



# SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Prestadores de Salud  
Subdepartamento de Fiscalización en Calidad

**CIRCULAR IP / N° 59**

**SANTIAGO, 02 MAR. 2023**

**MODIFICA LA CIRCULAR IP/N°40, DE 13 DE SEPTIEMBRE DE 2019, QUE DICTA INSTRUCCIONES SOBRE LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN CUANDO LOS PRESTADORES INSTITUCIONALES HAN SIDO DECLARADOS EN SITUACIÓN DE SER "ACREDITADOS CON OBSERVACIONES", INCORPORANDO NUEVAS INSTRUCCIONES SOBRE EL PROCESO DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE CORRECCIÓN Y OTRAS. -**

## **VISTOS:**

Lo dispuesto en los numerales 1º, 4º e inciso final del Artículo 121 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979 y de las Leyes N°18.933, N°18.469; en la Ley N°19.880, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado; en los Artículos 27, 28, 29 y demás pertinentes del Reglamento del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales, aprobado mediante Decreto Supremo N°15, de 2007, del Ministerio de Salud, (en adelante "el Reglamento"); lo previsto en los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para los Prestadores Institucionales, aprobados por los Decretos Exentos N°18 de 2009, números 33, 34, 35, 36 y 37 de 2010, números 346 y 347 de 2011, N°128 de 2018, y en los números 11 y 52, de 2021, todos del Ministerio de Salud; especialmente lo dispuesto en el N°2 del Acápite II de dichos Manuales, sobre Interpretación de las Normas contenidas en ellos, en el Decreto Exento N°5 de 2019, y Decreto Exento N°3 de 2022, ambos del Ministerio de Salud y; en la Resolución RA 882/35/2020, de 2 de marzo de 2020, de la Superintendencia de Salud;

## **CONSIDERANDO:**

**1º** Que, los Artículos 28 y 29 del Reglamento del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, regulan los casos en que el prestador evaluado se encontrare en situación de ser acreditado con observaciones, los trámites y plazos que al respecto deben efectuar la entidad acreditadora y dicho prestador, el plan de corrección y el cronograma para su cumplimiento que este último debe presentar, así como la verificación del cumplimiento de dicho plan y sus efectos;

- 2º Que, el Acápito III, sobre las "Reglas de Decisión" de los distintos Manuales de Acreditación, fue modificado por el Decreto Exento N°5, de 2019, del Ministerio de Salud, indicando, " **MODIFICASE** el título III, sobre "Reglas de Decisión", contenido en Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, aprobado por Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud, el cual aprueba los estándares generales que indica del Sistema de acreditación para prestadores Institucionales de Salud; de acuerdo a lo que a continuación se indica:". Dicha indicación se explicita para cada estándar de acreditación vigente, sustituyendo el numeral 3 de los manuales, por las nuevas reglas de decisión determinadas al efecto.
- 3º Que, en virtud de las normas legales y reglamentarias referidas en los Vistos precedentes esta Intendencia posee, por una parte, la potestad para dictar los instrumentos regulatorios que sean necesarios para asegurar una adecuada fiscalización de los procedimientos de acreditación que ejecuten las entidades acreditadoras y, por otra, la facultad de establecer, mediante circulares de general aplicación, el sentido y el alcance de las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación y las normas contenidas en los Estándares Generales de Acreditación vigentes aprobados por los respectivos Decretos Exentos dictados por el Ministerio de Salud;
- 4º Que, en ese marco, y a fin que las normas reglamentarias antes citadas se cumplan adecuadamente, esta Intendencia estimó necesario dictar las instrucciones a las entidades acreditadoras, que se consignaron en la Circular IP/N°40, de 13 de septiembre de 2019, "Imparte instrucciones a las entidades acreditadoras sobre los procesos de acreditación en que los prestadores institucionales estén en situación de ser acreditados con observaciones, sus formalidades y trámites posteriores", las que fueron modificadas y complementadas por las Circulares IP N°41, de 2019, e IP N°43, de 2020;
- 5º Que, el ejercicio de la función fiscalizadora de esta Intendencia ha evidenciado que las instrucciones antes señaladas deben ser complementadas, para regular adecuadamente y con claridad todas las etapas y actuaciones que deben cumplir las entidades acreditadoras para dar debido cumplimiento de las normas contenidas los Artículos 28 y 29 del Reglamento, y en el citado Decreto Exento N°5, por lo que por el presente acto se procede a dictar las instrucciones que abarcan las etapas y actuaciones que proceden en la solicitud para un procedimiento de verificación, solo del plan de corrección, ingresada por los prestadores acreditados con observaciones;
- 6º Que, lo anterior perfeccionará el procedimiento administrativo respectivo y sus objetivos sanitarios, así como, otorgará seguridad jurídica a las entidades acreditadoras y a los prestadores institucionales sujetos a sus evaluaciones;

7º Que, tal como se indica precedentemente, las antedichas "Reglas de Decisión" de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación vigentes, para que un prestador tenga la posibilidad de quedar acreditado con observaciones, fueron modificadas y explicitadas por el Decreto Exento N°5 de 2019, no obstante, y con ocasión de la pandemia por NCovid 19, a través del Decreto Exento N°3 de 2022, se establecen nuevas reglas de decisión al respecto, para los procesos de prestadores que postulan a una reacreditación, reglas que serán transitorias y se mantendrán de acuerdo a la siguiente premisa:

"Dichas modificaciones excepcionales se aplicarán por las Entidades Acreditadoras en los procedimientos de reacreditación que hayan sido suspendidos con motivo de la pandemia causada por el nuevo coronavirus (2019-NCOV) y, en todo caso, en los procedimientos de reacreditación cuyas solicitudes hubieren debido ser formuladas durante el período de vigencia de la Alerta Sanitaria declarada por el decreto N°4 de 2020, del Ministerio de Salud, y a las solicitudes de reacreditación que deban formularse durante el año 2022".

**Y TENIENDO PRESENTE** las facultades legales y reglamentarias antes referidas, vengo en dictar las siguientes instrucciones a las entidades acreditadoras autorizadas y a los prestadores institucionales de salud, vengo en dictar las siguientes instrucciones, a saber:

**1º. MODIFÍCASE EL NUMERAL 1.6 DE LA CIRCULAR IP N°40, DE 2019, EN LOS LITERALES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:**

**Elimínense** los literales a), b), y c) del numeral 1.6. Las letras desde la d) en adelante, subirán en orden correlativo, dada las eliminaciones anteriores.

**Cambiase el actual d), por el siguiente texto:**

d) El plan de corrección deberá dar cuenta clara y explícita de los incumplimientos encontrados durante la evaluación del proceso de acreditación, en las características obligatorias del estándar de que se trate, identificando los factores asociados a dichos incumplimientos. El plan deberá estructurarse definiendo actividades que permitan la subsanación de los incumplimientos explícitos, aplicando el principio de la mejora continua, en la gestión de calidad y seguridad de los pacientes.

**2º. AGRÉGUENSE LOS SIGUIENTES NUMERALES 5 y 6 A LAS INSTRUCCIONES DE LA CIRCULAR IP/N°40, DE 2019, EN SU TEXTO ACTUALIZADO, QUE INCORPORA LAS MODIFICACIONES INTRODUCIDAS EN ELLA POR LAS CIRCULARES IP/N°41, DE 2019, e IP/N°43, DE 2020, A CONTINUACIÓN DEL NUMERAL 4º DE DICHO TEXTO ACTUALIZADO:**

**5. Del procedimiento para la verificación del cumplimiento del plan de corrección en prestadores que han sido declarados como "acreditados con observaciones".**

### **5.1. De la solicitud de verificación del cumplimiento del plan de corrección:**

- a)** El prestador deberá ingresar su solicitud para la verificación del cumplimiento de su plan de corrección en el Sistema Informático de Acreditación de Prestadores de Salud de esta Intendencia (En adelante SIA), donde deberá ingresar los datos generales indicados en la carátula, actualizando aquellos que correspondan, con relación a su solicitud anterior. En el ítem "Tipo de Establecimiento", donde existe una combo que despliega las diferentes opciones, deberá elegir la opción que corresponda de acuerdo a su tipo de prestador y complejidad, asociado a "plan de corrección", por ejemplo; "Atención Cerrada Plan de Corrección Alta"; "Atención Abierta Plan de Corrección Baja"; "Centro de Diálisis Plan de Corrección Media", etc.
- b)** Junto con la antedicha solicitud, el prestador deberá adjuntar el mismo plan de corrección que le fue aprobado por la entidad acreditadora correspondiente, y que le permitió quedar acreditado con observaciones. No requiere ingresar una nueva autoevaluación, ni ningún otro documento adjuntado anteriormente en la solicitud que derivó en su acreditación con observaciones.
- c)** La evaluación técnica y jurídica correspondiente incorporará los demás antecedentes de que ella dispone, sin perjuicio de su facultad de requerir, en caso necesario, los demás antecedentes que estime pertinentes a esos efectos.
- d)** Una vez aprobada la solicitud, se incorporará al correspondiente sorteo del procedimiento de designación aleatoria de entidad acreditadora para la ejecución de la verificación del plan de corrección, siguiendo el mismo proceso que se lleva a cabo para los procesos de acreditación. En dicho sorteo será excluida la entidad acreditadora que efectuó el procedimiento de acreditación anterior, en el que, además, se aprobó el plan de corrección;
- e)** La evaluación del plan de corrección sólo podrá efectuarse en modalidad presencial, en las dependencias del prestador.

### **5.2. Principales trámites posteriores a la designación aleatoria de entidad acreditadora y sus plazos reglamentarios:**

Designada la entidad acreditadora, en términos generales las siguientes etapas, hitos y plazos del procedimiento, así como, los cambios de estado que se registren en el SIA, serán los establecidos en el Título IV del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, y las demás normas pertinentes, así como, por

la Circular IP/N°37, de 31 mayo de 2017, modificada por la Circular IP/N°44, de 12 de marzo de 2020, a saber:

- a) Aceptación o rechazo de la entidad acreditadora a la designación para efectuar la verificación de cumplimiento del plan de corrección, dentro de los **cinco (5) días hábiles** siguientes a la notificación del acta del procedimiento de designación respectivo.
- b) Pago de la primera cuota del arancel por parte del prestador, en los **diez (10) días hábiles** siguientes a la fecha de aceptación por parte de la entidad acreditadora, según conste en el SIA y en la notificación automática de esta derivada al prestador.
- c) Planificación de la fecha de inicio de evaluación en terreno, en los cinco **(5) días hábiles** siguientes a la fecha del pago efectivo de la primera cuota del arancel.
- d) La fecha fijada para el inicio de la evaluación en terreno, deberá encontrarse dentro de los **veinte (20) días hábiles** siguientes a la fecha de pago efectivo de la primera cuota del arancel.
- e) Con al menos **diez (10) días hábiles** previos al inicio de la evaluación en terreno, la entidad acreditadora deberá remitir vía correo electrónico [acreditación@superdesalud.gob.cl](mailto:acreditación@superdesalud.gob.cl), el cronograma de verificación del plan de corrección, junto con su propuesta de formato de informe para la citada verificación del plan de corrección (Anexo N°5), para su fiscalización y aprobación, por parte del Subdepartamento de Fiscalización en Calidad.
- f) El informe de la entidad acreditadora sobre la verificación del cumplimiento del plan de corrección deberá ser ingresado al correo [informesacreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:informesacreditacion@superdesalud.gob.cl), dentro de los **15 días hábiles** contados desde el primer día del inicio de la evaluación del prestador en terreno.
- g) En caso de solicitud de prórroga para la entrega del informe, el o la representante legal de la entidad deberá solicitarla a través de su correo electrónico oficial dirigida al correo [acreditación@superdesalud.gob.cl](mailto:acreditación@superdesalud.gob.cl), antes de cumplido el plazo de 15 días señalado en numeral anterior, fundadamente, prórroga que entrará en vigor solo si esta Intendencia la concede expresamente.
- h) Pago de la segunda cuota del arancel, dentro de los **cinco (5) días hábiles** siguientes a la notificación de la resolución que ordena dicho pago al prestador evaluado.

Por otra parte, una vez que la entidad acreditadora nominada, haya aceptado la designación para la evaluación del plan de corrección del prestador institucional correspondiente, dentro de los **cinco (5) días**

**hábiles siguientes**, el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad, remitirá al correo oficial del o la representante legal de la entidad, a través del correo [acreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:acreditacion@superdesalud.gob.cl), los antecedentes pertinentes al plan de corrección del prestador, a saber, plan de corrección aprobado, la resolución que lo aprobó y el ordinario que instruye la retrospectividad para su evaluación, insumos que le permitirán la elaboración del cronograma para la evaluación del citado plan de corrección, el que deberá remitir a esta Intendencia, en el mismo plazo instruido en la Circular IP N°37 de 2017, para los procesos de acreditación regulares.

### **5.3. Del Arancel:**

El arancel a cancelar para el proceso de verificación de cumplimiento del plan de corrección, corresponderá a un cuarto (25%) del arancel que fuera aplicado en el proceso de acreditación que lo dejó en estado "acreditado con observaciones", más el recargo por distancia, si correspondiera, a saber 15 UTM, el que será cancelado junto con la primera cuota. Por ejemplo, si se trata de un prestador de atención cerrada de alta complejidad, el arancel para un plan de corrección será de 75 UTM, para un centro de diálisis, 40 UTM, etc.

### **5.4. Sobre el cronograma del procedimiento de verificación de cumplimiento del plan de corrección en terreno:**

- a) La entidad deberá elaborar y enviar el cronograma del procedimiento de verificación y evaluación en terreno, según las instrucciones contenidas en la Circular IP/N°37, de 31 mayo de 2017, modificada por la Circular IP/N°44, de 12 de marzo de 2020, y/o las siguientes instrucciones que las modifiquen o sustituyan.
- b) En la confección del cronograma la entidad acreditadora deberá contemplar para las constataciones, a un director (a) técnico (a), y, un número de evaluadores (as) y días de trabajo en terreno necesarios para la verificación específica de todas las medidas y actividades correctivas a que se refiere el plan de corrección, más los verificadores que permitan comprobar que las actividades efectuadas por el prestador fueron efectivas para la subsanación de los incumplimientos presentados en el proceso de acreditación.
- c) Junto con el cronograma, la entidad acreditadora deberá remitir el formato de informe para la verificación del plan de corrección, elaborado de acuerdo a los Anexos N°5 y N°6 de la presente Circular, considerando la información de los documentos remitidos por el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad, indicados al final del numeral 5.2 precedente.
- d) El cronograma y el formato de informe presentados, serán fiscalizados de acuerdo al procedimiento habitual, y de haber

inconsistencias o errores manifiestos, se instruirán las correcciones pertinentes.

**5.5. De la solicitud de documentos previos a la constatación en terreno:**

Una vez fiscalizado y aprobado el cronograma y el formato de informe para la verificación del plan de corrección, la entidad acreditadora podrá solicitar al prestador los documentos pertinentes a la verificación del cumplimiento del respectivo plan de corrección que corresponda constatar, para lectura y estudio previo, bajo las mismas instrucciones y criterios establecidos en la Circular IP/Nº37, de 31 mayo de 2017, vigente y/o las siguientes instrucciones que las modifiquen o sustituyan.

**5.6. Alcance retrospectivo para la verificación del plan de corrección:**

- a) En términos generales, para la verificación de las actividades definidas en el plan de corrección, la entidad acreditadora se ajustará a las fechas y plazos establecidos por el propio prestador, para cada una de esas actividades, lo que se describe en el cronograma para el plan de corrección, que se encuentra en el documento aprobado por la entidad que ejecutó el procedimiento de acreditación y debidamente constatado y validado por el Subdepartamento de Fiscalización.
- b) Para efectos de la constatación del o los verificadores a que se refiere el literal b) del numeral 5.4, el periodo de retrospectividad dependerá en cada caso en razón de lo que se deba constatar, asociado, además, a las fechas de cumplimiento de las actividades correctivas definidas, por lo que, para propender a una estandarización entre los diferentes planes de corrección que sean sujetos de un procedimiento de verificación, dicho criterio será establecido por el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad, en el ordinario de retrospectividad que entregará a la entidad acreditadora, en la oportunidad que corresponda.

**5.7. De las verificaciones en terreno por parte de la entidad acreditadora durante la constatación del cumplimiento del plan de corrección:**

- a) Las actividades durante la constatación en terreno, así como, las funciones y obligaciones del director (a) técnico (a), y evaluadores (as) serán las mismas instruidas y descritas en la Circular IP/Nº37, de 31 mayo de 2017, y/o las siguientes instrucciones que las modifiquen o sustituyan.
- b) Adicionalmente, mientras se mantenga vigente el estado de Alerta Sanitaria por Covid-19, la entidad acreditadora deberá realizar las evaluaciones y constataciones en los puntos de verificación

correspondientes, aplicando el "Protocolo de seguridad interno" elaborado por la entidad acreditadora y validado por el Subdepartamento de Fiscalización, de acuerdo a las normativas dictadas por el MINSAL.

- c) La verificación del cumplimiento del plan de corrección considerará en primera instancia, la evaluación del cumplimiento de cada una de las acciones correctivas que él contempla, acorde a las fechas fijadas para su implementación señaladas en el cronograma para el plan de corrección del prestador, constatando al efecto los respaldos y demás antecedentes probatorios que permitan al evaluador (a) y a la entidad acreditadora determinar objetivamente y adquirir la convicción sobre su efectivo cumplimiento. En segundo lugar, evaluará los verificadores determinados para constatar la efectividad de las actividades del plan de corrección, aplicando el periodo de retrospectividad instruido.
- d) En los procedimientos de evaluación de los planes de corrección, la entidad acreditadora deberá aplicar cuando corresponda y sea objetiva y científicamente pertinente, las recomendaciones emitidas por esta Intendencia, en la forma dispuesta en los Oficios Circulares vigentes, dictados hasta la fecha de las evaluaciones en terreno, u otras metodologías científicamente validadas y fundamentadas, empleando siempre criterios objetivos, no discriminatorios e imparciales, comúnmente aceptados y científicamente fundados, a fin de verificar objetivamente el cumplimiento del plan de corrección respectivo.

#### **5.8. Elaboración del informe sobre el proceso de verificación del cumplimiento del plan de corrección:**

- a) La elaboración del informe de evaluación del plan de corrección, así como, las obligaciones y responsabilidades del director/a técnico/a, para la elaboración, consolidación y revisión del informe antes de su envío a esta Intendencia, se regirá bajo las mismas normas e instrucciones establecidas en el Reglamento de Acreditación y en la Circular IP/Nº48, de 19 de agosto de 2020, o la que la sustituya, cumpliendo, además, el formato de informe señalado en el Anexo N°5, y su instructivo correspondiente previsto en el Anexo N°6, ambos de la presente Circular.
- b) En el punto III del formato del informe del plan de corrección, bajo la (as) tablas de verificación de las actividades, la entidad acreditadora deberá incorporar las tablas diseñadas en el "ítem hallazgos", del formato de informe de acreditación pertinente al estándar de acreditación que aplica al prestador en cuestión, de acuerdo a los verificadores definidos, los que se emplearán en los puntos de verificación que presentaron incumplimiento durante el proceso de



acreditación, y otros atingentes, de acuerdo al plan de corrección presentado por el prestador.

- c) En el punto "IV. Conclusiones" del formato del informe de evaluación del plan de corrección, la entidad acreditadora deberá adaptar el texto al tipo de prestador evaluado y antecedentes del proceso de acreditación, acorde a lo señalado en el instructivo del Anexo N°6 de esta Circular.
- d) El informe de evaluación del plan de corrección, deberá ser elaborado en formato word y transformado a pdf, validado mediante la firma electrónica avanzada del representante legal de la entidad acreditadora y la firma simple o avanzada del director (a) técnico (a), a mayor abundamiento, mismo procedimiento instruido para los informes de acreditación.
- e) La entidad acreditadora deberá remitir el antedicho informe, solo a través del correo [informesacreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:informesacreditacion@superdesalud.gob.cl), dentro del plazo reglamentario señalado en el numeral 5.2 precedente. En el caso de los procesos de evaluación del plan de corrección de Laboratorios Clínicos, los informes deberán ser remitidos al Instituto de Salud Pública de Chile, al correo [fiscalizacion.acreditacion@ispch.cl](mailto:fiscalizacion.acreditacion@ispch.cl), para su fiscalización por esa institución.

#### **5.9. De la fiscalización del informe sobre el proceso de verificación del cumplimiento del plan de corrección:**

- a) La fiscalización de los informes sobre el proceso de verificación del cumplimiento del plan de corrección, será efectuada por el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, o por el Instituto de Salud Pública (Laboratorios Clínicos), según corresponda, conforme a los procedimientos e instrucciones internas, y, especialmente a lo previsto en la presente Circular y en la Circular IP N°48, de 2020, o a la que la sustituya, sobre formato y elaboración de los informes de acreditación.
- b) Los citados organismos fiscalizadores, en la fiscalización de los informes sobre el proceso de verificación del cumplimiento del plan de corrección, con el fin de asegurar la regularidad, autenticidad, la calidad asistencial y la fe pública del mismo, podrán ejercer todas las facultades fiscalizadoras que les otorgan las leyes y el Artículo 27 del Reglamento del Sistema de Acreditación, y adoptar todas las medidas que a esos efectos sean pertinentes, tales como, pedir aclaraciones a sus contenidos, ordenar un informe complementario, citar a reunión a la entidad y sus directivos, entre otras.
- c) Una vez que, la fiscalización del informe de cuenta que dicho documento cumple con las exigencias legales y reglamentarias antes señaladas, así como, que es coherente y consistente en sus

evaluaciones respecto a los hallazgos de la constatación en terreno y en sus registros, se procederá a remitir un acta de fiscalización final que lo aprueba, notificando a la entidad acreditadora.

6. En cuanto a los trámites posteriores del proceso de verificación del cumplimiento del plan de corrección (Pago 2º cuota arancel, elaboración resolución final y notificación de resultados), este se someterá a las reglas previstas en los Artículos 27, 28 y 29 del Reglamento de Acreditación, y las Circulares pertinentes emitidas por la Intendencia de Prestadores.
- 3º. **VIGENCIA:** La presente Circular entrará en vigencia desde su notificación a cada una de las entidades acreditadoras.
- 4º. **DERÓGASE** el Oficio Circular IP N°2, de 14 de marzo de 2022.
- 5º. **DÍCTESE UN NUEVO TEXTO ACTUALIZADO** de la CIRCULAR IP/N°40, de 13 de septiembre de 2019, que incorpore las instrucciones señaladas en los ordinales 1º y 2º precedentes, por parte del Subdepartamento de Fiscalización en Calidad.
- 6º. **NOTIFÍQUESE** la presente Circular a los representantes legales de las entidades acreditadoras, a su correo electrónico indicado en su registro de entidad acreditadora autorizada; y a los representantes legales de los prestadores acreditados y con proceso de acreditación en curso.

**REGÍSTRESE Y PUBLÍQUESE EN LA PÁGINA WEB DE ESTA SUPERINTENDENCIA**



  
**CARMEN MONSALVE BENAVIDES**  
**INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD**  
**SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

EN CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 41 DE LA LEY N°19.880, SE SEÑALA QUE LA PRESENTE CIRCULAR ES SUSCEPTIBLE DE LOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS DE REPOSICIÓN Y JERÁRQUICO. EL RECURSO DE REPOSICIÓN DEBERÁ INTERPONERSE ANTE ESTA INTENDENCIA DENTRO DEL PLAZO DE 5 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A SU NOTIFICACIÓN Y, EN SUBSIDIO, PODRÁ INTERPONERSE EL RECURSO JERÁRQUICO. SI SÓLO SE DEDUJERE ESTE ÚLTIMO RECURSO, DEBERÁ INTERPONERSE PARA ANTE EL SUPERINTENDENTE, DENTRO DEL PLAZO DE 5 DÍAS HÁBILES. ASIMISMO, CUALQUIER INTERESADO PODRÁ SOLICITAR ACLARACIÓN DE LA PRESENTE RESOLUCIÓN.

**Adjunta:**

- Anexo N°5: Informe de evaluación del plan de corrección.
- Anexo N°6: Instructivo para la elaboración del informe de evaluación del plan de corrección.



**JBM/AVS**

**DISTRIBUCIÓN:**

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras
- Prestadores acreditados y/o con proceso de acreditación en curso
- Subsecretaria de Redes Asistenciales Ministerio de Salud
- Jefa (s) del Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, División de Gestión y Desarrollo de las Personas, Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Director del Instituto de Salud Pública de Chile
- Jefa Sección de Fiscalización de Laboratorios Clínicos del Instituto de Salud Pública de Chile
- Superintendente de Salud
- Fiscal
- Agentes Regionales de la Superintendencia de Salud
- Jefa Subdepartamento de Fiscalización en Calidad
- Encargado Unidad de Regulación
- Funcionario Registrador IP
- Coordinadoras Subdepartamento de Fiscalización en Calidad
- Jefe (s) Subdepartamento de Sanciones y Apoyo Legal
- Jefe (s) Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
- Encargada (s) Unidad de Gestión en Acreditación
- Archivo



## ANEXO N°5

### INFORME DEL PROCESO DE EVALUACIÓN DEL PLAN CORRECCIÓN

#### I. ANTECEDENTES GENERALES

##### PRESTADOR EVALUADO

Nombre prestador:  
RUT prestador:  
Nombre representante legal:  
Nombre director técnico:

##### ENTIDAD ACREDITADORA

Nombre entidad acreditadora:  
RUT entidad acreditadora:  
Nombre representante legal:

#### II. DATOS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN (PC)

Número de solicitud:  
Características con deficiencias en la acreditación:  
Fecha de aprobación del PC:  
RE IP que aprueba el PC:  
Fecha de inicio de la verificación PC:  
Fecha de término de la verificación:  
Fecha de emisión del informe:  
Fecha de emisión de informe corregido:

##### PERSONAL DE LA ENTIDAD ACREDITADORA QUE PARTICIPÓ EN LA VERIFICACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN

NOMBRE Y DOS APELLIDOS	PROFESIÓN	CARGO EN LA ENTIDAD

##### PERSONAL DEL PRESTADOR QUE PARTICIPÓ EN LA VERIFICACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN

NOMBRE Y DOS APELLIDOS	PROFESIÓN	CARGO EN EL PRESTADOR

### PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA VERIFICACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN

1. Etapa de preparación de la entidad acreditadora:
2. Proceso de evaluación en el prestador:
3. Elaboración del informe:

### III. VERIFICACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN APROBADO AL PRESTADOR

PROPUESTA PARA SUBSANAR LAS DEFICIENCIAS EN LA CARACTERÍSTICA XXXX				
Nº	Actividades y fechas para la corrección indicadas en el PC	Medios de verificación documento(s) / Fecha	Análisis de la Entidad	Cumple (Sí/No)
1				
2				
3				
4				
5				
Observaciones generales:				

### EVALUACIÓN DE LOS VERIFICADORES:

### IV. CONCLUSIONES

Teniendo presente que el prestador institucional **XXXXXXXXXX**, mediante la Resolución Exenta IP N°XXX, de fecha XX de XX de XXXX, fue declarado, "Acreditado con observaciones", bajo el Estándar General de Acreditación para XXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXX, en razón de que se tuvo por aprobado su Plan de Corrección, por parte de la Entidad Acreditadora XXXXXX, procedimiento que fue debidamente fiscalizado y validado por la Intendencia de Prestadores.

Y que, habiéndose sometido al presente procedimiento de evaluación del cumplimiento del antedicho Plan de Corrección, la Entidad Acreditadora **XXXXXXXXXX** informa que el prestador evaluado, cumple íntegramente con el Plan propuesto, por lo que lo declara **ACREDITADO**.

### ALCANCES

### FIRMAS REPRESENTANTE LEGAL Y DIRECTOR TÉCNICO ENTIDAD ACREDITADORA:

## ANEXO N°6

### INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DEL PROCESO DE EVALUACIÓN DEL PLAN CORRECCIÓN

#### I. ANTECEDENTES GENERALES

##### PRESTADOR EVALUADO

Nombre prestador:  
RUT prestador:  
Nombre representante legal:  
Nombre director técnico:

##### ENTIDAD ACREDITADORA

Nombre entidad acreditadora:  
RUT entidad acreditadora:  
Nombre representante legal:

#### II. DATOS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN (PC)

Número de solicitud:  
Características con deficiencias en la acreditación:  
Fecha de aprobación del PC:  
RE IP que aprueba el PC:  
Fecha de inicio de la verificación PC:  
Fecha de término de la verificación:  
Fecha de emisión del informe:  
Fecha de emisión de informe corregido:

##### PERSONAL DE LA ENTIDAD ACREDITADORA QUE PARTICIPÓ EN LA VERIFICACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN

NOMBRE Y DOS APELLIDOS	PROFESIÓN	CARGO EN LA ENTIDAD

##### PERSONAL DEL PRESTADOR QUE PARTICIPÓ EN LA VERIFICACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN

NOMBRE Y DOS APELLIDOS	PROFESIÓN	CARGO EN EL PRESTADOR

*En los puntos I y II, precedentes, se deberán registrar los antecedentes solicitados, de manera fidedigna, utilizando los antecedentes que constan en el Sistema Informático de Acreditación, más los que fueron remitidos por el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad. En las tablas precedentes debe consignar la nómina de todos los profesionales de la entidad y funcionarios del prestador que participaron en la evaluación del plan de corrección.*

#### PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA VERIFICACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN

### 1. Etapa de preparación de la entidad acreditadora:

Describir las principales medidas organizadas y ejecutadas por la entidad acreditadora (EA) , previo a iniciar el proceso de evaluación en lo referente a: Contacto con el prestador, conformación y organización del equipo de evaluadores, cronograma de evaluación, metodología utilizada durante la evaluación en terreno, medidas preventivas del Covid-19 en el equipo de evaluadores, otros.

### 2. Proceso de evaluación en el prestador:

Describir aspectos generales de la reunión de inicio, reuniones extraordinarias y reunión de cierre, interlocutor válido establecido por el prestador, descripción breve de los medios de constatación utilizados por la EA, aspectos relevantes ocurridos durante la evaluación, consultas realizadas a la SdS en los casos que corresponda.

### 3. Elaboración del informe:

Consignar si fuera el caso, documentos solicitados con posterioridad a la evaluación en terreno, visitas extraordinarias, etc. Procedimiento breve de elaboración del informe del plan de corrección.

## III. VERIFICACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN APROBADO AL PRESTADOR

PROPUESTA PARA SUBSANAR LAS DEFICIENCIAS EN LA CARACTERÍSTICA XXXX				
Nº	Actividades y fechas para la corrección indicadas en el PC	Medios de verificación /documento(s) /Fecha	Análisis de la Entidad	Cumple (Sí/No)
1				
2				
3				
4				
5				
<b>Observaciones generales:</b>				

En la columna "Nº", se deberá enumerar las acciones correctivas registradas por el prestador en su plan de corrección, correspondientes a las características y elementos medibles incumplidos. Agregar o eliminar filas, según las actividades consignadas en el PC evaluado.

En la columna "Actividades y fechas para la corrección indicadas en el PC", se deberá registrar cada una de las "Acciones correctivas" y sus "fechas de implementación", señaladas en el "Cronograma para el plan de corrección" aprobado y correspondientes a las características y/o elementos medibles y/o atributos incumplidos.

En la columna "Medios de verificación/documentos (s) /Fecha", se deberá consignar los documentos, respaldos u otros, que le permitieron objetivamente verificar la ejecución de cada una de las actividades correctivas del PC aprobado, además, de registrar la fecha de los respaldos constatados.

En la columna "Análisis de la Entidad", se registrará un breve análisis que fundamente la constatación realizada, que le permitió formarse la convicción de la ejecución de las acciones de mejora propuestas, conducentes a subsanar los incumplimientos especificados en el PC aprobado.

En la columna "Cumple (Sí/No)", con todos los antecedentes constatados, se registrará si las acciones de mejora propuestas en el PC aprobado fueron realizadas por el prestador.

En "Observaciones generales", se registrará de manera global si se ejecutaron las acciones correctivas establecidas en el PC , lo que permitirá corregir de manera específica los incumplimientos causantes de su condición de "acreditado con observaciones".

## EVALUACIÓN DE LOS VERIFICADORES

(Consignado solo a modo de ejemplo para este instructivo).

### GCL 3.2 Verificador

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento			
Nº Resolución:	Versión:	Fecha:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	Nº páginas:	
<b>Considera (SI/NO)</b>	1. IIH vigiladas:	2. Procedimientos de vigilancia:	3. Criterios de notificación:
Breve descripción del contenido del documento:			

### GCL 3.2 – Verificador

Dirección o Gerencia	
Metodología de Constatación (Sistemas o documentos revisados):	
Describir la constatación para verificar la vigilancia periódica de IAAS:	
<b>Cumple (SI/NO):</b>	

Se incorporarán en específico la (s) tabla (s) de evaluación del ítem hallazgos de la (s) característica (s) que se encuentran en los formatos de los informes de acreditación y que corresponden a la (s) característica (s) que presentaron deficiencias en el proceso de acreditación, y que llevaron al prestador a su condición de "acreditado con observaciones".

Las tablas de las características del ítem hallazgos a incorporar, deberán ser concordantes al formato del informe de acreditación del estándar de acreditación que le aplica al prestador.

En estas tablas, se deberán describir detalladamente los hechos constatados por la entidad acreditadora, utilizando la misma metodología de evaluación de los procesos de acreditación habitual.

Las verificaciones de los PC están dirigidas únicamente a las deficiencias presentadas en la (s) característica (s) y/o elemento(s) medible (s) y/o atributo (s) causal (es) del (de los) incumplimiento (s). Por lo tanto, solo se consignarán en el informe del PC, los atributos específicos de incumplimiento que llevaron a la ejecución de las acciones correctivas por parte del prestador.

Por ejemplo, para este caso, en la característica GCL 3.2 se incumplió la vigilancia de IHO. Dentro de las acciones correctivas el prestador establece la actualización del documento institucional de vigilancia de IAAS, entonces, se deberá incorporar la tabla del primer EM con el objetivo de únicamente describir dicho documento en lo que respecta "específicamente a la IHO".

Para la constatación del verificador (3º EM) de este ejemplo, se consignará la evaluación de la vigilancia de las infecciones de herida operatoria.

En las tablas del ítem hallazgos que se utilicen y que cuenten con otros atributos que no son parte de la verificación del PC, estos se registrarán como "NA".

Para determinar el cumplimiento global de la verificación efectuada, solo se deberá añadir una fila "Cumple (SI/NO) y registrar el cumplimiento "SI" O "NO" con negrita, según el resultado de la evaluación acorde a las exigencias establecidas en la pauta de cotejo del estándar de acreditación, solo en lo que respecta a las medidas de corrección propuestas por el prestador y los respectivos verificadores. A mayor abundamiento, el resultado final del proceso de evaluación del plan de corrección, será siempre dicotómico, Cumple: SI/NO, por lo que no se deben aplicar porcentajes de cumplimiento.

## IV. CONCLUSIONES

### Para evaluaciones de plan de corrección "cumple"

Teniendo presente que el prestador institucional **XXXXXXXXXX**, mediante la Resolución Exenta IP N°XXX, de fecha XX de XX de XXXX, fue declarado, "Acreditado con observaciones", bajo el Estándar General de Acreditación para XXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXX, en razón de que se tuvo por aprobado su Plan de Corrección, por parte de la Entidad



Acreditadora XXXXXX, procedimiento que fue debidamente fiscalizado y validado por la Intendencia de Prestadores.

Y que, habiéndose e sometido al presente procedimiento de evaluación del cumplimiento del antedicho Plan de Corrección, la Entidad Acreditadora **XXXXXXXXXX** informa que el prestador evaluado, cumple íntegramente con el Plan propuesto, por lo que lo declara **ACREDITADO**.

**Para evaluaciones de plan de corrección "no cumple"**

Teniendo presente que el prestador institucional **XXXXXXXXXX**, mediante la Resolución Exenta IP N°XXX, de fecha XX de XX de XXXX, fue declarado, "Acreditado con observaciones", bajo el Estándar General de Acreditación para XXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXX, en razón de que se tuvo por aprobado su Plan de Corrección, por parte de la Entidad Acreditadora XXXXXX, procedimiento que fue debidamente fiscalizado y validado por la Intendencia de Prestadores.

Y que, habiéndose sometido al presente procedimiento de evaluación del cumplimiento del antedicho Plan de Corrección, la Entidad Acreditadora **XXXXXXXXXX** informa que el prestador evaluado, no cumple con el Plan propuesto, por lo que lo declara **NO ACREDITADO**.

*Se completarán los datos correspondientes del prestador a evaluar, dejando solo uno de los párrafos finales, de acuerdo al resultado obtenido.*

**ALCANCES:**

*Solo registrar situaciones anormales que se suscitaren durante el procedimiento de evaluación.*

**FIRMAS REPRESENTANTE LEGAL Y DIRECTOR TÉCNICO ENTIDAD ACREDITADORA:**

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

