



Gobierno  
de Chile

[www.gob.cl](http://www.gob.cl)

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

[supersalud.gob.cl](http://supersalud.gob.cl)

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.

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

---

## 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 unos de los pilares para el cumplimiento de la Garantía de Calidad. La acreditación es un proceso de evaluación periódico, respecto del cumplimiento de Estándares mínimos fijados por el Ministerio de Salud. Esta evaluación realizada por pares externos, 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 que desean acreditarse y diversos Organismos e Instituciones Públicas, en este documento desarrollaremos brevemente algunos contenidos esenciales para cada etapa del proceso de acreditación en salud, esperamos la información le sea de utilidad.

Unidad de Asesoría Técnica  
Intendencia de Prestadores  
2016.



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

- **Ministerio de Salud:** 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:** Otorgan la Autorización Sanitaria para las instalaciones y funcionamiento de los Prestadores Institucionales de Salud, y fiscalizan su cumplimiento
- **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, fiscaliza a las Entidades 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 legalmente.
- **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 documentación determinada según las etapas del proceso. **Para efectos prácticos, desde el punto de vista de un Prestador Institucional de Salud que desee acreditarse pueden considerarse dos grandes etapas:**

**1. Etapa de Planificación e Implementación de la Calidad**

- 2. Etapa del Proceso de Acreditación**  
**Esta 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 organizativa idónea para implementar y trabajar según el modelo de gestión de calidad institucional, así como desarrollar una cultura de calidad con clara definición de las políticas de calidad institucional 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 promueve la organización en pos de tal objetivo.
- 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 e intelectual de su contenido.
- ✓ 2. Liderazgo y compromiso del equipo directivo de la Institución. Uno de las tareas iniciales debe ser identificar, designar y empoderar la estructura que requiere la Organización 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 Organización.

- ✓ 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 separada en caso de espacios asistenciales diversos que comparten una misma gestión clínica y/o administrativa, el Prestador debe solicitar formalmente a la Intendencia de Prestadores un pronunciamiento en relación a su situación particular.
- ✓ 5. Capacitar de manera sistemática en las áreas de calidad y seguridad del paciente a los profesionales.
- ✓ 6. Designación de responsabilidades en relación a los distintos Ámbitos contenidos en los diferentes Manuales, 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.
- ✓ 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 de re acreditación.
- ✓ 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 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.**

- Se estima que esta etapa completa dura aproximadamente **cinco meses**.

### 1. Solicitud de Acreditación

**En esta Etapa es clave saber que...**

- ✓ 1. La solicitud de acreditación debe realizarse primero vía web, a través del Sistema Informático de Acreditación de Prestadores de Salud y luego de manera presencial (documentación en papel). El Prestador debe tener presente que podrá desistir de su solicitud durante el proceso, lo cual debe ser presentado formalmente al Intendente 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 esta Superintendencia de Salud (Alameda 1449, Edificio Santiago Downtown torre 2, 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, 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.
  - 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 que la solicitud fuese presentada directamente por Oficina de partes de la Superintendencia o en una Agencia Regional.

- ✓ 3. En la Oficina de Partes de la Superintendencia, 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 responsable de valorar 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 dicha solicitud, se procede a la designación aleatoria de la Entidad Acreditadora.

- ✓ 5. Durante la etapa de la valoración de los antecedentes de la solicitud de acreditación, 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 a cargo de dicha evaluación.

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

**Técnica**

Luego de verificar que los antecedentes aportados se encuentren completos se evalúan en relación a su consistencia, concordancia e idoneidad para enfrentar un proceso de acreditación. A modo de ejemplo: aplicabilidad de las características informadas en la autoevaluación, concordancia de las autorizaciones sanitarias con las prestaciones realizadas.

**Jurídica**

Se verifican aspectos legales de los antecedentes aportados en la solicitud tales como: autorizaciones sanitarias de funcionamiento e instalación del prestador en cuestión, personería jurídica, entre otras.

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 vía carta certificada a la dirección proporcionada en la solicitud.
- Esta notificación también es enviada a todas las Entidades Acreditadoras.
- Simultáneamente el sistema arrojará el estado "**Aceptada**", enviando un correo electrónico al Prestador notificando la aceptación de la solicitud , en el cual podrá visualizar la Resolución y fecha y hora de la designación aleatoria de la Entidad Acreditadora.

**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.
- Simultáneamente el Sistema arrojará el Estado "**Cancelada**", enviando un correo electrónico al Prestador notificando la cancelación de la solicitud , en el cual podrá visualizar la Resolución.

✓ 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, en las dependencias de la Superintendencia de Salud. 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 Intendente de Prestadores en presencia de un Ministro de Fe.
- Si alguna Entidad tuviese algún conflicto de interés u otro motivo fundado que le impidiera evaluar al Prestador en cuestión 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 **"Solicitud Aceptada"** a **"Asignada"**.
- Asignada la Entidad Acreditadora se genera un correo electrónico de notificación a la Entidad informándose la asignación del Prestador en cuestión, cambiando el estado desde **"Asignada"** a **"Notificada"**.
- Notificada la Entidad Acreditadora, esta queda a cargo de los cambios de estado del Sistema.

✓ 9. Emitida la Resolución que aprueba la designación aleatoria de la Entidad, ésta cuenta con un plazo de **cinco días hábiles** para aceptar o rechazar dicha designación.

✓ 10. En caso de que la Entidad no acepte su designación para la evaluación del Prestador, se procede a la designación Aleatoria de una nueva Entidad Acreditadora en el próximo procedimiento de designación.

✓ 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 en un plazo no superior a 10 días hábiles. Para esta gestión la Entidad se pondrá en contacto con el Prestador para la entrega de los datos necesarios para el pago.
- Los Aranceles de Acreditación vigentes están determinados por el Estándar a evaluar, la complejidad del Prestador y la ubicación geográfica, y están expresados en Unidades Tributarias Mensuales (UTM).

### Aranceles vigentes del Sistema de Acreditación en Salud

Estándar	Complejidad	Arancel (UTM)
Atención Cerrada	Alta	300
	Mediana	200
	Baja	150
Atención Abierta	Alta	180
	Mediana	160
	Baja	140

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.

✓ 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 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 cambiará de estado desde “**Designación aceptada**” a “**Planificada**”, notificándose al Prestador a través de un correo electrónico. La Institución puede solicitar a la Entidad el cambio de fecha de inicio de evaluación si así lo estimara pertinente. De no existir acuerdo entre las partes, será la Intendencia de Prestadores quien determine la fecha de inicio del trabajo en terreno.
- ✓ 2. Previo a la visita en terreno, la Entidad remitirá vía correo electrónico al Prestador un cronograma de la visita según norma la **Circular IP N° 26 de 2013 (actualmente contenida en Compendio de Interpretación de Normas del Sistema de Acreditación y Circulares Interpretativas)**. En este cronograma Ud. podrá encontrar, fechas, horarios de la visita, nombre de los profesionales evaluadores, características a evaluar, profesionales del Prestador involucrado, 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. Durante la evaluación en terreno 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 EA e instrucciones contenidas en la Circular IP N°26 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 profesionales acreditadores. 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, tanto las Entidades como el Prestador pueden utilizar el sistema de consultas para cualquier aclaración.
- ✓ Dicha respuesta, una vez elaborada por la IP, será remitida tanto al Prestador como a la Entidad, 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 para presentar los hallazgos encontrados, especialmente aquellos referidos a las características obligatorias. En dicha sesión el Prestador podrá precisar o aclarar dudas antes de finalizar la fase de recolección de la información en terreno, por su parte la Entidad resguardará no entregar resultados o valoraciones.

En caso de requerirlo, para completar el Informe de Acreditación podrá volver al Prestador las ocasiones que estime conveniente.

### 3. Resolución del Proceso.

#### En esta etapa es clave saber que...

- ✓ 1. Una vez completada la evaluación y el análisis de la información recolectada durante el trabajo en terreno, la Entidad ingresará al Sistema un resumen del cumplimiento de las características llamado "**Check-list**". Simultáneamente al ingreso del Check-list, cambia el estado del Sistema desde "**Planificada**" a "**Evaluado**", a partir de este momento el cambio de los estados del Sistema, pasan nuevamente a depender de la IP. Ingresado el Check-list al Sistema de Informático, la Entidad cuenta con un plazo de 5 días para ingresar el Informe de Acreditación al Sistema.
- ✓ 2. Recibido el Informe de Acreditación en la Intendencia de Prestadores, se valora su consistencia, procedimiento a cargo de la Unidad de Fiscalización en Calidad de la IP y/o Unidad de Fiscalización del ISP.

Este análisis tiene por objetivo resguardar la congruencia entre lo evaluado y lo informado por la Entidad y la fundamentación de los resultados presentados por la Entidad, a modo de ejemplo: se verifica que los porcentajes de cumplimiento informados sean concordantes con lo constatado.

Cualquier hallazgo durante este procedimiento es notificado a la Entidad correspondiente.

- ✓ 3. Finalmente la Unidad de Fiscalización en Calidad de la IP y/o Unidad de Fiscalización del ISP, elabora su respectivo informe adjuntando los antecedentes para la elaboración de la Resolución Exenta que da por Acreditado, Acreditado con Observaciones o No Acreditado al Prestador.

Esto implica para un primer proceso de Acreditación:

**Acreditado:**

**El Prestador cumple con el 50% de las características que le fueron aplicables del Estándar correspondiente, incluidas todas las obligatorias.**

**Acreditado con Observaciones: El Prestador, si bien no alcanza el 50% de cumplimiento de las características que le fueron aplicables, cumple con todas las características que le fueron obligatorias, y ha presentado un plan de mejora que la Entidad Acreditadora ha aceptado , que permite lograr este porcentaje en un plazo no mayor a seis meses.**

**No Acreditado: El Prestador no cumple con alguna de las características obligatorias que le fueron aplicables según el Estándar correspondiente.**

Al emitirse la Resolución Exenta, se notifica vía correo electrónico al prestador, que debe realizar el pago de la segunda mitad del arancel.

- ✓ 4. Cancelado el total del arancel el estado pasa de “**Evaluado**” a “**Informe Acreditado**” o “**Informe no Acreditado**”, resultado que podrá ser visto por el Prestador Institucional que se sometió a dicha evaluación.
- ✓ 5. En caso de resultar acreditado, el estado pasa de “**Informe Acreditado**” a “**Registrado**” con lo cual se inscribe en el Registro de Prestadores Institucionales Acreditados de la Superintendencia de Salud. Por el contrario, si el estado es de “**Informe no Acreditado**”, pasará al estado “**No Acreditado**”
- ✓ 6. En un proceso de reacreditación el prestador debe demostrar una evaluación retrospectiva de tres años, a excepción de aquellas características que señalen explícitamente lo contrario. Asimismo, las reglas de decisión cambian en relación a los porcentajes requeridos para Acreditar, los se encuentran descritos en los Manuales de Acreditación.

Las fechas actualmente vigentes de la exigencia de acreditación para prestadores institucionales, son las que se señalan en el artículo N° 14 DS N° 3 que Aprueba las Garantías Explicitas en Salud de 2016 MINSAL/MINHAC:

**01-julio-2016**

Atención Cerrada de Alta Complejidad

**01-enero-2018**

Atención Cerrada de Mediana Complejidad

**01-julio-2018**

Atención Abierta Alta Complejidad

**01-julio-2018**

Centros de Diálisis

**01-enero-2019**

Atención Cerrada de Baja Complejidad

**30-junio-2019**

Atención Abierta de Mediana Complejidad

**30-junio-2019**

Laboratorios Clínicos y Servicios de Imagenología de Alta Complejidad

Documentación, direcciones Web y fuentes de información a considerar:	
Contenido	Enlace
<p><b>Estándares del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud.</b></p> <p>Corresponden a los Manuales y Pautas de Cotejo por los cuales será evaluado el Prestador que desee Acreditarse.</p>	<p><a href="http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-article-4530.html">http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-article-4530.html</a></p>
<p><b>Reglamento de Acreditación de Prestadores Institucionales.</b></p> <p>Marco normativo que rige el Sistema de Acreditación.</p>	<p><a href="http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-4788.html">http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-4788.html</a></p>
<p><b>Compendio de Interpretación de Normas del Sistema de Acreditación y Circulares Interpretativas.</b></p> <p>Compilado de interpretaciones fundamentales para la preparación y desarrollo del proceso de acreditación.</p>	<p><a href="http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-7510.html">http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-7510.html</a></p>
<p><b>Informe de Autoevaluación.</b></p> <p>Informe de auto-aplicación del Estándar, requisito para solicitar la Acreditación.</p>	<p><a href="http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-article-5087.html">http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-article-5087.html</a></p>
<p><b>Sistema informático de Acreditación de Prestadores de Salud</b></p> <p>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><a href="http://acreditacion.superdesalud.gob.cl/AcreditacionPublico/index_PG.aspx">http://acreditacion.superdesalud.gob.cl/AcreditacionPublico/index_PG.aspx</a></p>
<p><b>Ficha Técnica de Prestadores Institucionales de Salud</b></p> <p>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><a href="http://webserver.superdesalud.gob.cl/bases/prestadoresinstitucionales.nsf/APS-Identificacion?openform">http://webserver.superdesalud.gob.cl/bases/prestadoresinstitucionales.nsf/APS-Identificacion?openform</a></p> <p>Fichas Técnicas de Prestadores</p> <p><a href="http://webserver.superdesalud.gob.cl/bases/prestadoresinstitucionales.nsf/FTC-Identificacion?OpenForm">http://webserver.superdesalud.gob.cl/bases/prestadoresinstitucionales.nsf/FTC-Identificacion?OpenForm</a></p>

Contenido	Enlace
<p><b>Sistema de Gestión de consultas de Acreditación Prestadores Institucionales de Salud</b></p> <p>Sistema que permite realizar consultas acerca de la interpretación de los Estándares y las normas del Sistema de Acreditación.</p>	<p><a href="http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-8381.html">http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-8381.html</a></p>
<p><b>Registro Nacional de Prestadores Individuales</b></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><a href="http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-5587.html">http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-5587.html</a></p>
<p><b>Registro de Entidades Acreditadoras Autorizadas</b></p> <p>Listado de Entidades Acreditadoras autorizadas por la Superintendencia de Salud.</p>	<p><a href="http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-6192.html">http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-6192.html</a></p>
<p><b>Registro de Prestadores Institucionales Acreditados</b></p> <p>Listado de Instituciones de Salud que han sido acreditadas.</p>	<p><a href="http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-6193.html">http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-6193.html</a></p>
<p><b>Decreto que determina la clasificación de la complejidad de Laboratorios Clínicos y Servicios de Imagenología.</b></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><a href="http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-6929.html">http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-6929.html</a></p>
<p><b>Circular IP N°26 de 2013</b></p> <p>Instrucciones para las Entidades acerca de la metodología de trabajo durante un proceso de Acreditación.</p>	<p><a href="http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-8677_recurso_1.pdf">http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-8677_recurso_1.pdf</a></p>



**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://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-8381.html>**

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

**[acreditación@superdesalud.gob.cl](mailto:acreditación@superdesalud.gob.cl)**