

Intendencia de Prestadores de Salud

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

Unidad de Gestión en Acreditación

Unidad de Regulación

CIRCULAR IP N° 66

SANTIAGO, 29 ABR 2025

SUSTITUYE Y MODIFICA LAS INSTRUCCIONES QUE INDICA DEL ACÁPITE I DE LA VERSIÓN N°6 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", APROBADA POR LA RESOLUCIÓN EXENTA IP/N°7601, DE 06 DE DICIEMBRE DE 2024, EN LA FORMA QUE SEÑALA, Y ORDENA LA EMISIÓN DE LA VERSIÓN 6.1 DEL ANTEDICHO COMPENDIO. -

VISTOS: Lo dispuesto en el numeral 1° del Artículo 121 del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, en relación con lo previsto en el N°2 de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y de Atención Abierta, de Atención Psiquiátrica Cerrada, de Centros de Diálisis, de Servicios de Esterilización, de Servicios de Imagenología, de Laboratorios Clínicos, de Servicios de Quimioterapia y de Radioterapia, de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas, de Atención Odontológica, y de Laboratorios de Anatomía Patológica y Citología, aprobados, respectivamente, mediante los Decretos Exentos N°18, de 2009, Nos. 33, 34, 35, 36 y 37, de 2010, Nos. 346 y 347, de 2011, el N°128, de 2018, y los Nos. 11 y 52, de 2021, todos del Ministerio de Salud; en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N°15, de 2007, del Ministerio de Salud; la Circular Interna IP N°4, de 7 de octubre de 2010, relativa al procedimiento de interpretación de las normas del Sistema de Acreditación antes referido; y en la Resolución Afecta RA 882/52/2020, de 3 de marzo de 2020;

CONSIDERANDO:

1º) Que, el debido cumplimiento de los objetivos sanitarios de las normas del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud exige una adecuada uniformidad de criterios en la ejecución de sus evaluaciones y en la adopción de sus decisiones por parte de las Entidades Acreditadoras, y su permanente actualización;

2º) Las múltiples solicitudes y consultas para la aclaración del sentido y alcance de las normas del antedicho Sistema de Acreditación formuladas a la Intendencia de

Prestadores, especialmente de parte de las Entidades Acreditadoras y representantes de los diversos tipos de prestadores institucionales del país, y las respuestas que esta Intendencia ha emitido a su respecto; y

3º) La necesidad de corregir algunos errores de copia y de transcripción que se han detectado en el texto de la "Versión N°6" 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 TENIENDO PRESENTE las facultades que me confieren las normas legales y reglamentarias antes señaladas, **VENGO EN DICTAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS:**

1º **MODIFÍCASE EL ACÁPITE I DE LA VERSIÓN N°6 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"**, aprobada por la Resolución Exenta IP/N° 7601, de 06 de diciembre de 2024, en el que se contiene el texto de la Circular IP/N°64, de 20 de noviembre de 2024, la que se tendrá que tener por modificada en los siguientes sentidos:

1.1. **En su numeral III, titulado "Aclaraciones o interpretaciones relativas a las instrucciones contenidas en las PAUTAS DE COTEJO DE LOS MANUALES DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN", MODIFÍCANSE** los siguientes textos interpretativos de los numerales **2º, 3º, 4º y 5º** del literal **B.** de tales Pautas de Cotejo, relativas a los "**Requisitos para el cumplimiento de los elementos medibles**", en la siguiente forma:

a) Sobre el requisito relativo a que "**2. Existe un documento escrito sobre...**", **SUSTITÚYASE** la interpretación que figura bajo el **NÚMERO 20**, por la siguiente:

NÚMERO 20

Sobre los requisitos formales que deben cumplir en los prestadores públicos y privados los documentos, para ser estimados como "documento de carácter institucional", según las exigencias del Manual de Acreditación. MODIFICADA

Para efectos del Sistema de Acreditación, se considerará un documento de "carácter institucional" cuando exista una aprobación explícita de la máxima autoridad del prestador, ya sea que se denomine Director o Gerente del respectivo prestador institucional. Para esta aprobación bastará con que figure, en el mismo documento, un acápite que señale "Aprobado por" con el Nombre, la firma de quien aprueba y fecha de aprobación.

En los casos, en que la más alta autoridad del establecimiento sea también su Director Técnico, aprobado por la autoridad sanitaria, éste será quien apruebe los documentos de carácter institucional. En los casos, en que la más alta autoridad esté sea el Director o Gerente del Prestador, este deberá contar con título universitario, lo cual será constatado por la Entidad Acreditadora en su evaluación en terreno.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.

- b) Sobre los requisitos relativos a: "3. Se ha definido indicador a utilizar y umbral de cumplimiento del..."; "4. Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación del..."; y "5. Se constata directamente el cumplimiento de...", **SUSTITÚYASE** la interpretación que figura bajo el **NÚMERO 26**, por la siguiente:

NÚMERO 26

Sobre cómo dar cumplimiento, a una evaluación periódica del indicador definido para el punto de verificación, en virtud de las instrucciones establecidas en las Pautas de Cotejo: ***"El prestador institucional seleccionará, para efectos de evaluación, una muestra aleatoria de tamaño suficiente que permita una aproximación razonable a la realidad. Este tamaño de muestra dependerá de la frecuencia con la que ocurre el fenómeno o procedimiento a evaluar, los resultados esperados y el nivel de azar tolerable"***: **MODIFICADA**

En primer lugar, es importante señalar que el objetivo de la evaluación periódica de un indicador, para efectos de la acreditación, no constituye una investigación científica, por ende, las metodologías utilizadas, si bien consideran un sustento estadístico, éste no se aplica con el mismo rigor que le sería exigible a una investigación para demostrar determinada hipótesis o realizar comparaciones entre grupos.

En aquellos casos que la evaluación periódica, se construya en base al total de casos de un periodo (universo del fenómeno estudiado), la Entidad Acreditadora deberá corroborar que los datos aportados por el prestador institucional sean fidedignos, en el sentido que no se hayan excluido casos por sesgos conscientes o inconscientes, utilizando la metodología de constatación señalada en las orientaciones técnicas que esta Intendencia ha dispuesto. En caso de inconsistencias no atribuibles al azar, el elemento medible debe considerarse no cumplido, lo cual quedará detallado en el informe de acreditación.

Por otro lado, si el prestador institucional, estima realizar un muestreo, dada la frecuencia del fenómeno, entonces, deberá exhibir la metodología del muestreo en cuestión y, que cumple con las condiciones necesarias para dar cuenta de este requisito, lo que significa que la muestra posea una, "Representatividad", por tanto, que los casos analizados correspondan al mismo período al que se refiere el indicador y, que abarquen el período completo, no sólo

una ventana de tiempo dentro de éste, lo que dependerá de la disponibilidad de la información y si se conoce el total de los casos. Así mismo, la muestra debe tener “Una precisión y tamaño” suficiente, lo que dependerá básicamente de la proporción de cumplimiento que muestre el indicador, el error muestral y el intervalo de confianza. En este escenario, la Entidad igualmente debe utilizar la metodología de constatación señalada en las orientaciones técnicas que esta Intendencia ha dispuesto. En caso de inconsistencias no atribuibles al azar, el elemento medible debe considerarse no cumplido, lo cual quedará detallado en el informe de acreditación.

Debe tenerse presente que, para efecto de las constataciones en terreno respecto de la evaluación periódica de los indicadores, por parte de la Entidad Acreditadora, **el prestador institucional evaluado, no puede utilizar prevalencias puntuales, porque los casos evaluados en un momento del tiempo pueden no responder a la frecuencia en que ocurre el fenómeno. Sin embargo, será considerado aceptable para el cumplimiento de las exigencias de la evaluación periódica, el uso de las prevalencias de un periodo definido a través del uso de estudios del tipo observacional transversal, cuando la etapa de muestreo garantice condiciones necesarias de precisión y tamaño de la muestra, para muestreos de este tipo (probabilísticos) exigidos por la Acreditación.** Para dar cuenta de este requisito, la entidad constatará que el número de casos observados completen el tamaño muestral calculado para el periodo. A modo de ejemplo, si el Hospital realiza la evaluación periódica trimestral de los criterios de indicación médica de transfusión, cuando realiza en promedio 150 transfusiones en el trimestre, con un intervalo de confianza de un 95%, una proporción esperada de un 96%, y un margen de error del 10%, se espera que se evalúen al menos 14 indicaciones de transfusión en el trimestre. Si la evaluación se realiza por medio de un estudio observacional transversal, a través de una prevalencia en el trimestre, y el día de la visita de supervisión solo existen 4 indicaciones de transfusión, entonces, se debe programar una nueva visita hasta llegar a los 14 casos del trimestre. Esta exigencia incluye los indicadores de la Norma de Seguridad de la Ley 20.584 de 2012, si el prestador evaluado no alcanza en un día de supervisión, el número suficiente de casos.

En muestreos no probabilísticos, la entidad deberá crearse la convicción que, el prestador en el procedimiento de selección, incorporó el máximo de casos (eventos) al azar, se evitó cualquier tipo de sesgo de selección evidente y que, cuando la medición se realiza mediante supervisión directa, se asegura que no sea predecible el momento para quienes serán supervisados.

Por tanto, no se acepta para el sistema de acreditación, exhibir evaluaciones periódicas de indicadores de fenómenos que se presentan con cierta frecuencia, con resultados que muestren cero casos o casos escasos evaluados del periodo que representan.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia el 20 de noviembre de 2025.

- 1.2. En su numeral IV, titulado “Aclaraciones o interpretaciones relativas al alcance de los puntos de verificación”, para SUSTITUIR la interpretación que figura bajo el NÚMERO 30, por la siguiente:**

NÚMERO 30

Sobre qué dependencias del prestador en evaluación, comprenden el punto de verificación "General", "Sector de acceso", "Sectores de espera de público", "Pasillos de circulación", "Sectores de espera consultas ambulatorias" y/o "Sectores de hospitalización" y cómo debe entenderse la inclusión de las mismas dependencias, en el caso del punto de verificación "Dirección o Gerencia del Prestador". **MODIFICADA**

Los puntos de verificación "General", "Sector de acceso", "Sectores de espera de público", "Pasillos de circulación", "Sectores de espera consultas ambulatorias" y/o "Sectores de hospitalización" corresponden a cualquier dependencia del prestador institucional en evaluación, aunque éste no constituya un punto de verificación dentro de la pauta de cotejo respectiva. Tal es el ejemplo de los CECOSF y Postas Rurales dependientes de un CESFAM, en el Estándar General de Atención Abierta, en la Característica AOC 1.1, en el punto "Sectores de espera consultas ambulatorias".

En el caso del punto de verificación "Dirección o Gerencia del Prestador", tenga en consideración que, solo cuando la exigencia del elemento medible se refiere a aspectos que involucran a toda la institución particularmente en los Ámbitos de Dignidad del Paciente, Seguridad del Equipamiento y Seguridad de las Instalaciones, la entidad debe constatar que los documentos se refieran a toda la organización y no solo, a algunos espacios asistenciales, tal es el caso de la característica INS 3.1, de los diversos estándares, donde se solicita en el primer elemento medible, la designación de un responsable, en tal caso, este debe ser responsable de todas las dependencias del establecimiento, lo mismo ocurre, en el segundo elemento medible, donde se solicita un programa de mantenimiento preventivo de las instalaciones, en este caso debe considerarse respecto de todo el prestador y no, solo de algunas de sus instalaciones.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.

1.3. En su numeral VI, titulado "ACLARACIONES E INTERPRETACIONES DE LAS NORMAS DE LAS PAUTAS DE COTEJO, SEGÚN CARACTERÍSTICA", para para modificar las siguientes interpretaciones, en la forma que a continuación se indica:

a) En el Ámbito DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP) o DIGNIDAD DEL USUARIO (DU): MODIFÍCASE la interpretación que figura bajo el NÚMERO 66, en el sentido de incorporar a ella, en la columna "Característica", la sigla "DP 4.1 SR, DP 3.1 LC y DP 4.1 AO", manteniéndose la "Observación" que en dicho número se contiene.

b) En el **Ámbito GESTIÓN CLÍNICA (GCL)**:

1) **SUSTITÚYESE** la interpretación que figura bajo el **NÚMERO 83** por la siguiente:

GCL 1.3 AC	NÚMERO 83 Sobre si en la constatación de esta característica deben considerarse los partos vaginales y, los pacientes pre y post operados. MODIFICADA
	<p>Dada la importancia del manejo del dolor agudo en este contexto, la exigencia de esta Característica, debe considerar a las pacientes, durante la atención integral del parto vaginal, lo que incluye el parto, el parto y el puerperio.</p> <p>Del mismo modo, deben ser incluidos en esta característica los pacientes pre y post operados, hospitalizados en servicios considerados en los puntos de verificación señalados en la pauta de cotejo (Pabellón, Cirugía, Traumatología, y Obs Gine). A modo de ejemplo, sobre una paciente con fractura de cadera, en espera de su cirugía.</p> <p>Tenga en consideración que, para efectos de acreditación, el post operatorio, incluye el post operatorio inmediato, que involucra las primeras 24 horas y el post operatorio mediato hasta el día 30.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses dictada la presente Circular.</p>

2) **MODIFÍQUENSE** las interpretaciones que figuran bajo los siguientes números, en la forma que para cada caso se señala:

i.- **Bajo el NÚMERO 108:** En la columna "*Característica*", se sustituye la sigla "*GCL 3.2 AA*", por la sigla "**GCL 3.2 AC**", manteniéndose la "**Observación**" que en dicho número se contiene;

ii.- **Bajo el NÚMERO 117:** En la columna "*Característica*", se sustituye la sigla "*GCL 3.2 AA*", por la sigla "**GCL 3.1 AA**", manteniéndose la "**Observación**" que en dicho número se contiene;

c) En el **Ámbito COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)**, **MODIFÍQUENSE** las interpretaciones que figuran bajo los siguientes números, en la forma que para cada caso se señala:

- 1) **Bajo el NÚMERO 151:** En el texto de la interpretación, **SUSTITÚYENSE** las expresiones "**funcionarios clínicos**", por las de "**funcionarios que señale el respectivo Estándar de Acreditación**", manteniéndose la "**Observación**" que en dicho número se contiene;
- 2) **Bajo el NÚMERO 153:** En la columna "*Característica*", **SUSTITÚYESE** la sigla "*RH 4.1 LAPC*" por, la sigla "**RH 3.1 LAPC**", manteniéndose la "**Observación**" que en dicho número se contiene;

1.4. En el **Ámbito REGISTROS (REG)**, **SUSTITÚYESE** la interpretación que figura bajo el **NÚMERO 155** por la siguiente, manteniéndose la "**Observación**" que en dicho número se contiene:

<p>REG 1.1 AC REG 1.1 AA REG 1.1 APC REG 1.1 CD REG 1.1 SQ REG 1.1 SR REG1.1CTRAD REG 1.1 AO</p>	<p>NÚMERO 155</p> <p>Sobre la forma de constatar el cumplimiento de la característica REG 1.1, la cual dispone que "el prestador institucional cuenta con ficha clínica única e individual". MODIFICADA</p> <p>Como lo define el Artículo 12, de la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a su atención de salud, la Ficha Clínica es "el instrumento obligatorio en que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona, que cumple la finalidad de mantener integrada la información necesaria para el otorgamiento de atenciones de salud al paciente".</p> <p>En ese contexto, la Entidad Acreditadora constatará para establecer el cumplimiento del Primer Elemento Medible de la Característica REG 1.1, que el prestador evaluado haya descrito en un documento de carácter institucional los procedimientos implementados para asegurar que la Ficha Clínica de los pacientes, permita a todo el personal que interviene en la atención directa de estos, acceder a los antecedentes que conforman dicha Ficha, es decir, a cada una de sus partes, independiente del soporte que se utilice (electrónico, papel o ambos), debiendo detallar aquellos registros que se encuentren en cada uno de los soportes. Tal atención directa, no solo se refiere a la atención clínica otorgada por profesionales universitarios, sino también a técnicos y administrativos que se encuentren directamente relacionados con la atención de salud de la persona, que requieren el debido acceso a la información sensible contenida en la ficha clínica, cuando esos datos sean necesarios para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud.</p>
---	--

En el caso del soporte electrónico, el prestador institucional, igualmente debe garantizar que, el acceso sea a través de un usuario y clave única e intransferible que permita realizar un seguimiento histórico (registro de entrada y salida) de todos los registros, incluidos los de servicios de apoyo como Laboratorios Clínicos, Servicios de Imagenología, entre otros, de tal manera que, todo personal, solo acceda a la parte de la ficha que por sus funciones establecidas en sus normas administrativas le permiten, no pudiendo en ningún caso compartir el usuario y clave o hacer público tales registros. **En este sentido téngase presente que, en el protocolo de REG 1.1, se deberá explicitar el criterio del "acceso a la Ficha Clínica", de acuerdo a las funciones, cargo y perfil del personal. Por tanto, no es obligatorio, que el personal deba acceder a toda la información, sino que, solo a aquellos datos necesarios para ejercer sus funciones, a modo de ejemplo: un Técnico de Enfermería que se desempeña en un Servicio de Urgencias, debe acceder a las partes de la ficha, que por sus funciones tiene asignado en la atención que otorga, no siendo un requisito obligatorio que acceda a otra información de un Servicio o Unidad que no guarde relación con dicha atención, por ejemplo, a las atenciones odontológicas.**

El documento también deberá explicitar el procedimiento de vinculación con otros soportes electrónicos o físicos, directamente relacionados con las prestaciones otorgadas a los usuarios, como por ej.; plataformas que almacenan resultados de exámenes de laboratorios, imagenología, biopsias, y otros; el procedimiento de digitalización de documentos, indicando como mínimo los responsables, plazos y documentos digitalizados.

El documento deberá establecer los mecanismos que se emplearán para asegurar la identificación inequívoca de cada Ficha Clínica, considerando un código único de identificación, así como el procedimiento explícito de acceso para los profesionales involucrados en la atención del paciente. En caso que la Ficha Clínica se encuentre en más de un soporte, la Entidad constatará que se describa, además, cómo se vincularán sus diversas partes, asegurando el acceso a la integridad de la información por parte de ellos.

Para la constatación del segundo elemento medible, la Entidad Acreditadora constatará que el prestador evaluado cumpla todos los procedimientos descritos en su documento institucional.

La antedicha interpretación resulta aplicable a los Sistemas de Fichas Clínicas Integradas en red, los cuales deben dar debido cumplimiento a las instrucciones de codificación, acceso, protección, almacenamiento y eliminación de los registros sensibles contenidos en cada ficha.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.
--

1.5. En el **COMPONENTE LABORATORIO CLÍNICO (APL)** del **Ámbito SERVICIOS DE APOYO (AP)**, **MODIFÍCASE** la interpretación que figura bajo el **NÚMERO 187**, en el sentido de incorporar a ella, en la columna "Característica", la sigla "**GCL 1.7**", manteniéndose la "**Observación**" que en dicho número se contiene.

2° TÉNGASE PRESENTE que la presente Circular, al modificar el Acápite I de la "Versión N°6" 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, **HA MODIFICADO INMEDIATA Y SIMULTÁNEAMENTE** la Circular IP/N°64, de 20 de noviembre de 2024, que se contiene en dicho Acápite, modificaciones que **entrarán en vigor según lo que se dispone para cada una de ellas en la presente Circular, Y QUE SE RATIFICAN, EN TODO LO NO MODIFICADO POR ESTA CIRCULAR, LAS RESTANTES INSTRUCCIONES** de la Circular IP/N°64, de 20 de noviembre de 2024.

3° REITÉRASE que, ante cualquier duda o problema que afecte a un prestador institucional o a una Entidad Acreditadora, respecto de la aplicación de la presente normativa, la Intendencia de Prestadores resolverá en cada caso, en mérito a los hechos invocados y a los antecedentes justificativos que se acompañen.

4° EMÍTASE, por la Unidad de Regulación de esta Intendencia, un texto actualizado de la **VERSIÓN N°6** 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*", en el que se incorporen las normas que se modifican en virtud el numeral **1°** de la presente Circular. **Para los efectos de su adecuada identificación, el texto actualizado de la VERSIÓN N°6, recibirá la denominación de "VERSIÓN 6.1" del antedicho Compendio.**

5° NOTIFÍQUESE la presente Circular a los representantes legales de las Entidades Acreditadoras, a sus correos electrónicos registrados en esta Intendencia.

6° TÉNGASE PRESENTE que, conforme a lo dispuesto en el Artículo 41, de la Ley N°19.880, la presente Circular es susceptible de ser impugnada mediante los recursos administrativos de reposición y jerárquico, dentro del plazo de 5 días siguientes a su notificación ante esta Intendenta; 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 Circular.

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



CARMEN MONSALVE BENAVIDES
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

BRH/IGM/LJQ/SAG/HOG
DISTRIBUCIÓN:

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras
- Representantes Legales Prestadores Institucionales de Salud Acreditados
- Representantes legales de los prestadores institucionales con solicitudes de acreditación o procesos de acreditación suspendidos o en trámite
- Directores/as de los Servicios de Salud del país
- Municipios del país
- Asociación de Clínicas de Chile A.G.
- Subsecretario de Redes Asistenciales
- Jefe División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA) MINSAL
- Jefe División de Atención Primaria (DIVAP) MINSAL
- Jefe del Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, División de Gestión de Redes Asistenciales MINSAL
- Directora del Instituto de Salud Pública de Chile
- Jefa de la Sección de Laboratorios Clínicos del Instituto de Salud Pública de Chile
- Superintendente de Salud
- Fiscal
- Jefa de Comunicaciones Superintendencia de Salud
- Agentes Regionales
- Jefe (S) Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Jefa Subdepartamento de Fiscalización en Calidad IP
- Encargada (S) Unidad de Gestión en Acreditación IP
- Encargado Unidad de Regulación IP
- Coordinadoras Subdepartamento de Fiscalización en Calidad IP
- Funcionarios (as) Analistas Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Funcionarios (as) Analistas Subdepartamento de Fiscalización en Calidad IP
- Funcionario Registrador IP
- Oficina de Partes
- Archivo