



SUPERINTENDENCIA DE SALUD

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

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 1399

SANTIAGO, 18 AGO 2017

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 la Resolución Exenta SS/N° 964, de 31 de mayo de 2017, y en la Resolución Afecta SS/N° 67, de 14 de agosto de 2015;

2) La solicitud N° 764, de 5 de octubre de 2016, del Sistema Informático de Acreditación de esta Superintendencia, mediante la cual don **Oscar Ruperto Morales Spichiger**, en su calidad de representante legal, solicita la **acreditación** del prestador institucional denominado "**HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA**", ubicado en calle Manuel Montt N° 115, de la ciudad de Temuco, IX Región, para 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 31 de julio de 2017 por la Entidad Acreditadora "**SEA SALUD LIMITADA**";

4) El texto corregido, de fecha 7 de agosto de 2017, del Informe de Acreditación señalado en el numeral 3) precedente, de acuerdo a las instrucciones efectuadas por esta Intendencia;

5) La segunda Acta de Fiscalización, de 7 de agosto de 2017, 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° 582-2017, de fecha 17 de agosto de 2017, de la Encargada (S) de la Unidad de Fiscalización en Calidad, Sra. Katty Alfaro Silva, por el que remite documentos atinentes 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° 764, de fecha 5 de octubre de 2016, ejecutado por la Entidad Acreditadora "**SEA SALUD LIMITADA**", respecto del prestador institucional de salud denominado "**HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA**", ubicado en calle Manuel Montt N° 115, de la ciudad de Temuco, IX Región, se 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 **90% 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 (S) de la Unidad de Fiscalización en Acreditación de esta Intendencia, doña Katty Alfaro Silva, reitera que, tras la competente fiscalización efectuada, se ha constatado que el texto del Informe de Acreditación, señalado en el N°**3)** de los Vistos precedentes, cumple con las exigencias reglamentarias 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 (S) de la Unidad de Fiscalización en Calidad 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 DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA**", 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° 62 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 DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA**", ubicado en calle Manuel Montt N° 115, de la ciudad de Temuco, IX Región, ostenta, bajo el **N° 62**, 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 emitido por la Entidad Acreditadora "**SEA SALUD LIMITADA**", que se señala en el N° **3)** 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 "**SEA SALUD 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/KAS/CCG
Distribución:

- Solicitante de Acreditación, por carta certificada: la resolución; por correo electrónico: 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 "SEA SALUD LIMITADA" (por correo electrónico y carta certificada) (solo la resolución)
- Superintendente de Salud
- Fiscal
- Encargado Unidad de Comunicaciones Superintendencia
- Agencia IX Región
- Jefa Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud, IP
- Encargado Unidad de Gestión en Acreditación, IP
- Encargada Unidad de Fiscalización en Calidad, IP
- Ing. Eduardo Javier Aedo, Funcionario Registrador, IP
- Abog. Camilo Corral G., IP
- Expediente Solicitud de Acreditación
- Oficina de Partes
- Archivo