

Circulares interpretativas y Orientaciones técnicas vigentes

Leonardo Enrique Jiménez Quiroz – Analista de la Unidad de Gestión en Acreditación - Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud - Intendencia de Prestadores - Superintendencia de Salud.

Septiembre 2026

Objetivo



- Revisar instrucciones vigentes



- Aclarar dudas de nuevas y modificadas interpretaciones



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 Resolución Exenta IP/N°7601, de fecha 06 de diciembre de 2024.

Circular IPN°66 del 29 de abril de 2025.

Ordinario Circular IP N°01 de 23 de enero de 2026.

Circular IP N°67 de 10 de abril de 2026.

Circular IP N°68 del 16 de junio 2026.

Ordinario Circular IP N°02 de 14 de agosto de 2026.



Circular IPN°66 del 29 de abril de 2025.

NÚMERO 20 (Circular IP N°68)

NÚMERO 26 (Circular IP N°68)

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”.



SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

| 3

Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.

INS 2.2

Característica

El prestador Institucional mantiene la funcionalidad de la señalética de vías de evacuación.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
INS 2.2	Cumple = 75%	Elementos Medibles INS 2.2	Dirección o gerencia del prestador	Sectores de acceso de público*	Sectores de espera de público*	Pasillos de circulación	* Seleccionar los sectores con mayor afluencia de público. Posta Rural Cecof U otro lugar
		Se ha designado el responsable institucional del mantenimiento y ac- tualización periódica de la señalética de vías de evacuación del estableci- miento.					
		Se constata disponibilidad de señalé- tica de vías de evacuación (considerar iluminación, posición, tamaño, clari- dad de lectura o interpretación).					



SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

| 4

Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.

INS 3.1

Componente INS-3

Las instalaciones relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y se dispone de plan de contingencia por interrupción de servicios básicos.

Característica

El prestador institucional ejecuta un programa de mantenimiento preventivo de las instalaciones relevantes para la seguridad de pacientes y público.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
INS 3.1	Cumple = 100%	Elementos Medibles INS 3.1 Se ha designado un responsable institucional del mantenimiento preventivo de las instalaciones. Se documenta un programa de mantenimiento preventivo que incluya al menos: - Ascensores. - Calderas. - Sistema de aspiración y gases clínicos. - Techumbre. - Sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes. Se constata ejecución de programa de mantenimiento preventivo.	Dirección o gerencia del prestador Posta Cecof U otro lugar	



DP 4.1 AA
DU 4.4 CTRAD
DP 4.1 SR
DP 3.1 LC
DP 4.1 AO



NÚMERO 66

Sobre si para el cumplimiento de esta característica, es suficiente que los **Convenios Asistenciales Docentes de los prestadores de Atención Abierta** hayan sido firmados por una autoridad a nivel central tal como: alcalde, Director Municipal de Salud, Director de red, entre otros. **MODIFICADA**

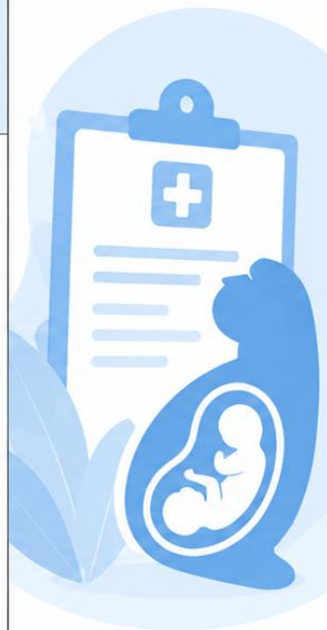
Los Convenios Asistenciales Docentes pueden ser suscritos por la respectiva autoridad a nivel central, sin embargo, además la Entidad Acreditadora deberá constatar que tales convenios hayan sido aprobados localmente por el Director del establecimiento evaluado.

Tales Convenios Asistenciales Docentes celebrados entre el Centro Formador y a nivel central, podrán ser exhibidos a la Entidad Acreditadora en copias simples.

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

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 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. 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. 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 mediano hasta el día 30. Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses dictada la presente Circular.
-------------------	---



GCL 3.1 AA	NÚMERO 108
GCL 3.2 AA	
GCL 3.2 APC	Sobre qué características de los diversos estándares de
GCL 3.2 CD	
GCL 3.2 SQ	
GCL 3.1 AO	
GP 1.7 SI	
GP 1.6 LC	
GP 1.5 LAPC	

GCL 3.1 AC

NÚMERO 108

GCL 3.2 AA
GCL 3.2 APC
GCL 3.2 CD
GCL 3.2 SQ
GCL 3.1 AO
GP 1.7 SI
GP 1.6 LC
GP 1.5 LAPC

Sobre qué características de los diversos estándares de acreditación aplican igualmente las exigencias de la normativa vigente en Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. **NUEVA**

En este caso, la Entidad Acreditadora constatará el cumplimiento de estas características, **conforme a la normativa vigente en cuanto a Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.**

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

GCL 3.2 AC
GCL 3.2 AA

NÚMERO 117

GCL 3.1 APC

Sobre cómo debe ser constatada la exigencia del segundo elemento medible respecto a los umbrales, cuando no existe umbral de referencia por el Ministerio de Salud. **NUEVA**

Nota: AA

GCL 3.2 AC

GCL 3.1 AA

GCL 3.1 APC

Nota: AA CD

NÚMERO 117

Sobre cómo debe ser constatada la exigencia del segundo elemento medible respecto a los umbrales, cuando no existe umbral de referencia por el Ministerio de Salud. **NUEVA**

El prestador debe definir un umbral para todos sus indicadores (tasas) y señalarlos siempre por escrito en sus documentos locales.



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:

RH 3.1 AC RH 3.1 AA RH 3.1 APC RH 3.1 CD RH 3.1 SI RH 3.1 SQ RH 3.1 SR RH 3.1 y 3.2 CTRAD RH 3.1 AO	NÚMERO 151 Sobre cuál es la información mínima que debe solicitar la Entidad Acreditadora en cada Servicio clínico y de apoyo para constatar que el prestador cumple con la cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas al personal en los temas que exige la pauta de cotejo correspondiente. NUEVA La información que debe solicitar la Entidad Acreditadora para constatar que el prestador cumple con la cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas al personal que se <u>desempeña al momento de la evaluación en terreno</u>, será al menos: - Número total de funcionarios clínicos con su fecha (mes) de ingreso al prestador evaluado. - Número de funcionarios clínicos capacitados, la fecha (mes) de su última capacitación y la fecha (mes) de su próxima capacitación. - Número de funcionarios no capacitados y fecha (mes) de capacitación programada. Luego, debe verificar en los funcionarios capacitados, los verificables que den cuenta de dicha capacitación. La metodología a utilizar debe ser según se instruye en las Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno vigente. Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.
--	--

RH 3.1 AC RH 3.1 AA RH 3.1 APC RH 3.1 CD RH 3.1 SI RH 3.1 SQ RH 3.1 SR RH 3.1 y 3.2 CTRAD RH 3.1 AO	NÚMERO 151 Sobre cuál es la información mínima que debe solicitar la Entidad Acreditadora en cada Servicio clínico y de apoyo para constatar que el prestador cumple con la cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas al personal en los temas que exige la pauta de cotejo correspondiente. NUEVA La información que debe solicitar la Entidad Acreditadora para constatar que el prestador cumple con la cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas al personal que se <u>desempeña al momento de la evaluación en terreno</u>, será al menos: - Número total de funcionarios que señale el respectivo Estándar de Acreditación con su fecha (mes) de ingreso al prestador evaluado. - Número de funcionarios que señale el respectivo Estándar de Acreditación capacitados, la fecha (mes) de su última capacitación y la fecha (mes) de su próxima capacitación. - Número de funcionarios no capacitados y fecha (mes) de capacitación programada. Luego, debe verificar en los funcionarios capacitados, los verificables que den cuenta de dicha capacitación. La metodología a utilizar debe ser según se instruye en las Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno vigente. Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.
--	--

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

RH 4.1 AC RH 4.1 AA RH 4.1 CD RH 4.1 AO RH 4.1 LAPC	NÚMERO 153 Sobre la aplicabi formaldehído y xilol parte del personal	RH 4.1 AC RH 4.1 AA RH 4.1 CD RH 4.1 AO RH 3.1 LAPC	NÚMERO 153 Sobre la aplicabilidad de estas características en el caso de formaldehído y xilol, y los riesgos asociados a su manipulación por parte del personal. NUEVA
	Las exigencias de e Anatomía Patológ conforme a la norm peligrosas, disponit www.minsal.cl Observación inmediatamente d		Las exigencias de estas características aplican sobre Laboratorios de Anatomía Patológica y sus respectivas bodegas autorizadas conforme a la normativa vigente sobre almacenamiento de sustancias peligrosas, disponible en la página web del Ministerio de Salud: www.minsal.cl Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.



TRABAJANDO PARA USTED

APL 1.2 AC APL 1.2 AA APL 1.2 APC GP 1.2 LC	NÚMERO 187 Sobre cuál es la información mínima que debe solicitar la Entidad Acreditadora para constatar en el primer elemento medible, en el(los) documento(s) los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado, incluyendo: Instrucciones de preparación del paciente, Procedimiento de toma de muestra para los exámenes realizados, Rotulación de las muestras, Conservación de las muestras, Traslado de las muestras y Criterios de rechazo de muestras. NUEVA La información que debe solicitar la Entidad Acreditadora, para constatar que el prestador cumple, en el(los) documento(s) exigidos en el primer elemento medible, será al menos: - Verificación de la Cartera de prestaciones que realiza y deriva. - Selección al azar de 7 prestaciones para Instrucciones de preparación del paciente, Procedimiento de toma de muestra para los exámenes realizados, Rotulación de las muestras, Conservación de las muestras, Traslado de las muestras y Criterios de rechazo de muestras, por cada punto de verificación que le aplica al prestador institucional evaluado. La exigencia sobre el primer elemento medible, solo se entenderá por cumplida si el prestador institucional cuenta con cada uno de los atributos exigidos en el primer elemento medible, para las prestaciones seleccionadas aleatoriamente. Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.	APL 1.2 AC APL 1.2 AA APL 1.2 APC GP 1.2 LC GCL 1.7 CD
		NÚMERO 187 Sobre cuál es la información mínima que debe solicitar la Entidad Acreditadora para constatar en el primer elemento medible, en el(los) documento(s) los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado, incluyendo: Instrucciones de preparación del paciente, Procedimiento de toma de muestra para los exámenes realizados, Rotulación de las muestras, Conservación de las muestras, Traslado de las muestras y Criterios de rechazo de muestras. NUEVA La información que debe solicitar la Entidad Acreditadora, para constatar que el prestador cumple, en el(los) documento(s) exigidos en el primer elemento medible, será al menos: - Verificación de la Cartera de prestaciones que realiza y deriva. - Selección al azar de 7 prestaciones para Instrucciones de preparación del paciente, Procedimiento de toma de muestra para los exámenes realizados, Rotulación de las muestras, Conservación de las muestras, Traslado de las muestras y Criterios de rechazo de muestras, por cada punto de verificación que le aplica al prestador institucional evaluado. La exigencia sobre el primer elemento medible, solo se entenderá por cumplida si el prestador institucional cuenta con cada uno de los atributos exigidos en el primer elemento medible, para las prestaciones seleccionadas aleatoriamente. Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.

NÚMERO 155

(Circular IP N°68/2026)

REG 1.1 Ficha Clínica



Ordinario Circular IP N.º 01, de 23 de enero de 2026.

Derogada Versión N.º 5 del “Compendio de Circulares que instruyen a las Entidades Acreditadoras sobre la interpretación de las normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud”, se incluyeron, en sus Números: **72 y 73** (página 41 de su texto).



GCL 1.7 AC
GCL 1.6 CD

NÚMERO 72

Sobre la aplicabilidad de esta característica en aquellos prestadores que indican transfusiones a sus pacientes, pero los derivan a otro prestador para realizar el procedimiento de transfusión. *NUEVA*

En consideración a la relevancia que para la seguridad de los pacientes tiene la estandarización de los criterios de indicación médica, cuyo propósito es evitar transfusiones innecesarias, en el caso de que el prestador derive sus pacientes a un tercero para la administración de la transfusión, **igualmente le es aplicable esta exigencia.** La derivación conlleva un criterio clínico de indicación de transfusión, criterio que el prestador debe evidenciar a la Entidad Acreditadora, para la constatación de esta característica.

Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación de prestadores de atención cerrada, que se soliciten después de 6 meses de la dictación de la presente Circular.

GCL 1.6 AA

NÚMERO 73

Sobre la aplicabilidad de esta característica en aquellos prestadores de atención abierta que indican transfusiones a sus pacientes, pero los derivan a otro prestador para realizar el procedimiento de transfusión. *NUEVA*

Si el prestador de atención abierta indica transfusiones a sus pacientes en alguno de los siguientes puntos de verificación: Urgencias, Pabellón de CMA, Unidad de Diálisis, Unidad de Quimioterapia, le es aplicable la exigencia en consideración a la relevancia de la estandarización de dicha indicación en estos contextos clínicos.

Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que soliciten después de 6 meses de la dictación de la presente Circular.

Circular IP N.º 67, de 10 de abril de 2026.

SUSTITÚYESE el texto de la interpretación N.º 54 de la VERSIÓN N.º 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”, aprobado por la Resolución Exenta IP/N.º 7601, de 6 de diciembre de 2024, por la siguiente:

Sobre la forma de constatar el cumplimiento de la exigencia de la característica DP 1.1, atendido lo dispuesto en la Ley 20.584, sobre derechos y deberes de las personas en su atención de salud. *SUSTITUDA*

Téngase presente que, para los efectos de la evaluación del cumplimiento de la exigencia de la característica DP 1.1, sólo cabe exigir que el prestador evaluado mantenga en un lugar público y visible, la carta de derechos y deberes de las personas en relación con la atención de salud, cuyo contenido actualizado fue determinado en el N°2 de la Resolución Exenta N°138, de 12 de febrero de 2021, del Ministerio de Salud.

En consecuencia, no incluye la exigencia de constatar la colocación o mantención de ningún otro elemento gráfico o afiche exigido por la antedicha Ley N°20.584, cuya fiscalización se efectuará en la oportunidad que corresponda en el marco de las fiscalizaciones específicas relativas a esta última ley.



Por ende, para cumplir con DP 1.1 de los diversos estándares de acreditación, podrá exhibirse la Carta aprobada por RE N°605/2012/Minsal o la RE 138 de 2021

Circular IP N.º 68, del 16 de junio de 2026.

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

NÚMERO 20

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.

MODIFICADA

Para efectos del Sistema de Acreditación, se considerará un documento como “institucional”, cuando exista una aprobación explícita de la máxima autoridad del prestador, lo que puede concretarse a través de un decreto o, en casos del prestador privado, por otros medios, según sea la realidad local. 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.

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



b) SUSTITÚYESE el texto de la interpretación N° 26, por el 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), 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 permite evidenciar que el prestador mide lo que estableció medir, lo que significa que la muestra posea una "Representatividad", por tanto, que los casos analizados correspondan al mismo periodo al que se refiere el indicador y, que abarquen el periodo 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 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.

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:

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	NUMERO 155 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 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, que regule 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) SUSTITÚYASE el texto de la interpretación N.º 218, por el siguiente:

NÚMERO 218	
Sobre la aplicabilidad del punto de verificación APA, en las muestras obtenidas para realizar biopsias intraoperatorias (rápidas). MODIFICADA	
APA AC APA AA APA AO	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. 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 (www.minsal.cl). 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. Observación: Esta instrucción entrará en vigencia inmediatamente, desde la dictación de la presente Circular.



INSTRUCCIONES NUEVAS

a) AGRÉGASE la interpretación Número 267:

NÚMERO 267

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: **NUEVA**

Dados los antecedentes señalados en los Ordinarios 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 el Oficio CP N°4567, de 22 de febrero de 2026, que instruyen lineamientos para la adecuación de la vigilancia epidemiológica de IAAS, ante la extensión de la edad pediátrica, corresponde dar cumplimiento 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 resulta obligatoria; sin embargo, a 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 verificados asociados a esta adecuación, será de carácter progresivo, en la medida en que cada establecimiento pueda aplicar este criterio, de acuerdo con su realidad local y los recursos disponibles. Para tales efectos, se instruye a los prestadores institucionales de salud identificar y documentar explícitamente, la fecha de corte de 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.



INSTRUCCIONES NUEVAS

b) AGRÉGASE la interpretación Número 268:

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	NÚMERO 268 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. NUEVA 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, entre otros. Por tanto, la información sensible contenida en dichas plataformas, no debe entenderse vinculada a las fichas clínicas institucionales de los pacientes. Esta exclusión se justifica, en que tal información, no es gestionada ni administrada por el prestador institucional y cumplen funciones de vigilancia, gestión programática o reporte de información, más que de registro clínico directo, materias que son competencia del órgano rector. 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.
--	--



INSTRUCCIONES NUEVAS

c) AGRÉGASE la interpretación Número 269:

EQ 2.1 AC EQ 2.2 AC EQ 2.1 AA EQ 2.2 AA EQ 2.1 APC EQ 2.1 CD EQ 2.1 SI EQ 2.1 AO EQ 2.1 SR EQ 2.1 SQ	NÚMERO 269 Sobre si el equipo monitor cardiotfetal, debe ser considerado dentro de las características que involucran mantención de equipos críticos, para efectos de acreditación. NUEVA. 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, deberá incluir el monitor cardiotfetal dentro de sus constataciones, como un equipo crítico. Sin embargo, deben 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.
---	---



Ordinario Circular IP N.º 02, de 14 de agosto de 2026.

1.º MODIFÍCASE LA ORIENTACIÓN TÉCNICA, contenida en el N.º 1 del ORDINARIO CIRCULAR ANTERIOR, titulada "ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATACIÓN EN TERRENO DEL CUMPLIMIENTO DE LA EXIGENCIA DE LA EVALUACIÓN PERIÓDICA", en el siguiente sentido:

5. Existe evidencia que la información reportada en las fuentes secundarias es consistente con las fuentes primarias.

En caso que, el punto de verificación esté constituido por más de una Unidad o Servicio, en esta etapa de constatación, la Entidad Acreditadora seleccionará al azar **una** Unidad/Servicio Clínico. La constatación de dicha Unidad o Servicio seleccionado se considerará suficiente para valorar el cumplimiento o no de la evaluación periódica en el punto de verificación respectivo.

Luego de seleccionar la unidad/servicio Clínico y siempre que existan ambos tipos de fuentes de información para un indicador, la Entidad Acreditadora corroborará que los datos recopilados en las fuentes secundarias sean consistentes con las respectivas fuentes primarias, lo que permite evidenciar la fidelidad de los datos utilizados para la medición del indicador. Para ello, se seleccionará al azar en el punto de verificación, una **muestra de 7 fuentes primarias en total**, asociadas a la muestra constatada de fuentes secundarias señalada en el punto 4 precedente; a modo de ejemplo, si las fuentes secundarias fueron pautas de cotejo de un registro contenido en la Ficha Clínica, se solicitarán 7 Fichas Clínicas asociadas a cada una de dichas pautas de cotejo.



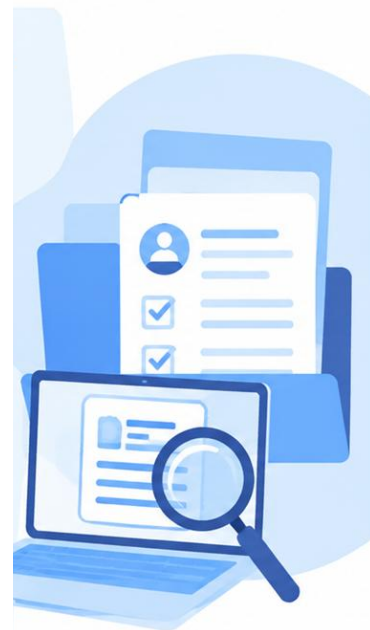
2.º MODIFÍQUESE LA ORIENTACIÓN TÉCNICA, contenida en el N.º 2 del ORDINARIO CIRCULAR ANTERIOR, titulada “ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATAción EN TERRENO”, en los siguientes dos sentidos, a saber:

Definidos los lugares de constatación, la entidad procederá a evaluar los aspectos cualitativos de la exigencia de ficha clínica única. En esta etapa, el evaluador deberá constatar, a través de: **entrevistas al personal (seleccionar al menos dos funcionarios de diferentes estamentos)**, observación directa, y simulaciones con ellos, el cumplimiento, en los diferentes soportes de fichas clínicas con las que cuente el prestador, los siguientes **requisitos**:

- **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.**

Si uno o más de los 4 requisitos no cumple en el lugar de referencia, debe entenderse el elemento medible como no cumplido. En el informe, la entidad detallará explícitamente el criterio no cumplido, de acuerdo a procedimiento local o según normativa vigente.

- En la constatación de REG 1.1, se excluyen las plataformas informáticas ministeriales de carácter nacional administradas directamente por la autoridad sanitaria (Ministerio de Salud, Secretaría Regional Ministerial u otro). Por tanto, la información sensible contenida en dichas plataformas, no debe entenderse vinculada a las fichas clínicas institucionales de los pacientes.



3. ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATAción DE LA TRAZABILIDAD DE BIOPSIAS Y COMPONENTES SANGUÍNEOS

A. Prestador sin servicio de anatomía patológica (que envía las biopsias a uno o más servicios externos)

3.4	Existen registros que permiten verificar la incorporación de cada Informe en la ficha clínica del paciente o en un registro de recepción del informe por parte del paciente o su representante, o que en la ficha clínica del paciente conste que fue informado del examen (a través del registro de la evolución médica u otro registro), según lo determine el propio Prestador. En el caso de las biopsias intraoperatorias (rápidas) los informes, son equivalentes a cualquier registro en la ficha clínica o parte de ésta, por ejemplo, en el protocolo operatorio.
-----	---



B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica)

4.4	Existen registros que permiten verificar la incorporación de cada Informe en la ficha clínica del paciente o en un registro de recepción del informe por parte del paciente o su representante, o que en la ficha clínica del paciente conste que fue informado del examen (a través del registro de la evolución médica u otro registro), según lo determine el propio Prestador. En el caso de las biopsias intraoperatorias (rápidas) los informes, son equivalentes a cualquier registro en la ficha clínica o parte de ésta, por ejemplo, en el protocolo operatorio.
-----	---



Equipo

- Carmen Monsalve Benavides: Jefa Subdepartamento del Gestión de Calidad en Salud.
- Benedicto Romero Hermosilla: Encargado Unidad de Gestión en Acreditación.
- Profesionales Analistas:
 - Carmen Gloria Salinas Poblete
 - Claudia Aguayo Ibáñez
 - Claudia Maritza Collao Fierro
 - Maria Cecilia Carmona Perez
 - Maria Cristina Dubournais Sanhueza
 - Giovanna Maregatti Herrera
 - Leonardo Enrique Jimenez Quiroz



Gobierno
de Chile

gob.cl

TRABAJANDO
PARA USTED

Muchas gracias