



## Intendencia de Prestadores

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

# RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 2151

SANTIAGO, 18 JUL. 2019

### VISTOS:

- 1) Lo dispuesto en los numerales 11° y 12°, del Artículo 4°, y en los numerales 1°, 2° y 3°, del Artículo 121, del Decreto con Fuerza de Ley N°1, 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. N° 15/2007, del Ministerio de Salud; en el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud, que aprueba el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada; 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; la Circular Interna IP/N°2, de 2013, que instruye respecto del inicio del período de vigencia de la acreditación de un prestador acreditado; en el D.S. 64, de 01 de octubre de 2018, del Ministerio de Salud, en el Decreto Exento N°39, de 04 de abril de 2019; y en la Resolución RA 882/48/2019, de 30 de abril de 2019;
- 2) La solicitud N° **1.614**, de 03 de octubre de 2018, del Sistema Informático de Acreditación de esta Superintendencia, mediante la cual don **María Cecilia Díaz Obando**, en su calidad de representante legal, solicita la **segunda acreditación** del prestador institucional denominado "**HOSPITAL DR. ABRAHAM GODOY PEÑA**", ubicado en calle Barros Arana N° 820, comuna de Lautaro, Región de la Araucanía, solicita ser evaluado en función del **Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada**, aprobado por el Decreto Exento N° 18, de 2009, del Ministerio de Salud;
- 3) El Informe de Acreditación emitido con fecha 22 de mayo de 2019 por la Entidad Acreditadora "**ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA**";
- 4) El texto corregido, de fecha 08 de julio de 2019, del Informe de Acreditación señalado en el numeral 3) precedente, de acuerdo a las instrucciones efectuadas por esta Intendencia;
- 5) La Quinta Acta de Fiscalización, de 08 de julio de 2019, del Informe de Acreditación señalado en el numeral 3) precedente, realizada de conformidad a lo previsto en el Ord. Circular IP/N° 1, de 12 enero de 2017;
- 6) El Memorándum IP/N° 716-2019, de la Encargada (S) de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, de fecha 17 de julio de 2019, por el que remite el Acta de Fiscalización del Informe de Acreditación referido en el N°3 precedente, da cuenta del pago de la segunda cuota del arancel por parte del representante del prestador evaluado 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° **1.614**, de 03 de octubre de 2018, ejecutado por la Entidad Acreditadora "**ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA**", respecto del prestador de salud denominado "**HOSPITAL DR. ABRAHAM GODOY PEÑA**", se declara **ACREDITADO por segunda vez** a dicho prestador, 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 dicho prestador cumple con el **100% de las características obligatorias** que le eran aplicables y con el **81% del total de las características que fueran aplicables y evaluadas en ese procedimiento**, todo ello en circunstancias que la exigencia de dicho estándar para obtener su acreditación, consistía en el cumplimiento del 70% de dicho total;

2°.- Que, mediante el memorándum señalado en el numeral **6)** de los Vistos precedentes, la Encargada (S) de la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, informa que, tras la competente fiscalización efectuada, se ha constatado que el texto del informe de acreditación referido en el **N°3)** de los Vistos precedentes cumple con las exigencias reglamentarias 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, en el memorándum arriba señalado la Encargada (S) de la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia informa 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 (S) de la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, declarar la adecuación normativa del informe recaído en el presente procedimiento de acreditación, poner formalmente en conocimiento del solicitante de acreditación el texto del informe de acreditación, señalado en el Considerando 2° precedente, y ordenar la inscripción del prestador institucional antes señalado;

**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 DR. ABRAHAM GODOY PEÑA**", que ostenta bajo el **N° 152**, en el **REGISTRO PÚBLICO DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD ACREDITADOS**, en virtud de haber sido **declarado ACREDITADO por segunda vez**.

**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 su segundo procedimiento de acreditación antes referido el prestador institucional antes señalado ha sido clasificado como de MEDIANA 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° PÓNGASE EN CONOCIMIENTO** del solicitante de acreditación el texto del informe de la Entidad Acreditadora "**ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA**" señalado en el **N° 3)** de los Vistos precedentes.

**4° TÉNGASE PRESENTE** que, para todos los efectos legales, **la vigencia** de la acreditación 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.

**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 acreditación y al representante legal de la Entidad Acreditadora **"ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA"**.

**REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE**

  
  
**CARMEN MONSALVE BENAVIDES**  
**INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD(S)**  
**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 SEÁ EN SUBSIDIO DEL ANTERIOR, O SI SÓLO SE INTERPUSIERE ESTE SEGUNDO RECURSO, PARA ANTE EL SUPERINTENDENTE DE SALUD, DENTRO DEL MISMO PLAZO ANTES SEÑALADO.

  
**JGM/SAG/CCV**

**Distribución:**

- Solicitante de Acreditación: la resolución; la resolución, el informe, el Oficio Circular IP N°5/2011, y el Ord. Circular IP/N° 1, de 12 enero de 2017.
- Representante Legal de la Entidad Acreditadora correspondiente
- Superintendente de Salud (S)
- Fiscal (S)
- Encargado Unidad de Comunicaciones Superintendencia
- Jefa (S) Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud, IP
- Encargado Unidad de Gestión en Acreditación, IP
- Encargada (S) Unidad de Fiscalización en Calidad, IP
- Ing. Eduardo Javier Aedo, Funcionario Registrador, IP
- Abog. Camila Cabeza Vinet., IP
- Expediente Solicitud de Acreditación
- Oficina de Partes
- Archivo