico

