

CIRCULAR IP N° 68

SANTIAGO, 16 JUN 2026

**MODIFICA 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 SE SEÑALA, DICTA LAS NUEVAS INSTRUCCIONES SOBRE INTERPRETACIONES A LAS NORMAS QUE INDICA Y ORDENA LA EMISIÓN DE UNA NUEVA VERSIÓN 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 las instrucciones contenidas 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, N°128, de 2018, y en 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 882/49/2025, de 5 de noviembre de 2025;

**CONSIDERANDO:**

1°) 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 las evaluaciones que él implica y en la adopción de sus decisiones, por parte de las Entidades Acreditadoras, así como la permanente actualización; y

2°) 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 por los distintos actores públicos y privados de ese sistema, especialmente

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

**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 MODIFÍCANSE LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES** relativas a la interpretación de las normas del Sistema de Acreditación, contenidas en 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 6 de diciembre de 2024, que se contienen en el **Acápito I** del antedicho compendio, a saber:

**a) SUSTITÚYESE el texto de la interpretación N°20, por el siguiente:**

|   |
|---|
| <p><b>NÚMERO 20</b></p> <p><b>Sobre los requisitos formales que deben cumplir los documentos de los prestadores públicos y privados, para ser considerados como "documento de carácter institucional", según las exigencias del Manual de Acreditación.</b><br/><b>MODIFICADA</b></p>   |
| <p>Para efectos del Sistema de Acreditación, se considerará un documento como "de carácter institucional", cuando exista una aprobación explícita de la máxima autoridad del prestador, <b>la cual puede corresponder a la figura de un Director o Gerente del Prestador, entre otros, según sea la realidad local.</b> Para esta aprobación bastará con que figure, en el mismo documento, un acápite que señale "Aprobado por" con el Nombre y la firma de quien aprueba y fecha de aprobación.</p> <p><b>Observación:</b> Esta instrucción entrará en vigencia inmediatamente, desde la dictación de la presente Circular.</p> |

**b) SUSTITÚYESE el texto de la interpretación N°26, por el siguiente:**

|   |
|---|
| <p><b>NÚMERO 26</b></p> <p><b>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</b></p> |
| <p>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</p>  |

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), 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 no considera la totalidad de los casos (universo), se deberá definir una muestra. Para ello debe existir un fundamento metodológico que permita evidenciar que el prestador mide lo que estableció medir, lo que significa que la muestra posea "representatividad", por tanto, que los casos analizados correspondan al mismo período al que se refiere el indicador y, que abarquen el período completo, así como una "precisión y tamaño", lo que dependerá de la proporción de cumplimiento que muestre el indicador, el error muestral y el intervalo de confianza. En este escenario, la Entidad 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.

**Independientemente del tipo de estudio utilizado por el prestador institucional en su evaluación periódica, en caso de realizar un muestreo (probabilístico o no probabilístico), la Entidad deberá formarse la convicción, de que los casos fueron seleccionados evitando sesgos y en un número suficiente, que permita una aproximación razonable a la realidad, lo que dependerá de la frecuencia con que ocurre el fenómeno o procedimiento, objeto de evaluación. En el sistema de acreditación, no resulta aceptable a estos efectos, la exhibición de evaluaciones periódicas de indicadores relativos a fenómenos que se presentan con cierta frecuencia, con resultados que muestren ninguno o cero casos, o que no representen la frecuencia con la que ocurre el fenómeno en el periodo evaluado.**

**Observación: Esta instrucción entrará en vigencia inmediatamente, desde la dictación de la presente Circular.**

c) **SUSTITÚYESE** el texto de la interpretación N°155, por el siguiente:

|  |   |
|--|---|
| <b>REG 1.1 AC</b><br><b>REG 1.1 AA</b><br><b>REG 1.1 APC</b><br><b>REG 1.1 CD</b><br><b>REG 1.1 SQ</b><br><b>REG 1.1 SR</b><br><b>REG1.1CTRAD</b><br><b>REG 1.1 AO</b> | <b>NÚMERO 155</b><br><br><b>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</b><br><br>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”.*

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 siguientes procedimientos:**

- **Apertura de Ficha Clínica.**
- **Asignación de número identificador de la Ficha Clínica.**
- **Descripción de el o los soporte(s) de los registros de la Ficha Clínica.**
- **En caso de contar con más de un soporte o lugar de almacenamiento, la vinculación de los distintos soportes de la Ficha Clínica. Incluye la vinculación de los resultados de exámenes y otras pruebas diagnósticas.**
- **Acceso a la Ficha Clínica por el personal que interviene en la atención directa de los pacientes, lo que incluye a profesionales, técnicos y administrativos, siempre cuando los datos sean necesarios para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud. En caso de soporte electrónico, el acceso será con clave personal e intransferible.**
- **Entrega de toda o parte de la Ficha Clínica al titular, a su representante legal o a un tercero debidamente autorizado por dicho titular, y, en caso de fallecimiento del titular, a sus herederos.**
- **Entrega de toda o parte de la Ficha Clínica a las instituciones autorizadas por la ley.**
- **Transformación de los registros en papel a soporte electrónico, mediante su digitalización.**
- **Eliminación de la Ficha Clínica.**

**Para la constatación del Segundo Elemento Medible, la Entidad Acreditadora verificará:**

- **La asignación de un número identificador de la Ficha Clínica.**
- **El o los soporte(s) de los registros de la Ficha Clínica.**
- **En caso de contar, con más de un soporte o lugar de almacenamiento, la vinculación de los distintos soportes de la Ficha Clínica, lo que incluye la vinculación de los resultados de exámenes y otras pruebas diagnósticas.**
- **Proceso de acceso a cada una de las partes de la Ficha Clínica, por el personal que interviene en la atención directa de los pacientes, de acuerdo con lo señalado en el documento del prestador.**

La antedicha interpretación también resulta aplicable a los sistemas de Ficha Clínica integradas en red, los que deben dar cumplimiento a las respectivas instrucciones de codificación, acceso, protección y almacenamiento de la ficha clínica.

**Observación: Esta instrucción entrará en vigencia a los seis meses, desde la dictación de la presente Circular.**

d) **SUSTITÚYESE** el texto de la interpretación N°218, por el siguiente:

| <b>NÚMERO 218</b>   |  |
|---|--|
| <b>Sobre la aplicabilidad del punto de verificación APA, en las muestras obtenidas para realizar biopsias intraoperatorias (rápidas). <i>MODIFICADA</i></b> |  |
| <b>APA AC<br/>APA AA<br/>APA AO</b>   | <p>Respecto de las muestras obtenidas para la realización de biopsias intraoperatorias, resultan aplicables las exigencias de trazabilidad referidas en las características GCL 1.11 AC o GCL 1.8 AA o GCL 1.7 AO, según el caso.</p> <p>Del mismo modo, resultan aplicables las exigencias de RH 4.1 y APA 1.4, conforme a la normativa vigente, sobre almacenamiento de sustancias peligrosas, disponible en el sitio web del Ministerio de Salud (<a href="http://www.minsal.cl">www.minsal.cl</a>).</p> <p>Y, respecto del primer elemento medible de APA 1.3, en el caso de las biopsias intraoperatorias (rápidas) aplica exclusivamente lo relativo al primer punto (asignación de responsabilidad sobre la realización de los exámenes, la validación de resultados y la entrega de informes). Tales informes, son equivalentes a cualquier registro en la ficha clínica o parte de ésta, por ejemplo, en el protocolo operatorio. Cuando el prestador no cuenta con servicio de anatomía patológica, tampoco aplican el segundo y tercer elemento medible de la característica.</p> <p><b>Observación:</b> Esta instrucción entrará en vigencia inmediatamente, desde la dictación de la presente Circular.</p> |

**2° DÍCTANSE LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES NUEVAS** relativas a la interpretación de las normas del Sistema de Acreditación que se indican, cada una de las cuales entrará en vigor en las oportunidades que, para cada caso, se señala en sus respectivos textos y que se enumeran a continuación, de manera provisoria, hasta que se dicte la siguiente Versión del antedicho Compendio, a saber:

a) **AGRÉGASE** la interpretación Número 267:

| <b>NÚMERO 267</b>   |
|---|
| <b>Sobre la implementación de la extensión de la edad pediátrica para el otorgamiento de prestaciones a pacientes hasta los 19 años, 11 meses y 29 días en los establecimientos pediátricos y servicios de pediatría, definida por el Ministerio de Salud, para efectos del Sistema de Acreditación, se aclara: <i>NUEVA</i></b>  |
| <p>Dados los antecedentes señalados en los Ordinarios de los Subsecretarios de Redes Asistenciales de las respectivas épocas, a saber, el C/21 N°1791, de 14 de junio de 2012, sobre instrucciones en atención de adolescentes; C2 N° 604, de 26 de febrero de 2024, que solicita retomar estrategias de implementación de la extensión de la edad pediátrica; y, especialmente, el Oficio CP N°4567, de 22 de febrero de 2026, que instruye lineamientos para la adecuación de la vigilancia</p> |

epidemiológica de IAAS ante la extensión de la edad pediátrica, corresponde dar cumplimiento progresivo a las orientaciones ministeriales relativas a la extensión de la edad pediátrica a todos los pacientes hasta los 17 años, 11 meses y 29 días, tanto en prestadores públicos como privados.

Esta adecuación, si bien es obligatoria, sin embargo, hasta la fecha, no cuenta con un plazo específico de implementación, que sea exigible a todos los prestadores.

En consecuencia, para efectos de acreditación institucional y de las actividades de fiscalización que competen a esta Intendencia, la constatación retrospectiva de los verificadores asociados a esta adecuación, será de carácter progresivo, en la medida en que cada establecimiento pueda aplicar este criterio (haya aplicado dicha extensión), de acuerdo con su realidad local y los recursos disponibles.

Para tales efectos, se instruye a los prestadores institucionales de salud que apliquen esta adecuación a identificar y documentar explícitamente, la fecha de corte metodológico de su implementación, ya sea a nivel de todo el establecimiento o de una unidad o servicio clínico en particular.

Dicho antecedente, deberá quedar consignado por escrito y debidamente formalizado, mediante acto interno, suscrito por la máxima autoridad del establecimiento. Asimismo, este cambio deberá ser formalmente incorporado en la documentación institucional, incluyendo protocolos, instructivos, definiciones operativas, informes técnicos y marcos metodológicos, diferenciando los análisis e informes, en períodos pre y post implementación de esta adecuación.

**Observación:** Esta instrucción entrará en vigencia a los seis meses, desde la dictación de la presente Circular.

**b) AGRÉGASE la interpretación Número 268:**

|  |  |
|--|--|
| <p>REG 1.1 AC<br/>REG 1.1 AA<br/>REG 1.1 APC<br/>REG 1.1 CD<br/>REG 1.1 SQ<br/>REG 1.1 SR<br/>REG1.1CTRAD<br/>REG 1.1 AO</p> | <p><b>NÚMERO 268</b></p> <p>Sobre si deben ser objeto de constatación, por parte de la entidad acreditadora en REG 1.1, las plataformas informáticas ministeriales que poseen carácter nacional y que son administradas directamente por la autoridad sanitaria. <b>NUEVA</b></p> <p>En la constatación de REG 1.1, se excluyen las plataformas informáticas ministeriales de carácter nacional administradas directamente por la autoridad sanitaria, tales como SIGGES, Chile Crece Contigo, Hospital Digital, RNI, SISTAM, entre otros. Por tanto, la información sensible contenida en dichas plataformas, no debe entenderse vinculada a las fichas clínicas institucionales de los pacientes.</p> <p>Esta exclusión se justifica, atendiendo a que tal información, no es gestionada ni administrada por el prestador institucional y cumple funciones de vigilancia, gestión programática o</p> |
|--|--|

|  |   |
|--|---|
|  | <p>reporte de información, más que de registro clínico directo, las que son materias de competencia del órgano rector.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, debe señalarse que esta exclusión, no exime a los prestadores de la responsabilidad que les corresponda en el debido resguardo que deben otorgar a la información contenida en dichas plataformas, especialmente en cuanto a su confidencialidad, acceso restringido a personal autorizado y protección de la integridad de los datos, aun cuando tales registros, no formen parte de la ficha clínica institucional, ni deban integrarse formalmente a ella.</p> <p><b>Observación:</b> Esta instrucción entrará en vigencia inmediatamente, desde la dictación de la presente Circular.</p> |
|--|---|

**c) AGRÉGASE la interpretación Número 269:**

|   |  |
|---|--|
| <p>EQ 2.1 AC<br/>EQ 2.2 AC<br/>EQ 2.1 AA<br/>EQ 2.2 AA<br/>EQ 2.1 APC<br/>EQ 2.1 CD<br/>EQ 2.1 SI<br/>EQ 2.1 AO<br/>EQ 2.1 SR<br/>EQ 2.1 SQ</p> | <p><b>NÚMERO 269</b></p> <p>Sobre si el equipo monitor cardiotfetal, debe ser considerado dentro de las características que involucran mantención de equipos críticos, para efectos de acreditación. <b>NUEVA.</b></p>   |
|   | <p>Dado que el equipo denominado "Monitor Cardiotfetal", se utiliza en la evaluación continua del bienestar fetal, mediante el registro simultáneo de la frecuencia cardíaca fetal y la actividad uterina, permitiendo la vigilancia del embarazo y del trabajo de parto, y facilitando la detección oportuna de alteraciones en la condición fetal, por ello, en la constatación de la Característica EQ 2.1, de los distintos Manuales de Acreditación, la entidad acreditadora debe incluir al Monitor Cardiotfetal dentro de sus constataciones, como un equipo crítico.</p> <p>Sin embargo, debe ser excluidos de esas constataciones el equipo denominado "Detector Ultrasónico de Latidos Cardíacos Fetales", dado que éste se utiliza exclusivamente en la monitorización intermitente no invasiva de la actividad cardíaca fetal, en distintos niveles de atención de salud.</p> <p><b>Observación:</b> La instrucción señalada, entrará en vigencia a los seis meses desde la dictación de la presente Circular.</p> |

**3° REITÉRASE** que, en caso de cualquier duda o problema que afecte a un prestador institucional o a una Entidad Acreditadora, respecto de la aplicación de la presente normativa, puede solicitarse a la Intendencia de Prestadores, la respectiva aclaración que se necesite, la cual 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, la **VERSIÓN N°7** 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", al que se deberán incorporar los textos de todas las Circulares interpretativas del antedicho sistema que se hayan dictado hasta la fecha de la aprobación de esa Versión.

**5° NOTIFÍQUESE** la presente Circular a los representantes legales de las Entidades Acreditadoras, a sus correos electrónicos registrados en esta Intendencia y, a los demás, según corresponda en cada caso.

**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, los que deberán interponerse, dentro del plazo de 5 días hábiles siguientes a su notificación, ante esta Intendencia.

Asimismo, debe tenerse presente que, en subsidio del recurso de reposición, podrá interponerse el recurso jerárquico; así como que, si sólo se interpusiere este último recurso, él deberá interponerse para ante el Superintendente, dentro del mismo plazo antedicho.

Por último, debe tenerse presente que cualquier interesado podrá solicitar aclaración de la presente Circular.

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

  
CAMILLO CORRAL GUERRERO  
SUPERINTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD  
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

  
CMB/JGM/SAG/BRH/LJQ/HOG  
(t-t)

**DISTRIBUCIÓN:**

- Representantes Legales de las Entidades Acreditadoras
- Representantes Legales de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados
- Representantes Legales de Prestadores Institucionales de Salud con procesos de acreditación 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
- Jefa Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Jefa Subdepartamento de Fiscalización en Calidad IP
- Encargado Unidad de Gestión en Acreditación IP
- Encargado Unidad de Regulación IP
- Coordinadora 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