

Guía Práctica para el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud

Información fundamental para los Prestadores Institucionales de Salud que deseen acreditarse, acerca de los requisitos y etapas a seguir dentro del actual proceso de Acreditación en Salud de nuestro país.

Intendencia de Prestadores



Guía Práctica para el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud

Estimado Usuario(a):

El siguiente instrumento tiene como propósito informar a los Prestadores/ Instituciones de Salud que deseen acreditarse, acerca de los requisitos y etapas a seguir dentro del actual proceso de Acreditación en Salud en nuestro país.

El Sistema Nacional de Acreditación en Salud tiene por sentido, constituir uno de los pilares para el cumplimiento de la Garantía de Calidad. La acreditación es un proceso periódico de evaluación, respecto del cumplimiento de Estándares mínimos fijados por el Ministerio de Salud. Esta evaluación es la culminación de un proceso que requiere organización, compromiso y planificación por parte del Prestador.

La acreditación en salud constituye una herramienta más, de la política pública pro equidad, que tiene por objetivo garantizar a todos los usuarios del Sistema de Salud de Chile, ya sea a nivel de la red pública o privada, una atención segura y de calidad.

El proceso de acreditación consta de diversas etapas, en las cuales están involucrados los prestadores institucionales de salud que desean acreditarse y organismos e instituciones públicas y privadas. En este documento desarrollaremos brevemente algunos contenidos esenciales para cada etapa del proceso de acreditación en salud, esperamos que la información sea de utilidad como referencia práctica del proceso.

Subdepartamento de Gestión de Calidad

Intendencia de Prestadores

Junio 2020

Instituciones/Organismos involucradas(os) en el Proceso de Acreditación y sus funciones

- **Ministerio de Salud (MINSAL):** Formula y actualiza los Estándares de Acreditación, estableciendo en el correspondiente Decreto GES la fecha de inicio de la exigencia de la acreditación de los prestadores institucionales de salud para el cumplimiento de la Garantía de Calidad.
- **Secretarías Ministeriales de Salud (SEREMI):** Autorizan (a través de la Autorización Sanitaria) y fiscalizan las instalaciones y funcionamiento de los prestadores institucionales de salud. Fiscalizan el ejercicio de las profesiones médicas, técnicas y universitarias.
- **Superintendencia de Salud (SIS):** La Intendencia de Prestadores (IP) de la SIS administra el Sistema Nacional de Acreditación, autoriza a las Entidades Acreditadoras, gestiona las solicitudes de acreditación, aclara e interpreta las exigencias de los diversos Estándares de Acreditación, fiscaliza a las Entidades Acreditadoras en relación a los procesos de acreditación y a los prestadores institucionales de salud en la mantención de los Estándares por los cuales fueron acreditados. Asimismo, mantiene registros públicos de las Entidades Acreditadoras autorizadas, de los prestadores institucionales de salud acreditados y de los prestadores individuales de salud, que se encuentran habilitados legamente para el ejercicio profesional, así como de la certificación de una determinada especialidad.
- **Instituto de Salud Pública (ISP):** Fiscaliza los procesos de acreditación de Laboratorios Clínicos efectuados por la Entidades Acreditadoras autorizadas y a los Laboratorios Clínicos acreditados en la mantención de los Estándares por los cuales fueron acreditados.
- **Entidades Acreditadoras:** Realizan los procedimientos de evaluación en terreno y elaboran el Informe de Acreditación.

El ingreso de un prestador al proceso de Acreditación considera diversos plazos y requiere de una determinada documentación.

Para efectos prácticos, desde el punto de vista de un prestador institucional de salud que desee acreditarse pueden considerarse dos etapas:

I. Etapa de Planificación e Implementación de la Calidad

II. Etapa del Proceso de Acreditación

Este etapa consta a su vez de 3 sub etapas:

1. Solicitud de Acreditación
2. Evaluación en terreno
3. Resolución del proceso

I. Etapa de Planificación e Implementación de Calidad

- El objetivo fundamental de esta etapa es establecer la estructura organizacional idónea para implementar y trabajar según el modelo de gestión de calidad institucional, así como comenzar a desarrollar una cultura de calidad con clara definición de las políticas para la seguridad de los pacientes.
- Es fundamental el compromiso directivo, el empoderamiento de líderes y la capacitación en calidad para involucrar a todo el personal de la Institución.
- Su implementación y desarrollo debe ser progresiva y participativa, siendo el objetivo final la mejora continua en la seguridad y calidad de la atención al paciente, para lo cual la acreditación en salud, constituye una herramienta que facilita la organización en pos de tal objetivo, pero no la única.
- Se estima que esta fase puede durar de dos a cinco años dependiendo de la complejidad del establecimiento y el tipo de prestaciones que ofrezca.

En esta etapa es clave...

1. Establecer un Plan de Calidad Institucional a partir de la definición de la política de calidad, que es el origen ideológico de su contenido.

2. Establecer liderazgo y compromiso del equipo directivo de la Institución. Una de las tareas iniciales debe ser identificar, designar y empoderar la estructura que requiere la institución para la implementación y desarrollo del Plan de Calidad:

- Dirección, Subgerencia, Departamento o Unidad de Calidad de la Institución.
- Encargado Institucional de liderar los procesos de gestión de calidad asistencial.
- Líderes en las distintas áreas y niveles de la Institución que promuevan que la gestión de calidad sea transversal a toda la institución.

3. Implementar una estrategia comunicacional efectiva a nivel institucional con el objetivo de difundir la política y el Plan de Calidad, entre otros.

4. Identificar y analizar el Estándar de Acreditación por el cual el Establecimiento debe acreditarse y las exigencias que le son aplicables a la institución de acuerdo al tipo de prestador y las prestaciones que otorga.

Si existieran dudas en cuanto a si el proceso de acreditación debe realizarse de manera conjunta o independiente en caso de espacios asistenciales separados físicamente pero que comparten una misma gestión clínica y/o administrativa, el prestador debe solicitar formalmente a la Intendencia de Prestadores (Unidad de Gestión en Acreditación) un pronunciamiento en relación con su situación particular.

5. Capacitar de manera sistemática en las áreas de calidad y seguridad del paciente a los profesionales.

6. Designar las responsabilidades en relación a los distintos Ámbitos contenidos en los diferentes Manuales de Acreditación, estableciendo metas locales de calidad en consistencia con el Plan de Calidad Institucional.

7. Contar con todas las Autorizaciones Sanitarias de instalación y funcionamiento vigentes del Establecimiento.

8. Realizar un trabajo participativo y consensuado de elaboración de documentos y protocolización de los procesos y/o procedimientos de acuerdo a las exigencias descritas en el Manual de Acreditación correspondiente y al Compendio de Interpretación de Normas del Sistema de Acreditación.

9. Identificar y elaborar los indicadores pertinentes de manera participativa, para asegurar su medición periódica.

Es fundamental establecer la metodología de evaluación de los indicadores, definiendo claramente las fuentes de información, los instrumentos de recolección de información, la metodología de selección de la muestra, etc. Considerando el contexto clínico y la disponibilidad de recursos humanos.

10. Realizar ejercicios de constataciones en terreno. En particular de las características que contemplan la exigencia de evaluación periódica, apoyándose en los Oficios Circulares de Orientaciones Técnicas elaboradas por la IP para las Entidades Acreditadoras (Oficios Circulares IP/ N° 7/ 2019, N° 5/ 2019, N° 6/ 2014 y N°5, de 2013).

11. Cumplir la evaluación retrospectiva requerida para el proceso de acreditación, la cual es de seis meses para un primer proceso y tres años para los procesos siguientes.

12. Realizar el ejercicio de Autoevaluación según el Estándar aplicable y completar el Informe correspondiente.

13. Una vez que el prestador ha finalizado su preparación, debe ingresar su solicitud de acreditación ante la Superintendencia de Salud para comenzar con el proceso de acreditación.

II. Etapa del Proceso de Acreditación

El proceso de acreditación comienza formalmente al ingresar la solicitud de acreditación vía el portal web a la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, quién tiene la función de evaluar el cumplimiento de los requisitos normativos mediante el análisis jurídico y técnico de los antecedentes aportados por el prestador junto a su solicitud.

Una vez valorados estos antecedentes, en caso de aprobarse dicha solicitud se procede a programar la designación aleatoria de una Entidad Acreditadora para continuar con el proceso.

Los profesionales de dicha Entidad acudirán al prestador para realizar la evaluación en terreno y contrastar los hallazgos con lo solicitado en el Estándar, para luego elaborar el Informe de Acreditación con el respectivo resultado del proceso.

Por tanto, en esta etapa se deben contemplar los plazos y requisitos para:

1. La solicitud de acreditación
2. La evaluación en terreno
3. La resolución del proceso

1. Solicitud de Acreditación

En esta Etapa es clave saber que...

1. La solicitud de acreditación debe realizarse primero a través del portal web de esta Superintendencia, que permite el acceso al Sistema Informático de Acreditación de Prestadores de Salud (SIA) y luego, de manera física (documentación en papel firmada por su representante legal). El prestador podrá desistir de su solicitud durante el proceso, lo cual debe ser presentado formalmente a la Intendencia de Prestadores de Salud.

Al realizar la solicitud, el Sistema Informático automáticamente, asignará un número a la solicitud, el cual le será informado en el mensaje que arroja el sistema al ingresar dicha solicitud. Asimismo, el primer estado de la solicitud en el Sistema será de **“Solicitada”**.

2. Luego, debe ingresar por Oficina de Partes de la Superintendencia de Salud (Avenida Bernardo O'Higgins 1449, Edificio Santiago Downtown torre 2, oficina 12, oficina de partes, Santiago, Chile) o a la Agencia Regional que corresponda, los siguientes antecedentes en papel:

- La solicitud de acreditación firmada por el representante legal del Establecimiento.
- El informe de autoevaluación, realizado durante los doce meses previos a la solicitud, firmado por el representante legal del establecimiento.
- La cartera de prestaciones de la institución.
- Ficha técnica actualizada.
- Organigrama de la institución.
- Planos o croquis del establecimiento.
- Personería jurídica o poderes de representación de la sociedad en el caso de prestadores institucionales privados, nombramiento del Director del Hospital en caso de prestadores públicos autogestionados, del Director del Servicio de Salud en caso de hospitales públicos no autogestionados o nombramiento del Alcalde para aquellos prestadores municipalizados.
- Las resoluciones de autorización sanitaria por las cuales fueron autorizadas las instalaciones y el funcionamiento del Prestador.

Estos documentos deben constar en su original o ser copias autenticadas de su original, esto es ante Notario Público o Ministro de Fe del Organismo que emitió dicha documentación, por ej.: SEREMI (s) en el caso de las Autorizaciones Sanitarias.

Se entrega un registro de recepción ya sea la solicitud haya sido presentada directamente a la Oficina de partes de la Superintendencia de Salud en Santiago o en una Agencia Regional.

3. En la Oficina de Partes, la documentación es foliada, digitalizada y enviada a la Intendencia de Prestadores en un plazo no mayor a 3 días hábiles.

4. Ingresada a la Intendencia de Prestadores, la solicitud y documentación es derivada a la Unidad de Gestión en Acreditación, Unidad encargada de evaluar y analizar los antecedentes aportados en la solicitud de acreditación. Este proceso

finaliza con la resolución que acepta o rechaza la solicitud de acreditación y en caso de ser aceptada se procede a la designación aleatoria de la Entidad Acreditadora.

5. Durante la etapa de la evaluación de los antecedentes de la solicitud de acreditación primero se realiza una evaluación jurídica de los antecedentes y luego se realiza una evaluación técnica, momento en el cual, el sistema arrojará que el estado del proceso se encuentra **“En evaluación”**, lo cual será notificado al prestador a través de un correo electrónico en el que además se informará el nombre del profesional de la Unidad de Gestión en Acreditación a cargo de dicha evaluación.

6. El ingreso de la solicitud de acreditación involucra su evaluación:

Jurídica

Se verifican aspectos legales de los antecedentes aportados en la solicitud tales como: autorizaciones de las instalaciones del prestador, personería jurídica, etc.

Técnica

Se verifica que los antecedentes aportados se encuentren completos, sean consistentes e idóneos para la realización de proceso de acreditación. Por ejemplo: aplicabilidad de las características informadas en la autoevaluación, concordancia de las autorizaciones sanitarias con las prestaciones realizadas.

En la eventualidad de identificar algún error en la solicitud de acreditación o documentación faltante se contactará al responsable de la solicitud y/o al representante legal del prestador estableciendo un plazo para corregir dicha situación, luego del cual si el prestador interesado no ha ingresado la información solicitada se dará por desistida su solicitud de acreditación.

7. Una vez finalizada la evaluación de los antecedentes de la solicitud de acreditación existen dos alternativas:

La Solicitud es aceptada

- Se notifica al prestador la aceptación de la solicitud de acreditación, a través de una resolución exenta que contiene además la fecha y hora en que se realizará la designación aleatoria de la Entidad Acreditadora. Dicha resolución se envía a través de correo electrónico al representante legal del prestador y por carta certificada

La notificación también es compartida a todas las Entidades Acreditadoras.

- Simultáneamente, el Sistema informático arrojará el estado **“Aceptada”**, enviando un correo electrónico al prestador notificando la aceptación de la solicitud.

La solicitud no es aceptada

- Se notifica al prestador que su solicitud no fue aceptada, a través de una resolución exenta vía carta certificada a la dirección proporcionada en la solicitud; y por correo electrónico al representante legal del prestador. Simultáneamente el Sistema Informático arrojará el Estado **“Cancelada”**, enviando un correo electrónico al prestador notificando la cancelación de la solicitud.

8. Finalmente, ¿Cómo se realiza la designación aleatoria de la Entidad Acreditadora que realizará el proceso de evaluación en terreno?

La designación aleatoria de la Entidad se realizará el día lunes o el primer día hábil siguiente si éste fuera inhábil, a contar de la fecha de la resolución exenta, que aprueba la solicitud de acreditación, en las dependencias de la Superintendencia de Salud. (Avda. Bernardo O’Higgins N°1449, Torre 2, Santiago Downtown)

Dicha designación, se realiza mediante una tómbola con balotas cuyos números representan a cada Entidad Acreditadora. Este acto es de carácter público presidido por el/la Intendente(a) de Prestadores en presencia de un Ministro de Fe.

Si alguna Entidad tuviese algún conflicto de interés u otro motivo fundado (por ejemplo, haber realizado una asesoría al prestador en sorteo) que le impidiera evaluar al prestador, debe comunicarlos previamente a esta Intendencia con el fin de excluirse del procedimiento de designación aleatoria.

Una vez seleccionada la Entidad Acreditadora se cambia el estado en el Sistema informático de **“Aceptada”** a **“Asignada”**.

Luego de finalizado el sorteo se notificará a la Entidad Acreditadora a través de un correo electrónico de la asignación de un determinado prestador para su evaluación, momento en el cual el estado en el Sistema informático pasa de **“Asignada”** a **“Notificada”**.

9. Emitida el acta que aprueba la designación aleatoria de la Entidad, ésta cuenta con un plazo de cinco días hábiles a contar de la fecha de emisión de dicha acta, para aceptar o rechazar la designación.

10. En caso que la Entidad Acreditadora no acepte la designación para la evaluación del Prestador o no se pronuncie respecto a ésta, se procede a

la designación aleatoria de una nueva Entidad Acreditadora, en un próximo procedimiento de designación. En tal caso el estado de la solicitud en el Sistema Informático cambiará a “**Designación Rechazada**” e inmediatamente volverá al estado “**En evaluación**”.

11. Si la Entidad acepta la designación aleatoria, el estado del proceso en el Sistema cambiará desde “Notificada” a “**Designación Aceptada**”, lo cual genera una nueva notificación vía correo electrónico al prestador.

Una vez notificado, el prestador debe cancelar la mitad del arancel a la Entidad Acreditadora más el recargo por distancia si corresponde, en un plazo no superior a 10 días hábiles, a contar de la fecha de notificación. Para esta gestión la Entidad se pondrá en contacto con el prestador para la entrega de los datos necesarios para el pago.

Los aranceles vigentes están determinados por el Estándar a evaluar, la complejidad del prestador y la ubicación geográfica y están expresados en Unidades Tributarias Mensuales (UTM).

Tabla 1. Aranceles vigentes del Sistema Nacional de Acreditación en Salud*

Estándar	Complejidad	Arancel (UTM)
Atención Cerrada	Alta	300
	Mediana	200
	Baja	150
Atención Abierta	Alta	180
	Mediana	160
	Baja	140
Servicios de Imagenología	Alta	180
	Mediana	160
	Baja	140
Laboratorios Clínicos	Alta	180
	Mediana	160
	Baja	140
Atención Psiquiátrica Cerrada	----	150
Centros de Diálisis	----	160
Servicios de Esterilización	----	140
Servicios de quimioterapia	----	160
Servicios de Radioterapia	----	180
Centros de Tratamiento y Rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol o drogas	----	70

Acreditación con observaciones: el arancel corresponderá a un cuarto del que fuera aplicado en el proceso de acreditación que lo causó y el recargo por distancia, a que se refiere el inciso final del artículo 35 del Reglamento, será de 15 UTM.

Existe un recargo por distancia de 40 UTM si existe una distancia superior a 150 kilómetros entre el prestador y la sede más cercana de la Entidad Acreditadora.

*Decreto 77/MINSAL/2015: Modifica decreto N° 15 de 2007/MINSAL, Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales.

* El D.S. N°43/2020, MINSAL, publicado en el Diario Oficial del 30 de julio de 2020

12. Una vez que el prestador institucional ha pagado la mitad del arancel a la Entidad, ésta contará con un plazo de 5 días hábiles para determinar la fecha de inicio del proceso de evaluación en terreno. Esta fecha no deberá de exceder los 40 días hábiles posteriores a este pago inicial (plazo que incluye los 5 días mencionados).

2. Evaluación en Terreno

En esta Etapa es clave saber que...

1. Determinada la fecha de inicio del proceso de evaluación en terreno, el Sistema Informático cambiará de estado desde “Designación aceptada” a “**Planificada**”, notificándose al prestador a través de un correo electrónico.

- El prestador institucional podría solicitar a la Entidad Acreditadora el cambio de fecha de inicio de evaluación si así lo estimara pertinente, siempre que dicha solicitud se realice dentro de los 5 días hábiles siguientes a la notificación.
- De no existir acuerdo entre las partes, será la Intendencia de Prestadores quien determine la fecha de inicio del trabajo en terreno.

2. Al menos 20 días hábiles antes de la fecha fijada para el inicio de las evaluaciones en terreno, la Entidad Acreditadora remitirá vía correo electrónico al Prestador un cronograma de la visita según norma la Circular IP N° 37 de 2017.

- Este cronograma será remitido al prestador una vez que sea fiscalizado por la Unidad de Fiscalización en Calidad, verificándose entre otros atributos que el tiempo y los evaluadores destinados para la evaluación en terreno sean adecuados.
- En este cronograma, el prestador podrá encontrar, fechas, horarios de la visita, nombre de los profesionales evaluadores, características a evaluar, Unidades o Servicios que serán evaluados, etc.

3. Iniciado el proceso de evaluación en terreno, la Entidad cuenta con un plazo de 30 días hábiles para emitir el Informe de Acreditación.

4. Al inicio de la evaluación en terreno, la Entidad Acreditadora realizará una reunión inicial con el equipo de la Unidad de Calidad, la Dirección y otros representantes de las Unidades o Servicios del prestador institucional, con el fin de coordinar aspectos generales del proceso de evaluación.

Según lo programado, los profesionales de la Entidad contrastarán sus hallazgos con lo solicitado en la Pauta de Cotejo del Manual correspondiente, utilizando criterios objetivos, no discriminatorios, imparciales, comúnmente aceptados y científicamente fundados. Para ello las Entidades cuentan con las Orientaciones Técnicas elaboradas y divulgadas por la IP para la constatación de las Entidades Acreditadoras (Oficios Circulares IP/ N° 7/ 2019, N° 5/ 2019, N° 6/ 2014 y N°5, de 2013).

El Prestador podrá formular dudas puntuales en relación a la información solicitada y/o metodología utilizada en la evaluación en terreno directamente a los evaluadores de la Entidad Acreditadora. La Entidad por su parte puede proporcionar esta información, pero no dará indicios de los resultados de sus evaluaciones.

En cualquier caso, durante el proceso de evaluación en terreno cualquier duda, aclaración o requerimiento en relación a los criterios de evaluación, tanto de parte de las Entidades Acreditadoras como del prestador, deben ser formuladas al Sistema de Consultas Técnicas sobre los Procesos de Acreditación, que la IP ha implementado especialmente para para este fin y mantiene en su página web: <http://aplicaciones.supersalud.gob.cl/GestionConsultaWeb/nuevaConsulta>

Dicha respuesta, una vez elaborada por la Unidad de Asesoría Técnica de la Intendencia de Prestadores, será remitida tanto al prestador como a la Entidad Acreditadora, con el fin de preservar la comunicación y transparencia durante el proceso.

5. Finalizado el proceso de recolección de la información durante la evaluación en terreno, la Entidad Acreditadora llevará a cabo una reunión final a la que asistirán su Director Técnico y los evaluadores que participaron en el proceso, junto con los directivos y Encargados de Calidad del prestador evaluado, con el objetivo

de presentar los hallazgos identificados, especialmente aquellos referidos a las características obligatorias. En dicha sesión el prestador podrá precisar o aclarar dudas antes de que finalice la fase de recolección de la información en terreno, por su parte la Entidad Acreditadora resguardará no entregar resultados o valoraciones de los hallazgos realizados.

En caso de ser necesario para completar el Informe de Acreditación, la Entidad Acreditadora podrá volver al prestador las ocasiones que estime conveniente.

6. Antes del vencimiento del plazo de 30 días hábiles contados desde la fecha de inicio de la evaluación en terreno, de requerirlo (principalmente por la necesidad de un mayor plazo para la elaboración del Informe de Acreditación), la Entidad Acreditadora podrá solicitar una prórroga para el término de la fase de evaluación y la consiguiente entrega del Informe de Acreditación. Esta solicitud debe ser fundamentada y comunicada a la Intendencia de Prestadores (Unidad de Fiscalización en Calidad). Dicha Unidad informará por correo electrónico el plazo de prórroga otorgado a la Entidad Acreditadora, con copia al prestador evaluado.

3. Resolución del Proceso.

1. Una vez completada la evaluación y el análisis de la información recolectada durante el trabajo en terreno, la Entidad Acreditadora remite a la Unidad de Fiscalización en Calidad el Informe de Acreditación respectivo.

2. Recibido el Informe de Acreditación en la Unidad de Fiscalización en Calidad se valora su consistencia, lo cual tiene por objetivo resguardar la congruencia entre lo evaluado y lo informado por la Entidad Acreditadora y la fundamentación de los resultados presentados, a modo de ejemplo: se verifica que los porcentajes de cumplimiento informados sean concordantes con lo constatado.

3. Una vez completada la fiscalización del Informe de Acreditación, se notifica a la Entidad Acreditadora para que ingrese en un plazo de dos días, un resumen del cumplimiento de las características llamado “check-list”, acompañado del Informe de Acreditación, momento en el que el estado del proceso en el Sistema Informático cambia de “Planificada” a “Evaluado”.

4. Ingresado el check-list al Sistema Informático, el prestador institucional cuenta con un plazo de 5 días para el pago de la segunda cuota del arancel a la Entidad Acreditadora, lo que será instruido a través de una resolución exenta de la Intendencia de Prestadores. Una vez completado el pago del arancel, el prestador tendrá acceso al Informe de Acreditación respectivo en el Sistema Informático en 5 días hábiles después del pago.

5. Por su parte, la Unidad de Fiscalización en Calidad de la IP o Unidad de Fiscalización del ISP para los Laboratorios Clínicos, según sea pertinente, elabora un informe que permitirá notificar al prestador, como:

Acreditado:

El Prestador cumple con las características de obligatorio cumplimiento que le fueron aplicables y supera el umbral por el que desea acreditarse del Estándar correspondiente.

En este caso en el Sistema Informático se pasará desde el estado de “Evaluado” a **“Informe Acreditado”**.

Acreditado con Observaciones:

a) Para prestadores de atención cerrada de alta o mediana complejidad:

Primer proceso: 50% de las características que le fueron aplicables con un máximo de 3 características obligatorias incumplidas.

Segundo proceso: 70% de las características aplicables con un máximo de 3 características obligatorias incumplidas.

Tercer proceso: 85% de las características aplicables con un máximo de 3 características obligatorias incumplidas.

b) Para prestadores de atención cerrada de baja complejidad, atención abierta, centros de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia al alcohol y/o drogas y atención psiquiátrica cerrada.

Primer proceso: 50% de las características que le fueron aplicables con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.

Segundo proceso: 70% de las características aplicables, con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.

Tercer proceso: 85% de las características aplicables, con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.

c) Para centros de diálisis, servicios de esterilización, servicios de imagenología laboratorios clínicos, quimioterapia ambulatoria y servicios de radioterapia.

Primer proceso: 65% de las características aplicables, con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.

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

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

En este caso el estado del proceso en el Sistema Informático pasa de “Evaluado” a **“Informe con Observaciones”**.

No Acreditado:

El prestador no cumple la proporción de características obligatorias exigidas o no supera el umbral exigido para su proceso o luego de haber sido acreditado con observaciones, no cumple con el Plan de Corrección establecido.

El Sistema Informático arrojará el estado de **“Informe No Acreditado”**.

7. En el caso que el prestador fuese acreditado, la Intendencia de Prestadores ordenará inscribirlo en el Registro de Prestadores Institucionales Acreditados como “Acreditado”, momento en el cual el Sistema Informático pasa del estado “Informe Acreditado” a **“Registrado”**.

8. En el caso que el prestador fuese “Acreditado con Observaciones” tendrá 10 días hábiles a partir de la fecha de notificación de este resultado, para enviar un Plan de Corrección y cronograma de su implementación al representante legal de la Entidad Acreditadora que lo evaluó, de acuerdo a las instrucciones señaladas en la Circular IP N°40 de 2019.

9. Recibido el Plan de Corrección, la Entidad Acreditadora tendrá 5 días hábiles para determinar si este es aprobado o no, e informará de su decisión a la Intendencia de Prestadores, quien ordenará inscribir al prestador en el Registro de Prestadores

Institucionales Acreditados como “Acreditado con Observaciones” en caso que se apruebe el Plan de Corrección y si el Plan de Corrección no es aprobado, se entenderá al prestador como “No Acreditado”. En esta situación, no corresponde inscribir al prestador en el Registro de Prestadores Institucionales Acreditados o en caso de tratarse de un proceso de reacreditación, se procederá a cancelar su inscripción en dicho Registro.

10. Cuando un Plan de Corrección sea aprobado, se efectuará un nuevo proceso de evaluación, dirigido a evaluar el cumplimiento de dicho Plan y las características del Estándar aplicado que se encuentren incluidas en el Plan. La nueva evaluación debe ser solicitada por el prestador dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha establecida para el cumplimiento del plan. Para su evaluación se designará aleatoriamente a una nueva Entidad Acreditadora, distinta a aquélla que realizó la primera evaluación y que aprobó el plan de corrección.

El arancel para la nueva evaluación, corresponderá a la mitad del arancel aplicado al último proceso de acreditación.

Es importante recordar que el Plan de Corrección del prestador deberá concretarse en un plazo máximo de seis meses contados desde la aprobación por parte de la Entidad Acreditadora.

11. Si al término del plazo de los seis meses, el prestador no hubiera ingresado su solicitud, o el nuevo procedimiento fracasa, el prestador quedará como “No Acreditado”. Asimismo, se ordenará la cancelación de su inscripción en el Registro de Prestadores Acreditados de esta Superintendencia.

12. Si posteriormente al nuevo proceso de evaluación, la Entidad Acreditadora estima que el prestador institucional cumple con las exigencias del Estándar que han sido evaluadas, cumpliendo con el Plan de Corrección que fue comprometido, lo declarará como “Acreditado” .

13. En aquellos prestadores que hayan sido “Acreditados con observaciones”, por un error o falencia puntual que se pueda corregir de manera inmediata, la Entidad Acreditadora podrá aprobar el Plan de Corrección y las pruebas de su realización, pudiendo declarar al prestador institucional como “Acreditado”, sin necesidad de que se requiera la evaluación de su cumplimiento por otra Entidad Acreditadora.

Las fechas vigentes de la exigencia de acreditación para prestadores institucionales, son las siguientes:

Estándar de Acreditación	Fecha de Acreditación
Atención Cerrada de Alta Complejidad	01/Julio/2016
Atención Cerrada de Mediana Complejidad	01/Enero/2018
Atención Abierta de Alta Complejidad	01/Julio/2018
Centro de Diálisis	01/Julio/2018
Atención Cerrada de Baja Complejidad	01/Enero/2019
Atención Abierta de Mediana Complejidad	30/Junio/2019
Laboratorios Clínicos de Alta Complejidad	30/Junio/2019
Servicios de Imagenología de Alta Complejidad	30/Junio/2019
Servicios de Imagenología de Mediana y Baja Complejidad	01/Enero/2021
Laboratorios Clínicos de Mediana y Baja Complejidad	30/Junio/2022

(Decreto Supremo N° 22 de 2019, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, que Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud de 13 sept. 2019).

Documentación, direcciones web y fuentes de información a considerar:

Contenido	Enlace
<p>Estándares del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud. Corresponden a los Manuales y Pautas de Cotejo por los cuales será evaluado el Prestador que desee Acreditarse.</p>	<p>http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-propertyvalue-4737.html</p>
<p>Reglamento de Acreditación de Prestadores Institucionales. Marco normativo que rige el Sistema de Acreditación.</p>	<p>http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-article-4788.html</p>
<p>Compendio de Interpretación de Normas del Sistema de Acreditación y Circulares Interpretativas. Compilado de interpretaciones fundamentales para la preparación y desarrollo del proceso de acreditación.</p>	<p>http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-channel.html</p>
<p>Informe de Autoevaluación. Informe de autoevaluación del Estándar, requisito para solicitar la Acreditación.</p>	<p>http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-article-5087.html</p>
<p>Sistema informático de Acreditación de Prestadores de Salud (SIA) Sistema en línea de la Superintendencia de Salud que permite el ingreso de la solicitud de acreditación y el seguimiento del proceso de Acreditación.</p>	<p>http://acreditacion.superdesalud.gob.cl/AcreditacionPublico/index_PG.aspx</p>
<p>Ficha Técnica de Prestadores Institucionales de Salud Formulario en línea de la Superintendencia de Salud que contiene diversa información acerca del Prestador Institucional de Salud, su actualización es un requisito para realizar la solicitud de acreditación.</p>	<p>Fichas Técnicas de Prestadores Institucionales de Atención Abierta y Cerrada:</p> <p>http://webhosting.superdesalud.gob.cl/bases/prestadoresinstitucionales.nsf/FTC-Identificacion?OpenForm</p> <p>Fichas Técnicas de Prestadores Institucionales de Atención Primaria: http://webhosting.superdesalud.gob.cl/bases/prestadoresinstitucionales.nsf/APS-Identificacion?openform</p>
<p>Sistema de Gestión de consultas de Acreditación Prestadores Institucionales de Salud Sistema que permite realizar consultas acerca de la interpretación de los Estándares y las normas del Sistema de Acreditación.</p>	<p>http://aplicaciones.supersalud.gob.cl/GestionConsultaWeb/nuevaConsulta</p>

<p>Registro Nacional de Prestadores Individuales</p> <p>Registro Nacional y Público de la habilitación legal y de los profesionales y técnicos de la salud, así como de especialidades médicas de la Superintendencia de Salud.</p>	<p>http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-5587.html</p>
<p>Registro de Entidades Acreditadoras Autorizadas</p> <p>Listado de Entidades Acreditadoras autorizadas por la Superintendencia de Salud.</p>	<p>http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-6192.html</p>
<p>Registro de Prestadores Institucionales Acreditados</p> <p>Listado de Instituciones de Salud que han sido acreditadas.</p>	<p>http://www.supersalud.gob.cl/acreditacion/673/w3-propertyvalue-4710.html</p>
<p>Decreto que determina la clasificación de la complejidad de Laboratorios Clínicos y Servicios de Imagenología.</p> <p>El Decreto N°118 del MINSAL de 2011, determina la clasificación de la complejidad de estos Prestadores a efectos del arancel de acreditación</p>	<p>https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/DS%20118_2011_Clasificacion%20Laboratorios%20y%20Centro%20Imagenes(1).pdf</p>

Estados del Sistema Informático de Acreditación de Prestadores de Salud

Estado del Sistema Informático	Actividad que implica
Solicitada	El prestador ha ingresado la solicitud de acreditación
En evaluación	La solicitud de acreditación es evaluada por la Unidad de Gestión en Acreditación.
Aceptada	La solicitud de acreditación es aceptada para continuar con el proceso.
Cancelada	La solicitud de acreditación no es aceptada.
Asignada	El proceso de evaluación en terreno es asignado aleatoriamente a una Entidad Acreditadora.
Notificada	La designación para el proceso de evaluación del prestador es notificada a la Entidad Acreditadora seleccionada.
Designación aceptada	La Entidad Acreditadora acepta realizar el proceso de evaluación.
Designación rechazada	La Entidad Acreditadora rechaza realizar el proceso de evaluación.
Planificada	Se establece la fecha de inicio de la evaluación en terreno por parte de la Entidad Acreditadora.
Evaluado	La Entidad Acreditadora ha realizado el proceso de evaluación e ingresa al Sistema el check-list y el informe de acreditación.
Informe acreditado	El Informe de Acreditación da como acreditado al prestador y es aprobado luego de la su fiscalización por la Unidad de Fiscalización en Calidad.
Informe acreditado con observaciones	El Informe de Acreditación da como acreditado con observaciones al prestador y es aprobado luego de su fiscalización por la Unidad de Fiscalización en Calidad.
Informe no acreditado	El Informe de Acreditación da como no acreditado al prestador y es aprobado luego de su fiscalización por la Unidad de Fiscalización en Calidad.
Registrado	Se registra al prestador en el Registro Nacional de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados.
No acreditado	El prestador ha sido notificado de su resultado de no acreditado y la finalización del proceso.

El Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de la Intendencia de Prestadores proporciona toda la información pertinente a los Prestadores que deseen acreditarse o que se encuentren en un proceso de acreditación, no dude en consultarnos:

- Consultas relativas a la interpretación de las Normas del Sistema de Acreditación realizarlas mediante Sistema de Gestión de Consultas al link:

<http://aplicaciones.supersalud.gob.cl/GestionConsultaWeb/nuevaConsulta>

- Consultas relativas al proceso administrativo de la solicitud, designación aleatoria de la Entidad, pago de aranceles, plazos, remitirlas al correo:

acreditación@superdesalud.gob.cl

