

004834 14.JUN2013

ORD. N° / _____ /

ANT:

MAT: agilización de trámites

A : NANCY SEPULVEDA VELASQUEZ
JEFA DE LA DIVISIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES Y
PROMOCIÓN.

DE : ROSA OYARCE SUAZO
SECRETARIA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD RM

Estimada Nancy:

En el marco del compromiso presidencial en el tema odontológico, le adjunto los siguientes instrumentos, los que han sido actualizados por nuestro Subdepartamento de Profesiones Médicas y Farmacia, lo que permitirá agilizar las solicitudes enmarcadas en dicho compromiso:

1. REQUISITOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS PARA AUTORIZACIÓN DE "SALAS DE PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS"
2. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA SALA DE PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICA

Sin más le saluda atentamente



MINISTERIO DE SALUD
SECRETARIA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD
REGIÓN METROPOLITANA
ROSA OYARCE SUAZO

Distribución:

- Pedro Rosales Caniumil, Programa Salud Bucal DIPOL
- Subdepartamento Profesiones Médicas y Farmacia Seremi RM
- Archivo Seremi RM



SUBDEPARTAMENTO DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIA

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA
SALA DE PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICA**

Santiago,.....

El solicitante se compromete a dar lectura previamente, al marco legal que regula la actividad y al instructivo de la materia levantado en la página web www.asrm.cl o recibido en ventanilla de Atención a Usuarios, calle Dieciocho N° 120.

OBJETIVO: IDENTIFICAR QUE TIPO DE AUTORIZACIÓN SOLICITA					
Revisión Planos/Proyecto	Instalación	Funcionamiento	Modificación	Traslado	Otro

OBJETIVO: IDENTIFICAR Y CARACTERIZAR AL ESTABLECIMIENTO O PRESTADOR INSTITUCIONAL	
1. Identificación Establecimiento	
Nombre del Establecimiento	
Nombre de Fantasía	
Dirección	
Ciudad	
Comuna	
Región	
Teléfono	
Fax	
Razón social	
RUT	
Correo electrónico/e-mail	
2. Propietario/Dueño del Establecimiento	
Nombre	
Profesión	
Cédula de Identidad o RUT	
Domicilio legal	
Teléfono	
Fax	
Correo electrónico/ e-mail	
3. Representante Legal del Establecimiento	
Nombre	
Profesión	
Cédula de Identidad o RUT	
Domicilio legal	
Teléfono	
Fax	
Correo electrónico/ e-mail	

4.	Objetivos del Establecimiento (*)

(*) Estos deberán ser formulados considerando el ámbito de acción que el establecimiento ha definido para su quehacer, sean estas **acciones de diagnóstico, tratamiento, recuperación y/o rehabilitación de la salud**, en el área **ODONTOLOGICA**, independiente de la especialidad de la Odontología que desarrollara.

OBJETIVO: IDENTIFICAR Y CARACTERIZAR AL PROFESIONAL DIRECTOR TÉCNICO RESPONSABLE EN EL ESTABLECIMIENTO

Identificación del Personal

5.	Director Técnico del Establecimiento	
	Nombre	
	Profesión	
	Cédula de Identidad o RUT	
	Domicilio legal	
	Teléfono	
	Fax	
	Correo electrónico/ e-mail	
	Días de trabajo	
	Horario de trabajo	

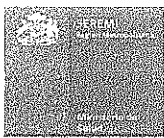
OBJETIVO: DECLARAR EL CAPITAL PROPIO INICIAL

DECLARO QUE MI CAPITAL PROPIO DE COMPONE DE

1. Capital de trabajo de la Empresa (Dinero, Materias primas, Mercadería, etc.)		\$
2. Equipos, Maquinarias, Muebles e Instalaciones		\$
TOTAL CAPITAL (suma punto 1 y 2)		\$
	0,5 % Capital	\$

Por este acto y en la representación que invisto, declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidos en la legislación vigente, para solicitar la autorización de instalación y funcionamiento del establecimiento anteriormente señalado. Que si en la revisión posterior, efectuada por la Autoridad Sanitaria, se verificare que los datos entregados en este documento no están completos y ajustados a lo establecido en la reglamentación vigente o no son fidedignos, esto será causal suficiente para denegar la presente solicitud.

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL



SUBDEPARTAMENTO DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIA

DOCUMENTOS A ADJUNTAR A LA SOLICITUD EN ORIGINAL O FOTOCOPIA LEGALIZADA

DOCUMENTO PRESENTADO	VºBº ATENCIÓN USUARIO	VºBº PROFESIONAL FORMALIZACIÓN
1. Instrumentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlos		
2. Escritura Pública de Constitución de Sociedad (completa), si corresponde		
3. Plano de arquitectura en escala 1:50 o Croquis del edificio o inmueble, que indique la distribución funcional de las dependencias y la ubicación exacta y real de los mobiliarios más relevantes (sillón odontológico, estanterías, área de esterilización, vestuarios, entre otros).		
4. Copias de los planos o certificados de las instalaciones de electricidad, de agua potable y de gas, visados por las autoridades competentes (SEC y Empresa Sanitaria).		
5. Aceptación escrita del Director Técnico del establecimiento, adjuntar título en original o fotocopia legalizada (Señalando si es una o más Salas de Procedimiento).		
6. Listado de prestaciones o procedimientos que brindará el establecimiento o las instalaciones, considerando no incluir intervenciones quirúrgicas que requieren anestesia local.		
7. Convenios con terceros si algún servicio se contempla externalizar (Particularmente Esterilización)		
8. Comprobante de pago de arancel entregado en caja por la o las Salas de Procedimientos Odontológicas.		
9. Nómina de Profesionales Cirujanos Dentistas, Técnicos de Nivel Superior en Odontología, o Auxiliares Paramédicos de Odontología (de acuerdo al esquema que se indica más adelante).		
10. Certificados de título, de competencia u otro (**) que acredite, profesión o actividad, de cada uno del personal señalado en la nómina. (**) Alternativamente podrá presentarse el certificado de inscripción en el registro de la Superintendencia de Salud.		
11. Listado de equipos (***) e instrumental con que contará el establecimiento (de acuerdo al esquema que se indica más adelante). (***) Si algunos de los equipos mencionados requieren autorización para su uso, debe adjuntar la autorización respectiva: Autoclaves, Equipos Rx, otros.		
12. Descripción de instalaciones o recintos con que contará el establecimiento (de acuerdo al esquema que se indica más adelante).		

ESQUEMA PARA PRESENTAR LA NOMINA DEL PERSONAL POR SALA

1.	Nombre	
	Profesión	
	Cédula de Identidad o RUT	
	Días de trabajo	
	Horario de trabajo	

ESQUEMA PARA PRESENTAR EL EQUIPAMIENTO Y EL INSTRUMENTAL POR SALA

1.	Equipo (Rx, Autoclave)	
	Marca	
	Modelo	
	Función	
	Autorización Sanitaria (Nº y fecha)	

ESQUEMA PARA DESCRIBIR LAS INSTALACIONES (CANTIDAD)

1.	Sala (s) de Procedimiento	
2.	Sala de Espera	
3.	Baños	
4.	Vestuario	
5.	Sala de Esterilización	
6.	Otras	



SUBDEPARTAMENTO DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIA

NOTA: Se agradece a los usuarios adjuntar la totalidad de los documentos solicitados:

- En original o fotocopia legalizada, en tamaño oficio.
- Los que correspondan, digitados en hojas distintas utilizando formato Word, letra Arial, tamaño 11.

ME DOY POR INFORMADO DE:

1. AL MOMENTO DE PRESENTAR MI SOLICITUD ANEXO 01A, ACOMPAÑADA DE LOS ANTECEDENTES REGLAMENTARIOS, EN LA OFICINA DE ATENCIÓN A USUARIOS SE REALIZA SOLO UNA CONSTANCIA DEL DOCUMENTO PRESENTADO O NO PRESENTADO,
2. SIN EMBARGO LOS ASPECTOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS Y SANITARIOS, NECESARIOS PARA OPTAR A LA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE MI ESTABLECIMIENTO, SON ANALIZADOS, REVISADOS Y OBSERVADOS SI ASÍ CORRESPONDE, POR LOS PROFESIONALES DEL SUBDEPARTAMENTO DE PROFESIONES MEDICAS Y FARMACIA DE LA SEREMI DE SALUD, REGIÓN METROPOLITANA, CON LO CUAL SE RESOLVERA AUTORIZAR O DENEGAR LA SOLICITUD PRESENTADA.

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL



SUBDEPARTAMENTO DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIA

REQUISITOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS PARA AUTORIZACIÓN DE “SALAS DE PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS”

I. MARCO LEGAL QUE LO REGULA:

- ❖ Decreto Supremo N° 725 de 1967, MINSAL, Código Sanitario
- ❖ Decreto Supremo N° 133 de 1984 del MINSAL, Reglamento sobre Autorizaciones para Instalaciones Radiactivas o Equipos Generadores de Radiaciones Ionizantes, personal que se desempeñe en ellas u opere tales equipos.
- ❖ Decreto Supremo N° 3 de 1985 del MINSAL, Reglamento de Protección Radiológica de Instalaciones Radiactivas.
- ❖ Decreto Supremo N° 283 de 1997, MINSAL, Reglamento de Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor y sus modificaciones
- ❖ Decreto Supremo N° 594 de 1999 del MINSAL, Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de trabajo.
- ❖ Decreto Supremo N° 75 de 2001, MINVU, Ordenanza General de Urbanización y Construcciones.
- ❖ Decreto Supremo N° 58 de 2008, MINSAL, Norma Técnica básicas para la obtención de autorización sanitaria de los establecimientos asistenciales.

II. PRESENTAR SOLICITUD TIPO

DIRIGIDA AL SEREMI DE SALUD, REGIÓN METROPOLITANA, **FIRMADA POR EL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO**. ADJUNTAR **TODOS** LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS, EN ORIGINAL O FOTOCOPIA LEGALIZADA. LA SOLICITUD SE ENCUENTRA DISPONIBLE EN www.asrm.cl, LINK SERVICIOS, CORRESPONDE AL ANEXO 01A.

III. REQUISITOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS

- La Dirección Técnica de las salas de procedimientos estará a cargo de un Cirujano Dentista.
- Deberán contar con un equipo profesional y personal auxiliar paramédico que posea conocimientos afines a la clase de procedimientos que se van a realizar, es decir del área Odontológico.
- La dirección de la sala de procedimientos deberá proveer los insumos y equipamientos necesarios para la clase de procedimientos a realizar como asimismo, dotar al personal de las vestimentas y los elementos de protección adecuados.
- Las salas que utilicen radiaciones ionizantes deberán estar ubicados en zonas de uso restringido al público y sus instalaciones, funcionamiento y personal deben contar con sus respectivas autorizaciones sanitarias, en conformidad a la reglamentación vigente.
- Las Salas de procedimientos donde se realice la sedación consciente de los pacientes, deberán contar con el equipamiento y los elementos, que permitan una actuación oportuna y eficaz en casos de situaciones de urgencia o emergencia odontológica, tales como lipotimia, crisis hipertensiva, shock glicémico, reacciones anafilácticas, convulsiones, paro cardiorrespiratorio u otros de naturaleza similar.

IV. DURANTE LA VISITA DE INSPECCION EL ESTABLECIMIENTO DEBE ACREDITAR REQUISITOS DE LA PLANTA FÍSICA Y DEL EQUIPAMIENTO QUE SE HAN DESCRITO EN LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS A LA SOLICITUD

- Deberán contar con las siguientes dependencias que podrán ser comunes con las del establecimiento o consulta donde estén instaladas:
 - Sala de espera.
 - Servicios higiénicos para público y personal, separado por sexo.
 - Recinto de vestuario para el personal.
 - Sector para guardar útiles de aseo y mantención.
 - Depósito transitorio de basura.
 - Sector para guardar insumos e instrumental.
 - Delimitación de área limpia y sucia, con sus respectivos lavamanos.
 - Área para lavado, preparación y esterilización de equipos, instrumental e insumos en que se cumpla la normativa atingente.
 - Luces de emergencia.
 - Mesa para instrumental y lámpara auxiliar.
 - Sistema de eliminación de materiales contaminados, cortopunzantes y productos químicos de acuerdo a normas vigentes.
 - Pisos y muros lisos y de material lavable.



SUBDEPARTAMENTO DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIA

V. CANCELAR ARANCELES, DE ACUERDO A LO SOLICITADO

Previa revisión y entrega de la orden de pago, cancelar en las Cajas Recaudadoras que se encuentran ubicadas en calle Dieciocho N° 120, piso 1, y su horario de atención es de 09:00 a 13:30 horas de lunes a jueves y de 09:00 a 13:00 el día viernes.

VI. INGRESAR SOLICITUD Y ANTECEDENTES COMPLETOS POR OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO

Ingresar expediente **completo** por la Oficina de Atención al Usuario, que se encuentra ubicada en calle Dieciocho N° 120, y su horario de atención es de lunes a jueves de 09:00 a 13.30 horas y viernes de 09.00 a 13.00 horas.

Esta Secretaría se reserva el derecho a rechazar las solicitudes en formato distinto al entregado, con escritura ilegible, incompletos o sin el comprobante de pago.

VII. RESOLUCIÓN SANITARIA

Una vez ingresada la solicitud, en 48 horas es derivada a la Unidad de Formalización, quien revisará los aspectos técnicos administrativos de la solicitud y los antecedentes adjuntos.

- **Si éstos no tienen observaciones** se emitirá la resolución de autorización sanitaria para la o las Salas de Procedimientos Odontológicos.
- **Si tienen observaciones** se enviara correo electrónico al interesado para que en un plazo de cinco días complemente antecedentes.

Esta SEREMI de Salud, se reserva el derecho de realizar o no visita inspectiva, la que se coordinara previamente con el propietario, representante legal o Director Técnico.

VIII. PLAZOS DE TRAMITACIÓN

Los plazos legales para otorgar la autorización rigen desde la recepción conforme de toda la documentación solicitada. La emisión de la resolución de autorización o denegación tiene una demora de 30 días hábiles.

IX. NOTIFICACIÓN

Las notificaciones se harán por escrito, mediante carta certificada dirigida al domicilio que el interesado hubiere designado en su primera presentación o con posterioridad.

Las notificaciones por carta certificada se entenderán practicadas a contar del tercer día siguiente a su recepción en la oficina de Correos que corresponda.

La ubicación de la actividad o establecimiento debe estar permitida por el Plano Regulador Metropolitano de Santiago y/o por el Plano Regulador de la comuna respectiva, lo que se conoce como zonificación.
Infórmese en el Departamento de Obras de la Municipalidad en que desea instalarse o iniciar la actividad.
Asimismo esta Secretaría otorga las autorizaciones sanitarias, sin perjuicio del cumplimiento de las demás exigencias legales o reglamentarias que se deben cumplir ante otros organismos públicos con competencia en la materia.