



SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Prestadores

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

Unidad de Fiscalización en Calidad

Unidad de Apoyo Legal

CIRCULAR IP/N° 37

SANTIAGO, 31 MAY 2017

DICTA INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE EL SENTIDO Y ALCANCE QUE DEBEN DAR A LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD, PARA LOS EFECTOS DE LA FISCALIZACIÓN DEL DEBIDO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS QUE INDICA Y DEROGA LA CIRCULAR IP/N°26, DE 27 DE SEPTIEMBRE DE 2013. -

VISTOS: Lo dispuesto en los numerales 1° y 3° del Artículo 121 del D.F.L.N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; en la Ley N°19.880; en el Artículo Sexto de la Ley N°20.416; en los Artículos 22, 23, 25, 27, 28, 29, 37 y demás pertinentes del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud", aprobado por el D.S. N°15, de 2007, del antedicho Ministerio; lo previsto en el N°2 de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, para Centros de Diálisis, para Prestadores Institucionales de Servicios de Esterilización, de Imagenología, de Laboratorios Clínicos, de Servicios de Quimioterapia y de Radioterapia, aprobados, respectivamente, mediante los Decretos Exentos N°18, de 2009, Nos. 33, 34, 35, 36 y 37, de 2010, y Nos. 346 y 347, de 2011, todos del Ministerio de Salud; en 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 el correcto funcionamiento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, supone el oportuno y cabal ejercicio de la función de fiscalización del mismo y que la ley confía a esta Intendencia;

2°.- Que las presentes instrucciones tienen por objeto determinar el sentido y alcance de las obligaciones a que están sujetas las entidades acreditadoras durante los procedimientos de acreditación para los que hayan sido designadas aleatoriamente, garantizando que, en las evaluaciones que efectúen con motivo de dichos

procedimientos, empleen siempre los criterios objetivos, no discriminatorios e imparciales, comúnmente aceptados y científicamente fundados, que exige el artículo 23 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, así como los contenidos mínimos que, en cumplimiento de la obligación antedicha, debe contener el expediente del procedimiento de acreditación, el cual debe encontrarse permanentemente disponible en sus oficinas para la fiscalización de la Intendencia de Prestadores;

3°. - Que, asimismo, resulta relevante, para los mismos efectos antedichos, clarificar y mantener actualizados los criterios de fiscalización de las entidades por parte de esta Intendencia a las necesidades del Sistema de Acreditación y a la experiencia de fiscalización de esta Intendencia, motivo por el cual esta normativa debe ser revisada periódicamente;

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

VENGO EN DICTAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

- 1.** Las entidades acreditadoras deberán estar siempre en condiciones de justificar las evaluaciones, conclusiones y decisiones que se contienen en los informes de acreditación que emitan, proveyéndose de los medios de prueba necesarios para corroborar los hallazgos y constataciones que sirven de fundamento para las referidas evaluaciones, conclusiones y decisiones, los cuales se deberán mantener adecuadamente custodiados y ordenados en el expediente del respectivo procedimiento de acreditación. Dicho expediente deberá hallarse permanentemente a disposición de esta Intendencia para su fiscalización.
- 2.** Para dar debido cumplimiento a las obligaciones que les impone el Artículo 23 del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud", en adelante "el Reglamento", las entidades acreditadoras deberán ceñirse a las siguientes normas:

2.1.1 De la correcta confección del expediente de acreditación

Conforme lo dispone en los incisos segundo y tercero del Artículo 23 del Reglamento, la Entidad Acreditadora *"deberá conformar un expediente individual para cada proceso de acreditación que efectúe, en el cual se incorporarán todos los antecedentes del mismo, así como los registros de los hallazgos y constataciones efectuadas, de modo que ellos permitan fundamentar las evaluaciones y decisiones que adopte durante el procedimiento y en su informe final, pudiendo obtener copias u otras formas de registros de sus hallazgos. El expediente se encontrará permanentemente disponible en las oficinas de la entidad para su fiscalización por la Intendencia de Prestadores."*

Para dar debido cumplimiento a la obligación antedicha, las Entidades Acreditadoras deberán adoptar las siguientes medidas:

- i.** Formalizar un procedimiento interno para la debida confección, mantención actualizada y debida conservación del expediente individual de cada procedimiento de acreditación o reacreditación que le corresponda ejecutar, procedimiento que será de obligatorio cumplimiento para todos los integrantes de la Entidad Acreditadora y por cuyo debido cumplimiento cada Entidad Acreditadora será responsable ante esta Intendencia;

- ii.** El procedimiento interno precedentemente señalado deberá contemplar, como contenidos mínimos, los siguientes:
- a)** Que todos los evaluadores de la Entidad, en las constataciones y evaluaciones que efectúen, utilicen el mismo material de registro e instrumentos de respaldo de aquéllas, ya sea en formato físico y/o digital;
 - b)** Que los registros físicos y/o digitales, tales como pautas de cotejo, planillas Excel, formularios, libreta de apuntes y demás tipos de respaldos utilizados, identifiquen claramente la característica y elemento medible al que correspondan, así como, el nombre del evaluador que los haya efectuado y la fecha en que lo efectuó. Además, tales registros y respaldos deberán estar ordenados en el expediente, de acuerdo a los ámbitos, características y elementos medibles correspondientes, según el Estándar de Acreditación aplicado;
 - c)** Que los respaldos fotográficos sean de buena calidad y resolución, los que deberán quedar en el expediente del proceso, ordenados de acuerdo a lo indicado en el literal anterior;
 - d)** Que todos los documentos que den cuenta del desarrollo de las diferentes etapas del procedimiento de acreditación y de las diversas actuaciones que hayan tenido lugar en él se contengan en dicho expediente. Entre tales documentos deberán encontrarse todos aquéllos que fueren remitidos por esta Intendencia a la Entidad, vía correo electrónico, tales como, las actas de fiscalización del cronograma, todas las versiones de los informes de acreditación fiscalizados, y las diversas resoluciones que esta Intendencia dicte en relación al procedimiento de acreditación de que se trate;
 - e)** Que asegure la debida disponibilidad del expediente en sus Oficinas, para la oportuna fiscalización del mismo por parte de esta Intendencia, cualquiera sea el momento en que ella se ejecute;
 - f)** Que asegure el debido resguardo y conservación, físico y/o digital, del expediente, así como la adopción de medidas que aseguren la confidencialidad del mismo, disponiendo un acceso restringido a aquél, sólo de parte de los directivos de la Entidad, de su Director Técnico y de los profesionales evaluadores que dicho Director Técnico disponga; y
 - g)** Que asegure la conservación y mantención del antedicho expediente por parte de la Entidad Acreditadora por un plazo de, a lo menos, cinco años desde la fecha de la resolución que declara el término del procedimiento de acreditación y, si se hubiere deducido algún recurso administrativo contra dicha resolución, cinco años desde la fecha de la resolución que se pronuncie respecto del último recurso administrativo intentado.
- iii.** Sobre las medidas a adoptar por la Entidad Acreditadora para la fiscalización del expediente de un procedimiento de acreditación por parte de esta Intendencia:
- a)** La presentación del expediente de acreditación durante una actividad de fiscalización, en cuanto al contenido del mismo, de los registros y

documentos de respaldos de las características evaluadas y demás componentes del mismo, deberá ser efectuada por el Representante Legal de la Entidad Acreditadora o por quien él designe formalmente, debiendo dicho representante permanecer presente en tal actividad de fiscalización durante todo el tiempo que ella dure;

- b) El expediente del proceso de acreditación, debe estar completo, ordenado y disponible para su fiscalización, desde el momento en que la Entidad Acreditadora remita el informe de acreditación correspondiente a esta Intendencia;
- c) La actividad de fiscalización de dicho expediente podrá referirse a una parte o a la totalidad del mismo.

2.1.2. Del registro y respaldo de los hallazgos y constataciones efectuados

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

En tal sentido, la entidad acreditadora deberá estar siempre en condiciones de dar razón de todos los hallazgos, constataciones, evaluaciones y decisiones que figuren en los expedientes y en los informes de acreditación, ante cualquier acto de fiscalización de esta Intendencia, y frente a eventuales discrepancias, reclamos o recursos de reposición que interponga el prestador evaluado. Lo anterior resulta particularmente relevante, tratándose del registro y respaldo de los hallazgos y constataciones relativos a los elementos medibles de características de obligatorio cumplimiento que el informe respectivo estime como no cumplidas.

- ii. Se entenderá que la Entidad Acreditadora cumple con las obligaciones antedichas si demuestra a esta Intendencia que, durante la ejecución del respectivo proceso de acreditación o reacreditación, ha ejecutado las siguientes acciones:

- a) Haber dictado un protocolo interno respecto a la forma en que sus profesionales evaluadores deben dejar registro y respaldo de sus hallazgos y constataciones, el que es de obligatorio cumplimiento para sus evaluadores. Sin perjuicio de lo anterior, deberá demostrar que ha dado estricto cumplimiento a las instrucciones que se señalan a continuación.

- b) Los registros y respaldos de los hallazgos y constataciones que fundamentan sus evaluaciones, conclusiones y decisiones, considerarán el uso de los siguientes medios probatorios:

- Toma de fotografías: En la verificación del cumplimiento, y en especial del incumplimiento, de aquellas características que son susceptibles de ser constatadas con la observación del comportamiento de uno o más de los funcionarios del establecimiento, o en la verificación de elementos y/o situaciones que puedan ser registradas a través de

este medio, como por ejemplo, en la característica APL 1.5, en la verificación de elementos de protección personal en las áreas del laboratorio; en la característica DP 1.1, relativa a la carta de derechos y deberes de los pacientes; en la característica INS 1.1, en la constatación de la recarga vigente de extintores y accesibilidad de las redes secas y húmedas; en la característica APE 1.2, en la verificación de que las etapas de lavado y preparación del material se realizan en forma centralizada; entre otras.

En las situaciones antes señaladas se podrá, alternativa o complementariamente, hacer uso de videos.

Se previene a la entidad acreditadora que, en la constatación y evaluación de los diversos documentos exigidos en las características evaluadas, y en particular en constatación de la evaluación periódica de los indicadores, respecto de los resultados presentados por los prestadores y los constatados por la entidad, la sola toma de fotografías de tales documentos, informes o pautas expuestas, no constituye un medio probatorio idóneo del hecho de haber efectuado correctamente tales constataciones y evaluaciones. La Entidad deberá demostrar que el evaluador, durante la visita en terreno, revisó y registró la información constatada y que, en caso de haber sido necesario, aclaró tales antecedentes tenidos a la vista, in situ, con el referente del prestador.

- Grabaciones: En el caso de las características cuyos elementos medibles contemplen la realización de entrevistas a los funcionarios del prestador evaluado, tales entrevistas deberán ser respaldadas a través de grabaciones, u otros medios probatorios fidedignos de análoga naturaleza, debiendo identificarse en dicha grabación el nombre del entrevistado, la fecha y hora de la entrevista, la Unidad en que él se desempeña y el punto de verificación del Estándar a que tal constatación corresponda. Previo a la entrevista se deberá advertir al funcionario del prestador, que será grabado y que dicha grabación es estrictamente confidencial. Asimismo, la Entidad podrá hacer uso de grabaciones en constataciones de otras características que no contemplen entrevistas, si así lo estimare necesario como respaldo complementario para tales constataciones
- Copias físicas y/o digitales de los documentos revisados, particularmente de aquéllos en los que se hayan detectado incumplimientos al Estándar de acreditación. El evaluador de la Entidad Acreditadora, siempre podrá requerir al prestador la impresión de la parte del documento o registro clínico que considere necesario para su labor, especialmente para respaldar los hallazgos que haya efectuado.

Al respecto, se aclara que no es pertinente que la entidad requiera al prestador evaluado de copia de todos los documentos revisados en las evaluaciones efectuadas, sino solo de aquéllos que considere gravitantes para respaldar alguna constatación o resultado en particular.

- Uso de timbres: Destinados a la identificación de los documentos y registros físicos revisados.

Es obligatorio que todos los documentos revisados por la entidad acreditadora con ocasión de la evaluación de un prestador en proceso de acreditación, sean timbrados en la página en donde se constaten los atributos que exige el elemento medible pertinente y/o se verifique el incumplimiento de éste o de una característica solicitada por el Estándar. En el caso de las fuentes primarias que dan sustento a la medición de los indicadores, la entidad debe timbrar aquellas que considere gravitantes para respaldar alguna constatación o resultado en particular.

Las características del timbre y su utilización, deben ser las siguientes:

- Tipo: SLIM STAM, rectangular, dimensión del texto 4 cm x 1cm, letra mayúscula.
- Texto: Nombre del evaluador o Director Técnico y nombre de la entidad acreditadora (Usar nombre habitual o de "fantasía").
- Inmediatamente bajo el timbre, el evaluador deberá estampar su media firma y la fecha de la revisión, tal como se muestra en este ejemplo:

NOMBRE DEL EVALUADOR
NOMBRE ENTIDAD ACREDITADORA

29/07/13 -media firma

- Los profesionales de la entidad acreditadora, evitarán timbrar las carátulas de los documentos, a menos que ello sea estrictamente necesario para documentar un incumplimiento o que ello se considere gravitante para respaldar alguna constatación o resultado en particular. Tratándose de las fichas clínicas, se deberá tener especial cuidado en que tales timbrajes no afecten en modo alguno los datos contenidos en ellas.

c) SE PREVIENE a las Entidades Acreditadoras que la obstrucción o falta de colaboración de parte del prestador evaluado para que ella obtenga los respaldos de las constataciones que efectúe durante el procedimiento de acreditación deben ser informadas a la Intendencia de Prestadores, a fin que ella evalúe la adopción de alguna de las medidas previstas en el Artículo 25 del Reglamento.

- 3.** Para el debido cumplimiento de lo dispuesto en los Artículos 22, 23, 25, 27, 28 y 29 en relación a lo dispuesto en los Artículos 37 y siguientes del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud", aprobado por el D.S. N°15, de 2007, del Ministerio de Salud, las entidades acreditadoras deberán asegurar un debido y transparente desarrollo de los procedimientos de

acreditación para los que sean designadas, dando estricto cumplimiento a las siguientes instrucciones, en las materias que a continuación se señalan:

3.1 De los plazos reglamentarios

3.1.1. Las Entidades Acreditadoras en la ejecución de los procedimientos de acreditación de un prestador institucional para los que fueren designadas, deberán siempre dar cumplimiento estricto a los plazos establecidos en el Reglamento, así como a los que establezca esta Intendencia en las Circulares de General Aplicación y en las instrucciones particulares que ella dicte en cada caso.

Las Entidades Acreditadoras, adicionalmente, deberán tener presente que, normalmente, dentro de tales plazos deben ejecutar determinadas acciones, las que se efectuarán en la forma que el Reglamento o las instrucciones antes referidas de esta Intendencia señalen.

3.1.2. Los plazos antes señalados son de días hábiles, entendiéndose que son inhábiles los días sábados, domingos y festivos. Dichos plazos son de días hábiles, por lo que se computarán desde el día siguiente a aquél en que se notifique la resolución respectiva o se ejecute el acto de tramitación que en cada caso corresponda.

Tratándose del plazo de 30 días hábiles para la ejecución del procedimiento de acreditación en terreno por parte de la Entidad Acreditadora y la emisión del respectivo informe, previsto en el inciso segundo del Artículo 22 del Reglamento, dicho plazo se contabilizará **desde el primer día** de la evaluación en terreno.

3.1.3. Los plazos establecidos en el Reglamento para los procedimientos de acreditación y a los que la entidad acreditadora deberá dar estricto acatamiento y cumplimiento, son los siguientes:

Etapas del Proceso de Acreditación	Plazo Máximo	Actividad que debe realizar la Entidad/ Observaciones
Aceptación o rechazo de la designación para efectuar el proceso de acreditación.	5 días hábiles siguientes a la fecha de notificación del acta de la designación aleatoria.	<ul style="list-style-type: none"> - Ingreso de la aceptación de la designación en el Sistema Informático de Acreditación (SIA), cambiando el estado desde designación notificada a designación aceptada. - Por el contrario, si le afecta un conflicto de interés con el prestador a evaluar, o algún otro motivo fundado, rechazará la designación en el SIA y, además, explicitará los motivos fundados de tal rechazo, a través del correo de acreditación.
Pago de la primera cuota del arancel de acreditación por el prestador a evaluar.	10 días hábiles siguientes a la fecha de notificación de la aceptación por parte de la entidad acreditadora.	<ul style="list-style-type: none"> - Ingreso en el SIA, de la fecha y datos de la factura y la fecha del pago efectivo de la primera cuota del arancel realizado por el prestador. - La entidad, debe registrar el pago el mismo día en que él se hizo efectivo. - Asimismo, deberá reportar a la IP, los casos en que el prestador no paga en la fecha que corresponda, o si está en conocimiento de que el prestador tiene alguna dificultad para cumplir con el pago en la fecha señalada y, en su caso, solicitar a la Intendencia que se tenga por desistido al prestador de su solicitud de acreditación.

Etapas del Proceso de Acreditación	Plazo Máximo	Actividad que debe realizar la Entidad/ Observaciones
Fijación y comunicación al prestador a evaluar de la fecha de inicio de la evaluación en terreno.	5 días hábiles siguientes a la fecha del pago efectivo de la primera cuota del arancel.	Ingreso de la fecha de inicio de la evaluación en el SIA, cambiando el estado de la solicitud, desde el estado de "designación aceptada" al de "planificada".
Plazo dentro del cual debe encontrarse la fecha fijada por la Entidad como día de inicio de la evaluación en terreno.	40 días hábiles siguientes a la fecha del pago efectivo de la primera cuota del arancel.	<ul style="list-style-type: none"> - Si el prestador solicitante de acreditación está en desacuerdo con la fecha fijada en el SIA por la Entidad Acreditadora para el inicio de la evaluación en terreno, deberá comunicar su desacuerdo a la Intendencia de Prestadores dentro del plazo de 5 días hábiles siguientes a la notificación de tal fecha por el SIA. Tras oír a ambas partes, la Intendencia de prestadores resolverá al respecto. Si la Intendencia resolviere una nueva fecha de inicio de las evaluaciones, la Entidad Acreditadora dispondrá de un plazo de 5 días hábiles para aceptar la nueva fecha y, en caso contrario, o si nada dijera al respecto, el procedimiento se declarará desierto y se procederá a la designación aleatoria de una nueva entidad acreditadora para ese procedimiento. - Si por causa justificada, el prestador necesitare que la evaluación en terreno se inicie en un día que exceda de este plazo de 40 días hábiles, deberá formular una petición en tal sentido a la Intendencia de Prestadores, a fin que ella resuelva, acompañando los antecedentes justificatorios correspondientes. La Entidad Acreditadora no podrá, por sí sola, aceptar esta clase de peticiones del prestador a evaluar, debiendo en tales casos orientar al prestador para que formule su petición ante la Intendencia de Prestadores.
Plazo para la remisión del cronograma de evaluaciones y para su aprobación por la Intendencia de Prestadores.	20 días hábiles previos a la fecha fijada para el inicio de las evaluaciones en terreno.	<ul style="list-style-type: none"> - Envío del cronograma de evaluaciones, vía correo electrónico de acreditación, a la jefatura de la Unidad de Fiscalización en Calidad. - Revisión del cronograma por la Unidad antedicha y remisión a la Entidad Acreditadora de las instrucciones para la corrección del mismo. - Remisión a dicha Unidad del cronograma corregido dentro del plazo instruido. - Aprobación del cronograma por dicha Unidad. - Envío por parte de la Entidad Acreditadora del cronograma aprobado al prestador solicitante de acreditación. <p>PREVIÉNESE a las Entidades Acreditadoras respecto de la posibilidad de declaración de la deserción del procedimiento de acreditación, en el evento previsto en el numeral 3.2.13 de la presente Circular.</p>

Etapas del Proceso de Acreditación	Plazo Máximo	Actividad que debe realizar la Entidad/ Observaciones
Plazo para la ejecución de las constataciones y evaluaciones, y para la emisión del informe del procedimiento de acreditación.	30 días hábiles desde la fecha de inicio de la evaluación en terreno, siendo el primer día de la evaluación en terreno el primer día de dicho plazo.	<p>- Ingreso de la fecha de término de las evaluaciones en el SIA, lo que deberá ocurrir, a más tardar, el día 30º, contado desde la fecha de inicio de las evaluaciones en terreno. Así, por ejemplo, si el inicio de la evaluación fue el día 08/05/2017, el plazo de 30 días hábiles se cumplirá a las 24:00 horas del día 16/06/2017.</p> <p>- Dentro de dicho plazo de 30 días la Entidad Acreditadora deberá remitir a la Intendencia de Prestadores, o al Instituto de Salud Pública, en su caso, el informe de acreditación, en la forma que a esos efectos esta Intendencia haya instruido.</p> <p>- Si la entidad acreditadora comunicara que ha procedido a terminar sus valuaciones antes del día 30º del plazo antedicho, deberá remitir el informe dentro de los 5 días hábiles siguientes a tal comunicación, siempre y cuando esto no sobrepase los 30 días totales de la evaluación antes señalados. Así, por ejemplo, si comunica el cierre de la evaluación antes del día 25 de esta etapa, a partir de esa fecha, contará con 5 días para la remitir el informe correspondiente, pero si tal comunicación se efectuare después del día 25 solo contará con los días que resten hasta el día 30º para efectuar tal envío.</p> <p>PREVIÉNESE a las Entidades Acreditadoras acerca de la necesidad de dar oportuno cumplimiento a este plazo, bajo apercibimiento de la declaración de deserción del procedimiento de acreditación, conforme lo previsto en los Artículos 22 y 27 del Reglamento, y de la obligación de restitución del arancel que les hubiere sido pagado por el prestador evaluado.</p>
Entrega del informe de acreditación a la Intendencia de Prestadores	30 días hábiles desde la fecha de inicio de la evaluación en terreno.	<p>Envío del informe de acreditación a la IP, al correo informesacreditacion@superdesalud.gob.cl</p> <p>En los casos de procedimientos de acreditación de Laboratorios Clínicos, cuya competencia fiscalizadora es ejercida por el Instituto de Salud Pública tal envío debe hacerse al correo fiscalización.acreditacion@ispch.cl</p>
Solicitud de prórroga para el término de las evaluaciones y para la entrega del informe de acreditación.	Antes del vencimiento del plazo de 30 días hábiles contados desde la fecha de inicio de la evaluación en terreno.	<p>- La prórroga deberá ser solicitada por el Representante Legal de la Entidad Acreditadora, desde su correo oficial al correo de acreditación de la Intendencia de Prestadores.</p> <p>- La solicitud deberá ser dirigida al Intendente de Prestadores, o al Director del Instituto de Salud Pública, en su caso, explicitando los motivos fundados que la justificarían y el número de días de prórroga que se solicitan.</p>

Etapas del Proceso de Acreditación	Plazo Máximo	Actividad que debe realizar la Entidad/ Observaciones
		<ul style="list-style-type: none"> - La Intendencia, evaluará los motivos de la solicitud y procederá a aprobarla o rechazarla, total o parcialmente, según el mérito de los antecedentes. En caso de aprobarla, la Intendencia así lo declarará, pudiendo conceder una prórroga igual o menor al número de días solicitados por la Entidad. - Debe tenerse presente que, conforme lo dispuesto en el Artículo 22 del Reglamento, "el plazo podrá ser ampliado solo por una vez y hasta por un período máximo igual" (30 días hábiles adicionales).
<p>Instrucciones para la corrección del informe del procedimiento de acreditación emitido, dictadas en la etapa de fiscalización del mismo.</p>	<p>El que se señale por la Intendencia de Prestadores en la respectiva instrucción de corrección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se instruye 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 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 explicitará la fecha y hora límite en que vence el plazo para la entrega del informe corregido. <p>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.</p>
<p>Completación y cierre del check-list del informe del procedimiento acreditación contenido en el SIA</p>	<p>2 días hábiles siguientes a la instrucción de la Intendencia de Prestadores, a través del correo de acreditación.</p>	<p>Una vez que concluya la fiscalización del informe del procedimiento de acreditación por parte de esta Intendencia, se comunicará tal conclusión a la Entidad Acreditadora, mediante correo electrónico dirigido al de su Representante Legal, instruyéndosele cerrar debidamente el check-list en el SIA, cuyos contenidos deberán ser concordantes con los contenidos del informe del procedimiento de acreditación remitido a esta Intendencia, o con los contenidos del último informe corregido, en su caso.</p>



Etapas del Proceso de Acreditación	Plazo Máximo	Actividad que debe realizar la Entidad/ Observaciones
Pago de la segunda cuota del arancel de acreditación.	5 días hábiles siguientes a la notificación de la Resolución Exenta de la Intendencia que ordena dicho pago al prestador evaluado.	<p>- Tras el pago efectivo de la segunda cuota del arancel de acreditación por parte del prestador evaluado, la entidad acreditadora deberá proceder de la misma manera que se le instruyó precedentemente en cuanto a cómo proceder tras el pago de la 1ª cuota.</p> <p>TÉNGASE PRESENTE que la Entidad Acreditadora debe registrar el pago en el SIA inmediatamente después que éste se haga efectivo.</p>
<p>Si el prestador evaluado estuviere en situación de ser "acreditado con observaciones": Plazo para declarar la suficiencia o insuficiencia del Plan de Corrección presentado por el prestador</p>	5 días hábiles siguientes a la recepción del Plan de Corrección	<p>- Una vez decepcionado en la Intendencia el Plan de Corrección de las deficiencias elaborado por el prestador y su Cronograma de cumplimiento, ella lo enviará vía correo electrónico a la Entidad Acreditadora a fin que ésta se pronuncie respecto de la suficiencia o insuficiencia de dicho Plan y su Cronograma para subsanar las deficiencia señaladas en el informe de la Entidad Acreditadora dentro del plazo máximo de 6 meses, así como su adecuación a lo instruido en <u>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"</u>.</p> <p>- Dentro del plazo de 5º día hábil la Entidad emitirá dicho pronunciamiento fundado, declarando "acreditado" al prestador evaluado, si aprobare el Plan de Corrección y su Cronograma, o declarándolo "no acreditado", si los rechazare, o no se hubiere presentado oportunamente dicho Plan por parte del prestador ante la Intendencia de Prestadores, según ésta le hubiere informado vía correo electrónico.</p> <p>- El pronunciamiento de la Entidad se enviará a la Intendencia, dentro del plazo antedicho, mediante carta enviada a la Intendencia de Prestadores, vía correo electrónico, suscrita con la firma electrónica avanzada del Representante Legal de la Entidad Acreditadora y la firma electrónica simple del Director Técnico.</p> <p>- La Intendencia de Prestadores procederá a fiscalizar dicho pronunciamiento e instruirá las correcciones que correspondan, debiendo la Entidad Acreditadora cumplir las instrucciones que se emitan al respecto dentro de los plazos que se señalen en tales instrucciones.</p>



3.1.4. TÉNGASE PRESENTE por las Entidades Acreditadoras que todos los plazos reglamentarios y los que se contengan en las instrucciones generales o particulares de esta Intendencia son susceptibles de ser prorrogados, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- a) Que la prórroga la solicite el Representante Legal de la Entidad Acreditadora, por escrito o desde su correo electrónico oficial;
- b) Que la solicitud explicita los hechos que la justifiquen y el tiempo adicional de prórroga que se solicita;
- c) Que se soliciten antes del vencimiento del plazo de que se trate; y
- d) Que la prórroga sea acogida y declarada formalmente por esta Intendencia.

La decisión de la Intendencia respecto de la solicitud de prórroga será notificada, a través del correo de acreditación, al correo oficial del Representante Legal de la entidad y en ella se explicitará la cantidad de días de prórroga que se conceden y la fecha límite en que se deberá cumplir con la actuación que corresponda en cada caso, por ejemplo, la fecha límite en que se deberá remitir el informe de acreditación.

PREVIÉNESE a las Entidades Acreditadora que ellas solo podrán entrar a gozar de la prórroga de los plazos una vez que sean notificadas de la decisión de la Intendencia de Prestadores antes señalada y solo en los estrictos términos que esa decisión señale.

3.1.5. Para facilitar el control de los plazos reglamentarios, que deberá dar cumplimiento la entidad acreditadora de aquellos procesos de acreditación que tenga en curso, se pone a disposición de éstas, la planilla Excel "Resumen de Procesos de Acreditación" utilizada por la Unidad de Fiscalización en Calidad de la Intendencia de Prestadores, para la fiscalización de los plazos normativos.

PRESTADOR INSTITUCIONAL	Prestador XXX
N° de Solicitud de Acreditación	xxx
FECHAS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN	FECHA
Fecha designación aleatoria	16-01-2017
Fecha notificación designación a EA y prestador	16-01-2017
Fecha limite aceptación/rechazo EA	23-01-2017
Fecha aceptación designación EA	16-01-2017
Vía de aceptación designación	Sistema
Fecha notificación aceptación EA al prestador	16-01-2017
Vía de notificación al prestador	Sistema
Fecha limite pago prestador 1° cuota arancel	30-01-2017
Fecha efectiva pago prestador 1° cuota arancel	30-01-2017
Fecha límite para fijación de fecha de inicio evaluación EA	06-02-2017
Fecha remisión del cronograma de evaluaciones en terreno	13-02-2017
Fecha notificación inicio evaluación/EA	02-02-2017
Vía de notificación inicio evaluación	Sistema
Fecha límite para inicio evaluación	27-03-2017
Fecha inicio evaluación planificada	13-03-2017
Fecha efectiva inicio evaluación	13-03-2017
Fecha límite entrega informe de acreditación	24-04-2017
Fecha efectiva entrega informe de acreditación	No aplica
Fecha solicitud de prórroga del informe	24-04-2017
Vía de solicitud de prórroga	Correo
Fecha autorización de prórroga	24-04-2017
N° de días hábiles autorizados de prórroga	4
Fecha límite entrega del informe con prórroga	28-04-2017

Fecha cierre de evaluación (Check list)	08-05-2017
En caso de Acreditación con Observaciones: Fecha límite para aprobar o rechazar el Plan de Corrección y su Cronograma	5 días hábiles desde envío del Plan de Corrección desde la Intendencia

3.1.6. Una vez aceptada la designación de un proceso de acreditación, la Entidad Acreditadora, a través de su Representante Legal, deberá comunicarse con el Representante Legal del prestador, para iniciar la coordinación del proceso y asegurar que se dé debido cumplimiento a los plazos señalados precedentemente, especialmente para tratar sobre las siguientes materias:

- i. Forma de pago de las cuotas del arancel correspondiente; y
- ii. Fecha de inicio de la evaluación en terreno, a fin de prevenir eventuales desacuerdos al respecto.

3.2. Del cronograma para la evaluación en terreno

3.2.1. La confección del cronograma por parte de la Entidad Acreditadora, deberá dar cuenta del Estándar a evaluar, del tipo de prestador de que se trate y su estructura organizacional, tamaño, complejidad, cartera de prestaciones, puntos de verificación, servicios y unidades, componentes y características del Estándar aplicables, y demás circunstancias atinentes, en función de lo cual propondrá el número presumible de días de evaluación y el número de evaluadores suficientes para efectuar debida, adecuada e íntegramente la evaluación al prestador solicitante de acreditación.

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

- i. Tipo y complejidad del prestador a evaluar;
- ii. Estándar de Acreditación a evaluar;
- iii. Si se trata de un primer proceso de acreditación o uno de reacreditación;
- iv. Tamaño del prestador, planta física, distribución, composición y número de unidades o servicios con los que cuenta y de los puntos de verificación;
- v. Documentos entregados por la Unidad de Gestión en Acreditación relativos al prestador a evaluar: Ficha técnica actualizada, si corresponde; resoluciones sanitarias e informe de autoevaluación. Esta documentación será remitida a la Entidad Acreditadora, luego de que ésta haya aceptado la designación del prestador institucional y sea solicitada formalmente por su Representante Legal al Encargado de la Unidad antedicha;
- vi. Información general proporcionada por el prestador a la Entidad Acreditadora, tales como, cartera de prestaciones, estructura organizacional, distribución de los puntos de verificación que le aplican y las unidades que componen cada uno de ellos, planos de sus dependencias y pronunciamientos de diversa índole que hubieren sido efectuados por la Intendencia de Prestadores respecto de

alguna materia que sea atingente al proceso de acreditación del prestador. Respecto de tales pronunciamientos o de las repuestas de esta Intendencia a consultas que el prestador hubiere efectuado a ella, la Entidad Acreditadora podrá consultar ante ésta respecto de su autenticidad, vigencia e integridad;

- vii. Número de características del Estándar que serían aplicables en la evaluación del prestador;
- viii. Experiencia clínica y competencias profesionales de los evaluadores, acordes a las Unidades y puntos de verificación del prestador que le sean asignados para evaluar. Lo anterior, de conformidad con las competencias demostradas en los respectivos procedimientos de aprobación de la inclusión del respectivo evaluador en el cuerpo de evaluadores de la Entidad de que se trate.

3.2.3. La Entidad Acreditadora deberá elaborar un cronograma para llevar a cabo la evaluación en terreno del prestador en proceso de acreditación, el que debe presentarse considerando, al menos, los siguientes contenidos:

- i. Identificación de los evaluadores y Director Técnico.
- ii. Tabla en formato Excel o Word con la siguiente información y distribución: Fecha, horario (desde – hasta), evaluador, punto de verificación, unidad o servicio, características a evaluar, características que no aplican, referente del prestador.
- iii. **Se instruye el siguiente formato de cronograma**

FORMATO DE CRONOGRAMA PARA LA EVALUACIÓN DE PRESTADORES EN TERRENO

Nombre del prestador a evaluar:							
Período de evaluación en terreno:							
Nº de días de evaluación en terreno:							
Nº total de días de trabajo evaluador en el terreno:							
Nombre del Director Técnico del proceso:							
Número de evaluadores:							
Nombre y profesión de los evaluadores:							
Fecha	Horario	Evaluador Entidad	Puntos de verificación	Unidad o servicio	Características	Caract. NA	Referente Prestador
21-12-2016	08:30 – 09:00	Equipo EA	Reunión de Inicio				Directivos prestador
21-12-2016	09:00 – 17:00	Equipo EA	Dirección	Revisión Documentos		Director Médico	
21-12-2016	17:00 – 17:30	DT y Evaluadores	Reunión de equipo				
22-12-2016	08:30 – 13:00	Evaluador 1	PQ	Pabellón General	DP 4.2, CAL 1.2, GCL 1.1, GCL 1.2, GCL 1.3, GCL 1.4, GCL 1.7, GCL 1.11, GCL 1.12, GCL 2.1, GCL 2.3, GCL 3.3, RH 2.2, RH 3.1, RH 4.2, REG 1.2, INS 2.1, APF 1.2, APF 1.5, APE 1.2, APE 1.4	GCL 1.5	Referente 1
22-12-2016	08:30 – 13:00	Evaluador 2	PQ	Pabellón CMA	DP 4.2, CAL 1.2, GCL 1.1, GCL 1.2, GCL 1.3, GCL 1.4,	GCL 1.5	Referente 2

					GCL 1.7, GCL 1.11, GCL 1.12, GCL 2.1, GCL 2.3, GCL 3.3, RH 2.2, RH 3.1, RH 4.2, REG 1.2, REG 1.3, INS 2.1, APF 1.2, APF 1.5, APE 1.2, APE 1.4			
22-12-2016	13:00-14:00		Receso Almuerzo					
22-12-2016	14:00 – 17:00	Evaluador 1	PQ	Pabellón General	Continuación	GCL 1.5	Referente 1	
22-12-2016	14:00 – 17:00	Evaluador 2	PQ	Pabellón CMA	Continuación	GCL 1.5	Referente 2	
22-12-2016	17:00 – 17:30	DT y Evaluadores		Reunión de equipo				
Puntos de verificación que NA: Pabellón GO								

*Los datos contenidos en este ejemplo son sólo referenciales, la Entidad Acreditadora deberá ajustarlo a la realidad de cada prestador a evaluar.

3.2.4. En el formato antes señalado se deberán considerar todos los días de evaluación, y la Entidad Acreditadora lo adecuará conforme a la estructura organizacional y administrativa del prestador.

3.2.5. El cronograma deberá contemplar el tiempo suficiente para la evaluación de cada una de las características y puntos de verificación correspondientes. Deberá considerar, especialmente, las características que incluyen indicadores y la evaluación periódica respectiva, lo que implica la revisión de informes de resultados y constatación de estos, a través de la revisión de las fuentes primarias utilizadas, así como, también, contemplará los tiempos necesarios para la revisión de fichas clínicas, en aquellas características que lo requieren.

3.2.6. Por otra parte, los tiempos asignados a las evaluaciones deberán estar en concordancia con las competencias del evaluador y, en especial, con su experiencia previa en la participación de otros procesos de acreditación en los que se hubiere aplicado el mismo Estándar de Acreditación. Lo anterior, resulta particularmente obligatorio de considerar cuando se trate de un evaluador que enfrenta su primer proceso de acreditación.

3.2.7. TÉNGASE PRESENTE en esta materia que el Director Técnico debe estar permanentemente abocado a la función que le señala el Reglamento, esto es, a *"dirigir el trabajo de los evaluadores"*. Por tanto, en aquellos casos en que dicho Director Técnico, además, se encuentre aprobado por la Intendencia de Prestadores como integrante del cuerpo de evaluadores de la Entidad, no podrá ejercer este último rol sino en la medida que sea un Director Técnico Suplente, aprobado por dicha Intendencia, el que dirija tal procedimiento de acreditación. Sin perjuicio de lo anterior, excepcionalmente, y considerando los antecedentes de cada caso, se podrán aprobar cronogramas que consideren la ejecución de evaluaciones por tales Directores Técnicos en procedimientos de acreditación o reacreditación a prestadores institucionales de Atención Abierta de Mediana o Baja Complejidad, así como en la evaluación de los Estándares de Acreditación para Centros de Diálisis, para Servicios de Esterilización, para Servicios de Imagenología, para Laboratorios Clínicos, para Servicios de Quimioterapia y para Servicios de Radioterapia.

3.2.8. El horario asignado a las evaluaciones en terreno, en los distintos puntos de verificación, no podrá exceder el horario hábil de trabajo del prestador evaluado, debiendo respetarse el horario de almuerzo de sus funcionarios. Cualquier

necesidad de la Entidad Acreditadora que deba hacer excepción a la instrucción precedente, deberá ser previamente concordada con el representante del prestador en evaluación.

3.2.9. Para la ejecución de un debido proceso de acreditación, que considere una debida y cabal evaluación de las características que aplican en la evaluación del prestador, la confección del cronograma deberá dar cumplimiento a las siguientes reglas:

a) Tratándose de la evaluación en terreno de prestadores institucionales de **Atención Cerrada y de Alta complejidad:**

i. Se planificarán y asignarán para su evaluación en terreno los "días de trabajo evaluador" en las cantidades que a continuación se señalan, equivaliendo cada "día de trabajo evaluador" a una jornada completa de trabajo de tales profesionales. En los casos en que un evaluador, en alguno o algunos de los días de la evaluación en terreno, sólo se ha de desempeñar por media jornada (mañana o tarde), ello debe ser contabilizado como 0,5 "día de trabajo evaluador".

ii. Por regla general, tratándose de prestadores institucionales de Atención Cerrada y de Alta Complejidad, se planificarán y asignarán, **como mínimo, 30 (treinta) "días de trabajo evaluador"**; tal es el caso, de prestadores institucionales de la envergadura del Hospital de Tomé, Hospital San José de Coronel, Hospital de Quilpué, Clínica Ciudad del Mar, Clínica Vespucio y otros similares;

iii. Tratándose de prestadores institucionales de Atención Cerrada y de Alta Complejidad, de mayor envergadura que los antes señalados, tales como los Hospitales Base de los Servicios de Salud y algunas clínicas privadas, tales como, el Hospital "Doctor Hernán Henríquez Aravena" de Temuco, el Hospital "Barros Luco Trudeau", el Hospital Regional de Arica "Dr. Juan Noé Crevani", la Clínica Alemana de Santiago, la Clínica Las Condes, la Clínica Santa María, y similares, se planificarán y asignarán, **como mínimo, 40 (cuarenta) "días de trabajo evaluador"**;

b) Tratándose de la evaluación en terreno de prestadores institucionales de **Atención Cerrada de Mediana y Baja Complejidad** y de los **prestadores evaluados por los demás Estándares de Acreditación vigentes**, se planificarán y asignarán la cantidad de "días de trabajo evaluador" suficientes, considerando las características y particularidades propias de cada prestador y las instrucciones señaladas en los numerales 3.2.1 y siguientes precedentes.

3.2.10. El cronograma deberá remitirse a la Intendencia de Prestadores vía correo electrónico de acreditación, con 20 días hábiles de anticipación a la fecha de inicio de la evaluación, para la fiscalización correspondiente y para la ejecución de las correcciones y ajustes a que haya lugar, de acuerdo a las instrucciones impartidas por la Intendencia al efecto. Una vez que el cronograma sea aprobado por la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, la

Entidad Acreditadora lo remitirá al prestador, pudiendo este último formular sus propias observaciones al mismo ante esta Intendencia.

- 3.2.11.** La Unidad de Fiscalización en Calidad, en el ejercicio de sus facultades fiscalizadoras y con el fin de conseguir una programación de la evaluación en terreno que se ajuste a la realidad del prestador evaluado, verificará que el cronograma presentado asegure una debida, adecuada y justa evaluación para el prestador, para lo cual revisará el número de días de evaluación planificados, el total de días de trabajo evaluador considerado, el número de evaluadores que participarán en el proceso de acreditación, y los puntos de verificación que éstos evaluarán de acuerdo a la experiencia profesional y competencias técnicas demostradas ante esta Intendencia y por las cuales fueron incorporados al cuerpo de evaluadores de la Entidad respectiva.
- 3.2.12.** Las Entidades Acreditadoras deberán colaborar activamente a fin que, durante la fiscalización del cronograma se logre una programación que cumpla los objetivos antes señalados y que asegure una debida, adecuada y justa evaluación del prestador solicitante de acreditación. Para tales efectos, ellas deberán dar oportuno cumplimiento a las instrucciones que se le dicten durante la fiscalización del cronograma que ella haya propuesto, evitando que cualquier tardanza en tales cumplimientos provoquen que dicha Entidad se coloque en situación de no poder cumplir con el inicio oportuno del procedimiento de evaluación en terreno, esto es, **en la fecha fijada** para tal inicio.

En tal sentido, **SE PREVIENE a las Entidades Acreditadoras que, si las tardanzas u omisiones en el cumplimiento de las instrucciones de corrección del cronograma la colocaren en situación de imposibilidad de cumplir con el inicio de las evaluaciones en la fecha fijada al efecto en el procedimiento respectivo, dicho procedimiento será declarado desierto, ordenándose, en lo principal, la devolución de la parte del arancel que hubiere sido pagado por el prestador y la incorporación de este último al siguiente procedimiento de designación aleatoria de entidades acreditadoras.**

- 3.2.13.** Cuando la entidad remita el cronograma al prestador, debe solicitarle que complete la última columna de éste, identificando a los referentes que presentarán las características en cada uno de los puntos de verificación.
- 3.2.14.** Cualquier cambio que se efectúe al cronograma aprobado por la Intendencia, antes o durante la evaluación en terreno, deberá ser informado a esta de inmediato, a través del correo de acreditación.

3.3. De las actividades previas a la evaluación en terreno

- 3.3.1.** La Entidad Acreditadora podrá solicitar al prestador que, **dentro de los 15 días hábiles previos al día fijado para el inicio de la evaluación en terreno**, le envíe copia de los documentos que serán objeto de evaluación en el proceso de acreditación respectivo. Al respecto se instruye lo siguiente:
- i. La Entidad Acreditadora, podrá solicitar la documentación correspondiente al prestador a evaluar, **solo después que la Intendencia haya fiscalizado y aprobado el cronograma de evaluación en terreno propuesto por la**

Entidad Acreditadora y solo podrá solicitar los documentos que se señalan expresamente en el Anexo de la presente Circular;

- ii. La solicitud debe ser hecha al correo del Representante Legal del prestador, con copia al correo de acreditación. En dicho correo explicitará los documentos solicitados y la fecha en la que el prestador deberá remitírselos, la que **no podrá ser anterior a los 15 días hábiles previos al inicio de las evaluaciones en terreno;**
- iii. A fin de asegurar un debido y adecuado procedimiento de evaluación, **SE PREVIENE** a las Entidades Acreditadoras que la lectura de los documentos de manera previa a la evaluación en terreno por parte de sus evaluadores, no exime a éstos de su deber de constatar debidamente tales documentos en los puntos de verificación señalados en las Pautas de Cotejo del respectivo Estándar de Acreditación, ni exime a la Entidad Acreditadora de su deber de asegurar que ello se cumpla, debiéndose constatar, en tales casos, que en tales puntos de verificación, los documentos que en ellos se encuentren, **son exactamente los mismos que los que remitió el prestador** y que ellos tuvieron a la vista, que leyeron y revisaron;
- iv. Asimismo, **SE PREVIENE** a las Entidades Acreditadoras que los documentos válidos para la evaluación de las características, son aquellos que el prestador presente **durante la evaluación en terreno**, cualesquiera hayan sido los documentos que le hubieren sido remitidos por el prestador a la Entidad previamente;
- v. Los documentos que podrán ser solicitados para revisar de manera anticipada al terreno, **son solo aquellos exigidos de manera explícita en las Pautas de Cotejo de los diferentes Estándares de Acreditación y que se señalan en el Anexo adjunto a la presente Circular.** En consecuencia, **SE PROHÍBE** requerir al prestador a evaluar la remisión de cualquier documento que no se encuentre señalado expresamente en dicho Anexo, tales como listados de pacientes, listados de funcionarios, fichas clínicas u otros, con el fin de tomar muestras en constatación de características del Estándar, u otros similares.

3.3.2. Sin perjuicio de lo anterior, en esta etapa la Entidad Acreditadora podrá solicitar al prestador a evaluar información general relativa a aspectos del prestador que no serán materia de las evaluaciones y que le ayudarán a planificar la debida ejecución de sus evaluaciones en terreno y a definir el cronograma, tales como, la cartera de prestaciones, su estructura organizacional y los planos de la planta física.

3.3.3. Asimismo, la Entidad Acreditadora podrá visitar las dependencias del prestador, realizar reuniones de coordinación, video conferencias, entre otras, consensuando dichas actividades con el Representante Legal del prestador. Dichas actividades deberán ser programadas por la entidad y, en caso de requerir desplazamientos, la Entidad Acreditadora no podrá exigir al prestador o sus representantes que se trasladen a sus dependencias, sino que ella deberá trasladarse al prestador, salvo acuerdo en contrario. De las reuniones que se efectúen entre las Entidades y los prestadores en esta etapa, la entidad deberá levantar acta, firmada por ambas partes.

3.3.4. TÉNGASE PRESENTE que, en todo lo no modificado por los numerales precedentes, mantiene su vigencia la Circular IP/N°33, de 16 de diciembre de 2016.

3.4. Del desarrollo de la evaluación en terreno

3.4.1. La Entidad Acreditadora deberá ajustarse al cronograma aprobado por esta Intendencia, sin perjuicio de poder efectuar siempre las correcciones que sean necesarias, de modo de asegurar la debida ejecución de todas las constataciones que deba realizar, y que le permitan fundamentar la adopción de sus decisiones respecto al cumplimiento o incumplimiento de las exigencias de los Estándares evaluados. **Tales correcciones deberán ser informadas a esta Intendencia de inmediato**, pudiendo esta Intendencia siempre observarlas y fiscalizar su adecuación a las normas precedentes.

3.4.2. De la reunión de inicio de la evaluación en terreno: El día de inicio de la evaluación en terreno, como primera actividad, la Entidad Acreditadora sostendrá una reunión con los directivos, jefaturas y/o encargados del prestador, en la que, por la Entidad, deberán asistir su Director Técnico y los evaluadores que darán inicio a las evaluaciones. Los temas principales a tratar en dicha reunión serán, a lo menos, los siguientes:

- i. Objetivos del proceso de acreditación y de la evaluación en terreno;
- ii. Presentación del equipo de evaluadores;
- iii. Periodo de retrospectividad que abarcarán las evaluaciones, que corresponda al proceso;
- iv. Forma en que se desarrollarán las constataciones (Revisión de documentos, visita a servicios clínicos, entrevistas a los funcionarios, etc.);
- v. Medidas que adoptará la Entidad Acreditadora durante la evaluación, para dejar registro y respaldo de los hallazgos y constataciones que efectúe, así como para fundamentar las decisiones que adopte con respecto a la evaluación de todas las características del Estándar de que se trate, tales como, toma de fotografías, grabaciones, solicitud de copias, timbraje de documentos, etc., de acuerdo a lo establecido en la presente Circular;
- vi. Acordar las reuniones ordinarias entre la Entidad Acreditadora y el prestador, las que se efectuarán durante los días planificados para la visita en terreno, designándose los interlocutores válidos para las comunicaciones y coordinaciones de rutina entre la Entidad Acreditadora y el prestador, así como para las reuniones ordinarias y extraordinarias que sean necesarias. En el caso de la Entidad Acreditadora, el interlocutor siempre deberá ser el Director Técnico del proceso. Por su parte, el interlocutor del prestador será la máxima autoridad del prestador evaluado o quien éste designe libremente y por escrito, dejándose constancia de ello en el acta de la reunión de inicio. **TÉNGASE PRESENTE** que las Entidades Acreditadoras no están facultadas para cuestionar de manera alguna la designación hecha por dicha autoridad del prestador;

- vii.** Consultar sobre las prestaciones que no están incluidas en la cartera del prestador, y sobre los puntos de verificación y características que no aplican en las evaluaciones. Lo anterior deberá, posteriormente, ser corroborado por la Entidad Acreditadora durante la evaluación en terreno, a través de hechos o documentos fidedignos y objetivables;
 - viii.** En los procedimientos de acreditación que sean objeto de fiscalización en terreno por parte de esta Intendencia, se deberá informar al prestador acerca de ese hecho y sobre la identidad del encargado del equipo de fiscalizadores de la Intendencia de Prestadores, debiendo asegurarse por la Entidad Acreditadora la presencia de dicho encargado en todas las reuniones a realizarse entre la entidad y el prestador, sean éstas regulares o extraordinarias, tanto las requeridas de parte de la entidad, como las que requiera el prestador en evaluación;
 - ix.** Informar sobre el derecho que asiste tanto al prestador como a la Entidad Acreditadora a efectuar consultas formales a la Intendencia de Prestadores, en aquéllos casos en que el prestador y/o la Entidad Acreditadora tengan dudas con respecto a la aplicabilidad y/o metodología de evaluación de una o más características específicas y sobre cualquier otro aspecto relativo a la normativa aplicable en el procedimiento de evaluación;
 - x.** La Entidad Acreditadora podrá comunicar su decisión respecto de la admisión de la presencia y participación de los profesionales del equipo de calidad y/o de los Servicios de Salud o de las Direcciones Corporativas o de la Red a la que pertenezca el prestador en evaluación, en las constataciones que se efectúen en los diferentes puntos de verificación. En los casos en que se autorice que alguno de los profesionales antes señalados presencien y acompañen a los evaluadores en su trabajo en los distintos puntos de verificación, el Director Técnico de la Entidad Acreditadora deberá informar que tales profesionales externos al prestador evaluado, no podrán responder en lugar del personal del prestador en evaluación que sea entrevistado ni intervenir de modo alguno en las respuestas a las preguntas efectuadas por el evaluador, debiendo limitarse su actuación a la sola observación de las constataciones que se efectúen;
 - xi.** Informar sobre la posibilidad que el cronograma de evaluación pueda sufrir modificaciones, de acuerdo al desarrollo de las evaluaciones en terreno y que los cambios necesarios serán comunicados por los canales formales que se acuerden al prestador y, vía correo electrónico, a la Intendencia de Prestadores;
 - xii.** Definir el tiempo que dispone el prestador para realizar una presentación de su establecimiento, si él quisiere.
- 3.4.3.** De la reunión de inicio, el Director Técnico de la entidad, levantará un acta, la que debe ser firmada por él y por el representante del prestador. La copia de la citada acta será entregada al prestador, a más tardar, al inicio del segundo día de evaluación.
- 3.4.4.** La evaluación considerará tanto una medición contemporánea, es decir al momento de la evaluación, como retrospectiva. El alcance retrospectivo de las mediciones abarcará el período de 6 meses, en la primera acreditación, o tres

años, en el caso de reacreditaciones, anteriores al inicio del proceso de evaluación en terreno. Todas las evaluaciones deberán dar cuenta del periodo de retrospectividad del proceso de acreditación, informado en la reunión de inicio de evaluación en terreno.

3.4.5. Para los procesos de reacreditación, en aquellos prestadores institucionales acreditados que fueron fiscalizados en el período intermedio, y a los cuales se les requirió un plan de mejoras para las características obligatorias que se encontraban incumplidas, la Intendencia de Prestadores establecerá un periodo de retrospectividad excepcional, a partir de la aprobación del plan de mejoras. Esta situación será notificada a la Entidad Acreditadora, a través de un Ordinario IP, con anterioridad al inicio de la evaluación en terreno. La entidad deberá dar cabal cumplimiento y acatamiento a lo instruido en el citado Ordinario.

3.4.6. Fuera del horario de evaluación establecido en el cronograma, la Entidad Acreditadora podrá trabajar en las dependencias del prestador, previa autorización de éste, en actividades que no impliquen evaluación en terreno ni requieran la presencia de los referentes del prestador, tales como, randomización o revisión de fichas clínicas, cotejo de respaldos, revisión y resumen del trabajo del día, entre otras.

3.4.7. De las funciones del Director Técnico en la evaluación en terreno: El Director Técnico, además del cumplimiento de las obligaciones que se le asignan en las restantes normas del Sistema de Acreditación, en la evaluación en terreno debe cumplir con su rol específico, desempeñando la función principal que le asigna la reglamentación vigente, cual es la de "**dirigir el trabajo de los evaluadores**", según lo dispone el artículo 10 del Reglamento.

En tal sentido, **TÉNGASE PRESENTE** que el debido ejercicio de tal función de dirección implica la supervisión directa del trabajo de los evaluadores en el desarrollo de las evaluaciones en los diversos puntos de verificación del prestador, entregando su orientación y apoyo a los profesionales evaluadores para la correcta ejecución de sus constataciones y evaluaciones, corrigiendo oportunamente los errores en que ellos incurran, cuando corresponda. Asimismo, **PREVIÉNESE** a las Entidades Acreditadoras que ellas responden jurídicamente ante esta Intendencia de las conductas de sus Directores Técnicos.

Asimismo, **PREVIÉNESE** a las Entidades Acreditadoras que deberán adoptar las medidas necesarias para que sus Directores Técnicos efectúen la función de dirección y supervisión antedicha, con especial dedicación, respecto de los evaluadores con poca experiencia en procesos de acreditación y en aquellos casos en que tales evaluadores, habiendo sido fiscalizados en procesos previos, han sido objeto de observaciones por parte de esta Intendencia, particularmente si se le hubieren representado faltas en las metodologías de evaluación utilizadas, en el trato a los referentes del prestador o en el manejo de situaciones de conflicto.

Asimismo, y en el sentido antes señalado, **INSTRÚYESE** a las Entidades Acreditadoras en el sentido que el rol del Director Técnico de la Entidad Acreditadora durante la evaluación en terreno, implica el cabal cumplimiento de, a lo menos, los siguientes deberes específicos:

- i.** Ejercer la dirección y coordinación del proceso en todos sus aspectos, incluyendo los aspectos logísticos inherentes al proceso de evaluación en terreno;
- ii.** Entregar de herramientas de trabajo a los evaluadores;
- iii.** Instruir a los evaluadores sobre la metodología de evaluación y la retrospectividad a aplicar, señalando las excepciones que correspondan en los procesos de reacreditación;
- iv.** Distribuir adecuadamente la carga de trabajo entre los evaluadores;
- v.** Realizar reuniones técnicas con sus evaluadores para visualizar el desarrollo del proceso, revisando diariamente con su equipo los hallazgos encontrados en las constataciones efectuadas;
- vi.** Frente a situaciones en que exista riesgo de incumplimiento por parte del prestador, especialmente de características de obligatorio cumplimiento, el Director Técnico con su equipo evaluador, deberán revisar los respaldos que fundamentan los hallazgos y solicitar al día siguiente al prestador, toda otra información o medios que se requieran para hacerse la convicción acerca del incumplimiento y fundamentar objetiva y adecuadamente su efectividad. De ser necesario, volverá a realizar la evaluación en los puntos verificadores que correspondan;
- vii.** Asegurar que, en la evaluación de una misma característica que deba ser evaluada en distintos puntos de verificación, por parte de diferentes evaluadores, se aplique la misma metodología de evaluación y retrospectividad, particularmente, cuando se trata de la evaluación periódica de los indicadores o de constataciones específicas, como por ejemplo, en el caso del cuarto elemento medible de la característica AOC 1.3;
- viii.** Dar a conocer los puntos de verificación en donde realizará las entrevistas y constataciones en puntos específicos, tales como, en las características DP 1.2 y AOC 1.1, según lo solicitado en el elemento medible de las características que correspondan;
- ix.** Mantener y supervisar el debido resguardo de la confidencialidad de la información entregada por el prestador, con ocasión de las evaluaciones efectuadas en el proceso;
- x.** Supervisar y velar por el debido cumplimiento del cronograma, realizar oportunamente los ajustes que correspondan y estar permanentemente atento a las necesidades de reprogramación de evaluaciones pendientes, cuidando que ello provoque la menor alteración posible al normal desarrollo de las actividades en el prestador evaluado y asegurando que se respeten permanentemente los horarios acordados con el prestador, así como que éste tenga establecido como horarios de almuerzo y salida;
- xi.** Coordinarse permanentemente con el interlocutor del prestador y realizar las reuniones ordinarias acordadas y las extraordinarias que sean necesarias durante el terreno, especialmente frente a situaciones de conflicto o

discrepancias entre el prestador y la entidad, en la constatación de una o más características.

- xii. Levantar acta de la reunión y entregar copia de la misma, debidamente firmada por los asistentes, al prestador.
- xiii. Realizar las consultas que correspondan a la Intendencia de Prestadores, frente a dudas respecto a la aplicabilidad de las características o puntos de verificación del prestador, o cualquier situación anómala que se detecte durante la evaluación en el terreno, a través del canal formal dispuesto para ello, **debiendo especificar que se trata de un proceso en etapa de evaluación**, a fin que esta Intendencia dé prioridad a la respuesta.

3.4.8. Con respecto al comportamiento y presentación del Director Técnico durante la evaluación en terreno del prestador, las Entidades Acreditadoras deberán asegurar, como mínimo, lo siguiente:

- i. Que mantenga un trato formal y respetuoso en todo momento y circunstancia con el prestador evaluado y sus funcionarios;
- ii. Que favorezca el desarrollo del trabajo de evaluación en un ambiente tranquilo y libre de conflictos;
- iii. Que mantenga una comunicación fluida con el prestador evaluado, a través de los canales formales establecidos y respetando al interlocutor designado por el prestador;
- iv. Que se encuentre **presente durante el desarrollo de toda la evaluación en terreno**, durante todos los días y en los horarios programados;
- v. Que utilice vestimenta semi-formal, lo que incluye el uso obligatorio de bata blanca para desplazarse por las Unidades y Servicios Clínicos del prestador;
- vi. Que utilice la identificación de la Entidad Acreditadora.

3.4.9. El Director Técnico **Suplente** de la Entidad Acreditadora, ejercerá su función sólo en ausencia del Director Técnico Titular, o cuando este último no esté ejerciendo como tal, y en los términos que lo disponga la Resolución Exenta que lo aprueba como tal. En el ejercicio de dicha suplencia, le serán aplicables a él todas las funciones y obligaciones establecidas respecto de los directores técnicos titulares en el Reglamento, en la presente Circular y en las demás instrucciones que esta Intendencia dicte al efecto.

3.4.10. Durante un proceso de acreditación, el Director Técnico deberá ser uno solo, desde el inicio y hasta su completa finalización, a fin de asegurar su ordenado desarrollo, así como para que pueda dar cuenta integral de todo lo que aconteció en ese proceso. **Sólo en virtud de un caso fortuito o una situación de fuerza mayor, debidamente justificada** ante la Intendencia de Prestadores por parte la Entidad Acreditadora que corresponda, se podrá autorizar a| esta última que intervenga otro Director Técnico en un procedimiento de acreditación iniciado por otro.

3.4.11. El Director Técnico, sea el titular o suplente, es responsable de la elaboración y firma del informe de los procesos de acreditación en los que participó, de conformidad con la normativa respectiva.

3.4.12. De las funciones de los profesionales evaluadores durante la evaluación en terreno: La Entidad Acreditadora y su Director Técnico deberán asegurar que el trabajo de los evaluadores de la Entidad Acreditadora durante la evaluación en terreno, considere, al menos, las siguientes actividades:

- i.** Que, al iniciar la evaluación en un punto de verificación, indique a su contraparte la o las características que evaluará y explique la metodología que utilizará;
- ii.** Requerir las exigencias de la respectiva característica y de sus elementos medibles, de acuerdo a lo que se disponga en la respectiva Pauta de Cotejo del Manual del Estándar de Acreditación en evaluación;
- iii.** En las evaluaciones que efectúe, dar estricto cumplimiento a las instrucciones de la Intendencia de Prestadores relativas a la interpretación de los Estándares de Acreditación que se contengan en las respectivas Circulares emitidas y que se encontraren vigentes;
- iv.** Utilizar siempre metodologías de evaluación que sean objetivables, no arbitrarias, científicamente fundadas, comúnmente aceptadas y demostrables. Cuando use una metodología distinta a las contenidas en las recomendaciones que haya efectuado al efecto la Intendencia de Prestadores, tales como las que se contienen en el Oficio Circular IP/Nº2, de 2010, debe fundamentar su opción señalando los principios científicos, empíricos o razones prácticas que justifican su decisión;
- v.** Aplicación de los períodos de retrospectividad que corresponda en cada una de las características evaluadas. Lo anterior incluye que, en la revisión de los documentos que, aparentemente, no alcancen la retrospectividad exigida, se solicite al prestador el documento anterior, a fin de verificar si el elemento medible ha sido cumplido al menos en una cantidad de tiempo igual a la requerida por el Manual del Estándar de Acreditación pertinente;
- vi.** Para las entrevistas, y previo a la realización de éstas, tener definidas las preguntas y los criterios de cumplimiento con que se validarán las respuestas de los entrevistados, lo que, además, deberá ser coincidente con lo determinado en el protocolo del prestador y consistente con lo exigido en la Pautas de Cotejo del Estándar evaluado;
- vii.** Ser metódico y ordenado en la recolección de la información en los puntos de verificación;
- viii.** Registrar adecuadamente los hallazgos encontrados en las pautas e instrumentos de trabajo proporcionados por la Entidad Acreditadora;
- ix.** Timbrar y media-firma de la documentación evaluada, en el lugar en que verifica la descripción de los requerimientos del elemento medible evaluado. De lo contrario, timbrar y media-firma en el ítem del documento en que deberían haberse contenido las exigencias del Estándar;

- x. Resguardar y mantener la confidencialidad de la información proporcionada por el prestador;
- xi. Abstenerse de emitir juicios o calificaciones, respecto de cualquier actividad que observe en el prestador evaluado, así como respecto de los documentos que se le presenten, los servicios y unidades visitadas o de las personas con las que interactúe en la etapa de evaluación, sin perjuicio de su obligación de informar al Director Técnico respecto de eventuales infracciones a normativas sanitarias sobre el debido funcionamiento del establecimiento en evaluación;
- xii. Mantener una comunicación fluida con su Director Técnico y solicitar su orientación o ayuda cuando lo requiera;
- xiii. Cuando se encuentre frente a una situación de eventual incumplimiento de una característica obligatoria, informarla y verificarla con el Director Técnico

3.4.13. Además, La Entidad Acreditadora deberá asegurar que el comportamiento y presentación de sus evaluadores durante la evaluación en terreno del prestador, se ajuste, como mínimo, a las siguientes exigencias:

- i. Que mantenga un trato formal y respetuoso en todo momento y circunstancia con el prestador evaluado y sus funcionarios;
- ii. Que propicie un ambiente de desarrollo para el trabajo de evaluación tranquilo y libre de conflictos;
- iii. Que mantenga la calma frente a situaciones de conflicto;
- iv. Que se presente con los referentes del prestador en cada punto de verificación que le corresponda evaluar, antes de iniciar las constataciones o entrevistas.
- v. Utilización de vestimenta semi-formal, lo cual incluye el uso obligatorio de bata blanca para desplazarse por las Unidades y Servicios Clínicos del prestador;
- vi. Utilización de la identificación de la Entidad Acreditadora.

3.4.14. De las reuniones entre la Entidad Acreditadora y el prestador evaluado durante la evaluación en terreno:

Durante la visita en terreno, se efectuarán las reuniones ordinarias entre el prestador evaluado y la Entidad Acreditadora que se hayan acordado en la reunión de inicio.

La Entidad Acreditadora podrá solicitar reuniones extraordinarias con el prestador evaluado, siempre que lo estime necesario para el normal desarrollo del procedimiento de acreditación y ejecución de las constataciones y evaluaciones que correspondan y, especialmente, cuando detecte situaciones que pudieren afectar el transcurso normal de la evaluación o necesitare aclarar temas relevantes que pudieren incidir en el cumplimiento de las características, de todo lo cual se levantará un acta por el Director Técnico de la Entidad Acreditadora o por alguno de los evaluadores que él designe, entregándose copia de la misma al prestador evaluado. Dichas reuniones extraordinarias deberán estar siempre acotadas a un objetivo preciso.

Asimismo, la Entidad Acreditadora siempre deberá acoger la solicitud del prestador evaluado para reunirse con ella extraordinariamente, debiendo procederse en la misma forma señalada precedentemente.

3.4.15. De las Consultas a la Intendencia de Prestadores durante la evaluación en terreno:

La Entidad Acreditadora podrá realizar consultas a la Intendencia, relativas a la correcta interpretación de los Estándares, durante el desarrollo de la evaluación en terreno, y posterior a esta durante toda la etapa de evaluación, ingresando a la página web de la Superintendencia de Salud, acceso "[Prestadores/Observatorio de calidad/Consulta proceso de acreditación/Consultas técnicas sobre la acreditación de prestadores institucionales](#)". Debe marcar en identificación de la consulta el menú "En proceso de evaluación de la Entidad Acreditadora en terreno", para que se dé prioridad a la respuesta.

3.4.16. Respecto de las consultas que ingresen las entidades acreditadoras y/o prestadores en proceso de acreditación, durante la etapa de evaluación completa, se instruye que ellas deben ser precisas y claras. Asimismo, **SE PREVIENE** a las Entidades y prestadores evaluados que **esta Intendencia, en sus respuestas, no puede pronunciarse respecto del cumplimiento o incumplimiento de elementos medibles o de una característica en particular, atendido que, durante esta etapa del procedimiento, dichas decisiones constituyen una facultad exclusiva de responsabilidad de la Entidad Acreditadora correspondiente.**

3.4.17. Por otra parte, si la Entidad Acreditadora requiere realizar consultas atinentes al desarrollo del proceso de acreditación, a la normativa relativa al cumplimiento de plazos, o a las facultades y obligaciones de la Entidad y del prestador evaluado, entre otras, debe remitirlas a la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad, a través del correo acreditacion@superdesalud.gob.cl.

3.4.18. De la reunión final o de cierre de la visita en terreno: Al término de la etapa de evaluación en terreno, la Entidad Acreditadora realizará una reunión de cierre con el prestador evaluado, según las siguientes reglas:

- i. A ella deben asistir:
 - a) El Director Técnico de la Entidad, así como los evaluadores que participaron en el proceso y se encontraren presentes; y
 - b) Los directivos y encargados del prestador evaluado;
- ii. La Entidad dará cuenta, en términos generales, sobre el desarrollo de la evaluación y sobre el nivel de cumplimiento del cronograma establecido;
- iii. La Entidad informará si se logró recopilar toda la información necesaria para la elaboración del informe, así como que, de ser necesario, hará ejercicio de su facultad de volver a las instalaciones del prestador para completar la información necesaria a esos efectos, hasta el día 30º, contado desde la fecha de inicio de la evaluación en terreno, o hasta la fecha a que esta Intendencia haya prorrogado dicho plazo;
- iv. La Entidad, asimismo, informará respecto de hallazgos relevantes que hayan generado dudas en su constatación, con relación a algún documento,

actividad, hecho medible o característica en particular, que sea gravitante para el resultado de la evaluación, especialmente respecto de aquéllos referidos a características obligatorias, y formulará los requerimientos de aclaración que estime convenientes por parte del prestador;

- v. Tras lo anterior, los representantes del prestador evaluado podrán solicitar a la Entidad Acreditadora que precise las dudas planteadas y formular las aclaraciones que estime pertinentes;
- vi. La Entidad Acreditadora informará sobre los plazos reglamentarios y actividades posteriores a la evaluación en terreno;
- vii. Por último, ella informará acerca de la facultad que le asiste para solicitar una prórroga a la Intendencia de Prestadores del plazo para el término de evaluación y para la entrega del informe de acreditación, si ello llegara a ser necesario.

3.4.19. De la reunión de término, el Director Técnico de la entidad, levantará un acta, la que debe ser firmada por todos los asistentes, consignándose si alguno rehúsa firmar y sus motivos, entregando copia de la misma al prestador evaluado. Copia de dicha acta se remitirá a la Intendencia de Prestadores conjuntamente con el informe de acreditación.

3.4.20. Las Entidades Acreditadoras que deseen que los prestadores evaluados respondan una encuesta de satisfacción usuaria, con respecto al trabajo y comportamiento de la entidad acreditadora durante el procedimiento de acreditación, solo podrán hacerlo una vez que se haya notificado al prestador evaluado la resolución que ordena poner en su conocimiento el informe de acreditación y que dispone el término del respectivo procedimiento. Por tanto, la entidad no podrá aplicar tal clase de encuestas, o similares, al prestador evaluado durante o al término de las evaluación en terreno o en cualquier otra etapa anterior a la señalada precedentemente.

3.4.21. Del deber de vigilancia respecto de las comunicaciones oficiales de la Intendencia de Prestadores: Las entidades acreditadoras que se encuentren desarrollando un proceso de acreditación en cualquiera de sus etapas, deberán estar especial y permanentemente atentas a las notificaciones automáticas generadas por el Sistema Informático de Acreditación (SIA) de esta Superintendencia, así como, respecto de toda la información remitida por la Intendencia de Prestadores, a través del correo acreditacion@superdesalud.gob.cl.

Asimismo, deberán informar a esta Intendencia respecto de cualquier situación de desperfecto del correo oficial del Representante Legal de la entidad, que no les permita o no les dé seguridad respecto de la recepción de los correos que esta Intendencia les envíe, **informando a ella, de inmediato, una nueva dirección de correo alternativa** de dicho representante, para ser utilizada mientras se subsana la falla del correo oficial original.

3.2. De las actuaciones posteriores al término de la etapa de evaluación

3.2.1. Los informes de acreditación, deben ser elaborados en los formatos instruidos por la Intendencia de Prestadores, conforme lo instruya la Circular vigente que esta Intendencia haya dictado al respecto y su instructivo Anexo.

- 3.2.2.** Antes de enviar el informe de acreditación, la Entidad Acreditadora deberá haber ingresado la fecha en que ha completado el proceso de evaluación en el Sistema Informático de Acreditación, cambiando en este el estado de la solicitud, desde "**planificada**" a "**evaluada**".
- 3.2.3.** Dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha señalada en el numeral anterior la Entidad Acreditadora **deberá enviar el informe de acreditación a la Intendencia de Prestadores, cuidando siempre que esos cinco días se encuentren dentro de los 30 días hábiles, contados desde la fecha de inicio de las evaluaciones en terreno.** Por lo tanto, la entidad debe tener presente que, si la fecha de término de las evaluaciones en el antes señalado Sistema Informático de Acreditación (SIA) es anterior al día 25° de esta etapa, deberá remitir el informe de acreditación, como máximo, al quinto día hábil de dicha fecha, y que, en cambio, si esa fecha es posterior al día 25° deberá enviarlo dentro del período remanente del plazo de 30 días antes señalado.
- 3.2.4.** En casos debidamente justificados, el plazo para la completa ejecución de las evaluaciones y entrega del informe antes señalado podrá ser ampliado por una sola vez y hasta por un periodo máximo igual de 30 días, siempre que tal ampliación sea solicitada con anterioridad al vencimiento del plazo original.
Si la Entidad Acreditadora hubiere obtenido de la Intendencia de Prestadores una prórroga del plazo antes señalado, la fecha de término de las evaluaciones que se ingrese al Sistema Informático de Acreditación y la fecha de envío del informe a esta Intendencia deberá ser la misma y encontrarse dentro del plazo de prórroga que le hubiere sido otorgado.
- 3.5.5.** La Entidad Acreditadora deberá enviar el informe de acreditación a la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad, a través del correo institucional destinado para estos efectos, a saber:
informesacreditacion@superdesalud.gob.cl.
- 3.5.6.** La solicitud de prórroga del plazo para dar término a la etapa de evaluación y enviar el informe de acreditación, así como, de las demás solicitudes de prórrogas en esta etapa, debe ser dirigida por el Representante Legal de la Entidad Acreditadora al Intendente de Prestadores, a través del correo de acreditación (acreditacion@superdesalud.gob.cl), y cumplir los demás requisitos señalados en el numeral **3.1.4** precedente.
TÉNGASE SIEMPRE PRESENTE por las Entidades Acreditadoras que **solo podrán gozar de dicha prórroga si la Intendencia de Prestadores accede formalmente a la solicitud respectiva**, esto es, desde que la decisión de dicha Intendencia es notificada al correo electrónico del Representante Legal de la Entidad por parte de la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad.
- 3.5.7.** Junto con el informe de acreditación, la Entidad Acreditadora deberá remitir las actas de las reuniones de inicio y de término de la evaluación en terreno, y de las de reuniones extraordinarias, si las hubo.
- 3.5.8.** La elaboración del informe de acreditación por las Entidades Acreditadoras deberá efectuarse en los formatos oficiales que para tales efectos haya dispuesto la Intendencia de Prestadores y dar estricto cumplimiento a las instrucciones de completación de los mismos contenidas en la Circular que la Intendencia de

Prestadores hubiera dictado especialmente para esos efectos y que se encontrare vigente, así como a su instructivo anexo.

3.5.9. TÉNGASE PRESENTE por las Entidades Acreditadoras que la fiscalización de los informes de acreditación, se efectuará por la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, de conformidad con las normas dispuestas a esos efectos en el Reglamento y en las instrucciones contenidas en las Circulares Internas y Oficios Circulares que se dicten al efecto, normativas que estarán permanente y oportunamente a disposición de dichas entidades en la página web de esta Superintendencia.

3.5.10 Del cierre del check-list: Una vez que la Unidad de Fiscalización en Calidad, ha terminado la fiscalización del informe de acreditación, así lo comunicará al Representante Legal de la Entidad Acreditadora que corresponda, comunicación que se notificará a la Entidad a través del correo de acreditación dirigido al correo oficial del Representante Legal. En dicha comunicación se instruirá a la Entidad que debe cerrar el check-list en el Sistema Informático de Acreditación, utilizando al efecto los contenidos del informe de acreditación o, en su caso, si el informe original hubiere sido corregido con posterioridad, según la última versión del informe de acreditación remitido a esta Intendencia, corregido y fiscalizado por dicha Unidad.

El cierre del check-list deberá ser ejecutado por la Entidad Acreditadora dentro del plazo de dos días hábiles, a contar del día siguiente hábil de la notificación antes señalada.

3.5.11. Cualquier problema o inconveniente que se presente en la ejecución del cierre del check-list, deberá ser comunicado vía correo electrónico de acreditación a la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad, con copia al Sr. Javier Aedo, eaedo@superdesalud.gob.cl, quienes ejecutarán las gestiones tendientes a resolver el inconveniente y avisará a la entidad cuando esté solucionado.

3.5.12. Solo una vez que la Entidad Acreditadora haya ingresado el check-list al Sistema Informático de Acreditación, la Unidad de Fiscalización en Calidad, dará inicio al trámite para la elaboración y notificación de la resolución que ordena al prestador el pago de la segunda cuota del arancel de acreditación a la Entidad Acreditadora.

3.5.13. Cuando la Entidad Acreditadora reciba el pago efectivo de la segunda cuota del arancel, deberá ingresar de inmediato ese hecho al Sistema Informático de Acreditación, tras lo cual la Unidad de Fiscalización en Calidad procederá a los trámites finales del procedimiento de acreditación respectivo, mediante la emisión de la resolución respectiva que ordenará poner en conocimiento del informe de acreditación al prestador institucional correspondiente, la cual será notificada al prestador institucional y a la Entidad Acreditadora que haya ejecutado el procedimiento de acreditación.

4. DISPOSICIONES TRANSITORIAS:

4.1. Las Entidades Acreditadoras dispondrán de un plazo de **60 días hábiles**, contados desde la notificación de la presente Circular a cada una de ellas, para formalizar el procedimiento interno para la debida confección, mantención actualizada y debida

conservación del expediente de cada procedimiento de acreditación, a que se refiere el **literal i., del numeral 2.1.1** de esta Circular;

4.2. Dentro del mismo plazo señalado en el numeral anterior, las Entidades Acreditadoras deberán formalizar el protocolo interno respecto a la forma en que sus profesionales evaluadores deben dejar registro y respaldo de sus hallazgos y constataciones, que se señala en la **letra a), del literal ii., del numeral 2.1.2** de esta Circular;

5. DERÓGASE la Circular IP/N°26, de 27 de septiembre de 2013.

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

7. NOTIFÍQUESE la presente Circular a los representantes legales de las Entidades Acreditadoras por carta certificada.

REGÍSTRESE Y PUBLÍQUESE EN LA PÁGINA WEB DE ESTA SUPERINTENDENCIA.



ENRIQUE AYARZA RAMÍREZ
INTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

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

Adjunta: Anexo sobre "Documentos que la Entidad Acreditadora puede solicitar previo a la evaluación en terreno según el Estándar de Acreditación correspondiente".


CMB/JGM/HOG
DISTRIBUCIÓN:

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras (por carta certificada y correo electrónico)
- Subsecretaría 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 de la Sección de Laboratorios Clínicos del instituto de Salud Pública de Chile
- Superintendente de Salud
- Fiscal
- Agentes Regionales
- Jefa del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Encargada Unidad de Fiscalización en Calidad IP
- Encargado Unidad de Gestión en Acreditación IP
- Encargada Unidad de Asesoría Técnica IP
- Encargado Unidad de Apoyo legal IP
- Funcionarios Analistas del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Archivo



ANEXO

Documentos que la Entidad Acreditadora puede solicitar previo a la evaluación en terreno según el Estándar de Acreditación correspondiente

Ámbito/Característica		Elemento medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN CERRADA
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.
	DP 2.1	1°EM	Documento que describe la obtención del consentimiento informado.
	DP 3.1	1°EM	Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.
	DP 4.2	3°EM	Programa de supervisión de las actividades que pueden ejecutar los alumnos.
	DP 5.1	2°EM	Documento que describe las situaciones que deben someterse y el procedimiento para la presentación de casos al Comité de ética.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM	Documento que define el programa de calidad.
Gestión Clínica	GCL 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de evaluación preanestésica.
	GCL 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos de atención de enfermería.
	GCL 1.3	1°EM	Documento que describe el procedimiento de la evaluación y manejo del dolor agudo.
	GCL 1.4	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar.
	GCL 1.5	1°EM	Documento que describe los criterios de ingreso y egreso a unidades de paciente crítico.
	GCL 1.6	1°EM	Documento que describe los criterios de indicación de cesárea.
	GCL 1.7	1°EM	Documento que describe los criterios de indicación médica de transfusión.
	GCL 1.9	1°EM	Documento que describe el procedimiento de contención física.
	GCL 1.10	1°EM	Documento que describe los criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio.
	GCL 1.11	1°EM	Documento que describe el procedimiento de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.
	GCL 1.12	1°EM	Documento que describe el proceso de identificación de pacientes.
	GCL 1.13	1°EM	Documento que describe el procedimiento de manejo de uso de anticoagulantes orales.
	GCL 2.1	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos
	GCL 2.2	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales
	GCL 2.3	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de emergencia.
		1°EM	Documento que describe el sistema de categorización de pacientes.
	AOC 1.3	1°EM	Documento que describe el procedimiento de notificación de las situaciones o resultados críticos.
	AOC 2.1	1°EM	Documento que describe los elementos relacionados con la derivación de pacientes.
	AOC 2.2	1°EM	Documento que describe el sistema de entrega de turnos.
	Competencias del Recurso Humano	RH 2.1	1°EM
RH 2.2		1°EM	Programa de orientación.
RH 3.1		1°EM	Programa de capacitación.
RH 4.1		2°EM	Programa de control de riesgos.
RH 4.2		1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes del personal con material contaminado con sangre, fluidos corporales y sustancias peligrosas.
RH 4.3		1°EM	Programa de vacunación del personal.
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe la existencia de ficha clínica única individual y su manejo.

	REG 1.2	1°EM	Documento que describe los registros clínicos.
	REG 1.3	1°EM	Documento que describe los informes de prestaciones que deben ser entregados al paciente.
	REG 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas.
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de equipamiento.
	EQ 1.2	1°EM	Documento que describe un sistema del seguimiento de vida útil de equipamiento relevante.
	EQ 2.1	2°EM	Programa de mantenimiento preventivo del equipamiento.
	EQ 2.2	1°EM	Programa de mantenimiento preventivo de equipos relevantes para la seguridad de los pacientes en las unidades de apoyo.
	EQ 3.1	1°EM	Documento que describe el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar equipos relevantes.
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.
	INS 2.1	2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.
	INS 3.1	2°EM	Programa de mantenimiento preventivo de instalaciones.
	INS 3.2	2°EM	Documento que describe el plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico.
Servicios de Apoyo – Laboratorio Clínico	APL 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado.
	APL 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos respecto de los procesos de las etapas analíticas y post analíticas.
	APL 1.5	1°EM	Documento que describe las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso.
Servicios de Apoyo – Farmacia	APF 1.2	2°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de medicamentos.
		3°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de insumos.
		2°EM	Documento que define el stock mínimo de medicamentos e insumos.
	APF 1.3	3°EM	Documento que describe el sistema de reposición del stock mínimo.
		1°EM	Documento que describe los procedimientos de farmacia.
	APF 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con medicamentos.
	APF 1.5	1°EM	Documento que describe el procedimiento de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos.
	APF 1.6	1°EM	Documento que describe el procedimiento de elaboración, almacenamiento y disposición de fórmulas de nutrición parenteral.
APF 1.7	1°EM	Documento que describe el procedimiento de elaboración, almacenamiento y disposición de fórmulas de nutrición parenteral.	
Servicios de Apoyo – Esterilización	APE 1.3	1°EM	Documento que describe los métodos de esterilización y desinfección.
	APE 1.4	1°EM	Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril.
	APE 1.5	1°EM	Documento que describe el procedimiento de desinfección de alto nivel.
Servicios de Apoyo – Transporte de Pacientes	APT 1.2	1°EM	Documento que describe procedimientos relacionados con el transporte de pacientes.
Servicios de Apoyo – Diálisis	APD 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos de hemodiálisis, peritoneo diálisis y sistema de registros estandarizados.
	APD 1.3	1°EM	Programa de capacitación a pacientes y/o familiares en peritoneo diálisis.
	APD 1.4	1°EM	Programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis.
Servicios de Apoyo – Radioterapia	APR 1.2	2°EM	Documento que describe los procedimientos de radioterapia.
	APR 1.3	1°EM	Documento que describe el sistema de control de calidad de la radioterapia.
	APR 1.4	1°EM	Documento que describe las características de los registros clínicos.
Servicios de Apoyo – Anatomía Patológica	APA 1.2	1°EM	Documento que describe los procesos de la etapa pre-analítica.
	APA 1.3	1°EM	Documento que describe los procesos de la etapa analítica y post analítica.
	APA 1.4	1°EM	Documento que describe las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso
Servicios de Apoyo – Quimioterapia	APQ 1.2	1°EM	Documento que describe protocolos de tratamiento de quimioterapia y sistema de registros
	APQ 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con quimioterapia
Servicios de Apoyo – Imagenología	API 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos imagenológicos que conllevan riesgos para los pacientes.
	API 1.3	1°EM	Documento que describe los requisitos de la solicitud de examen y las indicaciones que deben entregarse al paciente antes y después de los procedimientos.
Servicios de Apoyo – Kinesioterapia	APK 1.2	1°EM	Documento que describe los requisitos de preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de kinesioterapia respiratoria.
	APK 1.3	1°EM	Documento que describe las contraindicaciones para ejecución de procedimientos específicos y prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica.

Servicios de Apoyo – Medicina Transfusional	APTr 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de transfusión.
Servicios de Apoyo – Atención de Donantes	APDs 1.1	1°EM	Documento que describe los procedimientos de donación de sangre.
Servicios de Apoyo – Centro de Sangre	APCs 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos para la entrega de productos.

Ámbito/Característica		Elemento medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN ABIERTA
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.
	DP 2.1	1°EM	Documento que describe la obtención del consentimiento informado.
	DP 3.1	1°EM	Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.
	DP 4.2	3°EM	Programa de supervisión de las actividades que pueden ejecutar los alumnos.
	DP 5.1	2°EM	Documento que describe el procedimiento para la presentación de casos al Comité de ética.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM	Programa de calidad.
Gestión Clínica	GCL 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de evaluación pre anestésico.
	GCL 1.2	1°EM	Documento que describe el sistema de selección de pacientes para ser sometidos a cirugía mayor ambulatoria.
	GCL 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos de atención de enfermería.
	GCL 1.4	1°EM	Documento que describe el procedimiento de manejo de uso de anticoagulantes orales.
	GCL 1.5	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar.
	GCL 1.6	1°EM	Documento que describe los criterios de indicación médica de transfusión.
	GCL 1.8	1°EM	Documento que describe el procedimiento de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.
	GCL 1.9	1°EM	Documento que describe el proceso de identificación de pacientes.
	GCL 2.1	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de eventos adversos asociados a cirugía mayor ambulatoria.
	GCL 2.2	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención.
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de emergencia.
		1°EM	Documento que describe el procedimiento de notificación de las situaciones o resultados críticos.
Competencias del Recurso Humano	RH 2.1	1°EM	Programa de inducción.
		1°EM	Programa de orientación.
		1°EM	Programa de capacitación.
		2°EM	Programa de control de riesgos.
		1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes del personal con material contaminado con sangre, fluidos corporales y sustancias peligrosas.
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe la existencia de ficha clínica única individual y su manejo.
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe las características de los registros clínicos.
	REG 1.3	1°EM	Documento que describe los informes que deben ser entregados al paciente respecto de las prestaciones realizadas.
	REG 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas.
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de equipamiento.
	EQ 1.2	1°EM	Documento que describe un sistema del seguimiento de vida útil de equipamiento relevante.
	EQ 2.1	2°EM	Programa de mantenimiento preventivo del equipamiento.
	EQ 2.2	1°EM	Programa de mantenimiento preventivo de equipos relevantes para la seguridad de los pacientes en las unidades de apoyo.
	EQ 3.1	1°EM	Documento que describe el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar equipos relevantes.
INS 1.1	2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.	
	2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.	

Seguridad de las Instalaciones	INS 3.1	2°EM	Programa de mantenimiento preventivo de instalaciones.
	INS 3.2	2°EM	Documento que describe el plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico.
Servicios de Apoyo – Laboratorio Clínico	APL 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado.
	APL 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos respecto de los procesos de las etapas analíticas y post analíticas.
	APL 1.5	1°EM	Documento que describe las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso.
Servicios de Apoyo – Farmacia	APF 1.2	2°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de medicamentos.
		3°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de insumos.
	APF 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos de rotulación, envasado y despacho de medicamentos y envasado y despacho de insumos.
	APF 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con medicamentos.
	APF 1.5	1°EM	Documento que describe el procedimiento de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos.
Servicios de Apoyo – Esterilización	APE 1.3	1°EM	Documento que describe los métodos de esterilización y desinfección.
	APE 1.4	1°EM	Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril.
	APE 1.5	1°EM	Documento que describe el procedimiento de desinfección de alto nivel.
Servicios de Apoyo – Transporte de Pacientes	APT 1.2	1°EM	Documento que describe procedimientos relacionados con el transporte de pacientes.
Servicios de Apoyo – Diálisis	APD 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos de hemodiálisis, peritoneo diálisis y sistema estandarizado de registros.
	APD 1.3	1°EM	Programa de capacitación a pacientes y/o familiares en peritoneo diálisis.
	APD 1.4	1°EM	Programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis.
Servicios de Apoyo – Radioterapia	APR 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos de radioterapia.
	APR 1.3	1°EM	Documento que describe el sistema de control de calidad de la radioterapia.
	APR 1.4	1°EM	Documento que describe las características de los registros clínicos.
Servicios de Apoyo – Anatomía Patológica	APA 1.2	1°EM	Documento que describe los procesos de la etapa pre-analítica.
	APA 1.3	1°EM	Documento que describe los procesos de la etapa analítica y post analítica.
	APA 1.4	1°EM	Documento que describe las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso
Servicios de Apoyo – Quimioterapia	APQ 1.2	1°EM	Documento que describe protocolos de tratamiento de quimioterapia y sistema de registros.
	APQ 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con quimioterapia.
Servicios de Apoyo – Imagenología	API 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos imagenológicos que involucran procedimientos invasivos.
	API 1.3	1°EM	Documento que describe los requisitos de la solicitud de examen y las indicaciones que deben entregarse al paciente antes y después de los procedimientos.
Servicios de Apoyo – Kinesioterapia	APK 1.2	1°EM	Documento que describe los requisitos de preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de kinesioterapia respiratoria.
	APK 1.3	1°EM	Documento que describe las contraindicaciones para ejecución de procedimientos específicos y prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica.
Servicios de Apoyo – Medicina Transfusional	APTr 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de transfusión.
Servicios de Apoyo – Atención de Donantes	APDs 1.1	1°EM	Documento que describe los procedimientos de donación de sangre.

Ámbito/Característica	Elemento medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS DE DIÁLISIS
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.
	DP 2.1	1°EM Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.
	DP 3.1	1°EM Documento que describe el procedimiento para la presentación de casos al comité de ética.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM Programa de calidad.
Gestión Clínica	GCL 1.1	1°EM Documento que describe los procedimientos de hemodiálisis y peritoneo diálisis.
	GCL 1.2	1°EM Programa de capacitación del procedimiento de peritoneo diálisis a pacientes y/o familiares.

	GCL 1.3	1°EM	Programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis.
	GCL 1.4	1°EM	Documento que describe procedimientos de enfermería.
	GCL 1.5	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar.
	GCL 1.6	1°EM	Documento que describe los criterios de indicación médica de transfusión.
	GCL 1.7	1°EM	Documento que describe procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado.
	GCL 1.8	1°EM	Documento que describe el procedimiento de incorporación de nuevos fármacos.
		2°EM	Documento que describe el procedimiento de incorporación de nuevos insumos.
	GCL 1.9	1°EM	Documento que describe procedimientos relacionados con medicamentos.
	GCL 1.10	1°EM	Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril.
	GCL 2.1	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención.
	GCL 3.1	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de infecciones del torrente sanguíneo asociada a accesos vasculares
GCL 3.2	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de IAAS	
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de emergencia.
	AOC 2.1	1°EM	Documento que describe los elementos relacionados con la derivación de pacientes.
	AOC 2.2	1°EM	Documento que describe el sistema de entrega de turnos.
Competencias del Recurso Humano	RH 2.1	1°EM	Programa de orientación.
	RH 3.1	1°EM	Programa de capacitación.
	RH 4.1	2°EM	Programa de control de riesgos.
	RH 4.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes del personal con material contaminado con sangre o fluidos corporales.
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe la existencia de ficha clínica única individual y su manejo.
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe las características de los registros clínicos.
	REG 1.3	1°EM	Documento que describe los informes que deben ser entregados al paciente respecto de las prestaciones realizadas.
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de equipamiento.
	EQ 1.2	1°EM	Documento que describe un sistema del seguimiento de vida útil de equipamiento relevante.
	EQ 2.1	2°EM	Programa de mantenimiento preventivo del equipamiento.
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	2°EM	Documento que describe el plan de evacuación de incendios.
	INS 2.1	2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.
	INS 3.1	2°EM	Programa de mantenimiento preventivo de instalaciones.
	INS 3.2	2°EM	Documento que describe el plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico.

Ámbito/Característica	Elemento medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS CLÍNICOS
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.
	DP 2.1	1°EM Documentación que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM Programa de calidad.
Gestión de Procesos	GP 1.1	1°EM Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica.
	GP 1.2	1°EM Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado.
	GP 1.3	1°EM Documento que describe los procedimientos de los procesos analíticos y post analítico.
	GP 1.5	1°EM Documento que describe las condiciones de bioseguridad.
	GP 1.6	1°EM Documento que describe los procedimientos relacionados con precauciones estándar y uso de antisépticos.
	GP 1.7	1°EM Documento que describe el procedimiento de adquisición de reactivos e insumos.
	GP 1.8	1°EM Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril.
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia.
	AOC 1.2	1°EM Documento que describe el sistema de priorización de la atención de los pacientes.
	AOC 1.3	1°EM Documento que describe la notificación de resultados críticos.
Competencias del Recurso Humano	RH 2.1	1°EM Programa de orientación.
	RH 3.1	1°EM Programa de capacitación.
	RH 4.1	1°EM Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes relacionados con sangre o fluidos corporales de riesgo.

Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe las características de los informes de resultado.
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos de entrega y conservación de informes de resultados.
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento para la adquisición de equipamiento.
	EQ 2.1	1°EM	Programa de mantenimiento preventivo de equipos.
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.
	INS 2.1	2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.
	INS 3.1	2°EM	Documento que describe el mantenimiento preventivo de las instalaciones.

Ámbito/Característica	Elemento medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA CERRADA	
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.
	DP 2.1	1°EM	Documento que describe la obtención del consentimiento informado.
	DP 3.1	1°EM	Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.
	DP 4.2	3°EM	Programa de supervisión de las actividades que pueden ejecutar los alumnos.
	DP 5.1	2°EM	Documento que describe las situaciones que deben someterse y el procedimiento para la presentación de casos al comité de ética.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM	Programa de calidad.
Gestión Clínica	GCL 1.1	1°EM	Documento que describe los procedimientos de enfermería.
	GCL 1.2	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar avanzada.
	GCL 1.3	1°EM	Documento que describe el procedimiento de contención física de pacientes.
	GCL 1.4	1°EM	Documento que describe los criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio.
	GCL 1.5	1°EM	Documento que describe el proceso de identificación de pacientes.
	GCL 2.1	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales.
	GCL 2.2	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de eventos adversos asociados al tipo de pacientes.
	GCL 2.3	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención.
	GCL 3.1	2°EM	Documento que describe las IAAS vigiladas, el procedimiento de vigilancia y los criterios de notificación.
	GCL 3.2	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de IAAS
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de emergencia.
	AOC 1.2	1°EM	Documento que describe el sistema de categorización de pacientes.
	AOC 2.1	1°EM	Documento que describe los elementos relacionados con la derivación de pacientes.
	AOC 2.2	1°EM	Documento que describe el sistema de entrega de turnos.
Competencias del Recurso Humano	RH 2.1	1°EM	Programa de inducción.
	RH 2.2	1°EM	Programa de orientación.
	RH 3.1	1°EM	Programa de capacitación.
	RH 4.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes.
	RH 4.2	1°EM	Programa de vacunación del personal.
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe la existencia de ficha clínica única individual y su manejo.
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe los registros clínicos.
	REG 1.3	1°EM	Documento que describe los informes de prestaciones que deben ser entregados al paciente.
	REG 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas.
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de equipamiento.
	EQ 1.2	1°EM	Documento que describe un sistema del seguimiento de vida útil de equipamiento relevante.
	EQ 2.1	2°EM	Programa de mantenimiento preventivo de equipos críticos.
	EQ 3.1	1°EM	Documento que describe el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar equipos relevantes.
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.
	INS 2.1	2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.
	INS 3.1	2°EM	Programa de mantenimiento preventivo de instalaciones.
	INS 3.2	2°EM	Documento que describe el plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable.

Servicios de Apoyo – Laboratorio Clínico	APL 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado.
	APL 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos respecto de los procesos de las etapas analíticas y post analítica.
	APL 1.5	1°EM	Documento que describe las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso.
Servicios de Apoyo – Farmacia	APF 1.1	2°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de medicamentos.
		3°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de insumos.
	APF 1.2	2°EM	Documento que define el stock mínimo de medicamentos e insumos.
		3°EM	Documento que describe el sistema de reposición del stock mínimo.
APF 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos de farmacia.	
APF 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos de farmacia en las unidades clínicas.	
Servicios de Apoyo – Esterilización	APE 1.3	1°EM	Documento que describe los métodos de esterilización.
	APE 1.4	1°EM	Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril.
Servicios de Apoyo – Transporte de Pacientes	APT 1.2	1°EM	Documento que describe procedimientos relacionados con el transporte de pacientes.

Ámbito/Característica		Elemento medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA SERVICIOS DE IMAGENOLÓGÍA
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.
	DP 2.1	1°EM	Documento que describe la obtención del consentimiento informado.
	DP 3.1	1°EM	Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM	Programa de calidad.
Gestión de Procesos	GP 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de evaluación pre-anestésica.
	GP 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos de enfermería.
	GP 1.3	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica y/o avanzada.
	GP 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos de obtención, registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.
	GP 1.5	1°EM	Documento que describe los procedimientos imagenológicos de mayor riesgo
	GP 1.6	1°EM	Documento que describe la solicitud de exámenes e indicaciones en procedimientos imagenológicos
	GP 1.7	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de IAAS.
	GP 1.8	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de fármacos e insumos.
	GP 1.9	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con medicamentos.
	GP 1.10	1°EM	Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril.
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 2.1	1°EM	Programa de vigilancia de eventos adversos.
	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia.
	AOC 1.2	1°EM	Documento que describe el sistema de ordenamiento y priorización de los pacientes.
	AOC 1.3	1°EM	Documento que describe la notificación de resultados críticos.
Competencias del Recurso Humano	RH 2.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de derivación de pacientes.
	RH 3.1	1°EM	Programa de orientación.
	RH 4.1	2°EM	Programa de capacitación.
	RH 4.2	1°EM	Programa de control de riesgos a exposiciones.
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes.
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe las características de los informes de resultado
	REG 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos de entrega y conservación de informes de resultados.
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe la información escrita que debe ser entregada al paciente.
	EQ 2.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento para la adquisición de equipamiento.
	EQ 3.1	1°EM	Programa de mantenimiento preventivo de equipos.
Seguridad de las Instalaciones	INS 3.1	1°EM	Documento que describe el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar equipos relevantes.
	INS 1.1	2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.
	INS 2.1	2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.
	INS 3.2	2°EM	Documento que describe el mantenimiento preventivo de las instalaciones.
		1°EM	Documento que describe el plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico.

Ámbito/Característica		Elemento medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA SERVICIOS DE RADIOTERAPIA
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.
	DP 2.1	1°EM	Documento que describe la obtención del consentimiento informado.
	DP 3.1	1°EM	Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.
	DP 5.1	2°EM	Documento que describe el procedimiento para la presentación de casos al comité de ética.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM	Programa de calidad.
Gestión Clínica	GCL 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con protocolos de radioterapia.
	GCL 1.3	1°EM	Documento que describe el sistema de control de calidad de la radioterapia.
	GCL 1.4	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica.
	GCL 1.5	1°EM	Documento que describe el procedimiento almacenamiento de material estéril.
	GCL 2.1	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe el sistema de alerta y organización de la atención de emergencia.
	AOC 2.1	1°EM	Documento que describe el sistema de derivación.
Competencias del Recurso Humano	RH 2.1	1°EM	Programa de orientación.
	RH 3.1	1°EM	Programa de capacitación.
	RH 4.1	2°EM	Programa de control de riesgos a exposiciones.
	RH 4.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes.
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe la existencia de ficha clínica única y su manejo.
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe las características de los registros clínicos.
	REG 1.3	1°EM	Documento que describe el sistema de registro de entrega y recepción de fichas.
	REG 1.4	1°EM	Documento que describe la información escrita que debe ser entregada al paciente.
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de equipamiento.
	EQ 2.1	1°EM	Documento que describe el programa de mantenimiento preventivo de equipos críticos.
	EQ 3.1	1°EM	Documento que describe el perfil técnico o profesional del personal autorizado
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.
	INS 2.1	2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.
	INS 3.1	2°EM	Documento que describe el mantenimiento preventivo de las instalaciones.

Ámbito/Característica		Elemento medible	DOCUMENTOS contemplados en el ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA SERVICIOS DE RADIOTERAPIA
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.
	DP 2.1	1°EM	Documento que describe la obtención del consentimiento informado.
	DP 3.1	1°EM	Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.
	DP 4.2	3°EM	Programa de supervisión de las prácticas clínicas relevantes ejecutadas por los alumnos.
	DP 5.1	2°EM	Documento que describe el procedimiento para la presentación de casos al comité de ética.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.
		3°EM	Programa de calidad.
Gestión Clínica	GCL 1.1	1°EM	Documento que describe los procedimientos de enfermería.
	GCL 1.2	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.
	GCL 1.3	1°EM	Documento que describe los criterios de indicación médica de transfusión.
	GCL 1.5	1°EM	Documento que describe los protocolos de tratamiento de quimioterapia y sistema de registro.
	GCL 1.6	1°EM	Documento que describe los procedimientos de disposición y eliminación de desechos.
	GCL 1.7	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra de exámenes de laboratorio.
	GCL 1.8	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de medicamentos e insumos.
	GCL 2.1	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a procesos médicos.
	GCL 2.2	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención.
	GCL 3.1	2°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de infecciones.
Acceso, Oportunidad y	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de IAAS.
		1°EM	Documento que describe el sistema de alerta y organización de la atención de emergencia.

Continuidad de la Atención	AOC 2.1	1°EM	Documento que describe el sistema de derivación.
Competencias del Recurso Humano	RH 2.1	1°EM	Programa de orientación.
	RH 3.1	1°EM	Programa de capacitación.
	RH 4.1	2°EM	Programa de control de riesgos a exposición a sustancias peligrosas.
	RH 4.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes.
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe la existencia de ficha clínica única y su manejo.
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe las características de los registros clínicos.
	REG 1.3	1°EM	Documento que describe los informes que deben ser entregados al paciente.
	REG 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas.
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de equipamiento.
	EQ 2.1	1°EM	Documento que describe el programa de mantenimiento preventivo de equipos críticos.
	EQ 3.1	1°EM	Documento que describe el perfil técnico o profesional del personal autorizado.
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.
	INS 2.1	2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.
	INS 3.1	2°EM	Documento que describe el mantenimiento preventivo de las instalaciones.
	INS 3.2	2°EM	Documento que describe el plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico.
Servicios de Apoyo – Farmacia	APF 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de preparación, almacenamiento y distribución de medicamentos antineoplásicos.
Servicios de Apoyo – Esterilización	APE 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material clínico estéril.

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

UNIDAD DE FISCALIZACIÓN EN CALIDAD