



**Intendencia de Prestadores**

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

Unidad de Fiscalización en Calidad

Unidad de Apoyo Legal

**RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 2979**

**SANTIAGO, 23 SET. 2019**

**VISTOS:**

- 1) Lo dispuesto en los numerales 1º, 2º y 3º del artículo 121 del DFL N° 1, de 2005, de Salud; en el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N° 15, de 2007, de Salud; en la Ley N°19.880 y, lo instruido en las Circulares IP/N°1, de 2007, que establece el procedimiento para la tramitación de las solicitudes de autorización de Entidades Acreditadoras e IP/N°3, de 2009, sobre la Forma de efectuar las inscripciones en el Registro Público de Entidades Acreditadoras; y en la Resolución RA 882/107/2019, de 22 de julio de 2019;
- 2) La Resolución Exenta IP/N°413, de 06 de marzo de 2018, mediante la cual se autorizó el funcionamiento como Entidad Acreditadora a la sociedad denominada "**ASEGURA S.p.A.**", con mismo nombre de fantasía, cuyo representante legal es don **Felipe Borney Valderas Estay**, con facultades de representación de la antedicha sociedad ante esta Superintendencia;
- 3) El Ingreso Folio N°8.320, del representante legal de "**ASEGURA S.p.A.**", de fecha 23 de mayo de 2019;
- 4) El "Informe de Desempeño General de la Entidad Acreditadora en los Procesos de Acreditación", que fue validado con fecha 23 de agosto de 2019, por la Jefa (S) del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud;

**CONSIDERANDO:**

- 1º.- Que, por Resolución Exenta IP/N°413, de 06 de marzo de 2018, se autorizó el funcionamiento como Entidad Acreditadora a la Sociedad denominada "**ASEGURA S.p.A.**";
- 2º.- Que, la autorización conferida, mediante la resolución arriba señalada, en relación al Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, quedó limitada a los establecimientos de Atención Cerrada de Mediana y Baja complejidad;
- 3º.- Que, asimismo, dicha autorización tampoco comprendía la ejecución de procedimientos de acreditación a toda clase de prestadores acreditados que postularen a un procedimiento de reacreditación.
- 4º.- Que, respecto de las limitaciones referidas en los números precedentes, la resolución en cuestión dejó establecido que éstas podrán dejarse sin efecto, parcial o totalmente, una vez que la Entidad haya ejecutado y terminado, a lo menos, cinco procedimientos de acreditación y que en ellos haya demostrado un correcto desempeño,

todo ello según lo informe favorablemente, a petición del interesado, la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia.

**5°.-** Que, mediante la presentación de su representante legal, "**ASEGURA S.p.A**", vino en solicitar que se dejasen sin efecto las aludidas limitaciones a su autorización;

**6°.-** Que, el "Informe de Desempeño General de la Entidad Acreditadora en los Procesos de Acreditación", motivado por la solicitud indicada en el N°3) de los Vistos, concluye que las limitaciones indicadas en la Resolución Exenta IP/N°413, deben mantenerse, en espera de un mejor comportamiento del punto de vista técnico metodológico de los futuros procesos de acreditación en los cuales se encuentre designada la Entidad Acreditadora "**ASEGURA S.p.A**", pudiendo esta Autoridad reevaluar los antecedentes, una vez concluidos los procesos de acreditación que a la fecha tiene designados la antedicha Entidad Acreditadora. En cuanto a los argumentos específicos de la decisión de esta Autoridad, remitirse al Informe del Desempeño General de la Entidad Acreditadora en los Procesos de Acreditación que es parte integrante de la presente resolución.

**Y TENIENDO PRESENTE** las facultades que me confieren las normas legales y reglamentarias antes señaladas,

#### **RESUELVO:**

**1° NO HA LUGAR A LA SOLICITUD** realizada por la Entidad Acreditadora "**ASEGURA S.p.A**", por los motivos indicados en el Considerando N°6).

**2° AGRÉGUENSE** por el Funcionario Registrador de esta Intendencia, una copia electrónica de la presente resolución en la inscripción que la Entidad Acreditadora "**ASEGURA S.p.A**" mantiene en el Registro Público de Entidades Acreditadoras. Sirva la presente resolución como suficiente instrucción al antedicho Funcionario Registrador.

**3° NOTIFÍQUESE** la presente resolución al solicitante.

#### **REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE**



**CAMILO CORRAL GUERRERO**  
**INTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD (S)**  
**SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

Adjunta copia del Informe.

**JGM/BRH/COV**  
**Distribución:**

- Entidad Acreditadora correspondiente
- Jefa (S) Subdepartamento de Gestión de Calidad
- Encargado Unidad de Gestión en Acreditación
- Encargada (S) Unidad de Fiscalización en Calidad
- Sr. E. Javier Aedo, Funcionario Registrador
- Abog. Sra. Camila Cabeza V.
- Expediente Entidad Acreditadora
- Oficina de Partes
- Archivo



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

## INFORME DEL DESEMPEÑO GENERAL DE LA ENTIDAD ACREDITADORA EN LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN

<b>Entidad Acreditadora:</b>	ASEGURA S.p.A.
<b>RUT Entidad:</b>	76.702.095-3
<b>N° de registro:</b>	37
<b>Dirección:</b>	Marchant Pereira N°201, Oficina N°101, Providencia, Santiago, Región Metropolitana
<b>Representante Legal:</b>	Felipe Borney Valderas Estay
<b>Resolución de autorización:</b>	RE IP/N°413, del 6 de marzo de 2018
<b>Solicitud levantamiento de restricción:</b>	Folio ingreso N°8320, del 23 de mayo 2019
<b>Fecha de informe de desempeño de la Entidad:</b>	23 de agosto de 2019

### I. ANTECEDENTES

1. Con relación a la Resolución Exenta N°413 del 6 de marzo de 2018, que autorizó a la Entidad Acreditadora ASEGURA S.p.A., con mismo nombre de Fantasía, N°35 en el Registro de Entidades Acreditadoras Autorizadas por la Intendencia de Prestadores, en la que en el acápite "Resolución", se establece la siguiente restricción:

**3° Sin perjuicio de lo dispuesto en el numeral 1° anterior, LIMITÁSE** la autorización allí conferida para evaluar el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, sólo para la ejecución de procedimientos de acreditación de prestadores institucionales de Atención Cerrada de Mediana y Baja Complejidad.

**4° Asimismo, DECLÁRASE** que la autorización conferida en el numeral 1° precedente, respecto de todos los Estándares de Acreditación allí señalados, no comprende la ejecución de procedimientos de acreditación a toda clase de prestadores acreditados que postulen a un procedimiento de reacreditación.

Más adelante señala:

**5° ESTABLÉCESE** que las limitaciones a la autorización conferida a esta entidad para evaluar el **Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada** y para ejecutar **procedimientos de reacreditación a toda clase de prestadores institucionales**, que se señalan en los numerales 3° y 4° precedentes, podrán dejarse sin efecto, parcial o totalmente, una vez que la Entidad antes señalada haya ejecutado y terminado, a lo menos, cinco procedimientos de acreditación y en los cuales haya demostrado un correcto desempeño, todo ello según lo informe favorablemente, a petición de la interesada, la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia.

2. La carta del Representante Legal de ASEGURA S.p.A., Sr. Felipe Borney Valderas Estay, de fecha 23 de mayo de 2019, dirigida a la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad, Sra. Jeannette González Moreira, en la que señala que la Entidad de su representación ya ha completado los 6 procesos de acreditación requeridos, solicitando se levanten las restricciones señaladas precedentemente.

En conformidad a lo anterior, la Unidad de Fiscalización en Calidad emite el siguiente informe:

## **II. PROCESOS DE ACREDITACIÓN REALIZADOS POR ASEGURA S.P.A.**

1. Nephrocare Chile S.A Sucursal Valdivia, Prestador acreditado por el Estándar General de Acreditación para Centros de Diálisis, de acuerdo a la Resolución Exenta N°1433 del 19-07-2018.
2. Hospital de Fresia, Prestador acreditado por el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada de Baja Complejidad, Resolución Exenta N°1666 del 24-08-2018.
3. Diálisis Colina S.A., Prestador acreditado por el Estándar General de acreditación para Centros de Diálisis, de acuerdo Resolución Exenta N°2227 del 08-11-218.
4. Centro de Diálisis Vicuña Sede La Ligua, Prestador acreditado por el Estándar General de Acreditación para Centros de Diálisis, de acuerdo a la Resolución Exenta N°339 del 28-01-2019.
5. Policlínico Mutual de Seguridad C.Ch.C. Minera la Escondida, Prestador acreditado por el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta de Baja Complejidad, de acuerdo a la Resolución Exenta N°402 del 30-01-2019.
6. Hospital Santa Rosa de Molina, Prestador acreditado por el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada de Baja Complejidad, de acuerdo a la Resolución Exenta N°476 del 01-02-2019.

## **III. ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO DE LA ENTIDAD EN LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN EJECUTADOS**

### **A. NEPHRO CARE CHILE S.A. SUCURSAL VALDIVIA**

1. Cronograma: La Entidad envió el cronograma en el plazo establecido por la Circular IP N°37 de 2017. Sin observaciones.
2. Cumplimiento de plazos normativos: La Entidad Acreditadora, cumplió con los plazos reglamentarios que le competen en el proceso de acreditación, desde la designación aleatoria, hasta la emisión del informe de acreditación del prestador institucional evaluado, de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud.

3. Informe de acreditación (Fiscalización completa): El informe fue ingresado a la Intendencia dentro del plazo reglamentario. Se generan 3 actas de fiscalización del informe; 2 con correcciones y 1 acta de aprobación del informe.
  - a) En la primera acta de fiscalización, se representan observaciones que dicen relación con errores en el registro de las características, descripción incompleta o insuficiente de los documentos evaluados, nombre incorrecto del prestador, modificación del formato de informe y otras instruidas en Circular IP N°38 de 2017.
  - b) Presenta además observaciones reglamentarias relacionadas con la continuidad de las etapas del proceso de acreditación, como el cierre del check list de manera anticipada, antes de la aprobación del informe de acreditación, por parte de la Unidad de Fiscalización en Calidad.
  - c) En la segunda acta de fiscalización, se reiteran instrucciones de la primera acta, como por ejemplo, el nombre correcto del prestador.

## **B. HOSPITAL DE FRESIA**

1. Cronograma: La Entidad envió el cronograma en el plazo establecido por la Circular IP N°37 de 2017. Se le observa revisar puntos de verificación y características que no aplican, las que deben estar registrados en el informe.
2. Cumplimiento de plazos normativos: La Entidad Acreditadora, no cumplió con los plazos reglamentarios que le competen en el proceso de acreditación, específicamente, incumple la fecha de envío del informe de acreditación, el cual fue ingresado a la Intendencia de Prestadores, con 1 día de retraso.
3. Informe de acreditación (Fiscalización completa): Ingresado de forma tardía, generando 4 actas de fiscalización del informe; 3 actas con correcciones y 1 acta de aprobación del informe.
  - a) En la primera acta de fiscalización, se representan observaciones que dicen relación con errores en el registro de características, descripción incompleta o insuficiente de los documentos evaluados, modificación del formato de informe y otras instruidas en Circular IP N°38 de 2017.
  - b) Por otra parte, se constata que existen puntos de verificación que aplican al prestador y que sin embargo no están evaluados dentro del informe, tales como; Obs-Gine y Pediatría. Además se verifica información incompleta en algunas características, para determinar el cumplimiento asignado por parte de la Entidad.
  - c) Ingresa el informe corregido dentro del plazo instruido en el correo que notifica la fiscalización y por la vía instruida para ello, en concordancia con lo establecido en la Circular IP N°38 de 2017.
  - d) En la segunda y tercera actas de fiscalización, se le reiteran instrucciones, advirtiendo al representante legal que debe dar cabal cumplimiento a las instrucciones impartidas por esta Intendencia.

- e) Luego del término de la fiscalización, ingresa y cierra el check list del informe en el Sistema Informático de Acreditación, de acuerdo a la instrucción de esta Unidad.
4. Fiscalización en terreno: La evaluación del desempeño del Director Técnico y del equipo de evaluadores, se ajusta a las exigencias reglamentarias del Sistema de Acreditación y a las instrucciones impartidas en la Circular IP N°37 de 2017.

### **C. DIALISIS COLINA**

1. Cronograma: La Entidad envió el cronograma en el plazo establecido por la Circular IP N°37 de 2017. Sin observaciones.
2. Cumplimiento de plazos normativos: La Entidad Acreditadora, cumplió con los plazos reglamentarios que le competen en el proceso de acreditación, desde la designación aleatoria, hasta la emisión del informe de acreditación del prestador institucional evaluado, de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud.
3. Informe de acreditación (Fiscalización completa): El informe fue ingresado a la Intendencia dentro del plazo reglamentario. Se generan 2 actas de fiscalización; una con correcciones y la otra de aprobación del informe.
- a) En la primera acta de fiscalización, se representan incumplimientos a las instrucciones de las Circulares IP N°37 y N°38 de 2017, que dicen relación con observaciones que ya habían sido realizadas en las fiscalizaciones de los informes de procesos de acreditación efectuados con anterioridad por Asegura S.p.A.
  - b) Ingresa el informe corregido dentro del plazo instruido en el correo que notifica la fiscalización y por la vía instruida para ello, en concordancia con lo establecido en la Circular IP N°38 de 2017.
  - c) Luego del término de la fiscalización, ingresa y cierra el check list del informe en el Sistema Informático de Acreditación, de acuerdo a la instrucción de esta Unidad.
4. Fiscalización en terreno: La evaluación del desempeño del Director Técnico y del equipo de evaluadores se ajusta a las exigencias reglamentarias del Sistema de Acreditación y a las instrucciones de la Circular IP N°37 de 2017.

### **D. CENTRO DE DIÁLISIS VICUÑA SEDE LA LIGUA**

1. Cronograma: La Entidad envió el cronograma en el plazo establecido por la Circular IP N°37 de 2017. Se observa que el nombre del prestador no coincide con el descrito en el Acta N°8 del 26 de febrero de 2018, correspondiente al Sorteo Designación Aleatoria de Entidades Acreditadoras de la fecha indicada.
2. Cumplimiento de plazos normativos: La Entidad Acreditadora, cumplió con los plazos reglamentarios que le competen en el proceso de acreditación, desde la designación aleatoria, hasta la emisión del informe de acreditación del prestador institucional evaluado.

3. Informe de acreditación (Fiscalización parcial): El informe fue ingresado a la Intendencia dentro del plazo reglamentario. Se generan 2 actas de fiscalización; un acta con correcciones y la otra acta de aprobación del informe.
  - a) Las correcciones instruidas corresponden principalmente a observaciones, tales como; el nombre del prestador de acuerdo al acta de la designación aleatoria o el puntaje total en la tabla de conclusiones.
  - b) Ingresa el informe corregido dentro del plazo instruido en el correo que notifica la fiscalización y por la vía instruida para ello, en concordancia con lo establecido en la Circular IP N°38 de 2017.
  - c) Luego del término de la fiscalización, ingresa y cierra el check list del informe en el Sistema Informático de Acreditación, de acuerdo a la instrucción de esta Unidad.

#### **E. POLICLINICO MUTUAL DE SEGURIDAD C.CH.C. MINERA LA ESCONDIDA**

1. Cronograma: La Entidad envió el cronograma en el plazo establecido por la Circular IP N°37 de 2017. Se le observa que debe agregar características y puntos de verificación que no aplican al prestador, en la columna dispuesta en el formato.
2. Cumplimiento de plazos normativos: La Entidad Acreditadora, cumplió con los plazos reglamentarios que le competen en el proceso de acreditación, desde la designación aleatoria, hasta la emisión del informe de acreditación del prestador institucional evaluado, de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud.
3. Informe de acreditación (Fiscalización parcial): El informe fue ingresado a la Intendencia dentro del plazo reglamentario. Se generan 2 actas de fiscalización; un acta con correcciones y la otra acta de aprobación del informe.
  - a) Las correcciones instruidas corresponden principalmente a observaciones, tales como; el nombre del prestador de acuerdo al acta de la designación aleatoria, puntaje total en la tabla de conclusiones, el registro de las características que NA en la tabla correspondiente, de acuerdo al formato de informe instruido.
  - b) Ingresa el informe corregido dentro del plazo instruido en el correo que notifica la fiscalización y por la vía instruida para ello, en concordancia con lo establecido en la Circular IP N°38 de 2017.
  - c) Luego del término de la fiscalización, ingresa y cierra el check list del informe en el Sistema Informático de Acreditación, de acuerdo a la instrucción de esta Unidad.
4. Fiscalización en terreno: La evaluación del desempeño del Director Técnico y del equipo de evaluadores, se ajusta a las exigencias reglamentarias del sistema de acreditación y a las instrucciones de la Circular IP N°37 de 2017.

## **F. HOSPITAL SANTA ROSA DE MOLINA**

1. Cronograma: La Entidad envió el cronograma en el plazo establecido por la Circular IP N°37 de 2017. Se le observa que debe reasignar las características de gestión clínica asignadas a dos tecnólogos médicos, que no cuentan con las competencias para este ámbito en particular.
2. Cumplimiento de plazos normativos: La Entidad Acreditadora, no cumplió con todos los plazos reglamentarios que le competen en el proceso de acreditación, específicamente, incumple la fecha de notificación de inicio de evaluación la cual fue ingresada en el Sistema Informático de Acreditación, con 1 día de retraso.
3. Informe de acreditación (Fiscalización completa): El informe fue ingresado a la Intendencia dentro del plazo reglamentario. Se generan 4 actas de fiscalización; 3 actas con correcciones y 1 acta de aprobación del informe.
  - a) En la primera acta de fiscalización, se representan incumplimientos de las instrucciones impartidas en las Circulares IP N°37 y N°38 de 2017, que dicen relación con observaciones que ya habían sido realizadas en las fiscalizaciones de los informes de procesos de acreditación efectuados con anterioridad por Asegura S.p.A.
  - b) Ingresa los informes corregidos dentro del plazo instruido en el correo que notifica la fiscalización y por la vía instruida para ello, en concordancia con lo establecido en la Circular IP N°38 de 2017.
  - c) Luego del término de la fiscalización, ingresa y cierra el check list del informe en el Sistema Informático de Acreditación, de acuerdo a la instrucción de esta Unidad.

## **IV. DECLARACIÓN DE INTERESES DE ASEGURA S.p.A.**

Desde su aprobación y registro como Entidad Acreditadora autorizada por la Superintendencia de Salud, presentó su primera declaración de intereses correspondientes al periodo 1° de enero – 30 de junio de 2018, en octubre de 2018, luego de que esta Unidad de Fiscalización le representara el incumplimiento incurrido. Cabe señalar que, la citada declaración de acuerdo al plazo estipulado en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, venció el 31 de julio de 2018, por lo que se remitió con más de 2 meses de retraso. En el año 2019, presentó sus declaraciones de intereses dentro de los plazos reglamentarios, en los términos, formatos y con toda la documentación instruida por la Intendencia de Prestadores.

## **V. PROCEDIMIENTOS SUMARIALES**

Desde la fecha de autorización de Asegura S.p.A., a la fecha del presente informe, se han interpuesto dos procedimientos sumariales sancionatorios por infracciones al Reglamento de Acreditación, por parte de esta Entidad Acreditadora, a saber:

1. Primer procedimiento sumarial: Iniciado por haber infringido las normas del inciso cuarto del artículo 24 del Reglamento, al no presentar oportunamente la declaración de intereses y relaciones comerciales de su representada, correspondiente al mes de julio 2018. Dicho proceso sumarial, fue resuelto con

la Resolución Exenta IP N°1951, de fecha 03 de julio de 2019, mediante la cual se sanciona a la Entidad Acreditadora con una sanción única consistente en una amonestación.

2. **Segundo procedimiento sumarial:** Correspondiente al incumplimiento de la norma respecto de los plazos reglamentarios señalada en artículo 22 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, al haberse excedido en el plazo de la entrega del informe del proceso de acreditación del Hospital Fresia. Dicho proceso sumarial, fue resuelto con la Resolución Exenta IP N°889, de fecha 29 de marzo de 2019, mediante la cual se sanciona a la Entidad Acreditadora con una sanción única consistente en una multa de 50 UF. Asegura S.p.A., recurre la citada Resolución Exenta, por lo que se acoge a trámite dicho recurso, el que fue resuelto con la Resolución Exenta IP N°1912, del 01 de julio de 2019, la que rechaza el recurso interpuesto y reitera la sanción.

## VI. CONCLUSIONES

1. Con relación a lo descrito en el presente informe, en que se muestra que la Entidad Acreditadora ASEGURA S.p.A., durante su primer año y medio de autorizada, presenta un comportamiento irregular en la ejecución de los procesos de acreditación que le competen y también en sus demás obligaciones, de acuerdo a la normativa vigente que rige los procesos de acreditación y la normativa que rige la autorización de las Entidades Acreditadoras.
2. Por lo anterior, la Unidad de Fiscalización en Calidad, considera que esta Entidad Acreditadora, aún no está en condiciones de asumir y ejecutar procesos de acreditación más complejos, tales como, los pertinentes a los Estándares de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada de Alta Complejidad y Procesos de Reacreditación de cualquier estándar.
3. Finalmente, se sugiere esperar al cierre de los 5 procesos de acreditación que a la fecha Asegura S.p.A., tiene designados, para que dicha Entidad solicite nuevamente dar curso al levantamiento de la restricción indicada el numeral 1 del acápite "Antecedentes" de este informe.

---

### Coordinadora Unidad de Fiscalización en Calidad

NIDIA MOLINA OPAZO

### Jefa (S) Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

Fecha V°B° informe de fiscalización: 23 de septiembre de 2019

Jeannette González Moreira

Firma: *Jeannette González M.*

