



Intendencia de Prestadores

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
Unidad de Fiscalización en Acreditación

RESOLUCIÓN EXENTA IP/Nº 1272

SANTIAGO, 30 SET. 2015

VISTOS:

- 1) Lo dispuesto en los numerales 11º y 12º del Artículo 4º y en los numerales 1º, 2º y 3º del Artículo 121, del Decreto con Fuerza de Ley Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud; en los Artículos 16, 27, 43 y demás pertinentes del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud", aprobado por el D.S. Nº 15/2007, del Ministerio de Salud; en el Decreto Exento Nº18, de 2009, del Ministerio de Salud, que aprueba el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta; en la Circular IP Nº 21, de 3 de septiembre de 2012, que imparte instrucciones a las Entidades Acreditadoras sobre el formato del Informe de Acreditación; la Circular Interna IP/Nº 4, de 3 de septiembre de 2012, que instruye sobre la forma de efectuar las inscripciones en el Registro Público de Prestadores Acreditados de esta Intendencia; la Circular Interna IP/Nº2, de 2013, que instruye respecto del inicio del período de vigencia de la acreditación de un prestador acreditado; en la Resolución Exenta SS/Nº 1972, de 7 de diciembre de 2012, y en la Resolución Afecta SS/Nº 67 de 14 de agosto de 2015;
- 2) La solicitud con Nº **344**, de 4 de marzo de 2015, del Sistema Informático de Acreditación de esta Superintendencia, mediante la cual don **Juan José Mendoza Navarro**, en su calidad de representante legal, solicita la acreditación del prestador institucional denominado "**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**", ubicado en Avda. Portales Nº 3.239, Santiago, Región Metropolitana, para ser evaluado en función del **Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada**, aprobado por el Decreto Exento Nº 18, de 2009, del Ministerio de Salud;
- 3) El Informe de Acreditación emitido con fecha 8 de septiembre de 2015 por la Entidad Acreditadora "**ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA**", el cual declara ACREDITADO al prestador institucional señalado en el numeral anterior;
- 4) El texto corregido, de fecha 21 de septiembre de 2015, del Informe de Acreditación señalado en el numeral 3) precedente, de acuerdo a las instrucciones efectuadas por esta Intendencia;

5) El Memorándum IP/N° 503-2015, de fecha 29 de septiembre de 2015, de la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Acreditación, por el que remite documentos atingentes al proceso de acreditación del prestador arriba señalado, informa sobre el pago de la segunda cuota del arancel correspondiente y recomienda emitir la presente resolución;

CONSIDERANDO:

1°.- Que mediante informe de acreditación referido en el numeral **3)** de los Vistos precedentes, relativo a los resultados del procedimiento de acreditación a que dio lugar la solicitud N° **344**, de fecha 4 de marzo de 2015, ejecutado por la Entidad Acreditadora "**ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA**" respecto del prestador institucional de salud denominado "**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**", ubicado en Avda. Portales N° 3.239, Santiago, Región Metropolitana, declara **ACREDITADO** a dicho prestador institucional, en virtud de haber dado cumplimiento a las normas del **Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada**, aprobado por el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud, al haberse constatado que el prestador evaluado cumple con el **100% de las características obligatorias** que le eran aplicables y con el **92% del total de las características que fueron evaluadas en ese procedimiento**, todo ello en circunstancias que la exigencia de dicho estándar, para obtener su reacreditación, consistía en el cumplimiento del 70% de dicho total;

2°.- Que, mediante el memorándum señalado en el numeral **5)** de los Vistos precedentes, la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Acreditación de esta Intendencia, doña Jeannette González Moreira, reitera que, tras la competente fiscalización efectuada, se ha constatado que el texto corregido del Informe de Acreditación, señalado en el N°**4)** de los Vistos precedentes, cumple con las exigencias reglamentarias y lo dispuesto en la Circular IP N°21, de 2012, sobre el formato y contenidos mínimos de los informes que deben emitir las Entidades Acreditadoras respecto de los procedimientos de acreditación que ejecuten y solicita la emisión de la presente resolución;

3°.- Que, además, señala que se ha constatado el pago de la segunda cuota del arancel de acreditación por parte del solicitante;

4°.- Que, atendido el mérito de los antecedentes antes referidos, corresponde acceder a lo solicitado por la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Acreditación de esta Intendencia, y poner formalmente en conocimiento del solicitante de acreditación el texto del informe de acreditación, señalado en el Considerando 2° precedente;

5°.- Que, asimismo, atendido que la acreditación que ha obtenido el prestador institucional denominado "**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**", mediante el informe referido en el Considerando 1° precedente, corresponde a **su segunda acreditación consecutiva** en el marco del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, procede ordenar la mantención de la inscripción que actualmente dicho prestador ostenta **bajo el N° 27 del Registro Público de Prestadores Institucionales Acreditados**, sin perjuicio de las modificaciones que deberán efectuarse en ella, según se ordenará;

Y TENIENDO PRESENTE las facultades que me confieren las normas legales y reglamentarias precedentemente señaladas, vengo en dictar la siguiente

RESOLUCIÓN:

1° MANTÉNGASE LA INSCRIPCIÓN que el prestador institucional "HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS", ubicado en Avda. Portales N° 3.239, Santiago, Región Metropolitana, ostenta, bajo el N°27, en el **REGISTRO PÚBLICO DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD ACREDITADOS**, en virtud de haber sido declarado REACREDITADO.

2° Sin perjuicio de lo anterior, MODIFÍQUESE LA INSCRIPCIÓN antes referida por el Funcionario Registrador de esta Intendencia, dentro del plazo de diez días hábiles, contados desde que le sea intimada la presente resolución, teniendo presente que en el procedimiento de reacreditación antes referido el prestador institucional antes señalado ha sido clasificado como de ALTA COMPLEJIDAD, e incorporando en ella **los datos relativos al nuevo informe de acreditación** referido en el N°3 de los Vistos de la presente resolución, **el período de vigencia de la nueva acreditación** que se declara en el numeral siguiente y una **copia de la presente resolución**, todo ello de conformidad a lo dispuesto en la Circular Interna IP N° 4, de 3 de septiembre de 2012, que instruye sobre la forma de efectuar las inscripciones en el Registro Público de Prestadores Acreditados de esta Intendencia.

3° TÉNGASE PRESENTE que, para todos los efectos legales, la vigencia de la reacreditación del prestador institucional señalado en el numeral anterior se extenderá desde la fecha de la presente resolución, por el plazo de tres años, sin perjuicio que este plazo pueda prolongarse en los términos señalados en el Artículo 7° del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, si fuere procedente.

4° PÓNGASE EN CONOCIMIENTO del solicitante de acreditación el texto del Informe de Acreditación, corregido por la Entidad Acreditadora "ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA", que se señala en el N° 4) de los Vistos precedentes.

5° NOTIFÍQUESE al representante legal del prestador institucional señalado en el N°1 precedente **el Oficio Circular IP N°5, de 7 de noviembre de 2011, por el cual se imparten instrucciones relativas al formato y correcto uso que deben dar los prestadores acreditados al certificado de acreditación que esta Superintendencia otorga a dichos prestadores**, así como respecto de su deber de dar estricto cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del Artículo 43 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud. Para los efectos de facilitar el cumplimiento de las instrucciones y deberes reglamentarios relativos al formato oficial y uso del certificado de acreditación, **se recomienda a dicho representante legal comunicarse con la Unidad de Comunicaciones de esta Superintendencia, al fono (02)28369351.**

6° DECLÁRASE TERMINADO el presente procedimiento administrativo y **ARCHÍVENSE** sus antecedentes.


7° NOTIFÍQUESE la presente resolución por carta certificada al solicitante de reacreditación y al representante legal de la Entidad Acreditadora "**ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA**".

REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE



ENRIQUE AYARZA RAMÍREZ
INTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL INCISO 4° DEL ARTÍCULO 41 DE LA LEY N°19.880, SOBRE BASES DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE RIGEN LOS ACTOS DE LOS ÓRGANOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO, ESTA INTENDENCIA INFORMA QUE CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN PROCEDEN LOS SIGUIENTES RECURSOS: EL RECURSO DE REPOSICIÓN, EL CUAL DEBE INTERPONERSE ANTE ESTA INTENDENCIA, DENTRO DEL PLAZO DE 5 DÍAS, CONTADOS DESDE LA NOTIFICACIÓN DE LA MISMA; Y EL RECURSO JERÁRQUICO, YA SEA EN SUBSIDIO DEL ANTERIOR, O SI SÓLO SE INTERPUSIERE ESTE SEGUNDO RECURSO, PARA ANTE EL SUPERINTENDENTE DE SALUD, DENTRO DEL MISMO PLAZO ANTES SEÑALADO.


CMB/JGM/CCG
Distribución:

- Solicitante de Acreditación (por correo electrónico y carta certificada)
- Responsable del procedimiento de acreditación (por correo electrónico) (la resolución, el informe corregido y el Oficio Circular IP N°5/2011)
- Representante Legal de la Entidad Acreditadora "ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA", (por correo electrónico y carta certificada) (solo la resolución)
- Superintendente de Salud
- Fiscal
- Encargado Unidad de Comunicaciones Superintendencia
- Jefa Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud, IP
- Encargado Unidad de Admisibilidad y Autorización, IP
- Encargada Unidad de Fiscalización en Acreditación, IP
- Ing. Eduardo Javier Aedo, Funcionario Registrador, IP
- Abog. Camilo Corral G., IP
- Expediente Solicitud de Acreditación
- Oficina de Partes
- Archivo