



## Intendencia de Prestadores

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

CIRCULAR IP/Nº 34

SANTIAGO, 05 ENE. 2015

### **MODIFICA LAS CIRCULARES SOBRE INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA INTERPRETACIÓN DE LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE PRESTADORES INSTITUCIONALES QUE INDICA.-**

**VISTOS:** Lo dispuesto en el N°1 del Artículo 121 del D.F.L. N° 1/2005, del Ministerio de Salud y en el "Reglamento sobre el Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud", aprobado por el Decreto Supremo N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud, todo ello en relación a lo previsto en el N° 2 de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud vigentes; lo dispuesto en la Circular IP/N°32, de 15 de octubre de 2014, que dicta instrucciones para la organización del "Compendio de Circulares que instruyen a las Entidades Acreditadoras sobre la interpretación de las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud" y deroga la Circular IP/N°19, de 21 de febrero de 2012; en las Circulares IP N° 8, de 19 de agosto de 2010; N°11, de 4 de abril de 2011; N°13, de 30 de junio de 2011; N°15, de 30 de septiembre de 2011; N°16, de 26 de octubre de 2011; N°17, de 30 de diciembre de 2011; N°22, de 20 de septiembre de 2012; N°23, de 26 de octubre de 2012; N°24, de 16 de mayo de 2013; N°25, de 14 de agosto de 2013; N°26, de 27 de septiembre de 2013; N°27, de 2 de diciembre de 2013; N°30, de 5 de junio de 2014; N°31, de 1° de julio de 2014; y N°33, de 16 de diciembre de 2014; en las siguientes actas de las sesiones del "Comité Asesor para la Interpretación de las Normas del Sistema de Acreditación de los Prestadores Institucionales" de esta Intendencia, a saber, la N° 4, de 25 de abril de 2014; N° 5, de 23 de mayo de 2014; N° 6, de 6 de junio de 2014; N° 7, de 20 de junio de 2014; N° 8, de 18 de Julio de 2014; y N° 9, de 3 de octubre de 2014; en la Resolución Exenta SS/N° 1972, de 7 de diciembre de 2012, y Afecta SS/N°98, de 30 de septiembre de 2014;

### **CONSIDERANDO:**

**1)** La necesidad de elaborar, perfeccionar y mantener instrumentos normativos que reflejen ordenada e integralmente las instrucciones e interpretaciones que esta Intendencia ha impartido a las Entidades Acreditadoras en ejercicio de las facultades que

le otorgan las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud señaladas en los Vistos precedentes, lo que ha llevado al establecimiento del "Compendio de Circulares que instruyen a las Entidades Acreditadoras sobre la interpretación de las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud";

**2)** La necesidad que tales instrumentos normativos sean suficientemente claros, de modo de asegurar la mejor comprensión de su jurisprudencia administrativa y la uniformidad de las evaluaciones de las Entidades Acreditadoras en los procedimientos de acreditación que les corresponde ejecutar, para lo cual se ha perfeccionado la organización y regulación del antedicho Compendio mediante la Circular IP/Nº32, de 15 de octubre de 2014;

**3)** Que el Compendio antedicho debe ser periódicamente actualizado, debiendo dictarse, en los próximos días, la "Versión Nº3" del mismo, donde se compilarán todas las Circulares dictadas con posterioridad a la "Versión Nº2" del mismo, aprobada con fecha 16 de mayo de 2013;

**4)** Que para tales efectos, y a fin que la "Versión Nº3" del antes señalado Compendio de cuenta del contenido actualizado de todas las circulares interpretativas dictadas hasta la fecha y del desarrollo del Sistema de Acreditación, resulta imprescindible proceder a la actualización de los textos que han sido modificados por otras Circulares actualmente vigentes, así como proceder a suprimir textos derogados o incompatibles con las nuevas normativas que rigen en ciertas materias, así como aquéllos que han quedado obsoletos o que actualmente resultan innecesarios, de modo de asegurar que la "Versión Nº3" del referido Compendio refleje cabalmente el estado actual del conjunto de la normativa del Sistema de Acreditación; y

**5)** Que, por lo mismo, resulta necesario dictar nuevas instrucciones que modifiquen y actualicen los textos de las instrucciones dictadas previamente;

**Y TENIENDO PRESENTE**, lo previsto en la Circular IP Nº 19, de 21 de febrero de 2012, que establece y organiza el "Compendio de Circulares Interpretativas sobre las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud", vengo en dictar la siguiente:

### **RESOLUCIÓN:**

**1º MODIFÍCANSE LAS CIRCULARES DE ESTA INTENDENCIA QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN, mediante las cuales se han dictado instrucciones a las Entidades Acreditadoras en materia de interpretación de las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, en los siguientes sentidos:**

**1.1. MODIFÍCASE la Circular IP Nº8, de 19 de agosto de 2010, en los siguientes sentidos:**

**1.1.1. SUSTITÚYENSE, los textos de los Nos. 1º y 5º de su numeral 1.1., que instruye sobre la interpretación del Artículo 16 del Reglamento**



del Sistema de Acreditación respecto de **la autorización sanitaria vigente como requisito de ingreso al Sistema de Acreditación, por los siguientes:**

"1. La existencia legal de un prestador institucional de salud, y de cada una de sus dependencias, es el resultado de la dictación y vigencia de las respectivas resoluciones de la Autoridad Sanitaria que autorizan la instalación y/o funcionamiento de dichos prestadores y de sus diversas instalaciones, equipos, así como de su ampliación, modificación y traslado. Dichas resoluciones, y los certificados y demás documentos oficiales que dan cuenta de ellas, son la única referencia auténtica respecto de las características del prestador, tales como la identidad de la persona natural o jurídica autorizada a instalar y/o hacer funcionar el establecimiento de salud, su estructura física, organizacional y de recursos humanos, así como respecto de sus instalaciones, equipos y funciones asistenciales. Tales resoluciones y los certificados y demás documentos oficiales que dan cuenta de ellas se entenderán vigentes siempre que no hayan sido expresamente dejadas sin efecto por la Autoridad Sanitaria."; y

"5. Los **Estándares Generales de Acreditación** se aplican y son evaluados **en la totalidad del establecimiento y abarcan su funcionamiento en general**. Por tanto, cuando se solicita la acreditación de un determinado prestador institucional, para ser evaluado en función de tales Estándares Generales, se deberá acompañar:

a) Copia auténtica de la resolución o certificado de la Autoridad Sanitaria que autorizó la **instalación** y el **funcionamiento** de dicho prestador institucional, o de los que den cuenta de ello;

b) Copias auténticas de las demás resoluciones, certificados o documentos oficiales de la Autoridad Sanitaria, mediante los cuales ésta haya autorizado la **ampliación, modificación o traslado** del establecimiento o de sus dependencias; y

c) Copias auténticas de las demás resoluciones, certificados o documentos oficiales mediante las cuales la Autoridad Sanitaria haya autorizado la **instalación, operación o funcionamiento** de las demás áreas, equipos u otras dependencias, que se ubiquen dentro de dicho establecimiento y en los que se desarrollen funciones asistenciales o actividades que, **de conformidad con la reglamentación vigente, requieran de una autorización sanitaria específica**, tales como las salas de toma de muestras, los laboratorios clínicos, los centro de diálisis, calderas, autoclaves y operadores de los mismos, las instalaciones radiactivas o los equipos generadores de radiaciones ionizantes.

Las copias de las resoluciones, certificados u otros documentos oficiales de la Autoridad Sanitaria señalados en los literales precedentes se considerarán **auténticas**, en la medida que hayan sido autorizadas ante Notario Público, o ante ministro de fe de la Autoridad Sanitaria.

No se requerirá acompañar todos los documentos antes señalados, en los casos de resoluciones sobre autorizaciones sanitarias que abarquen, conjuntamente, las diversas dependencias, instalaciones o equipos del establecimiento a que se refieren las letras a), b) y c) precedentes."

**1.1.2. MODIFÍCASE su numeral 2.1.4.** por el siguiente texto:

**"Sobre la cantidad de elementos medibles que posee esta Característica en los Estándares de Acreditación vigentes para Prestadores Institucionales de Atención Abierta y Cerrada, se aclara:**

Esta característica **posee sólo dos Elementos Medibles en ambos Estándares**, a saber:

**1) El primero**, relativo a los **documentos de carácter institucional** que en cada Estándar se señalan; y

**2) El segundo**, relativo a la **constatación del uso de consentimiento informado** en los casos que en cada Estándar se señalan.

En consecuencia, se aclara que **existe un error en los ejemplares de las Pautas de Cotejo correspondientes de los Manuales de los Estándares de Acreditación para Atención Abierta y Cerrada que fueran editados e impresos por esta Superintendencia** en el mes de mayo de 2009."

**1.1.3. SUSTITÚYASE su numeral 2.2.3.** por el siguiente texto, que amplía esta instrucción tanto respecto de prestadores de Atención Abierta como de Atención Cerrada:

**"Sobre la aplicabilidad de esta característica en un prestador que no tiene un policlínico de anticoagulantes orales, se aclara:**

Las Entidades Acreditadoras deberán aplicar esta característica en la evaluación de todos los prestadores institucionales en los que se prescribe tratamiento anticoagulante de uso crónico, tengan o no un policlínico específico."

**1.1.4. SUSTITÚYASE su numeral 2.4.2.** por el siguiente texto, que consolida, en una sola instrucción, diversas instrucciones que se han dictado respecto de la forma de constatar la habilitación legal de personas que ejercen profesiones auxiliares de la salud:

**"Sobre la forma en que se constata el cumplimiento de esta característica, tratándose de los Auxiliares Paramédicos y de los Auxiliares de Enfermería, se aclara:**

Los **Auxiliares Paramédicos** a que se refieren los elementos medibles de esta característica, son profesionales auxiliares regulados a nivel legal en el inciso segundo del Artículo 112 del Código Sanitario y, en el caso de los **Auxiliares de Enfermería**, su regulación de rango legal se encuentra en el Decreto Ley N° 2.147, de 1978.

La habilitación de los **Auxiliares Paramédicos**, en sus distintos tipos, se encuentra regulada por el "REGLAMENTO PARA EL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES AUXILIARES DE LA MEDICINA, ODONTOLOGIA Y QUIMICA Y FARMACIA QUE INDICA", aprobado por el Decreto Supremo N°1.704, de 1993, el cual se refiere a los siguientes tipos de Auxiliares Paramédicos:

- 1) Auxiliar Paramédico de Alimentación;**
- 2) Auxiliar Paramédico de Radiología;**
- 3) Auxiliar Paramédico de Radioterapia, Laboratorio y Banco de Sangre;**
- 4) Auxiliar Paramédico de Odontología; y**
- 5) Auxiliar Paramédico de Farmacia.**

Por su parte, la habilitación de los **Auxiliares de Enfermería** es reglamentada por el Decreto Supremo N° 261, de 1978, de ese mismo Ministerio.

Para los efectos de la constatación de tales habilitaciones, la Entidad Acreditadora, en primer lugar, verificará sus respectivas habilitaciones mediante el uso del **Registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud**, dejando constancia de ello.



Respecto de aquellos profesionales auxiliares de la salud que no se encuentren inscritos en el referido Registro, las Entidades Acreditadoras constatarán su habilitación legal verificando la existencia de los respectivos **certificados de competencias** emitidos por la autoridad sanitaria competente, o las copias auténticas de **la resolución de la autoridad sanitaria que los habilitó como tales.**

Los certificados y resoluciones antes referidos deben constar en documentos originales o ser copia fiel de su original, esto es, autenticado ante Notario Público o por funcionario público del organismo que emitió el documento (Ej.: SEREMI de Salud) o por el ministro de fe del prestador institucional de salud público, debidamente instituido al efecto.

Finalmente, se aclara que la referencia que en la columna de "Observaciones" de la Pauta de Cotejo de esta característica se formula respecto "***del curso de 1600 horas según Programa del MINSAL***", debe entenderse referido a los requisitos que el D.S. N° 1.704/93, del Ministerio de Salud, exige a **quienes ejercen las profesiones auxiliares de la Medicina, Odontología y Química y Farmacia**; el requisito horario anterior es ligeramente diverso en el caso de **los Auxiliares de Enfermería**, regulados por el D.S. N° 261/78, del Ministerio de Salud, para quienes la extensión mínima del curso de formación es de "**nueve meses calendario, con un mínimo de 1.500 horas**". Debe tenerse presente, a ese respecto, que dichas exigencias son evaluadas por la autoridad sanitaria respectiva al momento de otorgar el certificado de competencia que habilita al profesional auxiliar. Se aclara, por tanto, que **no es función de la Entidad Acreditadora evaluar la extensión horaria de tales cursos de formación, sino la existencia de los certificados o resoluciones** que al respecto hayan emitido las autoridades sanitarias.

**1.1.5. SUSTITÚYASE su numeral 2.4.4.** por el siguiente texto, atendida la entrada en vigencia del nuevo "Reglamento de Certificación de las Especialidades de los Prestadores Individuales de Salud y de las Entidades que la Otorgan", aprobado por el D.S. N°8, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Educación, y publicado en el Diario Oficial con fecha 1° de julio de 2013:

**"Sobre la forma de constatar las especialidades y subespecialidades de los médicos y odontólogos, se aclara:**

Según el nuevo "Reglamento de Certificación de las Especialidades de los Prestadores Individuales de Salud y de las Entidades que la Otorgan", aprobado por el D.S. N°8, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Educación, y publicado en el Diario Oficial con fecha 1° de julio de 2013, durante el actual Régimen Transitorio de reconocimiento de especialidades se reconocen como certificadas las especialidades de médicos y odontólogos que se encuentren en las situaciones que se señalan los Artículos 2° y 3° Transitorios de ese reglamento.

Atendido lo anterior, para acogerse a ese reconocimiento los profesionales interesados deben solicitar la incorporación de su especialidad en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud y **solo a partir de su inscripción en ese Registro se genera el reconocimiento oficial y público de la especialidad respectiva.**

En consecuencia, las Entidades Acreditadoras **sólo podrán constatar la certificación de las especialidades de los médicos y odontólogos, verificando la inscripción de tales especialidades o subespecialidades en el antes referido registro público.**"

**1.1.6. DERÓGASE su numeral 2.4.5.,** atendida la entrada en vigencia del nuevo "Reglamento de Certificación de las Especialidades de los Prestadores Individuales de Salud y de las Entidades que la Otorgan", aprobado por el D.S. N°8, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Educación, y publicado en el Diario Oficial con fecha 1° de julio de 2013.

**1.2. MODIFÍCASE la Circular IP N°11, de 4 de abril de 2011,** en los siguientes sentidos:

**1.2.1. SUSTITÚYESE el texto de su numeral 2.4.1.** por el siguiente:

**"Sobre la aplicabilidad de la exigencia del procedimiento de "inmunizaciones y manejo de cadena de frío" del Primer Elemento Medible en las Características GCL 1.2 AC y GCL 1.3 AA en aquellas instituciones que administran vacunas (por ejemplo, BCG en el recién nacido, anti hepatitis B al personal, antirrábica y antitetánica a pacientes en Servicio de Urgencia, o participación ocasional en campañas de vacunación para influenza) pero que no poseen un vacunatorio propiamente tal, se aclara:**

Si el prestador administra vacunas, aplican a su respecto las exigencias de esta característica en el punto de verificación "vacunatorio", aunque no exista una dependencia con esa denominación. En tal caso, se aclara que la verificación debe realizarse en los lugares donde se realice el almacenamiento y administración de las vacunas."

**1.2.2. MODIFÍCASE el texto de su numeral 2.4.2.** en el sentido que dicha instrucción está referida exclusivamente a la aplicabilidad de la característica que allí se señala a **"los pacientes traumatológicos hospitalizados en camas indiferenciadas"**.

**1.2.3. SUSTITÚYESE el texto de su numeral 2.4.3.** por el siguiente, haciendo aplicable dicha instrucción tanto a los prestadores institucionales de Atención Abierta como a los de Atención Cerrada:

**"Sobre si los prestadores institucionales deben contar, o en su defecto tener acceso, a un comité oncológico médico, se aclara:**

Deben contar, o tener acceso, a un comité oncológico médico cuando en el prestador institucional se adopten decisiones sobre el tratamiento oncológico de los pacientes."

**1.2.4. DERÓGASE su numeral 2.6.1.,** por innecesario.

**1.2.5. SUSTITÚYESE su numeral 2.6.4.** por el siguiente texto, atendida la entrada en vigencia del nuevo "Reglamento de Certificación de las Especialidades de los Prestadores Individuales de Salud y de las Entidades que la Otorgan", aprobado por el D.S. N°8, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Educación, y publicado en el Diario Oficial con fecha 1° de julio de 2013:



**“Sobre si la certificación de especialidades médicas y odontológicas a que se hace alusión en esta característica, sólo considera las que están consignadas en los listados del “Reglamento de Certificación de Especialidades de los Prestadores Individuales de Salud y de las Entidades que las Otorgan”, aprobado por el D.S. N°8/2013, de los Ministerios de Salud y Educación, se aclara:**

El Sistema de Certificación de Especialidades y Subespecialidades de los Prestadores Individuales de Salud, regulado por el reglamento antedicho, incorpora nominativamente a las especialidades (primarias y derivadas) cuya certificación y reconocimiento oficial se rigen por sus normas. **Tal incorporación se efectúa mediante su inclusión en el listado de especialidades primarias y derivadas (subespecialidades) que se contiene en el Artículo 2° de dicho Reglamento.**

En consecuencia, **sólo las especialidades primarias y derivadas de la medicina y de la odontología, que se encuentran comprendidas en esa disposición reglamentaria pueden ser evaluadas** en el marco de los procedimientos de acreditación de prestadores institucionales.”

**1.2.6. SUSTITÚYASE su numeral 2.6.5.** por el siguiente texto:

**“Sobre la forma de constatar que se ha ejecutado el programa de orientación de que trata esta característica, se aclara:**

“La Entidad Acreditadora deberá verificar el cumplimiento del programa de orientación a través de las nóminas que identifican al personal que ha recibido la orientación, debiendo, además, verificar su autenticidad por algún medio de prueba adicional, tales como:

- Entrevistas al personal nuevo;
- Constancia documental de haber recibido la orientación, firmada por parte del personal nuevo;
- Constancia en las hojas de vida del personal nuevo; u
- Otros antecedentes equivalentes.

Respecto a la evaluación cuantitativa destinada a considerar cumplido el programa, se recomienda utilizar las siguientes orientaciones, basadas en el Oficio Circular IP N° 2, del 19 de Agosto 2010, sobre “Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno”:

<b>N° Funcionarios nuevos*</b>	<b>N° Mínimo de constataciones positivas</b>
1	1
2-3	2
4	3
5	4
6-7	5
8	6
9-10	7

\*En cada punto de verificación

**1.3. MODIFÍCASE la Circular IP N°13, de 30 de junio de 2011,** en los siguientes sentidos:

**1.3.1. SUSTITÚYESE el texto de su numeral 2.1.1,** que instruye sobre cómo se debe constatar por las Entidades Acreditadoras que se **compran prestaciones a un prestador con autorización sanitaria vigente, cuando este último es un prestador público dependiente de un Servicio de Salud cuyo inicio de funcionamiento es anterior al día 9 de febrero de 2006,** por el siguiente:

"Debe tenerse presente que, en virtud de lo dispuesto en el N°2 del D.S. N°152/05, Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 8 de febrero de 2006, **los hospitales dependientes de los Servicios de Salud,** en funcionamiento a esta última fecha, no requieren de una nueva autorización sanitaria, otorgada de conformidad con el "Reglamento de Hospitales y Clínicas" (D.S. N°161, de 1982, del Ministerio de Salud).

Asimismo, mediante el N°2, del D.S. N°141/05, MINSAL, publicado en la misma fecha antedicha, se dispuso que las **salas de procedimiento** y los **pabellones de cirugía menor** de **establecimientos públicos de salud,** que se encontraban en funcionamiento, a esa misma fecha, no requieren de nueva autorización otorgada de conformidad con el "Reglamento sobre Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor" (D.S. N°283/97, MINSAL).

Por tanto, los medios idóneos para que se constate por la Entidad Acreditadora la autorización sanitaria de los hospitales dependientes de los Servicios de Salud y de las **salas de procedimiento** y los **pabellones de cirugía menor** de **establecimientos públicos de salud,** que se encontraban en funcionamiento **al día 8 de febrero de 2006,** estarán constituidos por **cualquier medio que genere convicción en la Entidad respecto de dicha circunstancia,** el que consignará en su respectivo informe, los que podrán ser documentos oficiales que acrediten su funcionamiento a esa fecha, tales como un certificado emitido por el Director del Servicio de Salud, del Director del Hospital, tratándose de los hospitales, y de la Municipalidad o de la Corporación Municipal respectiva, así como del Director del respectivo Consultorio o CESFAM.

Si el funcionamiento de tales hospitales o centros asistenciales públicos de atención abierta antes señalados, al 8 de febrero de 2006, fuere un hecho público y notorio, la entidad así lo consignará en su informe.

Los servicios de apoyo de esa clase de prestadores públicos que iniciaron su funcionamiento, o que modificaron su estructura, después del 8 de febrero de 2006, requieren la obtención de su autorización sanitaria de conformidad con los respectivos reglamentos vigentes."

**1.3.2. DERÓGASE** su numeral 2.2.1.2. por innecesario, atendido lo dispuesto en el numeral 3.1.3. de la Circular IP N°31, de 1° de julio de 2014.

**1.3.3. SUSTITÚYESE el texto de su numeral 2.2.5.1.,** que instruye sobre **sobre el sentido y alcance del concepto "stock mínimo de medicamentos e insumos":**

"En el Glosario de los diversos Manuales de los Estándares Generales de acreditación se define "**stock mínimo de medicamentos e insumos**", como la "**existencia o reserva mínima de medicamentos e insumos clínicos que**



**se debe mantener para asegurar el otorgamiento oportuno de un tratamiento médico impostergable".**

Por tanto, caen dentro de esta categoría, por ejemplo, los medicamentos e insumos (catéteres, sondas, etc.) relacionados con cuadros o complicaciones que demandan intervención inmediata, como en los casos de hipertermia maligna, shock anafiláctico, arritmias u otros.

Dichos medicamentos e insumos, deberán estar disponibles de manera independiente a los Carros de Paro del prestador, atendido que éstos son para la atención exclusiva de un paro cardiorrespiratorio."

**1.3.4. SUSTITÚYESE el segundo párrafo de la instrucción contenida en su numeral 2.2.5.3., por el siguiente:**

"Si el prestador, además, compra servicios de hemodiálisis o peritoneodiálisis para sus pacientes crónicos, también le es aplicable la característica APD 1.1."

**1.3.4. DERÓGASE, por innecesario, el segundo párrafo de la instrucción contenida en su numeral 2.2.5.4..**

**1.4. MODIFÍCASE la Circular IP N° 15, de 30 de septiembre de 2011, SUSTITUYENDO el texto de su numeral 2.4.1.,** que instruye sobre si a un prestador institucional de **Atención Cerrada** que externaliza los servicios de diálisis de pacientes crónicos, le es aplicable la **Característica APD 1.2. AC, de obligatorio cumplimiento**, por el siguiente:

"Cuando un prestador externaliza tales servicios, la **Característica Obligatoria APD 1.2 AC no resulta aplicable** a la evaluación del prestador en evaluación."

**1.5. MODIFÍCASE la Circular IP N° 17, de 30 de diciembre de 2011,** en los siguientes sentidos:

**1.5.1. MODIFÍCASE su numeral 2.2.2.1.,** por el siguiente, en el sentido de aclarar que dicha instrucción es solo aplicable para la **Característica GCL 1.1** del Manual del **Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada.**

**1.5.2. SUSTITÚYESE el texto de su numeral 2.2.2.2.**  
por el siguiente:

"**Sobre la aplicabilidad de la exigencia del procedimiento de cadena de frío e inmunizaciones de las Características GCL 1.2 AC y GCL 1.3 AA en aquellas instituciones que administran vacunas sólo a sus funcionarios y no al público, se aclara:**

Sí, tal procedimiento de esta Característica aplica en la evaluación de estos prestadores en esa circunstancia."

**1.5.3. SUSTITÚYESE el texto de su numeral 2.2.4.8.**

por el siguiente:

**"Sobre la admisibilidad de exhibir a las Entidades registros centralizados de las capacitaciones, se aclara:**

Los registros de asistencia a la capacitación pueden centralizarse. Sin embargo, lo que debe constatarse en los servicios clínicos, no es la asistencia de las personas a capacitación, día por día, sino **el registro de la cobertura y periodicidad** de la capacitación al personal del establecimiento, todo ello con la finalidad que la jefatura respectiva tenga conocimiento de la cobertura de sus programas de capacitación y pueda diseñar y actualizarlos periódicamente."

**1.5.4. DERÓGASE su numeral 2.2.5.1.,** atendido lo dispuesto en el numeral 2.1. de la Circular IP N°27, de 2 de diciembre de 2013.

**1.5.5. SUSTITÚYESE el texto de su numeral 2.2.8.1.**

por el siguiente:

**"Sobre a cuáles unidades clínicas se refiere la Característica APF 1.3 AC** que señala: *"Se mantiene un stock mínimo de medicamentos e insumos predefinido en las unidades de pacientes de mayor riesgo"*, **se aclara:**

El prestador institucional debe definir, en un documento de carácter institucional, cuáles son las unidades de pacientes de mayor riesgo, en las que debe mantenerse el stock mínimo de medicamentos e insumos. Dicho stock debe estar definido de acuerdo a la clase de pacientes que se atienden en el prestador, comprendiendo entre tales unidades, al menos, a las Unidades de Paciente Crítico, y podrá comprender otras unidades que atienden pacientes de mayor riesgo, tales como el Servicio de Urgencia, Pabellón Quirúrgico, Diálisis u otras que el propio prestador señale en su documento institucional.

Se aclara, asimismo, que esta característica se constata **en la Unidad de Farmacia, en los términos dispuestos en el N°5 del acápite "B." de la Introducción de la Pauta de Cotejo** de los Estándares de Acreditación vigentes.

**1.5.6. DERÓGASE su numeral 2.2.9.1.** por haberse refundido su texto con el nuevo numeral 2.2. de la Circular IP N° 27, de 2 de diciembre de 2013.

**1.6. MODIFÍCASE la Circular IP N° 23, de 26 de octubre de 2012,** en los siguientes sentidos:

**1.6.1. SUSTITÚYASE el texto de la instrucción contenida en el numeral 3.1.5.,** por el siguiente:

"Atendido lo dispuesto en la Ley N° 20.584, sobre Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud y en el "Reglamento para la constitución y funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial", aprobado por el D.S. N°62, de 2013, las Entidades Acreditadoras deben constatar esta exigencia según lo que señalado en el Artículo 2° de este reglamento, a saber:



"Los comités son órganos colegiados de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para analizar y asesorar sobre los conflictos éticos que se susciten como consecuencia de la atención de salud, para contribuir a mejorar la calidad de la atención y proteger los derechos de las personas en relación con ella."

Agrega su inciso segundo que tales comités: **"Podrán constituirse en todos los prestadores institucionales, tanto públicos como privados. Sin embargo, su creación será obligatoria en los siguientes establecimientos siempre que presten atención cerrada, y centros hospitalarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud que hayan obtenido su reconocimiento como establecimientos de autogestión en red, para los establecimientos de salud de carácter experimental u otros que se clasifiquen como de alta complejidad o especialización. Los establecimientos que no cuenten con un comité deberán adscribirse al comité de otro prestador institucional que lo haya constituido, al cual deberán derivarse las materias propias de su competencia que se originen en su propio establecimiento."**

**Observación:** La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de un año de la dictación de la presente Circular.

**1.6.2. AGRÉGASE a su numeral 3.2.1.** el siguiente párrafo final:

"Para efectos de la sumatoria del puntaje, el resultado de la evaluación se consignará en la columna correspondiente al Punto de Verificación 'PQ Obst-gine'."

**1.6.3. DERÓGASE su numeral 3.3.1.,** por innecesario.

**1.6.4. SUSTITÚYESE el texto de la instrucción contenida en el numeral 3.3.2.,** por el siguiente:

**"Sobre si esta característica es aplicable a las Unidades de Centros de Sangre que tienen en sus dependencias áreas técnicas de Laboratorio Clínico, se aclara:**

Si el prestador ha definido que la notificación de resultados críticos de exámenes de áreas técnicas del Laboratorio Clínico que se realizan en el Centro de Sangre se efectúen en dicho centro, entonces la constatación se realizará en el Centro de Sangre y los resultados de tales constataciones deben consignarse, junto con los propios del Laboratorio Clínico, en la columna APL de la Pauta de Cotejo."

**1.6.5. SUSTITÚYESE el texto de la instrucción contenida en el numeral 3.4.3.,** por el siguiente:

**"Sobre el tipo y características del programa de capacitación en prevención y control de infecciones y Reanimación Cardiopulmonar (RCP), se aclara:**

Atendido lo dispuesto en su primer elemento medible, es el propio prestador el que debe definir el programa de capacitación que entregará al personal que participa en la atención directa de pacientes. En ese sentido, el **Glosario** del Estándar define qué debe entenderse por tal programa y sus características.

Dicho programa y su cronograma deben constar por escrito, y señalar la forma en que se dará cumplimiento a la cobertura exigida en el Segundo Elemento Medible, no exigiendo el Estándar vigente un mínimo de horas para su ejecución.

Las capacitaciones en RCP, pueden ser en RCP Básica o Avanzada, según lo establezca el prestador en su programa.

Asimismo, dicho programa debe incluir a todo el personal que participa en atención directa de pacientes, desde los auxiliares de enfermería a todo el resto del personal clínico, incluyendo en ello al personal que ejerce funciones transitorias.

Es admisible que tal capacitación sea ejecutada por profesionales de la propia institución y, en caso que sea ejecutada por organismos o profesionales externos, se aclara que el Estándar vigente no exige que tales organismos o profesionales cuenten con alguna clase de certificación oficial para esos efectos.

Por último, debe señalarse que constituye una buena práctica incluir en tales capacitaciones al personal administrativo que toma contacto directo con pacientes, lo que no constituye una exigencia del Estándar vigente."

**1.6.6. SUSTITÚYESE el texto de la instrucción contenida en el numeral 3.4.4., por el siguiente:**

**"Sobre qué porcentaje de cumplimiento de la cobertura de las capacitaciones se debe demostrar en el primer proceso de acreditación y con qué retrospectividad, se aclara:**

La programación de la capacitación debe ser razonable y atingente a la realidad del prestador, de modo que se asegure la cobertura del 100% de capacitación en el plazo de 5 años. Por lo mismo, ello no significa que dicho programa deba estar ejecutado en su totalidad al momento en que la Entidad Acreditadora efectúe sus constataciones en terreno.

Dicha programación debe estar desagregada según los puntos de verificación que señala la Pauta de Cotejo al respecto y de acuerdo a la realidad local del prestador.

Asimismo, debe tenerse presente que, si bien no se exige demostrar un determinado grado de cobertura mínima ya ejecutada, el prestador debe demostrar que **ya ha iniciado las capacitaciones**, toda vez que el Segundo Elemento Medible se refiere a "**capacitaciones realizadas**".

La retrospectividad de la evaluación de esta Característica, en el primer procedimiento de acreditación, abarca un período de 6 meses."

**1.6.7. SUSTITÚYESE el texto de la instrucción contenida en su numeral 3.5.1., por el siguiente:**

**"Sobre si es aceptable que partes de las fichas clínicas de pacientes, relativas a prestaciones o situaciones clínicas específicas, tales como hemodiálisis, VIH, TBC, u otras, se mantengan en los Servicios o Unidades respectivos, se aclara:**

Si en el documento de carácter institucional al que se refiere el Primer Elemento Medible de esta característica, se ha establecido que las fichas clínicas de pacientes, o alguna de sus partes, relativas a una prestación específica, **tales como hemodiálisis, VIH, TBC u otras**, podrán mantenerse en los servicios o unidades respectivos, es admisible que así se proceda, en la medida que se dé cumplimiento a lo aclarado en los Numerales 1.1. y 1.2. de la Circular IP N° 16, de 26 de octubre de 2011.



Lo anterior implica que se mantenga la debida vinculación de las distintas partes de la ficha clínica mediante el uso de un código único de identificación y que exista un procedimiento explícito destinado a asegurar que los diversos profesionales que intervengan en la atención del paciente puedan acceder a la integralidad de la información en ellas contenidas."

**1.6.8. DERÓGASE su numeral 3.7.4.1., por encontrarse dicha instrucción incluida en el literal f) del numeral 3.6.2. de la Circular IP N°24, de 16 de mayo de 2013.**

**1.7. MODIFÍCASE la Circular IP N° 24, de 16 de mayo de 2013,** en los siguientes sentidos:

**1.7.1. SUSTITÚYESE su numeral 3.1.1** que instruye **sobre la generalidad o especificidad de los formularios destinados a dejar constancia del consentimiento informado del paciente,** por el siguiente:

"Tanto la Característica DP 2.1 de los diferentes Manuales de los Estándares de Acreditación, como la Ley N°20.584 y su "Reglamento sobre Entrega de información y Expresión de Consentimiento Informado en las Atenciones de Salud", no exigen que la antedicha información deba constar en un formulario diverso o específico para cada tipo de procedimiento, o ser uno genérico, siempre que en él conste que se ha recibido la información por parte del paciente o de su representante legal, quedando a discreción del prestador, de acuerdo a sus recursos y realidad local, poseer formularios genéricos o específicos para los diversos procedimiento destinados a tales efectos. En todo caso, es deber del prestador resguardar el objetivo principal del procedimiento relativo a la obtención del consentimiento informado del paciente, esto es, que, efectivamente, al paciente se le entregue la información que en cada caso corresponda."

**1.7.2. SUSTITÚYESE su numeral 3.5.4.** que instruye sobre **el plazo en que se debe guardar y respaldar la ficha clínica:**

"De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 11 del "**REGLAMENTO SOBRE FICHAS CLÍNICAS**", aprobado por el D.S. N°41/2012 del Ministerio de Salud: "Las fichas clínicas deben ser conservadas en condiciones que garanticen el adecuado acceso a las mismas, que se establece conforme a este reglamento, durante el **plazo mínimo de quince años contados desde el último ingreso de información que experimenten.**"

El antedicho deber es aplicable a toda clase de prestadores de salud, tanto institucionales como individuales, ya sean del ámbito público como del privado, según lo expresa el Artículo 1° de ese reglamento."

**1.7.3. SUSTITÚYESE su numeral 3.5.5.** que instruye sobre **qué debe entenderse por "ambulancia de urgencia" para los efectos de la constatación de esta característica:**

"Las ambulancias de urgencias son aquellas que se utilizan en el traslado de pacientes en situación de urgencia **o que pudieren presentar una situación de urgencia.** Por tanto, esta exigencia es aplicable a las ambulancias de

traslado de pacientes que, por su situación clínica, pudieren presentar una situación de urgencia durante dicho trayecto.”

**1.7.4. SUSTITÚYESE su numeral 3.5.6.** que instruye sobre **si es admisible que el informe de evaluación del riesgo de incendio sea realizado por una Empresa externa del área de la prevención o por un bombero de manera individual**, por el siguiente:

“Es admisible, siempre que ese informe **se entregue** a la Compañía de Bomberos local y que, a lo menos, **conste por escrito su recepción** en dicha compañía de bomberos.”

**1.8. MODIFÍCASE la Circular IP N° 25, de 14 de agosto de 2013**, en los siguientes sentidos:

**1.8.1. SUSTITÚYESE el texto de su numeral 3.3.2.**, por el siguiente:

“**Sobre cómo deben ser evaluados, en los procesos de acreditación, los profesionales y técnicos, que pertenecen a profesiones diversas a las señaladas en los Elementos Medibles de las Características RH 1.1 y 1.2 de los diferentes Estándares de Acreditación, tales como bacteriólogos, fisioterapeutas, podólogos, u otros, se aclara:**

En el Ambito de Recursos Humanos de los Estándares del Sistema de Acreditación sólo son materia de constatación por las Entidades Acreditadoras las certificaciones de las habilitaciones legales relativas a **las profesiones que se señalan expresamente en los diversos Elementos Medibles de las características RH 1.1 y RH 1.2.**

Por tanto, respecto de los demás profesionales o técnicos que poseen títulos o habilitaciones no considerados en dichos elementos medibles, como es el caso de los bacteriólogos, fisioterapeutas, podólogos u otros, **no resultan aplicables** a su respecto las constataciones que exigen dichos Elementos Medibles.”

**1.8.2. SUSTITÚYESE el texto de su numeral 3.5.2.**, por el siguiente:

“**Sobre si la evaluación de la característica EQ 2.2 debe considerar los equipos de medición de exámenes de laboratorio clínico que se utilizan directamente en las unidades clínicas, se aclara:**

Los equipos de medición de exámenes de laboratorio clínico que se utilizan directamente en las unidades clínicas no son homologables a ninguno de los equipos comprendidos en las actuales exigencias del Sistema de Acreditación, atendido que, en la mayoría de los casos, sus resultados son referenciales. Por lo mismo, **no se encuentran actualmente comprendidos en las evaluaciones** exigidas por el Sistema de Acreditación.”

**1.8.3. Atendido lo dispuesto en el numeral 3.6.1.1. de la Circular IP N°31, de 1° de julio de 2014, DERÓGANSE su numeral 3.6.1.1.** y la frase final de su numeral 3.6.1.2. que señala “y, todo ello, en concordancia con lo aclarado en el numeral 3.6.1.1. precedente”.



**1.8.4. SUSTITÚYESE el texto de su numeral 3.6.3.1.,**  
por el siguiente:

**“Sobre si son objeto de evaluación los móviles del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) en el prestador público evaluado, se aclara:**

En tales casos, **no aplica el Componente APT** de los diferentes Estándares en las evaluaciones, atendiendo las particularidades del Servicio de Transporte de Atención Médica de Urgencia (SAMU).”

**1.9. MODIFÍCASE la Circular IP N° 26, de 27 de septiembre de 2013, SUSTITUYENDO el texto de su numeral 2.2.6., por el siguiente:**

**“Consultas a la Intendencia:** La Entidad Acreditadora podrá realizar consultas a la Intendencia relativas a la correcta interpretación de los estándares, durante el desarrollo de la evaluación en terreno. Estas consultas deberán ser remitidas a través del sistema de Recepción de consultas sobre el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud que la Intendencia ha dispuesto para ello en el portal web de la Superintendencia de Salud: **[www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-8381.html](http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-8381.html)**. En caso que la Entidad Acreditadora requiera que las respuestas sean remitidas por la Intendencia de Prestadores antes de que termine su visita al prestador, deberá seleccionar, en el Sistema Informático de Recepción de Consultas sobre el Proceso de Acreditación de esta Intendencia, la casilla **“En proceso de evaluación en terreno de la Entidad Acreditadora”**.

Por otra parte, si la Entidad Acreditadora requiere realizar cualquier otra consulta atingente al Sistema de Acreditación, tales como cumplimiento de plazos, facultades y obligaciones de la entidad y del prestador, entre otras, debe remitirlas a la Unidad de Fiscalización en Acreditación de esta Intendencia, a través de la casilla **[acreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:acreditacion@superdesalud.gob.cl)**.”

**1.10. MODIFÍCASE la Circular IP N° 27, de 2 de diciembre de 2013, en los siguientes sentidos:**

**1.10.1. SUSTITÚYASE el texto de su numeral 2.2., por el siguiente:**

**“Sobre cómo constatar los indicadores, umbrales y la evaluación periódica de una característica, cuando a un mismo Servicio Clínico le es aplicable más de un Punto de Verificación, en el que hay que medir los mismos procedimientos o criterios asistenciales, se aclara:**

“Si a un mismo Servicio Clínico le son aplicables varios Puntos de Verificación de una misma característica (como, por ejemplo, en un Servicio Médico-Quirúrgico que cuenta con Medicina y Cirugía, o un Pensionado que cuenta con Medicina, Cirugía y Ginecobstetricia) la Entidad constatará que se haya definido un indicador y umbral de cumplimiento por cada Punto de Verificación señalado en la Pauta de Cotejo. En este sentido, se aclara que cada prestador tiene la libertad para definir un mismo indicador para cada Punto de Verificación, o definir indicadores diversos. En todo caso, cada Punto de Verificación señalado en dicha Pauta debe contar con un indicador.

En tal sentido, si el Prestador definió un mismo indicador para cada Punto de Verificación, al momento de constatarse la evaluación periódica de dichos indicadores, éstos pueden evaluarse como un indicador único, siempre que dicha evaluación efectivamente comprenda cada uno de los diversos tipos de pacientes que se atiendan en el respectivo Servicio. Tales pueden ser, por ejemplo, los casos de las Características GCL 1.12, sobre "Proceso de Identificación de Paciente", y GCL 3.3, relativo a las actividades de supervisión de las normativas de control y prevención de las IAAS.

Hace excepción a esta regla lo instruido respecto de la Característica **GCL 1.1 AC**, en el numeral 2.2.2.1. de la Circular IP N°17, de 30 de diciembre de 2011, en el caso de contar con un Pabellón Quirúrgico indiferenciado, caso en el cual, tanto el indicador, el umbral, como su evaluación periódica, deben definirse y realizarse, respectivamente, de manera separada para cada Punto de Verificación."

**1.10.2. SUSTITÚYASE el texto de su numeral 2.3.,** por el siguiente:

**"Sobre qué características de los diferentes Estándares son aplicables a los prestadores respecto de los pacientes "recién nacidos sanos", se aclara:**

Atendido que el Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales se basa en la implementación progresiva de estándares mínimos que deben cumplir los establecimientos de salud, debe tenerse presente que, **respecto de los recién nacidos sanos**, a los prestadores **solo les resulta aplicable la Característica GCL 1.12 del Manual de Atención Cerrada**, relativa a la identificación de pacientes, independiente de la Unidad o Servicio Clínico en el que se encuentre. Para efectos de la sumatoria del puntaje, el resultado de la evaluación se consignará en la columna correspondiente el Punto Verificador "Neo"."

**1.10.3. SUSTITÚYESE el texto de su numeral 3.2.1.,** por el siguiente:

**"Sobre si resulta aplicable la Característica GCL 1.1, relativa al procedimiento de evaluación pre anestésica, en los procedimientos imagenológicos con uso de anestesia regional o general, se aclara:**

Esta característica resulta aplicable a los procedimientos imagenológicos que **requieren anestesia regional o general y se realizan en pabellón.**

Para efectos de la asignación del puntaje en el caso de los prestadores de **Atención Cerrada**, el resultado de la evaluación de estos procedimientos imagenológicos, se llevará a cabo en la columna del punto verificador **Pabellón General ("PQ")**.

Para efectos de la asignación del puntaje en el caso de los prestadores de **Atención Abierta**, el resultado de la evaluación de estos procedimientos imagenológicos, se llevará a cabo en la columna del punto verificador **Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria ("CMA")**."

**1.10.4. SUSTITÚYESE el texto de su numeral 3.2.3.,** por el siguiente:

**"Sobre si para dar cumplimiento al Segundo Elemento medible de la Característica GCL 3.1 del Estándar de Acreditación para**



**Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, el profesional no médico, que allí se refiere, solo puede ser Enfermera/ro, se aclara:**

La exigencia del Segundo Elemento Medible de la Característica **GCL 3.1 AC** debe entenderse en correspondencia con lo dispuesto en el **"Componente GCL 3"** del Ámbito de Gestión Clínica, a saber: **"el prestador ejecuta un Programa de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) de acuerdo a orientaciones técnicas vigentes del MINSAL"**. En tal sentido debe señalarse que, actualmente, tales orientaciones se contienen en la **Norma Técnica N° 124, sobre Programas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), aprobada por el Decreto Exento N° 350, de 2011, del Ministerio de Salud**, y de conformidad con lo dispuesto en el **literal a.2 de su numeral 1.5**, para el ejercicio de la función de Encargado(da) del Programa de IAAS, **en el caso del personal no médico**, solo resulta admisible designar, a un(a) profesional de la **Enfermería.**"

**1.10.5. SUSTITÚYESE la instrucción contenida en su numeral 3.5.3.1., por la siguiente:**

**"Sobre qué Características de los Componentes APT<sub>r</sub>, APCs y APDs, debe evaluar la Entidad en aquellos prestadores que compran a terceros los servicios de transfusión de hemocomponentes y en que los pacientes son transfundidos en el prestador evaluado por el tercero al cual le compra la prestación, se aclara:**

En tales casos resultan aplicables únicamente las características relativas a la compra y trazabilidad de los hemocomponentes, esto es, las **Características APT<sub>r</sub> 1.1 y APT<sub>r</sub> 1.3."**

**1.11. MODIFÍCASE la Circular IP N° 31, de 1° de julio de 2014, SUSTITUYÉNDOSE la instrucción contenida en su numeral 2.1., por la siguiente:**

**"2.1. Sobre el lugar en el que debe constar la identificación de los pacientes, para los efectos de evaluar correctamente aquellas Características de los Estándares de Acreditación vigentes que exigen la constatación de la identificación de pacientes, como por ejemplo, en las Características GCL 1.12 AC, GCL 1.9 AA y GCL 1.5 del Estándar General de Atención Psiquiátrica Cerrada, se aclara:**

La identificación de los pacientes deberá hacerse constar mediante **instrumentos que figuren en el paciente y no solo en su entorno** (ejemplo: brazalete de identificación en muñeca u otra localización), de modo que se asegure que, en cualquier circunstancia, dicho paciente resulte identificable.

En caso que la Entidad constatará que la identificación no figura en el paciente, debe cerciorarse que dicho caso corresponde a una situación excepcional, atendiendo a una determinada condición clínica que impida que dicha identificación conste en el paciente (como podría ser en el caso de algunos pacientes psiquiátricos o grandes quemados). Dicha situación excepcional deberá figurar en el documento institucional que describa el procedimiento de identificación de pacientes del Prestador exigido en el Primer Elemento Medible.

**Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten a partir de un año después de la dictación de la presente Circular."**

## **2° VIGENCIA DE LAS NORMAS DE LA PRESENTE CIRCULAR:**

**2.1.** La presente Circular entrará en vigencia **desde su notificación, por carta certificada**, a las Entidades Acreditadoras autorizadas.

**2.2. EXCEPTÚANSE** de lo anterior, las instrucciones de la presente Circular para las cuales ésta les ha asignado, expresamente, un plazo especial diverso para su entrada en vigencia.

**3° INCORPÓRENSE** los contenidos de la presente Circular a la próxima versión del **"Compendio de Circulares que instruyen a las Entidades Acreditadoras sobre la interpretación de las Normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de salud"** y **EMÍTASE** por el Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia la **Versión N° 3** del antedicho Compendio.

**4° NOTIFÍQUESE por carta certificada** la presente circular a los representantes legales de las Entidades Acreditadoras.

**5° TÉNGASE PRESENTE** que, atendido lo previsto en el Artículo 41 de la Ley N°19.880, la presente resolución es susceptible de los recursos administrativos de reposición y jerárquico, dentro del plazo de 5 días siguientes a su notificación ante este Intendente; asimismo, en subsidio del recurso antedicho, podrá interponerse el recurso jerárquico. Si sólo se interpusiere este último recurso, deberá interponerse para ante el Superintendente, dentro del plazo antedicho. Asimismo, cualquier interesado podrá solicitar aclaración de la presente resolución.

**COMUNÍQUESE, REGÍSTRESE Y PUBLÍQUESE EN LA PÁGINA WEB DE ESTA SUPERINTENDENCIA.**

  
**DR. ENRIQUE AYARZA TAMÍREZ**  
**INTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD (TyP)**  
**SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

  
**CMB/IVP/HOG**

### **Distribución:**

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras Autorizadas (por carta certificada y correo electrónico)
- Subsecretaria de Redes Asistenciales
- Jefe del Departamento de Calidad de la Subsecretaría de Redes MINSAL
- Director del Instituto de Salud Pública
- Superintendente de Salud (TyP)
- Fiscal (TyP)
- Intendenta de Fondos y Seguros



- Unidad de Coordinación de Agencias Regionales y Gestión de Usuarios
- Agentes Regionales
- Jefa del Subdepartamento de Resolución de Conflictos y Sanciones IP
- Jefe (S) del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Encargado Unidad de Admisibilidad y Autorización IP
- Encargada Unidad de Fiscalización en Acreditación IP
- Encargada Unidad de Asesoría Técnica IP
- Funcionarios Analistas Intendencia de Prestadores
- Abogados Asesores Subdepto. de Gestión de Calidad en Salud IP
- Archivo