**I.- ANTECEDENTES GENERALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivo**  **Identificar y caracterizar al establecimiento o prestador de servicios.** | | | | | | | |
| **1.- Solicitud de Autorización Sanitaria** | | | | | | | |
| a) Instalación |  | b) Funcionamiento |  | c) Traslado |  | d) Modificación |  |
| **2.- Identificación del Establecimiento** | | | | | | | |
| Nombre del Establecimiento | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Dirección (calle, Nº, local) | | | | | | Comuna | |
|  | | | | | |  | |
| Teléfono fijo | | | Teléfono móvil | | | | |
|  | | |  | | | | |
| Correo electrónico | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **3.- Propietario del Establecimiento** | | | | | | | |
| Nombre o razón Social | | | | | | RUN o RUT | |
|  | | | | | |  | |
| Domicilio legal (calle, Nº, local) | | | | | | Comuna | |
|  | | | | | |  | |
| Teléfono fijo | | | Teléfono móvil | | | | |
|  | | |  | | | | |
| Correo electrónico | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **4.- Representante Legal del Establecimiento** | | | | | | | |
| Nombre | | | | | | RUN | |
|  | | | | | |  | |
| Domicilio legal (calle, Nº, local) | | | | | | Comuna | |
|  | | | | | |  | |
| Teléfono fijo | | | Teléfono móvil | | | | |
|  | | |  | | | | |
| Correo electrónico | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

Nota: Todos los documentos son controlados en el sitio web archivos.minsal.cl de la Subsecretaria de Salud Pública. Toda impresión o copia de ellos es un documento “No controlado”

|  |  |
| --- | --- |
| **5.- Director Técnico del Establecimiento** | |
| Nombre | RUN |
|  | |
| Profesión | |
|  | |
| Domicilio legal (calle, Nº, local) | Comuna |
|  |  |
| Teléfono fijo | Teléfono móvil |
|  |  |
| Correo electrónico | |
|  | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Propietario o Representante Legal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del/la fiscalizador/a

**Nota:**

Esta pauta de chequeo será aplicada tanto a Salas de Procedimientos Odontológicos (SPO) que funcionen de manera independiente, como aquellas SPO que funcionan dentro de otros establecimientos de salud (clínicas, hospitales, consultorios, centros odontológicos o mega prestadores). Por lo anterior, pueden existir requisitos que no serán aplicables a las SPO independientes.

**II.- ÁMBITO ORGANIZACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A.- SOLICITUD Y DOCUMENTACIÓN REGLAMENTARIA** | | | | | |
| **Objetivo**  **Documentar el cumplimiento de la normativa vigente a través de la presentación de:** | | | | | |
| **ÍTEM** | **DS 283/97** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 1 | Art. 3, inciso 1, letra a | Solicitud en la cual se especifica el nombre y domicilio del establecimiento donde se ubicará la sala de procedimientos o domicilio de la consulta, en su caso. |  |  |  |
| 2 | Art. 3, letra b | Documentación que acredite el derecho a uso del inmueble (Contrato de Arrendamiento, Comodato, Inscripción de Dominio, Escritura de Compraventa). |  |  |  |
| 3 | Art. 3, inciso 1, letra c | Individualización del propietario de la sala de procedimientos y del representante legal en caso de tratarse de una persona jurídica. (Copia Carné de Identidad y copia de RUT). |  |  |  |
| 4 | Art. 3, inciso 1, letra d | Plano o croquis de la planta física del local en que se señalen las diferentes dependencias y su distribución funcional. |  |  |  |
| 5 | Art. 3, inciso 1, letra e | TE1 o un Certificado de un técnico autorizado por la SEC. para las instalaciones eléctricas |  |  |  |
| 6 | Art. 3, inciso 1, letra e | Para las instalaciones de agua potable y alcantarillado presentar certificado de conexiones existentes emitido por la empresa que presta el servicio. |  |  |  |
| 7 | Art. 3, inciso 1, letra g | Listado de procedimientos a efectuar. |  |  |  |
| 8 | Art. 3, inciso 1, letra h | Descripción del equipamiento e instrumental a utilizar, señalando marca y modelo. |  |  |  |
| 9 | Art. 3, inciso 2 | Individualización del Director Técnico acompañada de fotocopia legalizada del título o registro como prestador individual en la Superintendencia de Salud. Exigible previo a la entrada en funcionamiento de la sala de procedimientos. |  |  |  |
| 10 | Art. 3, inciso 2 | Nómina detallada de los profesionales y del personal auxiliar, acompañada de fotocopias legalizadas de títulos o registros como prestadores individuales en la Superintendencia de Salud. Exigible previo a la entrada en funcionamiento de la SPO. |  |  |  |
| 11 | Art. 10 | Convenio de retiro de residuos especiales y peligrosos con un tercero debidamente autorizado. |  |  |  |
| **ÍTEM** | **DS**  **10/12** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 12 | Art. 3 | Documento de registro de autoclave emitido por la SEREMI de Salud. |  |  |  |
| 13 | Art. 80 | El operador de autoclave cuenta con la certificación de competencias correspondiente otorgado por la SEREMI de Salud. |  |  |  |
| **ÍTEM** | **DS**  **133/84** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 14 | Art. 2 | Autorización de instalación radiactiva o equipos generadores de radiaciones ionizantes. |  |  |  |
| 15 | Art. 17 | Documento emitido por la SEEREMI de Salud que autoriza al profesional y/o auxiliar para desempeñarse como operadores de equipos generadores de radiaciones ionizantes. |  |  |  |
| **ÍTEM** | **DS**  **3/85** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 16 | Art. 5 y 7 | Convenio con empresa, contrato de servicios, o similar, que realiza el control dosimétrico del personal y límites de dosis radioactivas. |  |  |  |
| **ÍTEM** | **DS 594/99** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 17 | Art. 36 | Programa de mantención preventiva de las instalaciones y equipos, certificado por la empresa que realiza las mantenciones, según periodicidad indicada por fabricante. |  |  |  |
| **ÍTEM** | **DS**  **6/09** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 18 | Art. 22 | Autorización del sitio para almacenamiento de residuos, si corresponde. |  |  |  |
| **Notas:**   1. Los ítems 10, 15 y 16, no serán exigibles para la Autorización Sanitaria de la SPO, pero sí serán fiscalizados por la SEREMI de Salud cuando la SPO esté en funcionamiento. 2. En caso de manejo de fármacos, la SPO deberá contar con un botiquín autorizado. Dicha autorización puede hacerse de manera concomitante a la autorización de la SPO. | | | | | |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B.- REGLAMENTO INTERNO DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO** | | | | | |
| **Objetivo**  **Prevenir y proteger a los pacientes, personal y público, de los riesgos sanitarios y de siniestros que puedan ocurrir en sus instalaciones. El establecimiento cuenta con la siguiente documentación:** | | | | | |
| **ÍTEM** | **DS 58/08**  **Anexo 2** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 19 | 6 | Procedimiento sobre las acciones a realizar en caso de accidentes. |  |  |  |
| 20 | 7 | El Establecimiento entrega elementos de protección al personal de acuerdo a riesgos derivados de las funciones asignadas. Con protocolos de entrega y fechas de recambio firmado por el personal. |  |  |  |
| 21 | 8 | El establecimiento tiene un Programa de Prevención Riesgos y un Plan de Emergencia y evacuación. |  |  |  |
| **Notas:**   1. Los ítems 19 al 21, no constituyen requisito para otorgar la autorización sanitaria de instalación y funcionamiento, se establecerá un plazo fundado y razonable para su cumplimiento y serán fiscalizados por la SEREMI de salud. 2. El Plan de emergencia y evacuación deberá ser elaborado por una persona con competencias en el tema (Prevencionista de riesgos registrado o Bomberos) 3. La SPO que opera en forma independiente, podrá presentar el plan de emergencia y evacuación del edificio en el cual se encuentre emplazada. Lo anterior, junto a las señaléticas de evacuación correspondiente. | | | | | |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **C.- REGLAMENTACION INTERNA/ MANUAL NORMAS Y PROCEDIMIENTOS** | | | | | |
| **En el establecimiento se constata la existencia de procedimientos escritos respecto de:** | | | | | |
| **ÍTEM** | **DS 58/08**  **Anexo 2** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 22 | 17 al 21 | Procedimientos de rutina de limpieza y aseo general del establecimiento (recintos clínicos, recintos administrativos y de uso público, servicios higiénicos, pasillos y vías de circulación horizontales y verticales, recintos generales). |  |  |  |
| 23 | 22 | Procedimientos de limpieza de sistema de climatización (equipos aire, filtros, rejillas, otros). |  |  |  |
| 24 | 23 | Procedimientos para manejo, retiro y disposición final de residuos del establecimiento. |  |  |  |
| **ÍTEM** | **Circular 40/11** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 25 | Numeral I, punto 3 | Manual de bioseguridad y prevención de contaminación cruzada, en caso que el profesional odontólogo atienda sin la asistencia de un auxiliar paramédico. |  |  |  |
| **Nota:**   1. Los ítems 21 al 23, no son requisitos exigibles para otorgar la Autorización Sanitaria de instalación y funcionamiento, pero sí serán fiscalizados por la SEREMI de Salud cuando la SPO esté en funcionamiento. | | | | | |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D.- SISTEMA DE REGISTROS** | | | | | |
| **ÍTEM** | **DS 58/08**  **Anexo 2** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 26 | 31 | Existe un sistema que asegura el archivo y la conservación de los registros de las atenciones de salud proporcionada por el Establecimiento por un período mínimo de 15 años a contar de la fecha de la última atención realizada a cada paciente. |  |  |  |
| **ÍTEM** | **DS 283/97** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 27 | Art. 18 | Cuenta con un libro u otro sistema de gestión de sugerencias y reclamos. |  |  |  |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | |
|  | | | | | |

**III.- ÁMBITO INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivo**  **Disponer de instalaciones acordes a los requerimientos de los usuarios.** | | | | | |
| **A.- ACCESIBILIDAD** | | | | | |
| **ITEM** | **DS 58/08**  **Anexo 2** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 28 | 48 | Al menos una puerta en el acceso principal12 de cada edificio donde se atiendan pacientes es accesible13 en forma autónoma e independiente desde el nivel de la vereda para la circulación de sillas de ruedas y para la circulación asistida de camillas. |  |  |  |
| 29 | 49 | Las escaleras cuentan con pasamanos. |  |  |  |
| 1. En construcciones existentes puede habilitarse un acceso secundario, con la debida señalización. 2. La puerta debe tener un ancho libre mínimo de 0,90 m, resistente al impacto, hasta una altura no inferior a 0,30 m, y no podrá ser giratoria. La vía de circulación que conecta la puerta con la vereda, deberá permitir el tránsito de sillas de rueda y camillas. Se puede otorgar plazo y pedir plan de trabajo para su habilitación. | | | | | |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B.- CONDICIONES DE SEGURIDAD GENERAL** | | | | | |
| **ÍTEM** | **DS 58/08**  **Anexo 2** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 30 | 50 | Recintos, áreas y superficies libres de humedad y /o filtraciones. |  |  |  |
| 31 | 51 | Los muros, puertas, pisos y superficies de trabajo clínico y baños son lisos y lavables. |  |  |  |
| 32 | 53 | Instalaciones sanitarias, incluyendo artefactos y grifería funcionando, sin filtraciones. |  |  |  |
| 33 | 57 | Las vías de evacuación están completamente señalizadas y de manera clara. |  |  |  |
| 34 | 58 | Está(n) definido(s) el/los espacio/s seguro/s hacia donde se conducirán las evacuaciones. |  |  |  |
| 35 | 59 | Las vías de evacuación están libres de equipamiento o elementos que impidan el desplazamiento de personas. |  |  |  |
| 36 | 60 | El establecimiento tiene extintores operativos acorde al DS. 594/99 |  |  |  |
| 37 | 61 | Cuenta con recinto de almacenamiento de insumos clínicos y medicamentos con barrera físicas para evitar la entrada de vectores de interés sanitario o su eliminación. |  |  |  |
| **ÍTEM** | **DS 283/97** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 38 | Art. 10, inciso 3 | Luces de emergencia en sala de procedimientos y vías de evacuación. |  |  |  |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C.- RECINTOS GENERALES** | | | | | |
| El establecimiento cuenta con las siguientes dependencias, las que pueden ser comunes para varias salas. | | | | | |
| **ÍTEM** | **DS 58/08**  **Anexo 2** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 39 | 62 | Sala de espera. |  |  |  |
| 40 | 63 | Servicios higiénicos para público y/o personal. |  |  |  |
| 41 | 64 | Los edificios tienen al menos 1 baño universal accesible a sillas de ruedas. |  |  |  |
| 42 | 65 | Vestuario del personal, según normativa. |  |  |  |
| 43 | 66 | Comedor de personal o lugar de colación, si procede. |  |  |  |
| 44 | 67 | Archivo |  |  |  |
| 45 | 68 | Bodega |  |  |  |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D.- SALA DE PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS PROPIAMENTE TAL.** | | | | | |
| **ÍTEM** | **DS 58/08**  **Anexo 2** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 46 | 130 | Sillón dental que permite posición trendelemburg. |  |  |  |
| 47 | 131 | Sistema eliminación desechos, con tapa y pedal. |  |  |  |
| 48 | 132 | Salivera portátil con agua circulante y desagüe con aspiración y filtro. |  |  |  |
| 49 | 133-134 | Sistema de aspiración baja potencia (eyector) **o,** Sistema aspirador de alta potencia (aspirador). |  |  |  |
| 50 | 135 | Sistema de iluminación de campo operatorio. |  |  |  |
| 51 | 136 | Compresor de aire ubicado fuera de la clínica o en caja de aislamiento acústica para turbina, motor de baja velocidad (neumático) y jeringa triple. |  |  |  |
| 52 | 137 | Taburete odontólogo y auxiliar. |  |  |  |
| 53 | 138 - 139 | La sala de procedimientos odontológicos cuenta con: Mobiliario34 para almacenar insumos clínicos limpios y estériles. |  |  |  |
| 54 | 140-141 | Área limpia con lavamanos, con superficie lavable35 para preparación de material e insumos separado del área sucia. |  |  |  |
| 55 | 142 | Área sucia con superficie lavable y depósito transitorio del instrumental en uso36, independiente del mesón de preparación de material clínico. |  |  |  |
| 56 | 143 | Contenedor plástico con tapa para eliminación de residuos peligrosos (rojo) y especiales (amarillo). |  |  |  |
| 57 | 144 | Negatoscopio cuando corresponda. |  |  |  |
| 1. Mobiliario: puede ser vitrina cerrada o carro de transporte de material limpio y estéril. 2. Mobiliario: puede ser repisa, mesón o carro de transporte de material limpio y estéril. 3. Puede ser repisa o caja plástica con tapa para material sucio.   **Notas:**   1. Considérese que todo sillón que permita reclinar su respaldo cumple con el requisito 130, del Anexo 2, del DS 58/08 (Circular Nº 40/11). 2. En caso de esterilizar el material en el establecimiento, éste deberá cumplir con las exigencias descritas en la NGT Nº 199/2018, sobre “esterilización y desinfección de alto nivel para establecimientos de atención en salud”. Si tiene externalizado el servicio, debe disponer de un convenio con un tercero debidamente autorizado. 3. Las piezas de mano /contra ángulo, de turbina y de jeringa triple, deben ser estériles. 4. Las SPO con más de un sillón deberán considerar una distancia entre ellos, uso común de áreas limpia y sucia, lavamanos y privacidad de los pacientes. | | | | | |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **E.- SALA RX DENTAL43** | | | | | |
| **ÍTEM** | **DS 58/08**  **Anexo 2** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 58 | 168 | El establecimiento cuenta con espacio destinado a tomar RX44 |  |  |  |
| 59 | 169 - 170 | Las instalaciones y funcionamiento cumplen con la normativa vigente. |  |  |  |
| 60 | 171 | Las salas que utilizan radiaciones ionizantes están ubicadas en zonas de uso restringido al público. |  |  |  |
| 61 | 172 | Existe señalización de advertencia de exposición a RX. |  |  |  |
| 62 | 173 | Personal cuenta con dosímetros personales. |  |  |  |
| 63 | 174 | Existen elementos de protección radiológica de pacientes y personal45 |  |  |  |
| 64 | 175 | Existe espacio para almacenamiento de insumos de trabajo. |  |  |  |
| 65 | 176 - 177 | El área de revelado cuenta con mesón de trabajo con revelado manual. |  |  |  |
| 66 | 178 | Reveladora de Placas. |  |  |  |
| 67 | 179 | El establecimiento define un sistema de desecho de líquidos residuales del procedimiento de revelado acorde a normativa vigente46. |  |  |  |
| 1. Este servicio es optativo. No es exigible su existencia para la Autorización Sanitaria de la SPO. No obstante, si otorga el servicio, debe obtener Autorización Sanitaria para realizar esta prestación. 2. Equipo de RX puede estar en la sala de procedimientos siempre que cuente con las características descritas para este recinto. 3. Incluye 2 delantales y 1 protector tiroideo plomado. 4. No es un requisito para otorgar la Autorización Sanitaria, se debe pedir en una visita posterior.   **Nota:**   1. Si el equipamiento de RX dental se encuentra dentro de la sala de procedimientos, deberá dar cumplimiento a todos los requisitos anteriores mencionados en los ítems 56 al 65. | | | | | |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **F.- ASEO47**  **Sólo para clínicas, hospitales, consultorios, centros odontológicos o mega prestadores.** | | | | | |
| **Objetivo: Disponer de espacio para limpiar y guardar materiales y equipos utilizados en labores de aseo.** | | | | | |
| **ÍTEM** | **DS 58/08**  **Anexo 2** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 68 | 180 | El establecimiento cuenta con al menos un espacio destinado a limpiar y guardar materiales y equipos utilizados en labores de aseo de los recintos. |  |  |  |
| 69 | 181 - 182 | Este espacio cuenta con depósito profundo de lavado. |  |  |  |
| 70 | 184 | Contenedores para depósitos transitorios de residuos sólidos, impermeables y con tapa. |  |  |  |
| 1. En caso que no exista un espacio exclusivo para este propósito.   **Notas:**  Para las SPO que operan de manera independiente:   1. Para las SPO que no pueden contar con depósito profundo de lavado, se podrá aceptar un mueble para almacenamiento de insumos y útiles de aseo, a su vez el depósito profundo puede ser reemplazado por el carro de aseo para el lavado de las mopas y deberá exigirse el sector donde se mantendrá estacionado dicho carro. 2. Si este espacio cumple con las condiciones también puede ser utilizado para almacenar los residuos sólidos asimilables a domiciliarios. 3. Si este espacio cumple con las condiciones también puede ser utilizado para almacenar los residuos especiales y peligrosos antes de su retiro. Para lo anterior, se solicitará un estante cerrado, donde se almacenen dichos residuos. 4. Si la SPO genera pocos residuos especiales y peligrosos se permitirá que el mismo generador realice todo el proceso de retiro del lugar de generación y los transporte a la disposición final, con los resguardos en el traslado y los registros correspondientes para mantener la trazabilidad. | | | | | |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **G.- DISPOSICIÓN RESIDUOS SÓLIDOS DEL ESTABLECIMIENTO**  **Sólo para clínicas, hospitales, consultorios, centros odontológicos o mega prestadores.** | | | | | |
| **Objetivo:**  **Contar con instalaciones e implementos de protección personal para manipular y almacenar los residuos hasta su retiro del establecimiento, que contribuyan a disminuir el riesgo de contaminación de usuarios y personal.** | | | | | |
| **ÍTEM** | **DS 58/08**  **Anexo 2** | **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 71 | 187 | Es un espacio cerrado. |  |  |  |
| 72 | 188 | Cuenta con artefactos para el lavado de los contenedores reutilizables. |  |  |  |
| 73 | 189 | El establecimiento cuenta con contenedores para la eliminación de residuos asimilables a domiciliarios, por sistema de transporte y disposición final autorizados50. |  |  |  |
| 1. Puede ser sistema municipal o de administración local debidamente autorizado. | | | | | |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | |
|  | | | | | |