



CONSULTA PÚBLICA

FORMULARIO DE OBSERVACIONES

Propuesta de Reglamento que reemplaza el DS N°283/1997, que aprueba el Reglamento sobre Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor

Identificación de quien observa:

Nombre y Apellido	
Institución	Colegio de Cirujanos y Cirujanos Dentistas de Chile A.G.
Correo electrónico	
Fecha	24 de septiembre de 2025

Observaciones al documento

N°	N° artículo que observa	Dice (extracto del texto que considera debe ser modificado)	Propuesta (en base al texto inicial, indicar concretamente la modificación)	Justificación
1	Artículo 2. Definiciones	no aparece definición de área estéril	Área estéril: espacio físico controlado y libre de microorganismos (gérmenes) donde se manipula, almacena o se realizan procedimientos con artículos esterilizados para prevenir infecciones.	1.- Dentro de las definiciones no se incluye el concepto de "Área Estéril" que es utilizado en distintas normas del reglamento, se recomienda definir; 2.- La normativa a modificar incluye procesos clínicos que requieren el uso de insumos e instrumental estéril, por lo que debe definir un área para tal efecto, y no está contenido en las definiciones operacionales
2	Artículo 2. Definiciones. N° 28	incorporar un tercer inciso en el N° 28 para definir la sala de procedimiento odontológico	Para efectos del presente reglamento serán definidas como "sala de procedimiento odontológicos" el recinto de un establecimiento de salud o dependencia anexa a una consulta odontológica, destinado a efectuar en pacientes ambulatorios prestaciones odontológicas diagnósticas o terapéuticas, invasivas o no invasivas, que no requieren hospitalización y se realizan con técnica aséptica cuando corresponda; incluyendo atenciones de cirugía menor, cuando así lo faculte el presente reglamento."	Resulta necesario que el reglamento incorpore una definición expresa de "sala de procedimiento odontológico", ya que en la práctica existen diferencias interpretativas que pueden dar lugar a criterios dispares o discrecionales por parte de la autoridad sanitaria. La inclusión de esta definición permite otorgar certeza jurídica y uniformidad en la aplicación de la norma, estableciendo de manera clara cuáles son las prestaciones que pueden realizarse en este tipo de recintos. La propuesta contempla tanto procedimientos invasivos como no invasivos, siempre que no requieran hospitalización, se realicen en condiciones de asepsia y cuenten con la debida autorización reglamentaria. Esto asegura un estándar homogéneo de seguridad y calidad, alineado con la práctica clínica odontológica y con la normativa sanitaria vigente, evitando restricciones indebidas o interpretaciones arbitrarias que pudieran afectar el ejercicio profesional o el acceso de los pacientes a tratamientos odontológicos ambulatorios.
3	Artículo 2. Definiciones. N° 6	Entre el área limpia y el área sucia deberá existir una separación espacial suficiente y adecuada, que impida la contaminación cruzada. Cuando ambas áreas se encuentren en una misma superficie, deberán estar separadas por un tabique de al menos 50 centímetros de altura para asegurar que no se produzca contaminación del área limpia. En ese caso, deberá acreditarse que existe un manejo que permite la independencia de ambas áreas.	Entre el área limpia y el área sucia deberá existir una separación espacial suficiente y adecuada, que impida la contaminación cruzada. Cuando ambas áreas se encuentren en una misma superficie, deberán estar separadas por un tabique de al menos 50 centímetros de altura para asegurar que no se produzca contaminación del área limpia. Este tabique debe ser de bordes lisos y de material lavable y no poroso resistente a la aplicación de desinfectantes habituales.	1.- La descripción actual no tiene el suficiente detalle para indicar de que manera se asegura la independencia del área sucia de la limpia; debe explicitar de mejor manera lo que se desea obtener para que no existan interpretaciones por parte de los fiscalizadores de la normativa para efectos de autorización sanitaria
4	Artículo 2. Definiciones. N° 10	Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA): modelo de atención de cirugía mayor que se utiliza en pacientes e intervenciones que cumplan con las condiciones que se establecerán en la norma técnica que dictará el Ministerio de Salud. Debe ser realizada en un quirófano de una Unidad de Pabellón, por un prestador individual de salud calificado, que sea parte de un equipo de atención quirúrgica y de anestesia. Para ser considerada cirugía mayor ambulatoria, la admisión, intervención quirúrgica, recuperación y alta del paciente debe ocurrir en menos de 24 horas. Las intervenciones de este tipo que puedan ser diferidas en el tiempo de acuerdo con el diagnóstico y las características clínicas de la persona, mientras no exista riesgo para su estado de salud, se denominarán intervenciones de cirugía mayor ambulatoria electivas no de urgencia.	Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, que, de acuerdo con el diagnóstico y condición clínica de la persona, puede ser electiva. Se realiza en quirófano ambulatorio o central y la recuperación del paciente es menor a 24 horas. El período de observación postoperatoria debe ser realizado en una unidad destinada para este fin y no en una cama de dotación y una vez transcurrido el tiempo de recuperación anestésica, la persona usuaria vuelve a su domicilio.	La descripción de la definición esta escrita en futuro sobre un cuerpo normativo inexistente, aludiendo a un documento que se dictará por MINSAL. Debe aludir a la definición actual que usa el MINSAL para estos efectos, contenida en el documento "Orientación Técnica de Cirugías Mayores Electivas" del año 2023 emanado por el propio MINSAL. Por tanto es recomendable usar definiciones ya empleadas en otros cuerpos normativos ya dictados por el MINSAL con el fin de evitar antinomias jurídicas.

5	Artículo 2. Definiciones. N° 11	Cirugía Menor: intervención quirúrgica médica u odontológica sencilla y generalmente de corta duración, que cumple al menos con una de las siguientes características: 1.- Se realiza sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles. 2.- Tiene bajo riesgo y tras ella no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas; 3.- Sus fines pueden ser diagnósticos, terapéuticos o estéticos. 4.- Involucra: incisión de piel que no traspase el tejido subcutáneo; o incisión de mucosa; o, en el caso de intervenciones que se realicen en estructuras óseas maxilares con sus arcos dentarios, manipulación de otros planos; y/o acceso instrumental a cavidades naturales del organismo, y/o Punciones que ingresen a cavidades naturales del organismo, como la pleura o el peritoneo, e inyecciones intravítreas. Todo procedimiento en el curso del cual se realice una incisión en mucosa y/o una incisión que traspase la piel (es decir, que supere la hipodermis o el tejido subcutáneo), cualquiera sea el tamaño de la misma, será considerado cirugía para efectos de este reglamento. Las cirugías menores no requieren	Cirugía menor: corresponde a una intervención quirúrgica médica u odontológica de bajo riesgo, y por lo general, de corta duración. Se realiza bajo técnica aséptica en un quirófano de cirugía menor. Estas intervenciones pueden tener fines diagnósticos, terapéuticos o estéticos. Se efectúan sobre tejidos superficiales y estructuras de fácil acceso, pudiendo incluir incisión de la piel y mucosa, manipulación de otros planos, en el caso de intervenciones en el área odontoestomatognática y/o acceso instrumental a cavidades naturales del organismo. No requieren hospitalización de la persona intervenida, y su realización puede prescindir del uso de anestesia o sedación, o bien utilizar anestesia local y/o sedación consciente.	La descripción de la definición está escrita en futuro sobre un cuerpo normativo inexistente, aludiendo a un documento que se dictará por MINSAL. Debe aludir a la definición actual que usa el MINSAL, contenida en el documento "Orientación Técnica para Fortalecer el Proceso Quirúrgico de las Cirugías Menores" emanado por el propio MINSAL. Por tanto es recomendable usar definiciones ya empleadas en otros cuerpos normativos dictados por el MINSAL con el fin de evitar antinomias jurídicas.
6	Artículo 2. Definiciones. N° 37	Unidad de lavamanos: área destinada al lavado de manos del personal de salud, que cuenta al menos con lo siguiente: D.- Dispensadores de insumos para lavado y para secado de manos instalados a altura con accesibilidad universal.	Unidad de lavamanos: área destinada al lavado de manos del personal de salud, que cuenta al menos con lo siguiente: D.- Dispensadores de insumos para lavado y para secado de manos	Se propone eliminar la expresión "instalados a altura con accesibilidad universal" debido a que en áreas clínicas destinadas exclusivamente al personal de salud no resulta aplicable el estándar de accesibilidad previsto en la normativa general. La Ordenanza General de Urbanismo y Construcción (OGUC) establece que los dispensadores de insumos deben ubicarse a una altura máxima de 1,20 metros en espacios de uso por pacientes o público, lo que tiene pleno sentido en recintos de atención abierta. Sin embargo, en unidades de lavamanos de uso clínico, destinadas exclusivamente a profesionales de la salud, exigir dicho criterio resulta improcedente y podría generar dificultades innecesarias en la instalación y operación. La modificación mantiene la exigencia de contar con dispensadores adecuados, pero delimita su aplicación en concordancia con el contexto clínico y con la función sanitaria que cumplen, asegurando al mismo tiempo cumplimiento normativo y condiciones óptimas de asepsia sin imponer requisitos que no aportan un valor agregado en términos de accesibilidad en estas áreas específicas.
7	Artículo 2. Definiciones. N° 22	Procedimiento invasivo: procedimiento no quirúrgico que se realiza sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, que impliquen solución de continuidad, a través de técnica aséptica, y que cumple con una o más de las siguientes condiciones: 1. Involucra piel sin traspasar el tejido subcutáneo o mucosas. 2. Comprende punciones, traspasen o no tejido subcutáneo y mucosas, siempre que mediante la punción no se ingrese a cavidades naturales del organismo. Incluye las punciones vasculares y subconjuntivales, pero no las intravítreas. 3. Supone manipulación mecánica de las estructuras del cuerpo humano, a excepción de la manipulación que se realice en otro plano en estructuras óseas maxilares con sus arcos dentarios, la que será considerada cirugía menor de acuerdo a lo dispuesto en la letra k de este artículo, y/o 4. Considera el acceso instrumental a vías o conductos naturales del organismo. Los procedimientos invasivos pueden realizarse haciendo uso de anestesia local.	Procedimiento invasivo: procedimiento no quirúrgico que se realiza sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, que impliquen solución de continuidad, a través de técnica aséptica, y que cumple con una o más de las siguientes condiciones: 1. Involucra piel sin traspasar el tejido subcutáneo o mucosas. 2. Comprende punciones, traspasen o no tejido subcutáneo y mucosas, siempre que mediante la punción no se ingrese a cavidades naturales del organismo. Incluye las punciones vasculares y subconjuntivales, pero no las intravítreas. 3. Supone manipulación mecánica de las estructuras del cuerpo humano. Considera el acceso instrumental a vías o conductos naturales del organismo. Los procedimientos invasivos pueden realizarse haciendo uso de anestesia local.	Se propone eliminar la frase "a excepción de la manipulación que se realice en otro plano en estructuras óseas maxilares con sus arcos dentarios, la que será considerada cirugía menor de acuerdo a lo dispuesto en la letra k de este artículo" por cuanto genera una distinción artificial y confusa respecto de los procedimientos odontológicos. La odontología, en su práctica habitual, comprende una amplia gama de procedimientos invasivos sobre tejidos duros y blandos de la cavidad oral y el territorio máxilofacial, que no siempre pueden ser clasificados de manera rígida bajo las categorías de "procedimiento invasivo" o "cirugía menor". Mantener dicha excepción abre espacio a interpretaciones restrictivas y discrecionales de la autoridad sanitaria, pudiendo afectar injustificadamente el ejercicio profesional y la atención oportuna de los pacientes. Al eliminar este inciso, se otorga mayor coherencia normativa, reconociendo que los procedimientos odontológicos, aun siendo invasivos, se desarrollan bajo condiciones de asepsia y con las competencias profesionales necesarias, sin que sea pertinente generar una subclasificación que no se ajusta a la diversidad y complejidad de la práctica odontológica contemporánea.

8	Artículo 5°	<p>Todos los establecimientos y recintos donde se realicen prestaciones de salud ambulatorias deberán contar con un equipo profesional, técnico y/o auxiliar debidamente habilitado para el ejercicio en Chile, cuya habilitación y/o certificación les otorgue las competencias específicas que correspondan a la clase de prestaciones de salud que se van a otorgar en ellos. El recinto o establecimiento deberá contar durante todo su horario de funcionamiento con el equipo de atención de salud necesario para dar continuidad al cuidado de los pacientes que se encuentren en él. El listado del equipo de atención de salud del establecimiento o recinto y su sistema de turnos deberá mantenerse actualizado y a disposición de quien lo solicite, junto con los antecedentes que respalden su habilitación y/o certificación si corresponde. El establecimiento o recinto deberá contar con un registro que permita acreditar el cumplimiento de los miembros del equipo de los turnos y jornadas declarados.</p>	<p>“Todos los establecimientos y recintos donde se realicen prestaciones de salud ambulatorias deberán contar con un equipo profesional, técnico y/o auxiliar debidamente habilitado para el ejercicio en Chile, cuya habilitación les otorgue las competencias específicas que correspondan a la clase de prestaciones de salud que se van a otorgar en ellos. El recinto o establecimiento deberá contar durante todo su horario de funcionamiento con el equipo de atención de salud necesario para dar continuidad al cuidado de los pacientes que se encuentren en él. El listado del equipo de atención de salud del establecimiento o recinto y su sistema de turnos deberá mantenerse actualizado y a disposición de la autoridad sanitaria que lo solicite, junto con los antecedentes que respalden su habilitación cuando corresponda. El establecimiento o recinto deberá contar con un registro que permita acreditar el cumplimiento de los miembros del equipo en relación con los turnos y jornadas declarados. En el caso de la odontología, bastará la habilitación legal como cirujano dentista para la realización de atenciones generales y de especialidad, sin que sea exigible certificación adicional distinta de las normas técnicas y reglamentarias aplicables.”</p>	<p>1.- Se propone eliminar la referencia a “certificación” por cuanto en Chile no existe una ley de especialidades que establezca que únicamente un profesional certificado como especialista pueda realizar prestaciones de especialidad. La normativa vigente reconoce la habilitación profesional general otorgada por la autoridad sanitaria como requisito suficiente para el ejercicio de la odontología y otras profesiones de la salud. Si bien existen listados de especialidades reconocidas por el Estado y normas técnicas que establecen estándares mínimos de calidad para dichas áreas, estas no constituyen una habilitación legal exclusiva ni impiden que un profesional debidamente habilitado pueda realizar atenciones propias de esas especialidades. Mantener el término “certificación” en el reglamento podría inducir a error, generar vacíos legales y abrir la puerta a interpretaciones discrecionales por parte de la autoridad sanitaria, restringiendo injustificadamente el ejercicio profesional y el acceso de los pacientes a prestaciones de salud. 2.- La obligación de mantener el listado y antecedentes del equipo de salud a disposición “de quien lo solicite” resulta desproporcionada y contraria al derecho a la privacidad y a la protección de datos personales. La información relativa a habilitación y jornadas del personal debe estar disponible exclusivamente para la autoridad sanitaria, en el marco de sus facultades de fiscalización y control.</p>
9	Artículo 7	<p>Los recintos o establecimientos que incorporen productos farmacéuticos a la prestación de salud deberán contar con un botiquín o farmacia debidamente autorizado. El manejo de medicamentos, estupefacientes y psicotrópicos quedará sometido a las disposiciones reglamentarias vigentes en la materia. El manejo de medicamentos, estupefacientes y psicotrópicos quedará sometido a las disposiciones reglamentarias vigentes en la materia.</p>	<p>Los recintos o establecimientos que incorporen productos farmacéuticos a la prestación de salud deberán contar con un botiquín o farmacia debidamente autorizado. El manejo de medicamentos, estupefacientes y psicotrópicos quedará sometido a las disposiciones reglamentarias vigentes en la materia. Tratándose de prestaciones odontológicas ambulatorias en que se utilice exclusivamente anestesia local o el almacenamiento de fármacos para tratar ciertas emergencias médicas en la consulta odontológica, no será exigible la autorización de botiquín o farmacia, debiendo en todo caso el establecimiento cumplir con las normas de almacenamiento seguro, control y registro que determine la autoridad sanitaria.</p>	<p>Se propone establecer un tercer inciso que regule de manera diferenciada el uso de anestesia local en las atenciones odontológicas. La redacción actual genera dudas respecto del alcance de la exigencia de contar con un botiquín o farmacia autorizado, ya que no se aclara si incluye medicamentos de uso exclusivo en odontología, como la anestesia local, que constituye un insumo esencial en la práctica clínica diaria. Imponer esta obligación en forma indiscriminada a todos los prestadores, públicos y privados, puede transformarse en una barrera económica y administrativa, especialmente para establecimientos odontológicos pequeños con un número limitado de salas de procedimiento, cuyo manejo de fármacos se restringe a anestesia local. Actualmente, el Instituto de Salud Pública presenta demoras relevantes en la tramitación de resoluciones y autorizaciones de botiquines, lo que incrementa la carga burocrática y puede afectar la continuidad de las prestaciones. Por lo anterior, resulta necesario aclarar expresamente que el uso de anestesia local en procedimientos odontológicos ambulatorios no quedará sujeto a la obligación de contar con un botiquín o farmacia autorizada, siempre que se cumplan medidas de almacenamiento seguro y control de insumos establecidas por la autoridad sanitaria. Esta alternativa asegura un manejo adecuado de los medicamentos sin imponer requisitos que no aportan valor sanitario y que afectan desproporcionadamente a prestadores de menor escala.</p>
10	Artículo 11	<p>Los establecimientos que tengan un total de hasta cuatro recintos de atención ambulatoria no requerirán la separación de los baños para público y personal, ni deberán estos estar separados por sexo, pudiendo servir el baño, además, como lugar de vestuario. Dicho baño tendrá que estar siempre disponible para su uso en un área de acceso público, y no al interior de un recinto de atención. En caso de que uno de los recintos de un establecimiento de estas características requiera de un baño en su interior, éste será de uso exclusivo de dicho recinto, por lo cual se requerirá de un segundo baño para público y personal.</p>	<p>Los establecimientos que tengan un total de hasta cuatro recintos de atención ambulatoria no requerirán la separación de los baños para público y personal, ni deberán estos estar separados por sexo, pudiendo servir el baño, además, como lugar de vestuario. Dicho baño tendrá que estar siempre disponible para su uso en un área de acceso público, y no al interior de un recinto de atención. En caso de que uno de los recintos de un establecimiento de estas características requiera de un baño en su interior, éste será de uso exclusivo de dicho recinto, por lo cual se requerirá de un segundo baño para público y personal. Lo recién expuesto aplicará a consultas odontológicas que tengan cuatro o menos salas de procedimiento odontológico.</p>	<p>La norma no aclara expresamente si la excepción contemplada en el inciso cuarto es aplicable a los centros de atención odontológicos, lo que puede generar dudas interpretativas y dificultades en su implementación. Dado que gran parte de estos centros funcionan con un número reducido de salas de atención y, en muchos casos, bajo la lógica de recintos ambulatorios pequeños, resulta pertinente explicitar su inclusión dentro de la excepción. Incorporar de manera directa a los centros odontológicos en la redacción permitirá otorgar certeza jurídica y evitar interpretaciones restrictivas que podrían imponer exigencias desproporcionadas en términos de infraestructura sanitaria. Ello es especialmente relevante considerando que estos centros suelen contar con hasta cuatro recintos de atención y que la separación de baños por sexo o por condición de público y personal no aporta un valor adicional en materia de seguridad sanitaria, pudiendo incluso constituir una carga excesiva para establecimientos de menor escala.</p>

11	Artículo 12	Los establecimientos deberán contar con todos aquellos insumos, instrumental, mobiliario y equipamiento que una norma técnica dictada por el Ministerio de Salud establezca como necesarios para la realización de las acciones de salud que se ejecuten en ellos. El equipamiento deberá mantenerse en condiciones que permitan su funcionamiento; y cumplir con los parámetros de seguridad exigidos por el fabricante o distribuidor, tanto para el operador como para el paciente. Aquellos equipos que requieran de un control específico de condiciones ambientales según lo indicado por el fabricante, como puede ser el control independiente de la temperatura del recinto en que esté instalado el equipo; o que necesiten de instalaciones particulares para su funcionamiento, como podría ser el amperaje de la instalación eléctrica o el acceso a gases medicinales, deberán dar cumplimiento a dichas especificaciones de instalación, incluyendo las autorizaciones y registros sanitarios que correspondan.	Los establecimientos deberán contar con todos aquellos insumos, instrumental, mobiliario y equipamiento contenidos en la Norma Técnica Básica N° 58, vigente a la fecha de publicación del presente reglamento, necesarios para la realización de las acciones de salud que se ejecuten en ellos. El equipamiento deberá mantenerse en condiciones que permitan su correcto funcionamiento y cumplir con los parámetros de seguridad exigidos por el fabricante o distribuidor, tanto para el operador como para el paciente. Aquellos equipos que requieran condiciones ambientales específicas, instalaciones particulares o autorizaciones adicionales para su operación, deberán dar cumplimiento a dichas exigencias conforme a la normativa sanitaria vigente.	No resulta adecuado que el reglamento se remita de manera genérica a normas técnicas que actualmente se encuentran en proceso de modificación, ya que ello genera incertidumbre jurídica al no conocerse aún su versión definitiva. Un reglamento debe fundarse en la normativa vigente a la fecha de su publicación, otorgando certeza tanto a los prestadores de salud como a la autoridad sanitaria. En este contexto, lo pertinente es establecer como referencia explícita la Norma Técnica Básica N° 58 (NTB 58), actualmente vigente y que regula los insumos, instrumental, mobiliario y equipamiento necesarios para la realización de acciones de salud. Con ello se asegura claridad normativa, estabilidad regulatoria y se evita la aplicación retroactiva o incierta de disposiciones aún no promulgadas.
12	Artículo 13	Los establecimientos de atención ambulatoria deberán contar con a lo menos: c) Procedimiento sobre entrega y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud que lo requieran.	Procedimiento sobre entrega y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud que lo requieran. Para estos efectos el Ministerio de Salud emitirá una norma técnica que establezca este procedimiento.	Se propone precisar y homogenizar la regulación sobre la entrega y expresión del consentimiento informado, a fin de evitar disparidad de criterios entre distintos establecimientos de salud ambulatoria. Actualmente, existen diferencias en la forma, contenido y resguardo del consentimiento informado, lo que puede generar incertidumbre tanto para los pacientes como para los prestadores. La norma debería establecer lineamientos claros y uniformes sobre los elementos mínimos que debe contener el consentimiento informado, los mecanismos de registro y conservación, así como las situaciones en que procede su exigencia. Esto permitiría otorgar certeza jurídica, garantizar el respeto a la autonomía del paciente y asegurar una práctica clínica coherente con los principios éticos y legales vigentes en el país.
13	Artículo 16	(...) El profesional que ejerza la dirección técnica de un establecimiento de atención abierta deberá contar con una permanencia mínima de 5 horas semanales dedicadas a estas funciones. Dicho horario deberá ser informado al momento de aceptar la dirección técnica y debe quedar registrado en el libro de asistencia o algún otro mecanismo que permita verificar el cumplimiento de este requisito, independiente de la calidad contractual en la que dicho profesional presta sus servicios. Lo establecido en el inciso precedente y en las letras c) y d) anteriores no será exigible a los prestadores de salud individuales que atiendan pacientes en un recinto que no es parte de un establecimiento y respecto al cual se presenta declaración jurada o se exige autorización sanitaria.	El profesional que ejerza la dirección técnica de un establecimiento de atención abierta deberá contar con una permanencia mínima de 5 horas semanales dedicadas a estas funciones. Dicho horario deberá ser informado al momento de aceptar la dirección técnica y deberá quedar registrado en el libro de asistencia o en algún otro mecanismo que permita verificar su cumplimiento, independiente de la calidad contractual en la que dicho profesional presta sus servicios. La exigencia de permanencia deberá aplicarse en forma proporcional al tamaño y complejidad del establecimiento, de manera que no se exijan los mismos estándares a centros de menor escala que a clínicas con un número significativamente mayor de recintos de atención. Lo establecido en este inciso y en las letras c) y d) anteriores no será exigible a los prestadores de salud individuales que atiendan pacientes en un recinto que no forma parte de un establecimiento y respecto del cual se presente declaración jurada o se exija autorización sanitaria. No obstante, en aquellos casos en que personas jurídicas inscriban o contraten prestadores individuales para operar bajo su estructura, la obligación de dirección técnica recaerá en la entidad responsable ante la autoridad sanitaria."	Se propone reemplazar la expresión "dedicación exclusiva" por "permanencia", ya que el término actual puede dar lugar a interpretaciones restrictivas que no reflejan la realidad operativa de muchos establecimientos de salud ambulatorios. La exigencia debe enfocarse en asegurar la presencia mínima del director técnico en el establecimiento, sin imponer una exclusividad que resulta impracticable, en especial para profesionales que desarrollan funciones en más de un centro de salud. Asimismo, debe precisarse que la aprobación de un programa de calidad no puede establecerse en términos genéricos sin definir sus alcances ni criterios de proporcionalidad. No resulta razonable aplicar las mismas exigencias a un centro privado con dos box que a una clínica de mayor envergadura con veinte box, pues ello desconoce la diversidad de realidades operativas y genera cargas desproporcionadas. Por otro lado, si bien el inciso precedente exceptúa a los prestadores individuales de esta obligación, en la práctica muchas clínicas privadas operan bajo la figura de "prestadores individuales" contratados por una persona jurídica que actúa como titular ante el Ministerio de Salud. Esta modalidad, bastante frecuente, puede derivar en vacíos regulatorios respecto a la obligación de dirección técnica y al régimen de control aplicable. Resulta necesario que la norma distinga expresamente estos casos para evitar interpretaciones que debiliten la fiscalización y el aseguramiento de estándares de calidad.
14	Artículo 17	El director técnico de un establecimiento de atención abierta de estas características en el cual haya una unidad de pabellón será siempre un médico cirujano, a menos que todas las cirugías mayores que se realicen en dicho establecimiento sean en el área odonto-estomatológica, en cuyo caso podrá ser cirujano dentista.	El director técnico de un establecimiento de atención abierta de estas características en el cual haya una unidad de pabellón podrá ser un médico cirujano o un cirujano dentista, con formación de especialidad quirúrgica o anestesiológica, que le permita comprender y gestionar el proceso quirúrgico que en ese recinto se lleva a cabo, y debe tener además formación en gestión de centros de salud de al menos 1 año de duración.	La disposición resulta discriminatoria hacia la profesión odontológica al establecer una exclusividad a favor de los médicos cirujanos en la dirección técnica de establecimientos con unidades de pabellón, salvo que "todas" las cirugías sean odonto-estomatológicas. Esta redacción desconoce las competencias profesionales de los cirujanos dentistas, quienes se encuentran legalmente habilitados para ejercer actos quirúrgicos dentro del territorio máxilo-facial, conforme al artículo 115 del Código Sanitario. Además, la exigencia de que todas las cirugías sean de carácter odontológico constituye una discriminación arbitraria, pues no guarda relación con las funciones de la dirección técnica definidas en el artículo 15 del propio proyecto de reglamento, que se vinculan más con la gestión, organización y supervisión de procesos clínicos y administrativos, que con la práctica quirúrgica directa. Tampoco se reconoce que muchos cirujanos dentistas ya han desempeñado dichos roles a lo largo del país, en centros públicos y privados, y muchos otros además cuentan con formación de postgrado en gestión, calidad, seguridad y y especialidades afines y menos lo que les otorga competencias idóneas para ejercer la dirección técnica en establecimientos donde coexistan procedimientos odontológicos con otras prestaciones ambulatorias. Limitar esta función exclusivamente a médicos cirujanos desconoce estas capacidades y perpetúa un trato desigual entre profesiones de la salud que cuentan con habilitación legal equivalente para ejercer en su ámbito propio.

15	Artículo 19	Mientras el CCMA o el establecimiento que realiza procedimientos complejos esté atendiendo pacientes deberá siempre estar presente el director técnico, o, en su ausencia, el responsable técnico que éste haya designado. El responsable técnico tendrá la autoridad para tomar decisiones en caso de emergencia en ausencia del director técnico del establecimiento. El responsable técnico será siempre médico u odontólogo, según corresponda, y será designado por el director técnico. Una norma técnica dictada por el Ministerio de Salud establecerá la forma de designación del responsable técnico y cómo se acreditará la misma.	El “responsable técnico” es el profesional de la salud designado por el Director Técnico para asegurar, en su ausencia, el ejercicio de las funciones propias del cargo. Este responsable debe ser médico u odontólogo según la naturaleza de las prestaciones del establecimiento, estar habilitado para ejercer en Chile y contar con las competencias y acreditaciones que exijan	La norma presenta deficiencias en la definición del rol y las atribuciones del “responsable técnico”. No se consignan con claridad las características que este debe reunir, lo que abre espacio a interpretaciones amplias y criterios dispares en la fiscalización. Resulta necesario que el reglamento, y no solo una futura norma técnica, establezca los requisitos mínimos de idoneidad, formación y responsabilidades del responsable técnico, para asegurar certeza jurídica y transparencia en su designación. Por otra parte, se asigna al responsable técnico la facultad de tomar decisiones en caso de emergencias, sin que el reglamento precise qué tipo de emergencias se entienden incluidas ni cómo se acotan esas responsabilidades. Esta redacción genera ambigüedad, pues el artículo 15 de la propuesta de reglamento no contempla entre las funciones del director técnico la obligación de asumir decisiones inmediatas frente a emergencias clínicas o de otra índole, sino más bien funciones de supervisión, gestión y control. Por otra parte, se asigna al responsable técnico la facultad de tomar decisiones en caso de emergencias, sin que el reglamento precise qué tipo de emergencias se entienden incluidas ni cómo se acotan esas responsabilidades. Esta redacción genera ambigüedad, pues el artículo 15 de la propuesta de reglamento no contempla entre las funciones del director técnico la obligación de asumir decisiones inmediatas frente a emergencias clínicas o de otra índole, sino más bien funciones de supervisión, gestión y control. La falta de precisión puede derivar en sanciones injustificadas contra el director técnico, al exigirle responsabilidades que exceden su rol reglamentario y que podrían corresponder a otros protocolos internos del establecimiento. Para evitar este vacío, la norma debería acotarse a emergencias estrictamente vinculadas al ámbito sanitario y operativo del centro, asegurando que las responsabilidades del director técnico y del responsable técnico sean proporcionales, claras y coherentes con el marco general de funciones previamente definido. La falta de precisión puede derivar en sanciones injustificadas contra el director técnico, al exigirle responsabilidades que exceden su rol reglamentario y que podrían corresponder a otros protocolos internos del establecimiento. Para evitar este vacío, la norma debería acotarse a emergencias estrictamente vinculadas al ámbito sanitario y operativo del centro, asegurando que las responsabilidades del director técnico y del responsable técnico sean proporcionales, claras y coherentes con el marco general de funciones previamente definido.
16	Artículo 21	Una norma técnica dictada por el Ministerio de Salud definirá las condiciones para considerar que una cirugía mayor es susceptible de ser realizada ambulatoriamente, contemplando al menos la edad del paciente, que este cuente con un lugar de destino con condiciones de saneamiento básico y con una red de apoyo al menos durante el tiempo que defina el equipo quirúrgico en sus protocolos, y que exista un protocolo de seguimiento post operatorio que permita detectar tempranamente complicaciones agudas.	Las condiciones para considerar que una cirugía mayor pueda ser realizada en régimen ambulatorio se regirán por lo establecido en las Orientaciones Técnico-Administrativas de Cirugía Mayor Electiva (MINSAL, 2023), incluyendo la Pauta CMA y sus anexos, que contemplan criterios de inclusión y exclusión para la selección de pacientes y procedimientos. Dichos criterios consideran, entre otros aspectos, la edad y condición clínica del paciente, la disponibilidad de un lugar de destino con condiciones básicas de saneamiento, la existencia de una red de apoyo durante el período definido por el equipo quirúrgico en sus protocolos, y la implementación de un plan de seguimiento postoperatorio que permita detectar tempranamente complicaciones agudas	La definición de las condiciones para determinar qué cirugías mayores pueden realizarse en régimen ambulatorio no debería quedar entregada únicamente a una norma técnica futura, pues ya existen lineamientos oficiales elaborados por el propio Ministerio de Salud. El documento “OOTT Cirugía Mayor Electiva” (2023) establece criterios claros de inclusión y exclusión para que un procedimiento quirúrgico sea considerado como Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), incluyendo la edad del paciente, sus condiciones clínicas, las características del entorno sanitario y la existencia de una red de apoyo postoperatoria. Este instrumento incorpora además la “Pauta CMA” y sus anexos, donde se detallan los requisitos a cumplir para resguardar la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la detección oportuna de complicaciones agudas. Por lo tanto, resulta más adecuado y jurídicamente certero que el reglamento remita expresamente a dichos lineamientos vigentes, en lugar de establecer condiciones abiertas que puedan generar superposición normativa o discrecionalidad en su aplicación.
17	Artículo 25	Una norma técnica dictada por el Ministerio de Salud especificará las condiciones que deben cumplir las intervenciones que se realicen en un CCMA y definirá una lista de dichas intervenciones. La lista de intervenciones que se puedan realizar en un CCMA será actualizada anualmente a propuesta de una Comisión Técnica que integrarán el jefe de la División de Gestión de la Red Asistencial, el jefe de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción y el jefe del Departamento de Estadísticas e Información en Salud, o quienes ellos designen. Las sociedades científicas médicas u odontológicas debidamente establecidas, el Colegio Médico de Chile y el Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile podrán solicitar al Ministerio de Salud la incorporación de nuevas intervenciones quirúrgicas al listado, por medio del formulario que a tal efecto se establezca en la norma técnica respectiva, y acompañando evidencia práctica y científica que respalde su solicitud.	Las intervenciones quirúrgicas que puedan realizarse en un Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria (CCMA) deberán cumplir con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en las Orientaciones Técnico-Administrativas de Cirugía Mayor Electiva (MINSAL, 2023) y sus actualizaciones. La determinación de la modalidad ambulatoria de una cirugía no se basará únicamente en el tipo de intervención, sino en la evaluación de las condiciones clínicas, biopsicosociales y del entorno del paciente, incluyendo su edad, patologías de base, residencia, acceso a servicios de urgencia y red de apoyo postoperatorio. El Ministerio de Salud podrá dictar normas técnicas complementarias que actualicen los criterios aplicables, debiendo fundamentarse siempre en la evidencia científica y en el principio de seguridad del paciente.	La definición de las intervenciones que pueden realizarse en un CCMA no debe depender exclusivamente de una lista de procedimientos actualizada anualmente, pues ello puede generar rigidez y desconocer que la modalidad de atención de una cirugía no se define solo por el tipo de intervención, sino principalmente por las condiciones biopsicosociales y biomédicas del paciente. El marco regulatorio vigente, particularmente las Orientaciones Técnico-Administrativas de Cirugía Mayor Electiva (OOTT CMA, MINSAL 2023), establece criterios de inclusión y exclusión que permiten determinar si un procedimiento debe realizarse en régimen ambulatorio o hospitalizado. Estos criterios consideran variables como la edad del paciente, patologías de base, condiciones de residencia y acceso a servicios de urgencia 24/7, entre otras. Por tanto, resulta un error normativo fijar un catálogo cerrado de prestaciones por tipo de pabellón, sin contemplar que una misma cirugía puede ser ambulatoria en algunos casos y requerir hospitalización en otros. Lo más adecuado es que el reglamento remita expresamente a los criterios establecidos en las OOTT CMA, evitando duplicación normativa y garantizando la seguridad del paciente mediante una evaluación integral caso a caso.

18	Artículo 28	Los CCMA deberán contar con el equipo de atención de salud profesional, técnico y/o auxiliar que corresponda durante todo su horario de funcionamiento.	Artículo 28.- Del equipo de atención de salud de un CCMA. El equipo de atención quirúrgica deberá estar compuesto, al menos, por: a) Un médico cirujano con habilitación quirúrgica en el área correspondiente. b) Un anestesiólogo. c) Una enfermera clínica con funciones directas en la atención quirúrgica. d) Personal técnico de apoyo según las características del procedimiento. Además, se deberá contar con una enfermera o matrona en caso de pabellones gineco-obstétricos, en proporción de una por cada 6 cupos de recuperación. Auxiliares de servicio y técnicos de nivel superior de enfermería en número suficiente para garantizar la continuidad de la atención. Mientras haya pacientes en recuperación, deberá permanecer en el establecimiento un médico especialista con habilitación quirúrgica, responsable de responder a emergencias quirúrgicas y no quirúrgicas, hasta el alta del último paciente en modalidad CMA."	La norma actual presenta vacíos respecto al rol de enfermería dentro del equipo quirúrgico. Si bien contempla a la enfermera o matrona en el ámbito de recuperación o coordinación, omite su participación en la atención directa durante el acto quirúrgico, lo que resulta indispensable para garantizar la seguridad del paciente y el cumplimiento de estándares internacionales de calidad. Se debe incorporar al menos una enfermera clínica como parte integral del equipo quirúrgico, junto con los demás profesionales que intervienen en la cirugía. Por otra parte, la disposición que exige la presencia de un médico cirujano mientras existan pacientes en recuperación resulta insuficiente si no se precisa que debe tratarse de un profesional con habilitación quirúrgica. Un médico sin dicha habilitación no está en condiciones de responder adecuadamente a complicaciones inmediatas del postoperatorio, como hemorragias u otras emergencias críticas. Para resguardar la calidad y seguridad de la atención, se requiere que exista un especialista quirúrgico presente hasta el alta del último paciente en modalidad CMA.
19	Artículo 30	Estos establecimientos deberán contar con un documento institucional que contenga a lo menos los siguientes protocolos firmados por el director técnico del recinto o el establecimiento:	Los establecimientos deberán contar con un documento institucional que contenga, al menos, los siguientes protocolos firmados por el director técnico del recinto o del establecimiento, los cuales deberán ajustarse a las <i>Orientaciones Técnico-Administrativas de Cirugía Mayor Electiva (MINSAL, 2023)</i> , incluyendo la Pauta CMA y sus anexos, así como a las guías específicas vigentes para cada área clínica, entre ellas la guía <i>Manejo de la Ansiedad en Odontología (MINSAL, 2021)</i> :	Los requisitos relativos a protocolos de selección de pacientes, evaluación preanestésica y manejo de emergencias deben armonizarse con los lineamientos ya establecidos en las <i>Orientaciones Técnico-Administrativas de Cirugía Mayor Electiva (OOTT CMA, MINSAL 2023)</i> , que incluyen criterios detallados de inclusión y exclusión, así como la "Pauta CMA" y sus anexos. Dicho documento constituye el referente técnico vigente para asegurar la seguridad del paciente y la calidad de las prestaciones en procedimientos que utilizan sedación o anestesia. En el ámbito odontológico, debe considerarse además lo establecido en la guía <i>Manejo de la Ansiedad en Odontología (MINSAL 2021)</i> , que regula el uso de técnicas de sedación consciente y establece estándares de seguridad específicos para la práctica clínica odontológica. Ignorar este marco normativo puede generar duplicidad de exigencias o criterios contradictorios en la fiscalización. Por tanto, resulta fundamental que el reglamento explicité que los protocolos exigidos en este artículo deben estar alineados con las OOTT de Cirugía Mayor Electiva y con las guías técnicas vigentes en cada área, incluidas las relativas a la odontología. Esto permitirá mantener coherencia normativa, evitar cargas regulatorias innecesarias y garantizar la seguridad clínica de los pacientes en procedimientos con sedación o anestesia.
20	Artículo 31	(...) La sala de procedimiento o el pabellón de cirugía menor donde se realice el procedimiento deberá contar con conexión central de oxígeno y aspiración. La conexión central para la aspiración podrá ser reemplazada por una máquina de aspiración portátil	La sala de procedimiento o el pabellón de cirugía menor donde se realice el procedimiento deberá contar con una conexión central o portátil de oxígeno y aspiración. La conexión central para la aspiración podrá ser reemplazada por una máquina de aspiración portátil	La redacción actual del artículo puede dar lugar a que se exija de manera indiscriminada la instalación de una conexión central de oxígeno en salas de procedimiento odontológico y o pabellón de cirugía menor, lo que resulta impropio y desproporcionado. Tal interpretación desconoce la naturaleza y escala de las salas de procedimiento odontológico (SPO) y pabellones de cirugía menor, especialmente aquellas de menor tamaño, donde no se realizan procedimientos de cirugía mayor ni se requiere infraestructura equivalente a un pabellón quirúrgico hospitalario. La exigencia de conexión central de oxígeno en estas salas no solo carece de fundamento técnico, sino que además podría constituir una barrera económica y operativa para los prestadores odontológicos, sin aportar un beneficio adicional en términos de seguridad clínica. La disponibilidad de oxigenoterapia se puede sustentar con sistemas portátiles.
21	Artículo 32	Carro y/o unidad de reanimación cardiopulmonar que pueda ser desplazada, equipado de acuerdo a la norma técnica que dictará el Ministerio de Salud que regule las condiciones mínimas que deberán contener estas unidades.	Las condiciones específicas y el detalle de los insumos y medicamentos deberán estar alineados con la Norma Técnica Básica vigente y con las orientaciones ministeriales en materia de urgencias y reanimación, a fin de asegurar uniformidad y coherencia en la implementación a nivel nacional.	La norma no entrega certeza respecto de los insumos y dispositivos que deberá contener el carro o unidad de reanimación cardiopulmonar, ya que remite a una norma técnica futura del Ministerio de Salud sin precisar sus alcances. Esta falta de claridad genera incertidumbre regulatoria tanto para los prestadores como para la autoridad fiscalizadora, pudiendo dar lugar a interpretaciones dispares en su aplicación. Para otorgar seguridad jurídica y evitar criterios discrecionales, es necesario que el reglamento establezca al menos un marco de referencia básico sobre los elementos mínimos que debe contemplar el carro de reanimación, remitiéndose de manera expresa a la Norma Técnica Básica (NTB) aplicable o, en su defecto, fijando lineamientos generales que garanticen uniformidad a nivel nacional. De lo contrario, se corre el riesgo de que los establecimientos enfrenten exigencias cambiantes o excesivas según la interpretación de cada SEREMI de Salud, lo que afectaría la implementación y fiscalización homogénea de este requisito.
22	Artículo 33	La sedación profunda, la anestesia regional y la anestesia general debe ser siempre administrada por un médico cirujano especialista en anestesiología.	Sin perjuicio de lo anterior, en el ámbito odontológico se exceptúan de esta exigencia las técnicas anestésicas propias del ejercicio profesional del cirujano dentista, tales como la anestesia troncular y otras técnicas de anestesia regional en el territorio máxilo-facial, de acuerdo con lo establecido en la guía <i>Manejo de la Ansiedad en Odontología (MINSAL, 2021)</i> y las demás guías ministeriales que regulen esta materia. Dichas técnicas podrán ser realizadas por cirujanos dentistas legalmente habilitados.	La redacción actual genera nuevamente una restricción indebida para el ejercicio de la odontología al señalar que la sedación profunda, la anestesia regional y la anestesia general deben ser administradas "siempre" por un médico cirujano especialista en anestesiología, sin contemplar las técnicas anestésicas odontológicas. En la práctica odontológica existen procedimientos reconocidos, como la anestesia troncular y otras técnicas de anestesia regional propias del territorio máxilo-facial, que forman parte de la formación de pregrado de los cirujanos dentistas y que se encuentran reguladas en la guía <i>Manejo de la Ansiedad en Odontología (MINSAL, 2021)</i> . Incluir estas técnicas bajo la exigencia de especialista en anestesiología desconoce la habilitación legal de los cirujanos dentistas, restringe injustificadamente su ámbito profesional y puede constituir una discriminación arbitraria en relación con las competencias otorgadas por el Código Sanitario. Por lo tanto, se propone que la norma precise que la sedación profunda, la anestesia regional y la anestesia general deben ser administradas por un médico cirujano especialista en anestesiología, a excepción de las técnicas anestésicas odontológicas reconocidas en la normativa vigente y en las guías ministeriales específicas para odontología, las que podrán ser realizadas por cirujanos dentistas habilitados.
23	Artículo 38	electrobisturi de baja frecuencia monopolar, si es necesario para las intervenciones o procedimientos que se realizarán en el quirófano de cirugía menor,	electrobisturi de baja frecuencia monopolar para las intervenciones o procedimientos que se realizarán en el quirófano de cirugía menor,	El electrobisturi de baja frecuencia monopolar constituye un elemento esencial en la práctica quirúrgica, ya que permite realizar procedimientos con mayor seguridad, control hemostático y eficiencia clínica. Incluir la expresión "si es necesario" relativiza su exigencia y puede dar lugar a interpretaciones restrictivas por parte de los establecimientos, generando brechas en el estándar de seguridad del paciente. En la práctica, la disponibilidad de electrobisturi no solo facilita intervenciones que requieren control de sangrado, sino que también actúa como un recurso de respaldo frente a complicaciones intraoperatorias. Por ello, se propone que su incorporación sea obligatoria como parte del equipamiento mínimo de todo quirófano destinado a cirugía menor

24	Artículo 44	En una sala de procedimientos destinada a realizar procedimientos invasivos podrán asimismo realizarse las intervenciones de cirugía menores dermatológicas y odontológicas a que hace referencia el artículo 48 de este reglamento.	En el ámbito odontológico, las atenciones y procedimientos clínicos, tanto invasivos como no invasivos, se desarrollarán en salas de procedimientos odontológicos. Estos recintos constituyen el espacio asistencial habitual de la práctica odontológica, salvo las atenciones y procedimientos que expresamente a razón del presente reglamento deban realizarse en un quirófano de cirugía menor.	La norma debería reconocer expresamente que la gran mayoría de las atenciones odontológicas —incluyendo tanto procedimientos invasivos como no invasivos— se realizan en salas de procedimiento, por lo que resulta fundamental que este tipo de recintos quede claramente comprendido en la definición normativa. De lo contrario, podría producirse una interpretación restrictiva que desconozca la realidad asistencial de la odontología.
25	Artículo 48	en una sala de procedimientos odontológicos solo se podrán realizar las siguientes cirugías menores: colocación de implantes dentales unitarios que no requieran elevación de seno maxilar, biopsias de glándulas salivales menores, e intervenciones en estructuras dentarias y periodontales, siempre que el cirujano/a dentista cuente con la especialidad pertinente al o los procedimientos autorizados.	“En una sala de procedimientos odontológicos solo se podrán realizar las siguientes cirugías menores: colocación de implantes dentales unitarios que no requieran elevación de seno maxilar, biopsias de glándulas salivales menores e intervenciones en estructuras dentarias y periodontales”.	La norma introduce exigencias que exceden lo dispuesto en la legislación vigente y que pueden generar conflictos de legalidad. En particular, al imponer la obligación de contar con la “especialidad pertinente” para realizar determinadas acciones odontológicas, el reglamento estaría regulando materias que corresponden al Código Sanitario o a una eventual ley especial de especialidades, las cuales no han establecido que solo especialistas certificados puedan realizar dichas intervenciones. Esta disposición, en consecuencia, constituye una barrera nueva y arbitraria para el ejercicio de la odontología general.
26	Artículo 75	Los operativos de salud son responsabilidad del prestador institucional de salud que las organiza. Dicho prestador debe estar habilitado para entregar las prestaciones de salud contempladas en el operativo, ya sea por autorización sanitaria o declaración jurada. El prestador responsable deberá garantizar la continuidad de la atención, asegurándose de anotar las prestaciones de salud en la ficha clínica del paciente y de entregarle los resultados de exámenes si los hubiere, entre otras acciones. El prestador que realiza la declaración es responsable de que los recintos o establecimientos que se usen en el operativo cumplan con lo indicado en los párrafos 2 y 3 del Título I de este reglamento en lo que les sea aplicables. Las consultas y los procedimientos no invasivos que no emitan radiaciones ionizantes podrán realizarse en infraestructura no sanitaria, destinada por un lapso determinado de tiempo para dicha actividad. Los procedimientos invasivos, las cirugías menores y cirugías mayores solo podrán realizarse en recintos que cuenten con la autorización sanitaria correspondiente, a excepción de los operativos a que se refiere el artículo siguiente.	Los operativos de salud odontológicos serán responsabilidad del prestador institucional de salud o de la entidad organizadora que los convoque, la cual deberá estar debidamente habilitada mediante autorización sanitaria o declaración jurada según corresponda. El prestador responsable del operativo deberá garantizar: 1.- 1. La continuidad de la atención, asegurando el registro de las prestaciones efectuadas en la ficha clínica del paciente, la entrega de resultados de exámenes y la derivación a un establecimiento de mayor complejidad en caso de requerirse. 2. Que se disponga de equipamiento mínimo para la seguridad de la atención, incluyendo iluminación adecuada, agua potable, medidas de control de infecciones (lavamanos o solución alcohólica, esterilización o sistemas de desinfección de instrumental, manejo de residuos), y elementos básicos de reanimación y urgencia. 3.- Que las prestaciones odontológicas se limiten a procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos de baja complejidad, prohibiéndose la realización de cirugías de mayor complejidad, implantología y cualquier intervención que requiera pabellón de cirugía menor, salvo autorización expresa de la autoridad sanitaria. 4.- Que se cuente con un protocolo de acción ante emergencias, el cual deberá prever	El inciso final limita de manera desproporcionada la posibilidad de realizar operativos de salud odontológicos en terreno, como los que históricamente ha desarrollado el Colegio de Cirujanos y Cirujanos Dentistas de Chile en beneficio de comunidades vulnerables. Al exigir que solo los recintos con autorización sanitaria puedan realizar procedimientos invasivos, cirugías menores y mayores, se desconoce la naturaleza particular de los operativos móviles y se coarta el acceso oportuno a prestaciones básicas de salud oral.
27	Artículo 81	Las solicitudes de autorización sanitaria deben ser suscritas por el titular o su representante legal en caso que se trate de una persona jurídica. El solicitante podrá presentar la solicitud de instalación y la solicitud de funcionamiento de un establecimiento o recinto conjuntamente en una misma presentación o por separado, excepto que se trate de autorizaciones de pabellones de cirugía mayor ambulatoria instalados en un establecimiento de salud de atención abierta, en cuyo caso deberán presentarse siempre por separado (...)	Propuesta de inciso final: La Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva deberá resolver la solicitud de autorización sanitaria dentro del plazo máximo de tres meses contado desde la fecha de presentación de la solicitud completa. Transcurrido dicho plazo sin que se haya dictado un acto terminal expreso, se entenderá otorgada una autorización sanitaria provisoria a favor del solicitante, la cual habilitará el funcionamiento del establecimiento o recinto en los términos de la solicitud, hasta que la autoridad sanitaria emita pronunciamiento formal. Esta autorización provisoria podrá ser revocada mediante resolución fundada si con posterioridad la Seremi constatare el incumplimiento de los requisitos exigidos por este reglamento	La norma no establece un plazo máximo dentro del cual la SEREMI de Salud deba resolver la solicitud de autorización sanitaria, lo que genera una grave incertidumbre para los prestadores de salud. En la práctica, este vacío se traduce en tiempos de espera que superan, en muchos casos, un año completo antes de que la autoridad concluya el procedimiento, afectando directamente el ejercicio profesional y la atención de los pacientes.
28	Artículo 87	La Seremi de Salud en cuyo territorio se encuentre ubicado el establecimiento o recinto, concederá o denegará la modificación de la autorización sanitaria de instalación y/o de funcionamiento mediante resolución fundada, dentro del plazo de 30 días hábiles contados desde la correcta presentación de la solicitud con la totalidad de los antecedentes requeridos y el comprobante de pago del arancel respectivo. En caso de rechazo de la solicitud de modificación, procederá el recurso de reposición, de acuerdo a las reglas generales que rigen los procedimientos administrativos.	Nuevo inciso final: Si transcurrido el plazo de treinta días hábiles contado desde la presentación de la solicitud de modificación con la totalidad de los antecedentes y el pago del arancel respectivo, la Secretaría Regional Ministerial de Salud no hubiere emitido resolución expresa, se entenderá concedida una autorización sanitaria provisoria respecto de la modificación solicitada. Dicha autorización provisoria habilitará al establecimiento o recinto para implementar la modificación en los términos planteados, hasta que la autoridad sanitaria emita su resolución definitiva. Esta autorización provisoria podrá ser revocada mediante resolución fundada en caso de	La norma fija un plazo de 30 días hábiles para que la SEREMI de Salud resuelva la solicitud de modificación de la autorización sanitaria; sin embargo, no contempla las consecuencias jurídicas en caso de que dicho plazo se cumpla sin pronunciamiento expreso de la autoridad. Esta omisión genera incertidumbre para los prestadores de salud, quienes pueden quedar en una situación de indefinición que afecta tanto la continuidad de la atención como la planificación administrativa y financiera de los establecimientos. Para garantizar certeza jurídica y dar eficacia al plazo establecido, se propone incorporar una disposición que otorgue al solicitante una autorización provisoria cuando la SEREMI no se pronuncie dentro del plazo señalado, manteniendo siempre la facultad de la autoridad de revocar dicha autorización en caso de incumplimiento posterior de los requisitos. Este mecanismo de silencio positivo fortalece la seguridad regulatoria, evita dilaciones indebidas y asegura que los procesos administrativos cumplan con los principios de celeridad y eficiencia establecidos en la Ley N° 19.880.
29	Artículo 94	Corresponderá a las Seremis de Salud fiscalizar el cumplimiento del presente reglamento en el territorio de su competencia. Si el Ministerio de Salud ha publicado pautas estandarizadas de fiscalización, estas deberán ser utilizadas en los casos en que ello corresponda.	Artículo 94: Corresponderá a las Seremis de Salud fiscalizar el cumplimiento del presente reglamento en el territorio de su competencia. Si el Ministerio de Salud ha publicado pautas estandarizadas de fiscalización, estas tendrán carácter obligatorio en los casos en que ello corresponda.	La norma debería reforzar la obligatoriedad del uso de pautas estandarizadas de fiscalización publicadas por el Ministerio de Salud, con el fin de evitar diferencias de criterio entre las distintas SEREMI del país. Actualmente, la redacción deja espacio a interpretaciones que pueden derivar en fiscalizaciones dispares, generando incertidumbre para los prestadores de salud y posibles desigualdades en la aplicación de la normativa.

30	Artículo 3 transitorio	Los establecimientos y recintos que cuenten con autorización sanitaria y que se encuentren funcionando a la fecha de entrada en vigencia del presente reglamento no requerirán de una nueva autorización, y tendrán un plazo de un año contado desde su entrada en vigencia para satisfacer todas las condiciones que este reglamento establece. Con todo, en lo referente a los requisitos de infraestructura y las dependencias, se regirán por lo establecido en la normativa vigente al momento de su última autorización	Los establecimientos y recintos que cuenten con autorización sanitaria y que se encuentren funcionando a la fecha de entrada en vigencia del presente reglamento no requerirán de una nueva autorización, y tendrán un plazo de tres años contados desde su entrada en vigencia para satisfacer todas las condiciones que este reglamento establece. Con todo, en lo referente a los requisitos de infraestructura y las dependencias, se regirán por lo establecido en la normativa vigente al momento de su última autorización.	El plazo de un año fijado para que los establecimientos y recintos ya autorizados se adecúen a las nuevas exigencias del reglamento resulta insuficiente y desproporcionado, considerando la magnitud de las inversiones en infraestructura, equipamiento y procesos que muchas de estas adaptaciones implican. En concordancia con el propio régimen de vigencia de las autorizaciones sanitarias, que se renuevan automáticamente cada tres años, se propone otorgar un plazo equivalente de tres años para la adecuación a las nuevas disposiciones. Ello permite una transición realista, asegura la continuidad de las prestaciones de salud sin afectar a los pacientes y otorga certeza jurídica a los prestadores para planificar las inversiones necesarias.
31	Artículo 6 transitorio	Las normas técnicas a las que este reglamento hace referencia serán dictadas en un plazo máximo de 18 meses desde que éste entre en vigencia.	Las normas técnicas a las que este reglamento hace referencia serán dictadas en un plazo máximo de 3 meses desde que éste entre en vigencia.	El plazo de 18 meses que se establece para la dictación de las normas técnicas resulta excesivo e injustificado, considerando que dichas normas son indispensables para dar operatividad inmediata al reglamento. Sin su existencia, se generará un vacío normativo que impedirá a los prestadores cumplir con las exigencias reglamentarias y dificultará la labor de fiscalización de la autoridad sanitaria. Dado que muchas de estas materias ya se encuentran trabajadas en documentos técnicos y guías previas del propio Ministerio de Salud, no se justifica otorgar un margen tan amplio de tiempo. Por el contrario, se propone reducir este plazo a la mitad, es decir, a un máximo de 3 meses desde la entrada en vigencia del reglamento, de modo que se asegure la continuidad normativa, se otorgue certeza a los prestadores y se resguarde la debida implementación del nuevo marco regulatorio.