

Intendencia de Prestadores
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 606

SANTIAGO, 10 JUL. 2013

Vistos:

- 1) Lo dispuesto en los numerales 1° y 2° del artículo 121 del DFL N° 1/2005 de Minsal; Decreto Supremo N° 15/ 2007 del Minsal que aprueba el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Instituciones de Salud; Ley 19.880 de Bases de los Procedimientos Administrativos; y lo instruido en la circular IP/1 de 2007, que establece el procedimiento para la tramitación de solicitudes de autorización de Entidades Acreditadoras e IP/N° 3/2009 sobre formas de efectuar las inscripciones en el Registro Público de Entidades Acreditadoras; Circular Interna IP N° 1/2013, que instruye sobre criterios orientadores para la tramitación y resolución de las solicitudes de autorización de entidades Acreditadoras y sus modificaciones por parte de los funcionarios de esta Intendencia; en la Resolución Exenta SS/N° 1972, de 7 de diciembre de 2012 y en la Resolución Afecta SS/N° 57, de 4 de julio de 2012; Resolución N° 1600/2008 de la Contraloría General de la Republica
- 2) La solicitud ingresada a esta Superintendencia con N°108 del Sistema Informático del Sistema de Acreditación de esta Superintendencia, de fecha 25 de enero de 2013, mediante la cual doña Mireya Patricia Méndez Raggi R.U.N. N°9.353.304-6, en su calidad de representante legal de la **"Fundación Hospital para Niños Josefina Martínez de Ferrari"** solicita someter al procedimiento de acreditación al prestador institucional de salud denominado **"HOSPITAL JOSEFINA MARTÍNEZ"**, ubicado en calle Camilo Henríquez N°3691, comuna de Puente Alto, Región Metropolitana, de propiedad de su representada, para ser evaluado en dicho procedimiento en función del **Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada**, aprobado por el Decreto Exento N° 18, del Ministerio de Salud.
- 3) El Informe de Acreditación, emitido con fecha 17 de junio de 2013 por la Entidad Acreditadora **"HURTADO Y CARRASCO LIMITADA."**, con inscripción N°11 del Registro Público de Entidades Acreditadoras, el que **declara ACREDITADO al prestador institucional denominado "HOSPITAL JOSEFINA MARTÍNEZ", ubicado en calle Camilo Henríquez N°3691, de la comuna de Puente Alto, Región Metropolitana.**
- 4) Primer Acta de Fiscalización del Informe de Acreditación antes referido, de fecha 21 de junio de 2013, elaborado por la competente funcionaria del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, doña Nidia Molina Opazo.

5) Primer Informe Complementario de 27 de junio de 2013, emitido por entidad acreditadora "HURTADO Y CARRASCO LIMITADA."

6) Segunda Acta de Fiscalización del Primer Informe Complementario antes referido, de fecha 28 de junio de 2013, elaborado por la competente funcionaria del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, doña Nidia Molina Opazo;

7) Segundo Informe Complementario emitido por la entidad "HURTADO Y CARRASCO LIMITADA.", de fecha 01 de julio de 2013;

8) Tercer Acta de Fiscalización del Segundo Informe Complementario antes referido, de fecha 03 de julio de 2013, elaborado por la competente funcionaria del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, doña Jeannette González Moreira;

9) El Memorándum IP N°189, con fecha 03 de julio de 2013, de la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Acreditación de esta Intendencia, doña Jeannette González Moreira;

CONSIDERANDO:

1°.- Que mediante el memorándum señalado en el numeral 9) de los Vistos precedentes se acompañan los informes referidos en los numerales 3), 5) y 7) de los Vistos precedentes, emitidos por la Entidad Acreditadora "**HURTADO Y CARRASCO LIMITADA**", relativos a los resultados del proceso de acreditación a que dio lugar la solicitud N° 108 del Sistema Informático del Sistema de Acreditación de esta Superintendencia, de fecha 25 de enero de 2012, ejecutado respecto del prestador institucional de salud denominado "**HOSPITAL JOSEFINA MARTÍNEZ**", ubicado en calle Camilo Henríquez N° 3691, de la comuna de Puente Alto, Región Metropolitana, en los cuales **la Entidad Acreditadora declara a dicho prestador institucional como ACREDITADO**, 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, habiéndose constatado en el procedimiento de acreditación que el establecimiento de salud cumple **con el 100% de las características obligatorias que le son aplicables y cumple con 53 de las 59 características totales aplicables y evaluadas en el antes referido procedimiento de acreditación, obteniendo un 90% de cumplimiento.**

2°.- Que, además, mediante el mismo memorándum señalado en el considerando anterior, la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Acreditación de esta Intendencia, doña Jeannette González Moreira, acompaña las Actas de Fiscalización señaladas en los numerales 4), 6) y 8) de esos mismos Vistos, informando al respecto que atendido el mérito de los informes señalados en los numerales 3), 5) y 7) de los Vistos precedentes y de dichas Actas de Fiscalización, se ha constatado que se ha dado cumplimiento a los instruido mediante 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;

3°.- Que, atendiendo el mérito de los antecedentes antes referidos y a lo informado mediante el Memorándum IP N°189, de 03 de julio de 2013, antes referido, por la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Acreditación de esta Intendencia,

corresponde ordenar la inscripción del prestador institucional denominado "HOSPITAL JOSEFINA MARTÍNEZ", ubicado en calle Camilo Henríquez N°3691 de la comuna de Puente Alto, Región Metropolitana, en el Registro Público de Prestadores Institucionales Acreditados;

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

RESOLUCIÓN:

1° PÓNGANSE EN CONOCIMIENTO del solicitante de acreditación los informes de la Entidad Acreditadora "HURTADO Y CARRASCO LIMITADA" señalados en los Nos. 3), 5) y 7) de los Vistos precedentes relativos al procedimiento de acreditación iniciado por la solicitud N° 108, de fecha 25 de enero de 2013, del Sistema Informático de Acreditación de esta Superintendencia, formulada por doña Mireya Patricia Méndez Raggi, R.U.N. N°9.353.304-6, en su calidad de representante legal de la "Fundación Hospital para Niños Josefina Martínez de Ferrari", respecto del prestador institucional de propiedad de esta última denominado "HOSPITAL JOSEFINA MARTÍNEZ", ubicado en calle Camilo Henríquez N°3691, comuna de Puente Alto, Región Metropolitana.

2° INSCRÍBASE EN EL REGISTRO PÚBLICO DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD ACREDITADOS de esta Superintendencia al prestador institucional denominado "HOSPITAL JOSEFINA MARTÍNEZ", ubicado en calle Camilo Henríquez, comuna de Puente Alto, Región Metropolitana, el que ha sido declarado ACREDITADO por la Entidad Acreditadora "HURTADO Y CARRASCO LIMITADA.", según se señala en los informes referidos en el numeral anterior, en virtud de haberse constatado que dicho prestador, en el marco del procedimiento de acreditación iniciado por la solicitud N°108, de fecha 25 de enero de 2013, del Sistema Informático del Sistema de Acreditación de esta Superintendencia, dio cumplimiento a las exigencias del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, aprobado por el Decreto Exento N° 18, de 2009, del Ministerio de Salud.

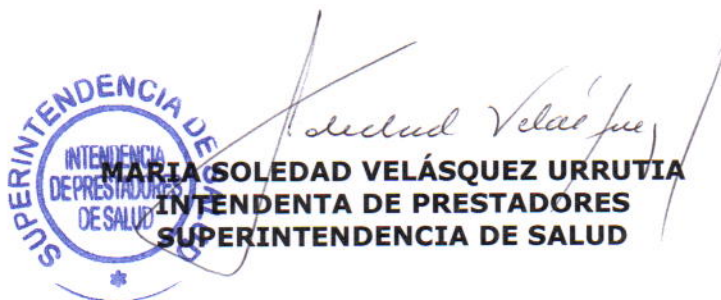
3° PRACTÍQUESE la inscripción antes referida por el Funcionario Registrador de esta Intendencia, dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde que le sea intimada la presente resolución, teniéndose presente al efecto que dicho prestador institucional es de propiedad de la entidad denominada "Fundación Hospital para Niños Josefina Martínez de Ferrari"; que su representante legal es doña Mireya Patricia Méndez Raggi, R.U.N. N°9.353.304-6, domiciliada en calle Camilo Henríquez N°3691, comuna de Puente Alto, Región Metropolitana; que el teléfono del prestador antes señalado posee el N° 27209000; y que debe darse cumplimiento, para todo lo anterior, 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 Institucionales de Salud Acreditados de esta Intendencia.

4° Asimismo, 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 dictación de la presente Resolución Exenta y se extenderá por 3 años, sin perjuicio que dicho plazo se mantenga en los términos señalados en el artículo 7° del Decreto Supremo N°15/2007 del Minsal.

5°NOTIFÍQUESE al representante legal del prestador institucional "HOSPITAL JOSEFINA MARTÍNEZ" el Oficio Circular IP N°5, de 7 de noviembre de 2011, sobre instrucciones de esta Intendencia relativas al formato y correcto uso que deben dar los prestadores acreditados al certificado de acreditación del prestador institucional antes señalado, así como respecto de su deber de dar estricto cumplimiento a las mismas y a lo dispuesto en el inciso final del Artículo 43 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud. En tal sentido, **TÉNGASE PRESENTE** por el **representante legal del prestador institucional** antes señalado que la acreditación de dicho prestador produce efectos respecto de terceros a partir de la inscripción del mismo en el Registro de Prestadores Institucionales Acreditados de esta Superintendencia, por lo cual solo es posible dar difusión al público respecto de dicha acreditación a partir de la inscripción antes señalada, la que se practicará dentro del plazo señalado en el N°3 anterior. Para los efectos de facilitar el cumplimiento de las instrucciones y deberes reglamentarios al respecto, **se recomienda a dicho representante legal comunicarse con la Encargada de Comunicaciones de esta Superintendencia, a su correo electrónico josorio@superdesalud.gob.cl.**

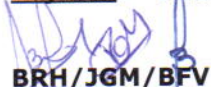
6° NOTIFÍQUESE la presente resolución por carta certificada.

REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE.


MARIA SOLEDAD VELÁSQUEZ URRUTIA
INTENDENTA DE PRESTADORES
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 LA SUPERINTENDENTA DE SALUD, DENTRO DEL MISMO PLAZO ANTES SEÑALADO.

Adjunta: - Oficio Circular IP N°5, de 7 de noviembre de 2011


BRH/JGM/BFV

Distribución:

- Solicitante de Acreditación (por correo electrónico y carta certificada)
- Responsable procedimiento de acreditación (por correo electrónico)
- Representante Legal de Entidad Acreditadora "HURTADO Y CARRASCO LIMITADA."
- Superintendente de Salud (S)
- Fiscal de la Superintendencia de Salud

- Sra. Johanna Osorio, Unidad de Comunicaciones Superintendencia
- Encargado Unidad de Admisibilidad y Autorización IP
- Encargada Unidad de Fiscalización en Acreditación IP
- Encargada Unidad de Control de Gestión IP
- Funcionario Registrador, Ing. Eduardo Javier Aedo IP
- Abog. Biby Ferrada IP
- Expediente Solicitud de Acreditación N°108
- Oficina de Partes
- Archivo





Subdepartamento de Coordinación Legal y
Registro de Prestadores
Intendencia de Prestadores

OFICIO CIRCULAR IP/Nº 5

SANTIAGO, 07 NOV. 2011

**MAT.: INFORMA A LOS PRESTADORES
INSTITUCIONALES ACREDITADOS SOBRE
EL FORMATO Y USO DEL CERTIFICADO
QUE DA CUENTA DE LA ACREDITACIÓN DE
LOS PRESTADORES INSTITUCIONALES DE
SALUD Y DE SU LOGO OFICIAL.-**

DE: INTENDENTE DE PRESTADORES

**PARA: REPRESENTANTES LEGALES DE LOS PRESTADORES
INSTITUCIONALES ACREDITADOS**

Atendida la necesidad de homogeneizar los diversos instrumentos públicos mediante los cuales se da certeza a la población acerca de la acreditación de los prestadores institucionales de salud del país, objetivo que se logra uniformando las características y formatos de los instrumentos de publicidad de dicha condición, y visto lo dispuesto en el inciso final del Artículo 43 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales, aprobado por el Decreto Supremo Nº 15, de 2007, del Ministerio de Salud, informo a Uds. lo siguiente:

1.- Se ha dispuesto que en los certificados que esta Superintendencia emite respecto de la condición de acreditados de los prestadores institucionales, se utilizará el logo oficial que se adjunta al presente Oficio.

2.- Lo anterior dice relación con la obligación que establece el inciso final del Artículo 43 del Reglamento del Sistema de Acreditación, en cuanto a que los prestadores acreditados deben **mantener en el establecimiento asistencial, en un lugar visible para todo el público que allí concurra, el certificado de acreditación otorgado por esta Superintendencia.** Por tanto, se entenderá cumplida tal obligación en la medida que dicho certificado, así como la información que se entregue al público sobre su acreditación, y cualquiera sea el soporte en que ella se entregue, ya sea físico (tales como


pendones, carpetas, folletería en general) o digital (portal web y otros medios informáticos), incorpore el logo oficial de acreditación antes referido, preferentemente en **color pantone (54 15 C)** y, excepcionalmente, en escala de grises o blanco y negro, dependiendo del fondo del soporte.

3.- Los certificados y logos oficiales antes referidos se encuentran a disposición gratuita del prestador que Ud. representa, para su uso en los diversos formatos antes señalados, bastando para su obtención que un representante o apoderado del prestador acreditado lo solicite por escrito en nuestras oficinas o al correo electrónico **acreditacion@superdesalud.gob.cl**.

4.- Por último, informo a Ud. que, en ejercicio de sus facultades fiscalizadoras de los prestadores acreditados, esta Intendencia comenzará a fiscalizar el debido uso de los certificados de acreditación por parte de los prestadores acreditados a partir del 1º de diciembre de 2011.

Saluda atentamente a Ud.,




CRISTIAN TORTELLA IBÁÑEZ
INTENDENTE DE PRESTADORES (Suplente)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

- Adjunta formatos de los logos oficiales de los certificados de acreditación.-


FRV/HGG
Distribución:

- Ministro de Salud
- Subsecretario de Redes Asistenciales
- Jefa del Departamento de Calidad de la Subsecretaría de Redes del Ministerio de Salud
- Directora del Instituto de Salud Pública
- Representantes legales de Prestadores Institucionales Acreditados
- Superintendente
- Fiscal
- Jefa de Coordinación de Agencias Regionales
- Agentes Regionales
- Jefe Unidad de Atención de Usuarios Región Metropolitana
- Jefe Subdepto. Acreditación IP
- Jefe Subdepto. de Coordinación Legal y Registro de Prestadores IP
- Funcionarios de los Subdepartamentos de Acreditación y de Coordinación Legal y Registro de Prestadores IP
- Jefe Unidad de Gestión de Procesos IP
- EU Ana María Cambón
- Observatorio de Buenas Prácticas en Calidad Asistencial IP
- Archivo



Acreditación certificada por
SUPERINTENDENCIA
DE SALUD



 Pantone 5415 C

Acreditación certificada por
SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Original B/N



Acreditación certificada por
SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Escala de grises



Acreditación certificada por
SUPERINTENDENCIA
DE SALUD