

Intendencia de Prestadores de Salud

Sub departamento de Gestión de Calidad en Salud

Unidad de Gestión en Acreditación

Unidad de Apoyo Legal

CIRCULAR INTERNA IP/N° 1-

SANTIAGO, 31 MAYO 2017

Dicta nuevas instrucciones internas sobre criterios orientadores para la tramitación y resolución de las solicitudes de autorización de entidades acreditadoras y sus modificaciones por parte de los funcionarios de esta Intendencia, y deroga la Circular Interna IP/N°1 de 12 de febrero de 2013.-

VISTOS: Lo dispuesto en los numerales 1 y 2 del Artículo 121 del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud; en el Artículo Sexto de la Ley N°20.416, sobre Empresas de Menor Tamaño; en el "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales", aprobado por el D.S. N°15, de 2007, 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 "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud" dispone los requisitos que las personas jurídicas, que deseen ser autorizadas como Entidades Acreditadoras, deben cumplir para el otorgamiento de tales autorizaciones por parte de esta Intendencia;

2°.- Que, a esos efectos, el citado Reglamento dispone, en lo pertinente, lo siguiente:

a) "Artículo 9°.- *La acreditación será efectuada por personas jurídicas constituidas legalmente, autorizadas para este efecto por la Intendencia de Prestadores.*

Lo anterior es sin perjuicio de las facultades que a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, o a otras entidades, la ley y el reglamento les confieran a este respecto.

Dichas entidades acreditadoras deberán justificar las competencias técnicas necesarias para las actividades que deseen desarrollar."

b) "Artículo 10.- *Las entidades acreditadoras deberán tener como director técnico a un profesional universitario del área de la salud, que cuente con formación en salud pública o en gestión y administración de servicios clínicos de salud, o experiencia de, al menos, tres años en estas áreas. Deberá contar, además, con capacitación comprobada en el sistema de acreditación.*

Los directores técnicos podrán desempeñar esas funciones sólo en una entidad acreditadora a la vez y su función principal será la de dirigir el trabajo de los evaluadores.

Para llevar a cabo las evaluaciones que correspondan, la entidad acreditadora deberá contar con un cuerpo de evaluadores constituido por profesionales universitarios idóneos y suficientes, en un número no inferior a ocho, los que sólo podrán desempeñar dicha función en una entidad acreditadora a la vez, lo que será función de la entidad controlar. Dichos evaluadores deberán contar con formación universitaria en calidad en salud y capacitación comprobada acerca del sistema de acreditación, la cual será evaluada por la Intendencia de Prestadores mediante un examen que tendrá una vigencia de tres años y cuya aprobación será requisito necesario para incorporarse al mencionado cuerpo de evaluadores.

La entidad acreditadora deberá disponer y mantener una adecuada infraestructura física, tales como oficinas y equipos informáticos, así como los recursos humanos de apoyo suficientes para el cumplimiento de sus funciones.”;

c) “Artículo 11.- Para obtener autorización para operar como entidad acreditadora los interesados deberán presentar a la Intendencia de Prestadores de Salud una solicitud en tal sentido acompañada de la siguiente documentación:

- a) Identificación de la entidad, Rut, domicilio, teléfono e identificación completa de su representante legal: nombre, domicilio, Rut, estado civil, nacionalidad, dirección, profesión, teléfono;
- b) Documentos auténticos que acrediten la personalidad jurídica de la entidad solicitante, sus estatutos y certificado de vigencia, según corresponda a cada tipo de persona jurídica;
- c) Nómina del personal con que cuenta para dar cumplimiento a los requisitos de competencias humanas exigidas en el artículo 10, acompañando copias autorizadas de los correspondientes títulos y de los demás documentos que certifiquen sus competencias específicas; como asimismo, de los contratos que den cuenta de la vinculación existente entre la entidad solicitante y los profesionales referidos en dicha nómina;
- d) Antecedentes que acrediten suficientemente la posesión por la solicitante de la infraestructura mínima a que alude el inciso final del artículo 10;
- e) Nombre, domicilio, Rut, estado civil, nacionalidad, dirección, profesión, teléfono de su director técnico, con copia de los títulos o certificados que acrediten el cumplimiento de los requisitos previstos en el inciso primero del Artículo 10;
- f) Protocolos de funcionamiento que aseguren buenas prácticas.”

d) “Artículo 12.- La capacitación en evaluación de calidad de salud, señalada en el artículo 10 precedente, deberá comprender los siguientes contenidos:

- Marco normativo que sustenta el Sistema Nacional de Acreditación.
- Estructura y contenido de los estándares de acreditación vigentes.
- Marco metodológico sobre la evaluación en terreno de los estándares de acreditación y constatación de los puntos de verificación.
- Instrucciones vigentes a entidades acreditadoras emitidas por la Superintendencia de Salud.
- Requisitos de orden ético y conductual del evaluador.
- Buenas prácticas en el ejercicio de la evaluación.
- Revisión de tipos de indicadores en salud, fuentes de información y criterios estadísticos para definición de muestras.
- Normativa que regula el informe de acreditación y marco metodológico para su confección y fundamentación.
- Conocimiento general de sistemas informáticos establecidos para el proceso de acreditación por la Superintendencia de Salud.
- Prácticas en terreno de aplicación de estándares en prestadores institucionales de salud de atención cerrada de alta complejidad.”

3°.- Que, para el correcto funcionamiento del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales resulta imprescindible la permanente revisión de los criterios de autorización de Entidades Acreditadoras, a fin de mantenerlos actualizados a las necesidades y fines del Sistema de Acreditación;

Y TENIENDO PRESENTE las facultades legales y reglamentarias antes referidas,

Vengo en dictar las siguientes Instrucciones Internas para la las solicitudes de autorización de Entidades Acreditadoras y sus modificaciones:

1°.- Introducción:

- a) Los Artículos 9, 10, 11 y 12 del DS 15/2005 MINSAL, que aprueba el Reglamento del Sistema de Acreditación de los Prestadores Institucionales de Salud, desarrollan los requisitos sustantivos y formales que deben cumplir las personas jurídicas que solicitan la autorización de la Superintendencia de Salud, a través del Intendente de Prestadores, para efectuar actividades de acreditación de los prestadores institucionales del país.
- b) La finalidad esencial de todo el procedimiento administrativo de autorización de Entidades Acreditadoras, y en particular de la labor probatoria que se exija al solicitante y del análisis que efectuarán los Analistas de la Intendencia en estos procedimientos, se encuentra descrita en el inciso final del Artículo 9º, a saber, que dichas entidades "**deberán justificar las competencias técnicas necesarias para las actividades que deseen desarrollar.**"
- c) Todas las restantes disposiciones reglamentarias del Título III del Reglamento, que describen los requisitos que las Entidades solicitantes deberán cumplir y los medios a través de los cuales podrán probar tales competencias técnicas, deben interpretarse en función de dicha **finalidad esencial** de estos procedimientos.
- d) De conformidad con los requisitos legales y reglamentarios establecidos para el otorgamiento de la autorización de funcionamiento de una Entidad Acreditadora, se pueden distinguir **tres tipos de requisitos**, a saber:
 - I.** Los que se refieren a la **regularidad jurídica** de la persona jurídica, tales como su existencia legal, su vigencia y su organización;
 - II.** Los que se refieren a las **competencias técnicas del recurso humano** con que dispondrá la entidad para efectuar sus funciones y, en especial, las tareas de evaluación y acreditación, en aspectos tales como su dirección técnica, los profesionales evaluadores y la regularidad de los vínculos jurídicos de estos profesionales con la entidad;
 - III.** Los relativos a la **infraestructura física y de apoyo de** la entidad solicitante; y
 - IV.** Los relativos a los **Protocolos de Funcionamiento que aseguren buenas prácticas.**

2°.- Instrucciones Internas:

Los siguientes criterios destinados a orientar la evaluación del cumplimiento de los requisitos reglamentarios para el tratamiento y resolución de las solicitudes a que la presente Circular Interna se refiere, **deben ser aplicados en la formulación del Informe Técnico y Jurídico**, en su caso, que deban emitirse en los procedimientos a que den lugar tales solicitudes, salvo que las características especiales de los hechos fundantes de la solicitud exijan adoptar criterios diversos, los que el Analista deberá fundamentar adecuadamente. Tales son:

I. Respetto de los requisitos relativos a la regularidad jurídica de la persona jurídica solicitante de la autorización:

1. Poseer personalidad jurídica, legalmente constituida, cuyo objeto o competencia la faculte para ejecutar actividades de acreditación de prestadores institucionales de salud. Ello implica:

- a.** La persona jurídica solicitante, sea pública o privada, deberá probar que existe legalmente, que su constitución ha sido regular, según el estatuto legal que la rija, debiendo acompañar a esos efectos los antecedentes auténticos que prueben su regular constitución, el certificado de vigencia de su personalidad jurídica, o copia auténtica del mismo, y copia auténtica de su patente comercial.
- b.** Tratándose de sociedades u otras personas jurídicas de Derecho Privado, cuyo objeto social se describa mediante la explicitación de giros específicos, la actividad acreditadora deberá estar explícita en él, ya sea por su terminología legal ("actividades de acreditación de prestadores institucionales de salud") u otra equivalente, que sea técnicamente sinónima. Si dicho giro explícito no estuviere en el acto constitutivo original de la persona jurídica, se solicitará una constancia auténtica del acto por el cual se amplía el objeto social a las actividades de acreditación.
- c.** En el caso de entidades de carácter público, las actividades de acreditación deberán encontrarse dentro de la competencia que la ley les señale.

2. La persona jurídica debe ser debidamente representada en la solicitud de autorización. Ello implica:

- a.** La formulación de la solicitud debe realizarse a nombre de la entidad, por su representante legal.
- b.** Se deberá demostrar **personería suficiente** por parte de quien comparezca en la solicitud para representar a la persona jurídica de que se trate ante esta Superintendencia.

II. Respeto de los requisitos relativos a las competencias técnicas de los recursos humanos de la Entidad Acreditadora, su organización y la regularidad de los vínculos jurídicos con su Director Técnico y profesionales evaluadores:

- 1. Contar con un Director Técnico:** De acuerdo al Reglamento (Art. 10, inciso primero) los requisitos de éste son: "**tener como director técnico a un profesional universitario del área de la salud, que cuente con formación en salud pública o en gestión y administración de servicios clínicos, o experiencia de, al menos, tres años en estas áreas. Deberá contar, además, con capacitación comprobada en el sistema de acreditación. Los directores técnicos podrán desempeñar esas funciones sólo en una entidad acreditadora a la vez y su función principal será la de dirigir el trabajo de los evaluadores.**"
Ello implica probar que aquél es:

- a) **Profesional universitario del área de la salud:** Esto es, que cuenta con un título profesional universitario relativo a una carrera del área de la salud de duración, al menos, de 8 semestres. Se considerarán como **carreras del área de la salud**, las conducentes a los títulos profesionales que señala el Reglamento sobre los Registros de los Prestadores Individuales de Salud (aprobado por el D.S. N° 16/2007, MINSAL);
- b) **Formación Universitaria de Post-Título en Salud Pública o Gestión de Salud,** esto es que cuenta con Diplomado Universitario de Gestión en Administración de Servicios Clínicos o Gestión Clínica en Salud o Gestión de Calidad en Salud o Instituciones de Salud o Magister en Salud Pública o Gestión de Calidad, **o similares**, lo que deberá probarse acompañando documentos originales o debidamente autenticados, o
- c) **Experiencia Profesional de a lo menos 3 años** en salud pública o en la gestión de Servicios Clínicos de Salud.
La experiencia profesional, se deberá probar mediante antecedentes auténticos relativos al **desempeño formal** de las funciones señaladas anteriormente durante **al menos, tres años**. Tal desempeño podrá haber consistido en el ejercicio de funciones, tales como:
 - i. Haber ejercido funciones directivas en servicios clínicos y/o servicios de apoyo diagnóstico terapéutico (públicos o privados);
 - ii. Haber ejercido funciones de Director Técnico de prestadores institucionales de salud autorizados.

Lo anterior deberá probarse acompañando documentos, debidamente autenticados, que respalden lo declarado en el currículum presentado, tales como:

- i. Certificados de las oficinas de Recursos Humanos que den cuenta de la respectiva relación de servicios y de las funciones ejercidas;
- ii. Certificados emitidos por Director Técnico, en caso de establecimientos, tales como Centros de Diálisis, Laboratorios Clínicos, Centros Imagenológicos, u otros, que no cuenten con oficina de RRHH, u otro documento probatorio que la Intendencia estime admisible.

d) Contar con capacitación comprobada en el Sistema de Acreditación, lo que deberá probarse mediante los antecedentes auténticos que den cuenta de haber aprobado un curso de Formación de Evaluadores, cuya duración debe haber sido de, a lo menos, 80 horas lectivas, incluyendo la respectiva práctica en terreno. Dicha capacitación debe cumplir con los contenidos en capacitación a que se refiere el Artículo 12 del Reglamento;

e) Encontrarse designado formalmente como Director Técnico de la entidad solicitante en la solicitud respectiva, debiéndose probar **la vinculación jurídica existente entre dicha Entidad y el Director Técnico** señalado, mediante copia auténtica de un contrato vigente, el que deberá señalar las funciones que tal cargo conlleva, explicitando, entre ellas, que su función principal será la de dirigir y coordinar el trabajo de los evaluadores, así como supervisar todas las actividades de la Entidad en el proceso de acreditación durante la visita en terreno de los prestadores institucionales de salud; dicho contrato especificará la calidad de Director Técnico Titular o Suplente del mismo;

f) No podrá aprobarse la designación de un Director Técnico que posea esa misma calidad en otra Entidad Acreditadora, ya sea como titular o suplente;

g) La Entidad Acreditadora tendrá un Director Técnico titular y podrá contar con un máximo de hasta 4 Directores Técnicos Suplentes.

2. Poseer un cuerpo de profesionales evaluadores: De acuerdo al Reglamento (Art. 10, inc. 2º): ***"Para llevar a cabo las evaluaciones que correspondan, la entidad acreditadora deberá contar con un cuerpo de evaluadores constituido por profesionales universitarios idóneos y suficientes, en un número no inferior a ocho, los que sólo podrán desempeñar dicha función en una entidad acreditadora a la vez, lo que será función de la entidad controlar. Dichos evaluadores deberán contar con formación universitaria en calidad en salud y capacitación comprobada acerca del sistema de acreditación, la cual será evaluada por la Intendencia de Prestadores mediante un examen que tendrá una vigencia de tres años y cuya aprobación será requisito necesario para incorporarse al mencionado cuerpo de evaluadores."*** Ello implica:

a) Todos los integrantes del cuerpo de profesionales evaluadores deben ser **profesionales universitarios**, esto es, contar con un título profesional relativo a una carrera de duración de, al menos, 8 semestres de duración, que les habilite legalmente para el ejercicio de su profesión en Chile;

b) **De la Idoneidad de los profesionales evaluadores:**

i. **De la idoneidad general de los profesionales evaluadores:**

a. La de los **profesionales del área de la salud** se derivará de la prueba de su posesión de **experiencia clínica asistencial** de, a lo menos, 5 años.

b. Los evaluadores que sean **profesionales de otras áreas** deberán acreditar también a lo menos cinco años de experiencia profesional en Prestadores institucionales de salud.

c. Lo anterior deberá probarse acompañando documentos, debidamente autenticados, que respalden lo declarado en el currículum presentado, tales como:

- Certificados de las oficinas de Recursos Humanos que den cuenta de la respectiva relación de servicios y de las funciones ejercidas;

- Certificados emitidos por Director Técnico, en caso de establecimientos, tales como Centros de Diálisis, Laboratorio Clínico, Centros Imagenológicos, u otros, que no cuentan con oficina de RRHH, u otro documento probatorio que la Intendencia estime admisible.

ii. **De la idoneidad específica del cuerpo de evaluadores de la Entidad y de cada uno de los profesionales evaluadores:**

a. La idoneidad técnica del cuerpo de evaluadores, y de cada uno de los profesionales evaluadores, debe establecerse en función de las competencias que ellos demuestren poseer para efectuar adecuadamente las actividades que exigen el o los Estándares de Acreditación, para cuya evaluación la Entidad solicita autorización. Se entenderá cumplido este requisito si la entidad, demuestra poseer, a lo menos, para la ejecución de las actividades de acreditación en terreno, un cuerpo de evaluadores, que demuestren competencias técnicas y experiencia en las distintas áreas asistenciales contempladas por los Estándares de Acreditación, para cuya evaluación solicita autorización, las cuales se refieren en los literales siguientes.

b. La Intendencia siempre podrá requerir a la entidad solicitante, previo a resolver sobre su solicitud, que integre a determinado tipo de profesionales a su cuerpo de evaluadores, atendidos los requerimientos de idoneidad asociados a la evaluación de los Estándares para cuya evaluación se solicita la autorización.

c. **Todos los profesionales evaluadores deben contar con formación universitaria en calidad en salud.** Dicha formación deberá reunir los siguientes requisitos:

c.1. Ser pertinente a las actividades de acreditación respecto de las cuales la Entidad solicita autorización;

c.2. La formación universitaria en calidad en salud debe haber sido otorgada por una Universidad reconocida por el Estado o debidamente convalidada de conformidad a la normativa vigente;

c.3. Se estimará, especialmente, que se cumple este requisito, en los siguientes casos:

c.3.1. Magister, Diplomado, postítulo o postgrado universitario en gestión de calidad en salud;

c.3.2. Formación de postítulo pertinente a las actividades de acreditación respecto de las cuales la Entidad solicita su aprobación; por ejemplo la Formación en Calidad de los Tecnólogos Médicos (INN).

d. Todos los profesionales evaluadores deberán probar **capacitación acerca del sistema de acreditación,** mediante los antecedentes auténticos que prueben que se ha aprobado un curso de capacitación, cuya duración debe haber sido de, a lo menos, 80 horas lectivas, incluyendo la respectiva práctica en terreno. Dicha capacitación debe cumplir con los contenidos curriculares señalados en del Artículo 12 del Reglamento, a saber: ***“La capacitación en evaluación de calidad de salud, señalada en el artículo 10 precedente, deberá comprender los siguientes contenidos:***

- Marco normativo que sustenta el Sistema Nacional de Acreditación.

- Estructura y contenido de los estándares de acreditación vigentes.

- Marco metodológico sobre la evaluación en terreno de los estándares de acreditación y constatación de los puntos de verificación.

- **Instrucciones vigentes a entidades acreditadoras emitidas por la Superintendencia de Salud.**
- **Requisitos de orden ético y conductual del evaluador.**
- **Buenas prácticas en el ejercicio de la evaluación.**
- **Revisión de tipos de indicadores en salud, fuentes de información y criterios estadísticos para definición de muestras.**
- **Normativa que regula el informe de acreditación y marco metodológico para su confección y fundamentación.**
- **Conocimiento general de sistemas informáticos establecidos para el proceso de acreditación por la Superintendencia de Salud.**
- **Prácticas en terreno de aplicación de estándares en prestadores institucionales de salud de atención cerrada de alta complejidad."**

La Intendencia de Prestadores, podrá exigir todos los antecedentes que sean necesarios para formarse la convicción que, realmente, cada evaluador ha recibido la capacitación antes referida con los contenidos señalados.

- e. La Formación en calidad en salud y la Capacitación de los evaluadores acerca del Sistema de Acreditación, será medida a través de un examen que realizará la Intendencia de Prestadores, cuando dicho examen esté en operaciones y tendrá una vigencia de tres años. Contará éste con una segunda convocatoria, para quienes reprueben en el primer llamado y para quienes justificadamente, no hayan podido rendirlo en la primera ocasión.

c) De la Suficiencia del cuerpo de evaluadores:

- i. Dicha suficiencia se establecerá en función de las exigencias de el o los Estándares de Acreditación cuya autorización para evaluar solicite la Entidad.
- ii. Por regla general, y en función de las exigencias de el o los Estándares de Acreditación cuya autorización para evaluar solicite la Entidad, el cuerpo de evaluadores deberá ser **multidisciplinario** y contar con, a lo menos, las siguientes clases de profesionales universitarios:
 - a. Enfermera o Enfermera-matrona; y
 - b. Profesionales del área de la salud, tales como médicos cirujanos, matronas, químico-farmacéuticos, tecnólogos médicos, bioquímicos, odontólogos, nutricionistas, kinesiólogos.

Además, podrá incorporar profesionales de otras áreas pertinentes y que sean competentes para efectuar actividades exigidas en el o los Estándares de Acreditación, para cuya evaluación se solicita la autorización.

- iii. Tratándose de la solicitud de autorización para la evaluación de los siguientes Estándares de Acreditación, deberá exigirse que en el antedicho cuerpo multidisciplinario de evaluadores se contemplen, al menos, los siguientes tipos de profesionales:
- a. Para la aprobación de la solicitud de autorización para la evaluación del **Estándar General de Acreditación para Laboratorios Clínicos**, aprobado por el Decreto Exento N° 37, de 2010, del Ministerio de Salud, la Entidad Acreditadora deberá demostrar que su cuerpo de evaluadores cuenta, a lo menos con:
- i. Un Tecnólogo Médico con Mención o experiencia, de a lo menos 5 años, en Laboratorio Clínico, Hematología y Banco de Sangre; o
 - ii. Un Médico cirujano con especialidad o experiencia, de a lo menos 5 años, en Laboratorio Clínico, como parte del staff permanente; o
 - iii. Un Bioquímico con experiencia, de a lo menos 5 años, en Laboratorio Clínico, como parte del staff permanente.

El evaluador que cumpla con estas competencias deberá participar en la evaluación de los laboratorios clínicos, a lo menos en las Características G.P 1.3/GP 1.4/GP1.5 y GP 1.7.

- b. Para la aprobación de la solicitud de autorización para la evaluación del **Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Servicios de Imagenología**, aprobado por el Decreto Exento N° 36, de 2010, del Ministerio de Salud, la Entidad Acreditadora deberá demostrar que su cuerpo de evaluadores cuenta, a lo menos con:
- i. Un Tecnólogo Médico con Mención en Imagenología y Física Médica o experiencia de a lo menos 5 años, en Imagenología o Hemodinamia; o
 - ii. Un médico-cirujano especialista en Imagenología o Radiología; o
 - iii. Una enfermera(o) con experiencia de a lo menos 5 años, en Hemodinamia o Imagenología.

El profesional que cuente con estas competencias deberá participar en las evaluaciones de los prestadores institucionales de Servicios de Imagenología evaluando al menos la característica GP 1.5.

- c. Para la aprobación de la solicitud de autorización para la evaluación del **Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Servicios de Radioterapia**, aprobado por el Decreto Exento N° 347, de 2011, del Ministerio de Salud, la Entidad Acreditadora deberá demostrar que su cuerpo de evaluadores cuenta, a lo menos con:
- i. Un Tecnólogo Médico con Mención en Imagenología y física médica o experiencia de, a lo menos, 5 años en Radioterapia;
 - ii. Un médico-cirujano especialista en Radioterapia o física médica.

El profesional que cuente con estas competencias deberá participar en las evaluaciones de los prestadores institucionales de Servicios de Radioterapia evaluando al menos la característica GCL 1.2/GCL 1.3

- d. Para la aprobación de la solicitud de autorización para la evaluación del **Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Centros de Diálisis**, aprobado por el Decreto Exento N° 34, de 2010, del Ministerio de Salud, la Entidad Acreditadora deberá demostrar que su cuerpo de evaluadores cuenta, a lo menos con:
- i. Enfermera(o) con experiencia clínica comprobada de a lo menos 3 años, en Unidad de Paciente Crítico; o
 - ii. Enfermera(o) con experiencia clínica comprobada de a lo menos 5 años, en Unidades Médico-quirúrgicas.

El evaluador que cumpla con estas competencias deberá participar en la evaluación de todas las características aplicables a los Centros.

- e. Para la aprobación de la solicitud de autorización para la evaluación del **Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Servicios de Quimioterapia**, aprobado por el Decreto Exento N° 346, de 2011, del Ministerio de Salud, la Entidad Acreditadora deberá demostrar que su cuerpo de evaluadores cuenta, a lo menos con:
- i. Enfermera(o) con experiencia clínica comprobada, de a lo menos 3 años, en Unidad de Paciente Crítico; o

- ii. Enfermera(o) con experiencia clínica comprobada, de a lo menos 5 años, en Unidades Médico-quirúrgicas.

El evaluador que cumpla con estas competencias deberá participar en la evaluación de todas las características aplicables a los Centros.

- iv. **No podrá otorgarse la autorización solicitada** a ninguna Entidad Acreditadora que no cuente con un **cuerpo de evaluadores que posea, a lo menos, ocho evaluadores exclusivos.**

3. Sobre la vinculación jurídica que debe existir entre cada uno de los evaluadores y la Entidad Acreditadora:

- a) Dicha vinculación deberá ser probada mediante copia auténtica del respectivo contrato que ligue al profesional con la Entidad. Dicho contrato deberá asegurar la permanencia de la capacidad técnica de la entidad para la ejecución de sus actividades de acreditación.
- b) La vinculación jurídica de prestación de servicios entre el evaluador y la Entidad, podrá estar constituido por actos jurídicos o contratos de cualquier naturaleza (civiles, laborales o mercantiles, según el caso).
- c) Dichos contratos deberán contener cláusulas destinadas a asegurar el cumplimiento por parte de los evaluadores de sus diversas obligaciones en el marco del Sistema de Acreditación y, a lo menos, las destinadas a asegurar:
 - i. El deber de confidencialidad que afectará al evaluador, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 26 del Reglamento; y
 - ii. Su obligación de mantener permanentemente informada a la Entidad Acreditadora, respecto de las asesorías que realice y sobre sus relaciones profesionales o comerciales que posea con cualquier prestador, así como respecto de cualquier otra situación que pudiese generar un conflicto de interés con los prestadores institucionales, que le pueda corresponder evaluar.
 - iii. Cláusula de desempeño exclusivo en la Entidad Acreditadora en los contratos de, a lo menos, ocho evaluadores.
- d) Todos los antecedentes documentales acreditativos de los requisitos de los profesionales evaluadores, que se presenten, deberán encontrarse debidamente autenticados.

III. Respecto de los requisitos relativos a la infraestructura física y de apoyo:

El inciso final del Art. 10 del Reglamento dispone al respecto: "**La entidad acreditadora deberá disponer y mantener una adecuada infraestructura física, tales como oficinas y equipos informáticos, así como los recursos humanos de apoyo suficientes para el cumplimiento de sus funciones.**" Ello implica:

1. Sobre el requisito relativo la adecuada infraestructura física de la Entidad Acreditadora:

- a) El espacio físico de funcionamiento de la Entidad debe ser adecuado a su buen funcionamiento; debe poseer características que permitan la reunión de los evaluadores y su debido desempeño en él, así como el adecuado archivo de toda documentación que pueda ser objeto de fiscalización por parte de la Intendencia de Prestadores, en cualquier momento;
- b) Señalética de identificación de la Entidad Acreditadora ubicada en el acceso a su Oficina, visible al público, donde se indique el horario de funcionamiento de la misma;
- c) Mobiliario con llave de exclusivo manejo por parte de la Entidad;
- d) Debe poseer baño y teléfono oficial exclusivo en la sede, así como acceso al correo electrónico de la Entidad;
- e) Debe demostrar la propiedad de equipos informáticos propios de la Entidad, por medio de facturas o de otros documentos auténticos; y
- f) En caso de contar con más de una oficina, cada una debe cumplir con los mismos requerimientos antes señalados.

2. Sobre los Recursos Humanos de apoyo a la gestión de la Entidad:

- a) Debe acreditar acceso a servicios permanentes de secretaría;
- b) Acreditar acceso a servicios de contabilidad;

Los actos o contratos que demuestren el acceso a servicios de secretaría y contabilidad, deben contener cláusulas especiales destinadas a asegurar la confidencialidad, que debe poseer, todo el personal que labora para la Entidad Acreditadora, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 26 del Reglamento de Acreditación.

IV. Respecto los Protocolos de Funcionamiento que aseguren buenas prácticas, estos deben referirse, a lo menos, a las siguientes materias:

1. Funcionamiento general de la Entidad Acreditadora;
2. Funcionamiento específico;
3. Organigrama;
4. Cómo será la entrega de información durante un proceso;
5. Funcionamiento previo, durante y post evaluación;
6. Manejo y entrega de la Información recolectada durante el proceso;
7. Resguardo de la información;
8. Procedimiento de manejo de la confidencialidad; y
9. Procedimiento de manejo de Conflicto de Interés.

Tales protocolos serán requeridos a todas las nuevas Entidades que soliciten autorización y a las que soliciten su reautorización.

3°.- Las solicitudes que las Entidades Acreditadoras que modifiquen cualquiera de los requisitos constitutivos referidos en el numeral **2°.-** precedente, serán tramitadas por los funcionarios Analistas de esta Intendencia de conformidad con los criterios que allí se refieren.

4°.- DERÓGASE la Circular Interna IP/N°1, de 12 de febrero de 2013.

5°.- VIGENCIA: La presente Circular entrará en vigencia desde su dictación.

REGÍSTRESE Y PUBLÍQUESE EN LA PÁGINA WEB DE ESTA SUPERINTENDENCIA.



ENRIQUE AYARZA RAMÍREZ
INTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

CMB/BRH/HOG
DISTRIBUCIÓN:

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras (por correo electrónico y carta certificada)
- Superintendente de Salud
- Fiscal
- Intendente de Prestadores
- Encargado Unidad de Gestión en Acreditación IP
- Encargada Unidad de Fiscalización en Calidad IP
- Encargado Unidad de Apoyo Legal IP
- Funcionarios Analistas del Subdepartamento de Calidad en Salud
- Ing. Eduardo Javier Aedo, Funcionario Registrador IP
- Oficina de Partes
- Archivo