



SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Prestadores de Salud

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

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 1537

SANTIAGO, 03 AGO 2018

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 Abierta; 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° **1.232**, de 14 de febrero de 2018, del Sistema Informático de Acreditación de esta Superintendencia, mediante la cual don **Ricardo Vallejos Palacios**, en su calidad de representante legal, solicita la **acreditación** del prestador institucional denominado "**CENTRO DE SALUD FAMILIAR ULTRAESTACIÓN DR. RAÚL SAN MARTÍN**", ubicado en Avda. Ruiz de Gamboa s/n, de la ciudad de Chillán, Región del Bío Bío, para ser evaluado en función del **Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta**, aprobado por el Decreto Exento N° 18, de 2009, del Ministerio de Salud;
- 3) El Informe de Acreditación emitido con fecha 29 de junio de 2018 por la Entidad Acreditadora "**ACREDITA CHILE S.p.A.**";
- 4) El texto corregido, de fecha 16 de julio de 2018, 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 17 de julio de 2018, 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° 761-2018, de fecha 1 de agosto de 2018, de la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad, 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° **1.232**,

de fecha 14 de febrero de 2018, ejecutado por la Entidad Acreditadora "ACREDITA CHILE S.p.A.", respecto del prestador institucional de salud denominado "CENTRO DE SALUD FAMILIAR ULTRAESTACIÓN DR. RAÚL SAN MARTÍN", ubicado en Avda. Ruiz de Gamboa s/n, de la ciudad de Chillán, Región del Bío Bío, 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 Abierta**, 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 acreditación, consistía en el cumplimiento del 50% de dicho total;

2°.- Que, mediante el memorándum señalado en el numeral **6)** de los Vistos precedentes, la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, 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, 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 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, 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° INSCRÍBASE al prestador institucional denominado "CENTRO DE SALUD FAMILIAR ULTRAESTACIÓN DR. RAÚL SAN MARTÍN", ubicado en Avda. Ruiz de Gamboa s/n, de la ciudad de Chillán, Región del Bío Bío, en el **REGISTRO PÚBLICO DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD ACREDITADOS**, 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 dicho Registro Público. Téngase presente que en el procedimiento de acreditación arriba referido el prestador institucional antes señalado ha sido clasificado como de **BAJA COMPLEJIDAD**.

2° PÓNGASE EN CONOCIMIENTO del solicitante de acreditación el texto del informe de la Entidad Acreditadora "ACREDITA CHILE S.p.A.", señalado en el **N° 4)** de los Vistos precedentes.

3° 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.


4° 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.**

5° DECLÁRASE TERMINADO el presente procedimiento administrativo y **ARCHÍVENSE** sus antecedentes.

6° NOTIFÍQUESE la presente resolución por carta certificada al solicitante de acreditación y al representante legal de la Entidad Acreditadora **"ACREDITA CHILE S.p.A."**.

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 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.



BRH/JGM/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 "ACREDITA CHILE S.p.A." (por correo electrónico y carta certificada) (solo la resolución)
- Superintendente de Salud
- Fiscal
- Encargado Unidad de Comunicaciones Superintendencia
- Agencia Región del Bió Bío
- 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