



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

ORD. CIRCULAR IP / N°

2

ANT.: Art. 27 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N°15, de 2007, del Ministerio de Salud.-

MAT.: Remite nuevo Formato del Informe de Acreditación para el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada.

SANTIAGO,

10 ENE. 2014

**DE: MARÍA SOLEDAD VELÁSQUEZ URRUTIA
INTENDENTA DE PRESTADORES
SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

A: REPRESENTANTES LEGALES ENTIDADES ACREDITADORAS

Por el presente, comunico a ustedes el nuevo formato de informe de acreditación señalado en la materia. El objetivo de éste es proveer a las Entidades Acreditadoras, de un instrumento que les facilite la confección del informe, en términos de orden, descripción de los diferentes componentes de las características y completitud de la información. Por otra parte, se espera homologar la información contenida en los informes elaborados por las diferentes Entidades, para que los prestadores que se someten a la acreditación bajo el estándar de atención cerrada, reciban un informe completo, de similares características en su contenido y presentación.

Por otra parte, es importante señalar que, el informe debe ser elaborado siguiendo de manera estricta las indicaciones señaladas en el artículo 27 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales. Asimismo, este nuevo formato no reemplaza en modo alguno, los insumos, pautas de cotejo, planillas, etc., con las que la Entidad confecciona el expediente individual del

procedimiento de acreditación, indicado en el artículo 23 del citado Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales.

El nuevo formato de informe, adjunto a este Ordinario estará en marcha blanca y será probado, al menos por 6 meses, antes de pasarlo a producción a la Unidad de Tecnología de la Información de esta Superintendencia. Lo anterior, con el objetivo de hacer las correcciones necesarias, por lo que esperamos los comentarios y sugerencias de todas las Entidades que lo utilicen.

Finalmente, este nuevo formato de informe debe ser usado en todos los procesos de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada, que inicien su ejecución (Inicio evaluación en terreno) a partir del 13 de enero de 2014, en adelante.

Sin otro particular, le saluda atentamente,



Soledad Velásquez
MARÍA SOLEDAD VELÁSQUEZ URRUTIA
INTENDENTA DE PRESTADORES
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Adjunta:

- ✓ Formato de Informe de Acreditación (Word).
- ✓ Instructivo para el llenado del informe.

HOG/JGM
HOG/JGM

DISTRIBUCIÓN:

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras (por carta certificada y correo electrónico)
- Jefa (S) Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
- Encargada Unidad de Fiscalización en Acreditación IP
- Encargado Unidad de Admisibilidad y Autorización IP
- Funcionarios Analistas IP
- Ing. Eduardo Javier Aedo IP
- Abogado Hugo Ocampo, IP
- Oficina de Partes
- Expediente IP
- Archivo



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



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

INTRODUCCIÓN

En este documento dirigido a las Entidades Acreditadoras se describen los objetivos y se entrega información clara y concisa sobre cómo utilizar el nuevo Formato de Informe de Acreditación en los casos en que corresponda evaluar el cumplimiento del Estándar General de acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada. El instructivo contiene las cosas más relevantes para su confección, sin perjuicio de que el formato en sí, es auto explicativo, por lo que no requiere mayor análisis.

El Informe de la Entidad Acreditadora, además de cumplir todos los requisitos señalados en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud (D.S. N°15, de 2007, MINSAL), según el caso, detallará y fundamentará la forma en que se han dado por cumplidas cada una de las características y la forma en que se ha dado cumplimiento a las reglas de decisión del antedicho Estándar.

Se recuerda que la Circular IP N° 21 del 3 de septiembre 2012, imparte instrucciones a las entidades Acreditadoras sobre el Formato del informe de Acreditación;

"2.3. En la completación de los rubros titulados de las maneras en que a continuación se señalan, deberán ser llenados por parte de la Entidad Acreditadora de conformidad a las siguientes reglas:

2.3.4. En el rubro titulado "**Hallazgos**" deben describirse pormenorizadamente todos los hechos constatados por la Entidad, respecto de cada uno de los "Elementos Medibles" y en cada uno de los "Puntos de Verificación", que al efecto se señalen en la respectiva Pauta de Cotejo del Manual correspondiente.

2.3.5. En el rubro titulado "**Consideraciones y Fundamentos**" deben señalarse los criterios objetivos y científicamente aceptados en virtud de los cuales la Entidad ha decidido determinar el cumplimiento o incumplimiento de cada una de las características evaluadas en el respectivo procedimiento de acreditación.

2.3.6. En el rubro "**Conclusiones**" la Entidad Acreditadora señalará cada una de las características del estándar que ha decidido dar por cumplidas, por no cumplidas y aquellas que son inaplicables al prestador evaluado, distinguiendo las que son de obligatorio cumplimiento, todo ello conforme lo dispongan las reglas de decisión establecidas en el Manual del respectivo Estándar. A continuación, describirá pormenorizadamente la forma en que ha aplicado tales Reglas de Decisión en el respectivo procedimiento de acreditación. Por último, formulará la declaración respecto de si el Prestador evaluado ha quedado o no acreditado respecto del Estándar aplicado

y señalará el plazo de vigencia de dicha acreditación, conforme a las normas reglamentarias vigentes.

Es de mucha importancia consultar este instructivo antes y/o durante la visualización del formato word, ya que lo guiará en el ingreso de la información en él.

OBJETIVO DEL INSTRUCTIVO

El objetivo primordial de éste Instructivo es ayudar y guiar a las Entidades Acreditadoras, a utilizar el nuevo Formato de Informe de Acreditación, en los casos en que corresponda evaluar el cumplimiento del Estándar General de acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada.

DIRIGIDO A

Este manual está orientado a los representantes legales, directores técnicos y evaluadores pertenecientes a las Entidades Acreditadoras autorizadas por la Intendencia de Prestadores.

DESARROLLO

El informe deberá ser entregado en letra Verdana N° 8, y la información debe ser ingresada según corresponda a la característica evaluada. Si es necesario modificar o eliminar filas porque las exigencias no aplican al Prestador evaluado, se podrá hacer sin que ello modifique el formato presentado.

Página 1

- **PRESTADOR EVALUADO:** Se refiere a los antecedentes generales del Prestador a quien se le va a aplicar el estándar. Incluye: Nombre, Rut, Nombre Representante Legal y Nombre del Director Técnico.
- **ENTIDAD ACREDITADORA:** Se refiere a los antecedentes generales de la Entidad Acreditadora que va a realizar la evaluación. Incluye: Nombre, Rut Entidad y Nombre Representante Legal:
- **DATOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN:** Se refiere a los antecedentes generales del Proceso de acreditación: Número de solicitud; Fecha de inicio de la evaluación; Fecha de término de la evaluación; Fecha de emisión del informe; Fecha de emisión de informe corregido y Estándar Evaluado.
- **PERSONAL DE LA ENTIDAD ACREDITADORA QUE PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN:** Nómina de los profesionales que participaron en la evaluación en terreno. Incluye: nombre completo, Rut, profesión y cargo en la entidad.
- **PERSONAL DEL PRESTADOR QUE PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN:** Nómina de los funcionarios que participaron en la evaluación en terreno. Incluye: nombre completo, Rut, profesión y/o función y cargo en el prestador.

Página 2

- **PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA EVALUACIÓN:**
De acuerdo a la Circular IP N° 21 del 3 de septiembre 2012, numeral 2.3.2. "En el rubro titulado "Procedimientos" deben describirse las medidas adoptadas por

la entidad para la realización del respectivo procedimiento de acreditación, señalando los objetivos de las mismas y los aspectos esenciales tratados en las reuniones que se hubieren efectuado con los evaluadores y con el prestador evaluado.

- **UNIDADES Y SERVICIOS CLÍNICOS DEL PRESTADOR:**

Nómina de la estructura del establecimiento evaluado que incluye la totalidad de las unidades o servicios presentes en él; ubicación-dirección; Diferencias pesquiasadas en relación a la Autorización Sanitaria si existieran.

Ejemplo:

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

Página 3

- **CARACTERÍSTICAS QUE NO LE APLICAN AL PRESTADOR:**

Debe consignar el Código de la Característica referida indicando un breve fundamento respecto de la no aplicabilidad de cada característica.

Ejemplo:

Característica	FUNDAMENTO DE LA NO APLICABILIDAD
GCL 1.6	El Prestador no realiza cesáreas, no está dentro de las prestaciones otorgadas. Se constata con la revisión de AS, Ficha técnica, Autoevaluación y visita en terreno.

- **HALLAZGOS:**

Debe completar la información requerida en cada una de las celdas, según lo constatado en terreno, de acuerdo al estándar aplicado al Prestador.

Respecto de la **CARACTERÍSTICA DP 1.1**, Verifica existencia de carta de derechos y deberes de los pacientes, se evalúa según lo instruido por la Resolución Exenta N° 605 de septiembre de 2012, del MINSAL.

Documentos: La descripción del documento revisado, debe ser consistente con lo evaluado en terreno, debe dar cuenta de los criterios evaluados y el cumplimiento o incumplimiento de éstos. Si el Prestador presenta otras características particulares en su gestión documental, deben quedar consignadas en las celdillas. Por ejemplo el Prestador no tiene "resolución" y tiene "Código" en los documentos, en este caso deberá eliminar la palabra "resolución" y reemplazarla por "código".

Ejemplo:

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

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento: "Procedimiento de gestión de reclamos"		
N° Resolución: 123	Versión: 2	Fecha: abril 2012
Elaborado por: Pedro Pérez J. Jefe Unidad Calidad	Aprobado por: Dra. María Araya, Directora Hospital	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 1-15
Breve descripción del contenido del documento:		
"En el documento dice que existen dos vías de recepción de reclamos las que son a) buzón para		

sugerencias y reclamos y b) encuesta al egreso del paciente. Cada vez que el paciente o familiar requiere dejar un reclamo, felicitación o sugerencia debe acudir a los buzones disponibles donde encontrará formularios tipo en el cual puede registrar observaciones. Dichos formularios y buzones se encuentran en las siguientes dependencias: mesón de recepción de hall central, mesón de recepción sector UTI, hall de recepción segundo piso. Cada semana los días lunes y jueves, el coordinador de enfermería recolecta los formularios depositados en los buzones disponibles, dando lectura a ellos, clasificando y derivando al responsable si corresponde a dirección médica, gerencia de servicios clínicos y gerencia general. Desde cada área la respuesta generada (formal) se envía a gerencia de servicios clínicos y desde dicha gerencia se determinará la vía de respuesta, ya sea personal, por carta certificada o vía mail. Finalmente se entregará copia del documento de respuesta adjuntándolo al reclamo y se archivará. La institución ha definido un plazo máximo de respuesta de 10 días hábiles, esto de no ser suficiente con la intervención personal inmediata”.

En aquellas características que no son del ámbito de la revisión y validación de documentos, las características en sus diferentes elementos medibles, consideran una fila con un rubro de "Observaciones", en esta al igual que lo que se espera de la fila de Breve descripción del contenido del documento, la entidad debe registrar todos aquellos antecedentes recopilados en los hallazgos y que son importantes para la determinación del cumplimiento o no cumplimiento de los elementos medibles.

- **CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS:**

Debe registrar en cada celdilla la información requerida, el punto de verificación donde se constató, el puntaje que obtiene el prestador en cada de los elementos medibles; 0 si no cumple, 1 si cumple y NA si no aplica; Debe consignar el porcentaje de cumplimiento exigido por la característica; el Puntaje total y el Porcentaje obtenido y finalmente si la característica cumple SI o NO.

Ejemplo: CARACTERÍSTICA DP 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Primer elemento medible	Segundo elemento medible	Tercer elemento medible
Dirección o Gerencia	1	1	
Sectores de Hospitalización			1
Sectores de Espera de Público			1
Urgencia			0
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 4/5	Porcentaje obtenido: 80%	Cumple: NO

- **INDICADORES:**

En todas aquellas características que tienen indicador se deberá registrar: Punto de verificación; nombre del indicador, Fórmula matemática; Umbral de cumplimiento y Periodicidad de la evaluación, todos antecedentes respecto de la información proporcionada por el Prestador en terreno.

Ejemplo:

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

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



- **Evaluación periódica de los Indicadores:**

En todas aquellas características que tienen indicador y se solicite la Evaluación periódica, se deberá registrar: Nombre del documento en que el prestador presenta dicha Evaluación ; Responsable de la Medición, Fuente Primaria; Fuente Secundaria; Periodo evaluado y Metodología de evaluación; todos antecedentes respecto de la información proporcionada por el Prestador.

Ejemplo:

GCL 1.1 - Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

PQ General	
Nombre documento	"Informe Indicadores Segundo semestre 2013"
Responsable medición	Enfermera Supervisora de la Unidad de Pabellón
Fuente primaria	Pauta de Cotejo "Medición indicador Evaluación Pre anestésica"
Fuente secundaria	Hoja de Evaluación Pre anestésica en Ficha clínica
Periodo evaluado	julio 2013 - diciembre 2013
Metodología de medición	"En la sala de recuperación se revisa la ficha y que ésta venga acompañada de evaluación pre-anestésica, según calculadora de la Superintendencia de Salud, deben ser 35 mensuales. Los días martes y jueves, se revisan 5 fichas de pacientes operados entre las 12: 00 a las 14:00 horas. Los 5 ítems que deben estar correctos: Nombre y apellidos del paciente, Evaluación ASA, Plan anestésico, nombre y apellido del Médico y Firma del Médico".

- **Resultados entregados por el Prestador respecto de la Evaluación periódica de los Indicadores:** En todas aquellas características que tienen indicador y se solicite la Evaluación periódica, se deberá registrar: Punto de Verificación; Mes y año; Número de mediciones realizadas; Número de mediciones que cumplen y el Porcentaje de cumplimiento; todos antecedentes respecto de la información reportada por el Prestador.

Ejemplo:

Medición Mensual, CARACTERÍSTICA GCL 1.1

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ General						
Mes /Año	julio/2013	agos/2013	sept./2013	Oct./2013	Nov./2013	Dic./2013
Nº Evaluaciones pre-anestésicas cumplen/ Nº Total Evaluaciones pre-anestésicas	45	34	32	48	40	40
% Cumplimiento	100%	75%	91%	96%	100%	100%

Ejemplo:

Medición Trimestral, CARACTERÍSTICA GCL 1.1

Mes /Año	III Trimestre/2013	IV Trimestre/2013
Nº Evaluaciones pre-anestésicas cumplen/ Nº Total Evaluaciones pre-anestésicas	110	128
% Cumplimiento	88%	98%

Ejemplo:

Medición Semestral en Re-Acreditación, CARACTERÍSTICA GCL 1.1

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (3a) en PQ General						
Mes /Año	I Semestre 2011	II Semestre 2011	I Semestre 2012	II Semestre 2012	I Semestre 2013	II Semestre 2013

Nº Evaluaciones pre-anestésicas cumplen/ Nº Total Evaluaciones pre-anestésicas	130	124	132	138	150	147
% Cumplimiento	100%	93%	100%	97%	100%	100%

• **Constatación del cumplimiento de la Evaluación de los Indicadores:**

En todas aquellas características que solicitan indicador y Evaluación periódica, se deberá describir la metodología utilizada por la EA, para verificar lo informado por el Prestador. Cabe señalar que la EA podrá revisar la totalidad de las fuentes de información o tomar una muestra de acuerdo a los procedimientos definidos previamente.

Ejemplo:

CARACTERÍSTICA GCL 1.1

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ						
Describir constatación: "PQ General: Para constatar la medición del indicador, "Evaluación pre. Anestésica en pabellón quirúrgico", se revisan las pautas de cotejo utilizadas por la Enfermera de Pabellón para medir la EPA. Esta contiene los atributos definidos. Se verifica que mensualmente se aplicaron 5 pautas los días martes y jueves, en los horarios definidos. Las pautas revisadas tienen consignada fecha y hora. Se revisan las pautas aplicadas en los meses julio y octubre, esto según el procedimiento definido por la entidad, previamente."						
Mes /Año	Julio 2013	Octubre 2013				
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas	42 45	45 50				
% Cumplimiento	93%	90%				
Observaciones: El Prestador reporta un cumplimiento de 100% en el mes de julio 2013 y de 96% en el mes de octubre 2013. El Prestador no cumple con lo reportado, en los meses revisados.						

En todas aquellas características que solicitan "**se constate**", se deberá describir la metodología utilizada por la EA. Toda vez que la EA utilice una metodología distinta a la sugerida en las orientaciones de la SIS, deberá justificar y describir la metodología utilizada.

Ejemplo:

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

PQ General		
Metodología de constatación: "Para constatar presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos (PQ General), se solicita al Prestador planilla Excel con las cirugías del pabellón central desde el 1º de febrero al 31 de julio año 2013, se aleatoriza las fichas utilizando las Orientaciones Técnicas contenidas en el caso N° 1 del Oficio Circular IP N° 2, de 2010, Se obtiene una muestra de 30 fichas que son solicitadas al prestador. Si las primeras 7 cumplen, se dan por cumplidas, utilizando los criterios de cumplimiento establecidos por el prestador".		
Atributo (s) de cumplimiento: Lo descrito en el documento institucional: Nombre y apellidos del paciente, Evaluación ASA, Plan anestésico, nombre y apellido del Médico y Firma del Anestésista.		
Nº fichas revisadas: 30	Nº fichas que cumplen: 30	% cumplimiento: 100%

En aquellos puntos de verificación donde no se lleve la medición del indicador y sea otro servicio el que realice la medición, la EA deberá registrar dicho lugar.

Ejemplo:**GCL 1.7 – Tercer elemento medible: Se constata constancia de la evaluación periódica**

PQ						
Nombre documento	"Informe de Indicadores, Clínica Paris"					
Responsable medición	Tecnólogo Médico de Banco de sangre					
Fuente primaria	Ficha Clínica, Formulario de Indicación de Transfusión					
Fuente secundaria	Pauta de Cotejo Cumplimiento Indicación de Transfusión					
Periodo evaluado	julio a diciembre 2013					
Metodología de medición	El TM de Banco de sangre, aplica la Pauta de Cotejo al 100% de las Indicaciones de Transfusión, recibidas desde PQ. Trimestralmente envía a dicho servicio el informe con el cumplimiento del indicador.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en PQ						
Trimestre /Año	III Trimestre 2013	IV Trimestre 2013				
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas	71 83	54 61				
% Cumplimiento	85%	88%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ						
Describir constatación: En Banco de Sangre, se revisan las Pautas de cotejo utilizadas para la medición del indicador de Pabellón Quirúrgico.						
Trimestre /Año	III Trimestre 2013	IV Trimestre 2013				
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas	67 83	54 61				
% Cumplimiento	81%					
Observaciones:						

- En **CONCLUSIONES**, la EA deberá:
 - a) Completar los datos referentes al Prestador evaluado:

Ejemplo:

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

- b) Completar los datos solicitados en las 2 tablas correspondientes, incluyendo **todas** las características obligatorias y no obligatorias que aplican al Prestador evaluado:

Ejemplo:

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

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

- c) Completar los datos solicitados en las tabla correspondiente al Resumen de cumplimiento de las características evaluadas:

Ejemplo:

Resumen de cumplimiento de las características

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

Nº total de características del estándar	106
Nº total de características aplicables al prestador	80
Nº total de características cumplidas	70
% de cumplimiento de las características totales	87.5

- d) Completar los datos referentes al proceso de Acreditación:

Ejemplo:

“Presentados los antecedentes de la evaluación del Prestador **“Clínica Paris”**, de acuerdo a los hallazgos, consideraciones y fundamentos expuestos y los resultados obtenidos, detallados en el presente informe, en concordancia con las reglas de decisión que se encuentran en las normas reglamentarias vigentes, dicho Prestador cumple con el **100%** de las características obligatorias que le aplican y con el **87.5 %** de la características globales que le aplican.

Por lo anterior, y considerando que para acreditar, la exigencia mínima del “Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada” (Aprobado mediante Decreto Exento Nº18 del Ministerio de Salud), determinada para el primer proceso de acreditación, es el cumplimiento del 100% de las características obligatorias aplicables y el cumplimiento del 50% de las características totales que le fueron aplicables al Prestador, la Entidad Acreditadora **“Calidad”**, en virtud de las facultades que la ley le otorga, determina que el Prestador Institucional “Clínica Paris”, se da por ACREDITADO por un plazo de 3 años, a contar de la fecha de emisión de la Resolución Exenta de la Intendencia de Prestadores”.

- En **COMENTARIOS**, la EA podrá, si lo desea, escribir alguna reseña o acotación respecto del desarrollo del proceso de Acreditación y /o del prestador que ha sido evaluado.
- En **OBSERVACIONES**, la EA deberá describir de acuerdo a la Circular IP Nº 21 del 3 de septiembre 2012, numeral 2.3.7. “El rubro “Observaciones” solo será completado por la Entidad en el caso que el procedimiento de acreditación verse sobre la evaluación de un Estándar General y el resultado de la evaluación determinare que el prestador se encuentra en la situación prevista en el Artículo 28 del Reglamento del Sistema de acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, esto es, en situación de ser **acreditado con**

observaciones, en virtud de la aplicación de las reglas de Decisión del manual correspondiente al estándar que haya sido aplicado en el respectivo procedimiento de acreditación. En dicho rubro la Entidad Acreditadora señalará todas las características incumplidas y solicitará al prestador que presente, en el plazo máximo de diez días hábiles, un plan de corrección de las deficiencias constatadas, acompañado de un cronograma para el cumplimiento de dicho plan, el que no podrá abarcar un lapso superior a los seis meses para tal efecto. En estos casos, y en su informe, la Entidad Acreditadora advertirá al Prestador evaluado que ella aprobará o rechazará el plan de corrección antes referido, tomando siempre en consideración que dicho plan priorice el cumplimiento de las características incumplidas en el orden que señale la Circular de la Intendencia de Prestadores que regule dicha materia y que se encontrare vigente a la fecha del informe, normativa que la Entidad señalará explícitamente”.

- **FIRMA REPRESENTANTE LEGAL ENTIDAD ACREDITADORA**

La EA al finalizar la elaboración del Informe de Acreditación, deberá transformarlo a formato PDF, incluyendo luego la firma electrónica avanzada. La firma deberá quedar registrada al final del informe. Finalmente, cuando el informe cumpla con todos los requisitos exigidos debe ser subido al Sistema Informático de Acreditación.

- **CONFIDENCIALIDAD DEL INFORME**

Para mantener y resguardar la confidencialidad de los informes de acreditación, éstos deben ser subidos al Sistema Informático de Acreditación, tal como se señaló en el párrafo precedente. Adicionalmente, la Entidad debe avisar por el correo de acreditación, que dicho informe se encuentra disponible, pero **no debe adjuntar el informe al correo**, tampoco este debe ser remitido a ningún otro correo de los funcionarios de la Intendencia de Prestadores. Se recuerda que este documento tiene carácter confidencial, hasta que se cuenta con la versión final de éste, pasada la etapa de fiscalización y corrección pertinente. Luego de cumplida todas esas etapas, el informe es liberado en el Sistema de Acreditación y notificado al prestador correspondiente.

INTENDENCIA DE PRESTADORES SUPERINTENDENCIA DE SALUD