



SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Prestadores

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

Unidad de Fiscalización en Calidad

Unidad de Apoyo Legal

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 1560

SANTIAGO, 14 SEP 2017

VISTOS:

- 1) Lo dispuesto en los numerales 1º, 3º y 12º del artículo 121 y en el artículo 123 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 adelante "el Reglamento"; en la Ley N°19.880; en la Circular Interna IP/N°4, de 31 de marzo de 2016, que dicta instrucciones sobre los procedimientos de fiscalización a las entidades acreditadoras; 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) El Ord. IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, por el que se formulan ocho cargos contra la Entidad "Acreditadora GECASEP Limitada" por eventuales infracciones en que habría incurrido en el proceso de acreditación ejecutado respecto del "Hospital Naval Almirante Nef";
- 3) La formulación de descargos de la representante legal de la Entidad "Acreditadora GECASEP Limitada", con ingreso N°301026, de fecha 17 de mayo de 2016;
- 4) El Acta de Fiscalización sobre evaluación de la Entidad "Acreditadora GECASEP Limitada" por eventuales otras infracciones en que la antedicha Entidad Acreditadora habría incurrido en el proceso al Hospital Naval Almirante Nef, fechada el 24 de junio de 2016;
- 5) El Informe sobre análisis de los descargos al Ord. IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, de la Unidad de Fiscalización en Calidad del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, de fecha 18 de julio de 2016;
- 6) El Ord. IP/N°1844, de 22 de julio de 2016, que da traslado a la entidad acreditadora antes señalada respecto del Acta de Fiscalización señalada en N°4 precedente;
- 7) El Ord. IP N°2656, de 6 de octubre de 2016, que formula un nuevo cargo por una eventual infracción adicional en la que la antedicha Entidad Acreditadora habría incurrido en el proceso al Hospital Naval Almirante Nef y que se le representaron mediante el Acta señalada en el N°4 precedente y el Ordinario señalado en el numeral anterior;
- 8) La presentación del apoderado de la Entidad "Acreditadora GECASEP Limitada", abogado don Luis Chamorro Díaz, con ingreso N°15814, de 21 de octubre de 2016, por la que formula descargos respecto del cargo antes señalado y solicita apertura de un término probatorio;

9) La Resolución Exenta IP/N°1698, de 23 de noviembre de 2016, que tiene presente los descargos antedichos y accede a la apertura de un término probatorio por el plazo de 15 días hábiles;

10) La presentación del apoderado de la Entidad "Acreditadora GECASEP Limitada", antes señalado, con ingreso N°18595, de 14 de diciembre de 2016, mediante el cual solicita prórroga del término probatorio;

11) La Resolución Exenta IP/N°1863, de 27 de diciembre de 2016, que accede a la prórroga del término probatorio por un lapso de 30 días hábiles;

12) El Acta de la audiencia de recepción de prueba testimonial, de 17 de enero de 2017;

13) La Resolución Exenta IP/N°584, de 5 de abril de 2017, que ordenó acumular los procedimientos de fiscalización y sanción a que dieron inicio los Ordinarios señalados en los numerales 2) y 7) precedentes, declaró el vencimiento del Término Probatorio decretado en este último procedimiento y ordenó dar curso progresivo al procedimiento;

14) El Informe Jurídico, del Encargado de la Unidad de Apoyo Legal del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, abogado Hugo Ocampo Garcés, de fecha 5 de mayo de 2017;

15) El Acta del Comité Asesor en materia de Sanciones de esta Intendencia, de fecha 29 de junio de 2017;

CONSIDERANDO:

1º.- Que, mediante el Ordinario señalado en el N°2) de los Vistos precedentes se formularon **ocho cargos** contra la Entidad Acreditadora "GECASEP Limitada", por eventuales infracciones a las normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud en que esa entidad habría incurrido **en el procedimiento de acreditación iniciado mediante solicitud N°412, de 18 de agosto de 2015, respecto del prestador institucional denominado "Hospital Naval Almirante Nef", ubicado en Subida Alessandri s/n, en la ciudad de Viña del Mar, Región de Valparaíso;**

2º.- Que, mediante el Ordinario señalado en el N°7) de esos mismos Vistos se formuló **un cargo adicional** contra la Entidad Acreditadora "GECASEP Limitada", por otra eventual infracción a las normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud en que esa entidad habría incurrido en la ejecución del procedimiento de acreditación antedicho;

3º.- Que, mediante la resolución señalada en el N°13) de los Vistos precedentes se ordenó la acumulación de los procedimientos de fiscalización y sanción señalados en los dos considerandos precedentes, por tanto, el presente procedimiento debe entenderse referido a los siguientes nueve cargos contra la Entidad Acreditadora "GECASEP Limitada" por eventuales infracciones en que habría incurrido en el **procedimiento de acreditación iniciado mediante solicitud N°412, de 18 de agosto de 2015, respecto del prestador institucional denominado "Hospital Naval Almirante Nef", a saber:**

- a) **Primer Cargo, formulado mediante el Ordinario IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, a saber:** "El Director Técnico, Sr. Hugo Guajardo Guzmán, incumple las funciones inherentes a su cargo, siendo la principal de ellas, conforme se dispone en el inciso segundo del Artículo 10 del Reglamento, la de **"dirigir el trabajo de los evaluadores"**";
- b) **Segundo Cargo, formulado mediante el Ordinario IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, a saber:** "Desconocer y desacatar las instrucciones de esta Intendencia, especialmente las contenidas en la Circular IP/N°26, de 27 de septiembre de 2013, como se constata en las observaciones que se formulan a varias conductas del evaluador Sr. Hugo Guajardo Guzmán, que se describen en la letra d) del N°1, acápite V. del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015 (páginas 4 y 5) y, en su calidad de Director Técnico, en la letra e) de esa misma acta (página 12)";
- c) **Tercer Cargo, formulado mediante el Ordinario IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, a saber:** "Haber formulado exigencias de constatación no contempladas en el Estándar aplicado, como se señala en las observaciones del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015";
- d) **Cuarto Cargo, formulado mediante el Ordinario IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, a saber:** "Haber efectuado evaluaciones sin utilizar una metodología de evaluación objetivable ni científicamente adecuada, como se señala en las observaciones del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015";
- e) **Quinto Cargo, formulado mediante el Ordinario IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, a saber:** "Haber efectuado evaluación de características sin constatar el período de retrospectividad correspondiente, como se señala en la observación que se formula respecto de la evaluadora Ruth Castillo Riquelme, en la letra a) del N°5, del acápite V. del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015 (página 8), donde se constata que **"Para APF 1.4 y APF 1.6 constata la medición periódica de 5 meses"**, lo que infringe "Instrucciones y criterios a emplear por las Entidades Acreditadoras" contenidas en el N°1 del Acápite II del Manual del Estándar a aplicar";
- f) **Sexto Cargo, formulado mediante el Ordinario IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, a saber:** "Haber efectuado evaluaciones en lugares que no corresponden según lo instruido por la Pauta de Cotejo del Estándar aplicado, como se señala en la observación que se formula respecto de la evaluadora Maritza Fuenzalida Méndez, en la letra a) del N°4, del acápite V. del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015 (página 7), donde se constata que **"Evalúa AOC 1.1 en la UPC Cardiovascular, lo que no se ajusta a lo solicitado en la pauta de cotejo"**, lo cual infringe las instrucciones del Estándar aplicado, especialmente lo instruido por la Pauta de Cotejo de la Característica AOC 1.1 del estándar de acreditación aplicado";
- g) **Séptimo Cargo, formulado mediante el Ordinario IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, a saber:** "Haberse extralimitado en las funciones de evaluación, al ejecutar una constatación evidentemente improcedente y perturbadora para el normal y oportuno desarrollo del procedimiento de acreditación, como fue la

de trasladarse hasta el aeropuerto de "Torquemada", fuera de las dependencias del prestador evaluado, para evaluar el sistema de fijación de un helicóptero, lo cual consta en el acápite III del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015, y en acta de Reunión Extraordinaria N°2, efectuada el día 11 de noviembre de 2015, a las 19:15 horas, acompañada al Ord. IP N°3183, de 30 de noviembre de 2015, infringiéndose con ello los incisos primeros de los Artículos 22 y 23 del Reglamento";

h) Octavo Cargo, formulado mediante el Ordinario IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, a saber: "Haber ejecutado evaluaciones mediante un evaluador profesionalmente no idóneo para evaluar las características del Ámbito Gestión Clínica del Estándar que correspondía aplicar, como se constata en la observación que se formula respecto de la evaluadora Paola Martínez Osorio en la letra d) del N°2, del acápite V. del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015 (página 5), todo lo cual infringe el inciso tercero del Artículo 10 del Reglamento, así como el inciso primero de su Artículo 23"; y

i) Noveno Cargo", formulado mediante el Ordinario IP/N°2656, de 6 de octubre de 2016, a saber: "Haber infringido lo dispuesto en los numerales 5° y 6° del inciso primero del Artículo 27 del Reglamento, al haber declarado en el informe de acreditación antes señalado como no aplicables la evaluación de las Características APCs 1.2, APCs 1.3 v APCs 1.4. en circunstancias que el prestador evaluado contaba con un Banco de Sangre propio al momento de la evaluación en terreno efectuada por su representada, como se constata en el Acta señalada en el N°3) del Antecedente y se reconoce por su representada en su presentación fechada el 24 de junio de 2016, con ingreso N°11.256, de 1° de agosto de 2016, a esta Superintendencia";

4°.- Que, respecto de cada uno de los cargos antedichos, debe tenerse presente que en este procedimiento se han reunido los antecedentes principales que se señalan y analizan en los considerandos siguientes;

5°.- Respecto del "Primer Cargo"., formulado mediante el Ordinario IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, a saber: "El Director Técnico, Sr. Hugo Guajardo Guzmán, incumple las funciones inherentes a su cargo, siendo la principal de ellas, conforme se dispone en el inciso segundo del Artículo 10 del Reglamento, la de 'dirigir el trabajo de los evaluadores'", debe tenerse presente lo siguiente.

5.1. Que dicho cargo se fundamentó en los siguientes hechos constatados mediante Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015, de la Unidad de Fiscalización Calidad de esta Intendencia:

a) "Se observa que coordina aspectos generales del proceso, de manera informal con su equipo de evaluadores. La coordinación para la solicitud de fichas clínicas, para revisión y redistribución de las características que aplicaban a los puntos de verificación que debían adecuarse en el cronograma, eran realizados por la Representante Legal y evaluadora Sra. Paola Martínez";

- b) *"Debido a las observaciones realizadas en reuniones citadas por la fiscalizadora, con la participación del director técnico y equipo de la EA [Entidad Acreditadora], las evaluadoras le consultan sobre la retrospectividad, medición de indicadores, técnicas de entrevista y timbre de la documentación revisada. Acuden 2 evaluadoras sin experiencia previa de procesos de acreditación formales, las que no reciben orientación respecto de a la metodología de constatación en terreno de medición de indicadores";*
- c) *"Solo acude al punto de verificación cuando es solicitado por los evaluadores"; "No realiza esta actividad [evaluar a sus evaluadores] durante el proceso de evaluación en terreno"; "No realiza esta actividad [corregir a los evaluadores cuando sea pertinente] durante el proceso de evaluación en terreno";*
- d) *"Pese a que se realizan reuniones extraordinarias con el director técnico y la fiscalizadora, no realiza supervisión directa de sus evaluadores, para corroborar que se haya modificado lo observado por la fiscalizadora, pese a que es solicitado en forma explícita por esta";*
- e) *"Debido a que el prestador solicita las reuniones extraordinarias es la encargada del establecimiento quien confecciona las actas"; y*
- f) *"En la reunión extraordinaria del 3° día de la evaluación, la encargada de calidad del establecimiento le solicita copia del acta de la reunión de inicio. Finalmente se entrega al terminar la jornada del 5° día de evaluación";*

5.2. Que, en su escrito de descargos, la Entidad Acreditadora sumariada, respecto de este cargo y los hechos que lo fundamentan, señala, en lo esencial y pertinente, lo siguiente:

Reconoce que, efectivamente, la función del Director Técnico es dirigir a sus evaluadores y que a esos efectos en el procedimiento en análisis su Director Técnico realizó diversas reuniones con sus profesionales evaluadores, tales como reunión desayuno, a las 7:00 hrs.; en el prestador a las 8:15 hrs.; reunión almuerzo a las 13:00 hrs.; reunión de cierre de proceso a las 18:00 hrs. y reunión "de comentarios y evaluación del día" a las 22:hrs; que, efectivamente, centralizó en una evaluadora la solicitud de fichas al prestador; que no existen instrucciones de la Intendencia de Prestadores respecto de la formalidad del relacionamiento de la Entidad con sus evaluadores.

Respecto del hecho señalado en la letra **b)** del numeral precedente, se constata que la sumariada no entiende que las consultas que allí se refieren se efectuaron a la fiscalizadora y no al Director Técnico de la sumariada, no controvirtiendo el hecho que no se haya dado orientación por este último a dos evaluadoras sin experiencia previa en procedimientos de acreditación, señalando que dicha orientación se las habría dado en otros establecimientos que no señala y que ambas habrían participado en el proceso de acreditación y reacreditación en el prestador en que se desempeñan habitualmente, el cual no individualiza.

Alega que el reglamento del Sistema de Acreditación "no señala la necesidad de una vigilancia permanente y constante al desempeño de los evaluadores" y agrega que solo hubo una situación –en la evaluación del Servicio de Esterilización– en que se requirió la presencia del Director Técnico.

Señala que el proceder de los evaluadores en este procedimiento fue "*impecable*" y que así se señalaría en el acta de la reunión final del proceso, de 13 de noviembre de 2015.

Alega, además, que el reglamento "*no señala explícitamente*" la fecha de entrega de las actas de las reuniones efectuadas con el prestador y reconoce que entregó el acta de la reunión al prestador evaluado al 5º día de la evaluación.

Finalmente, la Entidad sumariada señala constantemente en sus descargos que observa un "*accionar poco coherente y no adecuado*" de parte de la fiscalizadora, sin especificar los hechos en que habrían consistido tales incoherencias o inadecuaciones.

- 5.3.** Que el Informe Técnico sobre Análisis de los Descargos formulados mediante el Ord. IP/Nº1134, de 4 de mayo de 2016, de la Unidad de Fiscalización en Calidad del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, de fecha 18 de julio de 2016, en lo esencial y más relevante respecto a este primer cargo formulado, señala lo siguiente:

Que la Entidad Acreditadora, da cuenta de múltiples reuniones que realiza con el cuerpo de evaluadores, para indicar que existe una formalidad del Director Técnico para dar cumplimiento a la función de dirigir el trabajo de los evaluadores durante el proceso de acreditación en terreno. Sin embargo, no existe información objetivable, que dé cuenta respecto a los temas tratados, acuerdos, orientaciones, instrucciones, realizadas en las 5 reuniones que eventualmente habría realizado el Director Técnico diariamente. La Entidad Acreditadora, debe adoptar todas las medidas necesarias para registrar y respaldar hallazgos y constataciones y debería estar en condiciones de dar razón de todos ellos, incluyendo las decisiones que figuren en el expediente de acreditación que la Entidad Acreditadora, que debe confeccionar reglamentariamente relativo al proceso de acreditación de un prestador en particular. Desde este punto de vista, no es posible constatar que, efectivamente, el Director Técnico dé cuenta de su obligación de dirigir a los evaluadores, ya que no se adjuntó a los descargos, algún documento que lo acredite, hecho que tampoco pudo objetivar la fiscalizadora durante el proceso de acreditación en terreno y que describe en Acta de Fiscalización del 19 de noviembre de 2015.

Agrega este Informe que la entidad acreditadora debió demostrar a la Intendencia de Prestadores que, conforme a lo dispuesto en la Circular IP/Nº21, de 2012, durante el ejercicio del respectivo proceso de acreditación, ejecutó acciones, tales como: que la Entidad Acreditadora había dictado un protocolo interno respecto a la forma en que sus profesionales evaluadores deben dejar registro de hallazgos y constataciones, dar cumplimiento a grabaciones, respaldo de fotografías, solicitud de copias, fotocopias o escaneos de los documentos, uso de timbres.

Respecto al rol del Director Técnico y a la alegación de la sumariada en el sentido que el Reglamento del Sistema no explicita el deber del Director Técnico de "*vigilar*" a sus evaluadores, el Informe señala que esta función es inherente a la acción de "*dirigir*" el trabajo de los evaluadores, deber que sí está expresamente señalado en dicho Reglamento. Agrega que el rol de dirigir, involucra acciones tales como, orientar, guiar, aconsejar, llevar rectamente algo hacia un objetivo claro y encaminar, todo lo relativo al proceso de acreditación en terreno y a las evaluaciones y constataciones que allí se realizan. Y añade que si el Director Técnico no ejecuta su función de dirigir, no puede pesquisar, ni objetivar, que el

proceso en terreno, ha sido llevado a cabo conforme a las normativas del sistema de acreditación.

Respecto del hecho señalado en el literal **d)** del numeral **5.1.** precedente, el Informe señala: *"Es importante mencionar, que en acta de fiscalización, de 11 de noviembre de 2015, la fiscalizadora deja constancia de que "se insiste en que los evaluadores con observaciones, deben ser supervisados por el DT, lo que no se ha observado durante la fiscalización de la EA, ya en su 3º día de evaluación en terreno", acta firmada por Director Técnico y la fiscalizadora"*.

- 5.4.** Que del mérito de los descargos y del Informe señalados en los numerales **5.2.** y **5.3.** precedentes, no cabe sino entender demostrados los hechos en que se funda este cargo, toda vez que, por una parte, los descargos en esta parte no contradicen ni niegan los hechos que lo sustentan, especialmente en cuanto a la falta de supervisión y dirección permanente, durante la visita en terreno, del trabajo de los profesionales evaluadores, hechos que se detallan, especialmente, en los literales **a), b), c)** y **d)** del numeral **5.1.** precedente, por lo que, del tenor literal de los descargos, que niegan deberes esenciales del rol del Director Técnico en la dirección de sus evaluadores durante la visita de evaluación al prestador, se desprende una clara confesión respecto que el Director Técnico no ejecutó la supervisión y vigilancia directa del trabajo de sus profesionales evaluadores durante dicha visita en el procedimiento de acreditación en análisis, limitándose a alegar que efectuaba reuniones con ellos durante los días en que se efectuó la visita, lo cual no constituye un debido ni razonable, ni científico criterio, de cumplimiento del deber primordial del Director Técnico, demostrándose que la Entidad Acreditadora sumariada carecía de una real comprensión sobre la función de su Director Técnico.

Que, refuerza la conclusión anterior la propia alegación de la sumariada respecto a que en el Reglamento del Sistema de Acreditación *"no se señala la necesidad de una vigilancia permanente"* de parte del Director Técnico sobre el trabajo de sus evaluadores, lo que constituye una errada comprensión de lo que el reglamento del Sistema dispone en su Artículo 10, al señalar como **"principal función"** del Director Técnico la de **dirigir** el trabajo de sus evaluadores, de lo que razonable y lógicamente se deriva que, durante todo el procedimiento de acreditación y, especialmente, durante la visita al prestador evaluado, dicho Director Técnico debe vigilar constantemente el trabajo de sus evaluadores, deber reglamentario que también emana de la obligación de toda Entidad Acreditadora de proceder siempre sobre la base de criterios comúnmente aceptados y científicamente fundados, como lo dispone el Artículo 23 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud.

Que, además, no resulta razonable aceptar la afirmación de la sumariada en el sentido que en **solo "una" ocasión** durante los 5 días de evaluación de un prestador institucional de alta complejidad y relevante magnitud -como lo es el prestador evaluado en el procedimiento de acreditación en análisis- se requirió la presencia del Director Técnico en terreno, siendo tal afirmación, conforme a las reglas de la apreciación en conciencia de la prueba rendida en este procedimiento, más bien, una confesión respecto de la ausencia práctica de dicho Director Técnico en la dirección, supervisión y vigilancia de las evaluaciones efectuadas por los evaluadores en el procedimiento en análisis, durante la visita en terreno al prestador evaluado.

Atendido el mérito de los antecedentes antedichos, se estima que **existe mérito para estimar que los descargos de la sumariada antes referidos no**

desvirtúan el cargo en análisis y que, ponderados tales antecedentes y apreciada la prueba existente en conciencia, esto es, conforme a las reglas de la sana crítica, según lo dispone el artículo 35 de la Ley N°19.880, deben estimarse probados, especialmente, los hechos fundantes de dicho cargo, señalados en los literales **a), b), c) y d)** del numeral **5.1.** precedente y, por tanto, que se encuentra acreditada la infracción al Artículo 10 del Reglamento, en el sentido que el Director Técnico de la entidad sumariada no cumplió debidamente su deber de dirigir el trabajo de los evaluadores durante el procedimiento de acreditación en análisis;

6°.- Respecto del "Segundo Cargo", formulado mediante el Ordinario IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, a saber: "Desconocer y desacatar las instrucciones de esta Intendencia, especialmente las contenidas en la Circular IP/N°26, de 27 de septiembre de 2013, como se constata en las observaciones que se formulan a varias conductas del evaluador Sr. Hugo Guajardo Guzmán, que se describen en la letra d) del N°1, acápite V. del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015 (páginas 4 y 5) y, en su calidad de Director Técnico, en la letra e) de esa misma acta (página 12)", debe tenerse presente lo siguiente.

6.1. Que dicho cargo se fundamentó en los siguientes hechos constatados mediante Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015, de la Unidad de Fiscalización Calidad de esta Intendencia, según consta en la letra d) del N°1, acápite V. del Acta de Fiscalización respectiva (páginas 4 y 5) y, en su calidad de Director Técnico, en la letra e) de esa misma acta (página 12), respecto de si el Evaluador antes señalado se ajusta a su rol:

- a) **"Durante la revisión de fichas, repite continuamente que le parece que es una 'pérdida de tiempo' el realizar esta actividad y utiliza descalificaciones a las orientaciones técnicas de la Superintendencia de Salud. La fiscalizadora de la IP, al comenzar la primera reunión extraordinaria con el Sr. Guajardo, le solicita el mantener un ambiente de respeto hacia la labor del fiscalizador y la institución a la que representa. Cuando se le indica que **debe timbrar la documentación constatada, pide el cronograma de la fiscalizadora, lo timbra y dice riéndose, que 'ahora sí que timbró todos los papeles'**.",** lo que dicha acta consigna como una falta a su deber de utilizar un lenguaje formal y respetuoso;
- b) **"Si bien escucha las observaciones de la fiscalización, no realiza conductas tendientes a subsanar lo observado, por ejemplo, **no timbra ni firma la documentación del punto de verificación dirección, evaluada en la primera jornada.**"**;
- c) **"Al evaluar la característica DP 5.1, al entrevistarse con la Encargada del Comité de Ética de la Institución, indica "Mi visita tiene que ver con los registros". **No presenta la característica previamente ante el evaluado, ni explica la metodología de evaluación**",** lo que el acta antes referida consigna como un incumplimiento a su deber de explicar al evaluado la metodología de evaluación;
- d) **"Emite juicios y dice comentarios al estar evaluando las características, por ejemplo en DP 4.2, dice "En pensionado no creo que haya alumnos". En Dirección, respecto a la cantidad de documentación que debe evaluar, dice**

al Director del Hospital: **"No tantos como las aclaraciones que la Súper le ha hecho al manual", se ríe e indica a la fiscalizadora de la Superintendencia de Salud.** En "Cirugía Infantil", que forma parte del Servicio de Pediatría del establecimiento, indica al evaluado "Y me pasa el mismo documento otra vez"; documento que se ajusta a lo interpretado en Circular IP/Nº27 de diciembre del 2013, que aclara "Sobre cómo constatar los indicadores, umbrales y la evaluación periódica de una característica, cuando a un mismo Servicio Clínico le es aplicable más de un punto de verificación, en el que hay que medir los mismos procedimientos o criterios asistenciales", lo que el acta consigna como una falta al deber del evaluador de no emitir juicios y/o descalificaciones tanto de los documentos como de las personas;

- e) "Al evaluar DP 5.1, comenta con el evaluado respecto de los temas éticos actuales y **consulta sobre la postura de la institución, frente a la posible aprobación de una Ley de Aborto.**", lo que el acta consigna como una falta al deber del evaluador de utilizar eficientemente el tiempo asignado;
- f) **"Es informal en todos los aspectos, durante este proceso de acreditación"**, lo que al acta consigna como una falta al deber del Director Técnico de utilizar un lenguaje formal y respetuoso;
- g) "Frente a la observación de la fiscalizadora, sobre lo instruido en la Circular IP/Nº26 de 2013, debido a que no timbra ni firma la documentación evaluada en el punto Dirección, indica que **no está de acuerdo a lo instruido por la IP y que solicita sea modificado.**", lo que en el acta se consigna como una falta al deber del Director Técnico a su deber de reaccionar adecuadamente a la fiscalización;
- h) "Pese a que se realizan reuniones extraordinarias con el director técnico y la fiscalizadora, **no realiza supervisión directa de sus evaluadores, para corroborar que se haya modificado lo observado por la fiscalizadora, pese a que es solicitado en forma explícita por ésta.**", lo que se consigna en el acta antes señalada como una falta al deber del Director Técnico de acoger las observaciones realizadas por el ente fiscalizador.

6.2. Que, en su escrito de descargos, la Entidad Acreditadora sumariada, respecto de este cargo y los hechos en que se fundamenta, señala, en lo esencial y pertinente, lo siguiente:

Que la antedicha acta "en sí misma consigna que 'SI' acoge las sugerencias realizadas por la profesional analista, lo que no se condice con el cargo".

Respecto del hecho señalado en el literal **b)** del numeral anterior, señala que "para no retrasar el cronograma, no se regresa a Dirección, sin embargo las observaciones han sido reconocidas y recogidas, lo que queda en evidencia en los documentos evaluados en los días subsiguientes".

Respecto del hecho señalado en el literal **h)** del numeral anterior, señala que las reuniones que habría efectuado el Director Técnico con sus evaluadores, según se señaló ya en el numeral **5.2.** precedente, constituirían la supervisión efectuada a su trabajo por el Director Técnico.

Agrega que sí se acogieron las instrucciones de la fiscalizadora sobre cómo instruir, vigilar y conducir a los evaluadores, lo que habría efectuado en reuniones privadas a las que no tuvo acceso la fiscalizadora, y que ello habría permitido “finalizar adecuadamente y en plazos correctos este proceso”.

Acusa, además un actuar “poco coherente, inconsistente y no adecuado” de parte de la fiscalizadora al contradecirse en su evaluación sobre el cumplimiento de los deberes del Sr. Hugo Guajardo Guzmán, evaluador y Director Técnico de la sumariada, sobre reaccionar adecuadamente a la fiscalización y acoger las observaciones realizadas del fiscalizador.

- 6.3.** Que el Informe Técnico sobre Análisis de los Descargos formulados mediante el Ord. IP/Nº1134, de 4 de mayo de 2016, de la Unidad de Fiscalización en Calidad del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, de fecha 18 de julio de 2016, en lo esencial y más relevante respecto a este segundo cargo formulado, señala lo siguiente:

Que este cargo se encuentra referido al cumplimiento por el Sr. Hugo Guajardo de sus roles como evaluador y como Director Técnico, por lo que las alegaciones sobre supuestas incoherencias en la evaluación de tales roles no deben ser acogidas, ya que constituyen evaluaciones a la ejecución de roles distintos en un proceso de acreditación en terreno.

- 6.4.** Que, sobre el mérito de los descargos a este segundo cargo, referidos en lo esencial en el numeral **6.2.** precedente, cabe constatar que, a pesar que este cargo se funda en la imputación de ocho hechos, **los descargos sólo se refieren a tres de ellos, quedando sin respuesta los otros cinco** lo que, en conciencia y conforme a las reglas de la sana crítica, hace presumir a este intendente que la entidad sumariada carece de antecedentes para desvirtuarlos.

Que, en la parte que se responde, se recurre a la alegación de un **evidente error formal** del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015, en el literal d) del Nº1 (página 4), cuando en el en el casillero de evaluación de la conducta del evaluador Sr. Guajardo se consigna un “SI”, en circunstancias que, **en la descripción de la conducta allí evaluada, el acta es categórica y clara en afirmar que dicho evaluador no cumplió las sugerencias de la fiscalizadora tendientes a subsanar lo observado**, como fue el caso de la falta de timbraje de la documentación constatada en el punto de verificación Dirección, **hecho que es confesado explícitamente** por la sumariada, en la letra **a.-** de la página 7 de su escrito de descargos.

Que la alegación sobre supuestas incoherencias del acta de fiscalización, debido al error puntual del acta antes señalado, no se condice con la descripción coherente de los hechos sustantivos que se describen en el acta respecto de la actitud y conducta del Sr. Guajardo en el ejercicio de sus roles de evaluador y Director Técnico, lo que no constituye una actitud procesal de buena fe.

Que la coherencia y contundencia del acta antes señalada queda demostrada cuando la sumariada no contesta los hechos fundantes de este cargo, tan graves como los señalados en los literales **a), c), e) y f)** del numeral **6.1.** precedente, los cuales dan cuenta de actitudes y conductas **inexcusablemente negligentes** en el cumplimiento de sus deberes por parte del evaluador y Director Técnico antedicho, sino derechamente deliberadas, constitutivas todas de faltas al debido respeto y consideración que se debe mantener, por quien desempeña tan importantes funciones en un procedimiento de acreditación, tanto hacia el

prestador evaluado y sus dependientes, como hacia la fiscalizadora actuante en dicho procedimiento, así como a la función fiscalizadora, reguladora y de gestión que esta Superintendencia cumple en el marco del Sistema de Acreditación de Prestadores, todo lo cual resulta impropio para la conducta de un profesional que forma parte de dicho Sistema y que deben comportarse siempre con criterios objetivos, imparciales, no discriminatorios, comúnmente aceptados y científicamente fundados, como dispone imperativamente el artículo 23 del Reglamento de dicho Sistema.

Que atendido lo antes considerado, unido a lo señalado en el Informe que se refiere en el numeral **6.3.** precedente, deben entenderse probadas las conductas del Sr. Guajardo consignadas en el Acta de Fiscalización de 19 de noviembre de 2015, en las cuales se fundamenta este segundo cargo y, por tanto, que se encuentra acreditada en este procedimiento la infracción a instrucciones de esta Intendencia contenidas en la Circular IP/Nº26, de 27 de septiembre de 2013, especialmente a las contenidas en sus numerales 1.1.2. (en el punto iii. de su literal d), 2.2.3. y 2.2.4, las cuales, conforme a la antedicha circular, tienen por objeto demostrar el debido cumplimiento a las obligaciones que imponen a las Entidades Acreditadoras lo dispuesto en los Artículos 22, 23, 25 y 27 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud.

7º.- Respetto del "Tercer Cargo", formulado mediante el Ordinario IP/Nº1134, de 4 de mayo de 2016, a saber: "Haber formulado exigencias de constatación no contempladas en el Estándar aplicado, como se señala en las observaciones del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015", deben tenerse presente los siguientes antecedentes:

7.1. Que dicho cargo se fundamentó en los siguientes hechos constatados mediante Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015, de la Unidad de Fiscalización Calidad de esta Intendencia, a saber:

a) La observación que se formula respecto de la evaluadora María Angélica Cifuentes Canales, en la letra a) del Nº3, del acápite V. del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015 (página 6), donde se constata que **"en Pediatría para RH 3.1, indica al evaluado que debe realizar capacitación avanzada de reanimación cardiopulmonar el personal médico"**, lo que excede la exigencia de dicha característica, infringiendo la instrucción contenida en el párrafo tercero del numeral 1.6.5. de la Circular IP/Nº34, de 5 de enero de 2015 y lo dispuesto en el inciso primero del Artículo 22 del Reglamento;

b) La observación que se formula respecto de la evaluadora Ruth Castillo Riquelme, en la letra a) del Nº5, del acápite V. del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015 (página 8), donde se constata que **"En CAL 1.2, cuando el prestador le entrega la información, no se ajusta a lo solicitado en el EM [Elemento Medible] y constata todo lo entregado (archivador), evaluando planes de mejora, atributo que no solicita el elemento medible"**, lo que excede la exigencia de dicha característica e infringe el inciso primero del Artículo 22 del Reglamento; y

c) La observación que se formula respecto de la evaluadora Priscilla Rodríguez Torres, en la letra a) del N°7, del acápite V. del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015 (página 9), donde se constata que "**Para GCL 3.3, solicita documento específico de precauciones estándar para diálisis, lo que no se ajusta a lo solicitado en el estándar**", lo que excede las exigencias de dicha característica e infringe el inciso primero del Artículo 22 del Reglamento.

7.2. Que, en su escrito de descargos, la Entidad Acreditadora sumariada, respecto de este cargo y los hechos en que se fundamenta, señala, en lo esencial y pertinente, lo siguiente:

Respecto de los hechos señalados en los literales a) y b) del numeral precedente, en los descargos formulados **se reconoce la veracidad de los hechos** allí constatados, argumentando que no fueron constataciones a las exigencias del Estándar, lo que se demostraría en el hecho que ellas no fueron consignadas en el informe del procedimiento de acreditación.

Respecto del hecho señalado en el literal c) del numeral precedente, reconoce el hecho, pero alega que ello "*no constituye exigencias [sic] de constatación no contempladas en el Estándar aplicado*".

7.3. Que el Informe Técnico sobre Análisis de los Descargos formulados mediante el Ord. IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, de la Unidad de Fiscalización en Calidad del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, de fecha 18 de julio de 2016, en lo esencial y más relevante respecto a este tercer cargo formulado, señala lo siguiente:

Que el hecho señalado en el literal a) del numeral 7.1. precedente, reconocido como efectivo por la sumariada, infringe lo instruido en el numeral 2.2.4. de la Circular IP/N°26, de 2013, en el sentido que "*los profesionales de la Entidad Acreditadora, deberán abstenerse de emitir juicios personales o descalificatorios respecto de las personas, los documentos, indicadores u otros elementos presentados por el prestador, con ocasión de la evaluación*".

Que respecto del hecho señalado en el literal b) del numeral 7.1. precedente, se señala que "*si bien es cierto que en el informe de acreditación, la entidad acreditadora, no describió planes de mejora en la característica CAL 1.2, la evaluación en terreno debe realizarse, de acuerdo a lo que solicita el elemento medible*".

Que respecto del hecho señalado en el literal c) del numeral 7.1. precedente, se concluye que "*la evaluadora sólo debió constatar, que el documento presentado en el punto de verificación "diálisis", tuviera definidas las precauciones estándar y sus componentes, de acuerdo a la Normativa Ministerial. En este elemento medible, no está descrito solicitar, precauciones específicas, las que se solicitan en el atributo 'aislamiento'*".

7.4. Que, atendido el reconocimiento que la sumariada hace en sus descargos respecto de la efectividad de los hechos señalados en los literales a), b) y c) del numeral 7.1. precedente, unido a lo informado por la Unidad de Fiscalización en Calidad

del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, según se refiere en el numeral precedente, **existe mérito suficiente para estimar demostrados los hechos en que se funda este tercer cargo** contra la entidad sumariada y, por tanto, que se encuentra probado en él que, mediante la conducta señalada en el literal **a)** del numeral **7.1.** precedente, se ha infringido la instrucción contenida en el párrafo tercero del numeral **1.6.5.** de la Circular IP/N°34, de 5 de enero de 2015, así como lo dispuesto en el **inciso primero del Artículo 22** del Reglamento; que, mediante la conducta señalada en el literal **b)** del numeral **7.1.** precedente, se ha infringido el **inciso primero del Artículo 22** del Reglamento, las normas del Estándar de Acreditación aplicado, especialmente lo dispuesto en el **N°1 del Acápito II** de su Manual, sobre Instrucciones Generales, y lo normado como Elemento Medible en la **Característica CAL 1.2** de dicho Estándar; y que, mediante la conducta señalada en el literal **c)** del numeral **7.1.** precedente, se ha infringido el **inciso primero del Artículo 22** del Reglamento, las normas del Estándar de Acreditación aplicado, especialmente lo dispuesto en el **N°1 del Acápito II** de su Manual, sobre Instrucciones Generales, y lo normado como Elemento Medible en la **Característica GCL 3.3** de dicho Estándar.

8°.- Respecto del "Cuarto Cargo", formulado mediante el Ordinario IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, a saber: "Haber efectuado evaluaciones sin utilizar una metodología de evaluación objetivable ni científicamente adecuada, como se señala en las observaciones del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015", deben tenerse presente los siguientes antecedentes:

8.1. Que dicho cargo se fundamentó en los siguientes hechos constatados mediante Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015, de la Unidad de Fiscalización Calidad de esta Intendencia, a saber:

- a)** La observación que se formula respecto de la evaluadora María Angélica Cifuentes Canales, en la letra a) del N°3, del acápite V. del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015 (página 6), donde se señala que **"al constatar AOC 2.2, sólo observa 2 registros de entrega de turno médico de 1 mes. En RH 3.1, solo observa 7 epicrisis de 1 mes. En ambos casos, no utiliza ninguna metodología de obtención de muestra aleatoria y representativa"**, como las recomendadas en el Oficio Circular IP N°2, de 2010, todo lo cual infringe el inciso primero del Artículo 23 del Reglamento;
- b)** La observación que se formula respecto de la evaluadora María Angélica Cifuentes Canales, en la letra a) del N°3, del acápite V. del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015 (página 6), donde se constata que **"En el 4° EM [Elemento Medible] de GCL 1.12, al constatar el brazalete de identificación de los pacientes, solo los observa y no corrobora la información con ninguna fuente formal, que le permita confirmar que lo observado corresponde efectivamente a los datos del paciente"**, todo lo cual infringe el inciso primero del Artículo 23 del Reglamento;
- c)** La observación que se formula respecto de la evaluadora Maritza Fuenzalida Méndez, en la letra a) del N°4, del acápite V. del Acta de

Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015 (página 7), donde se constata que **"En la solicitud de fichas para la constatación de REG 1.2, solicita al prestador que elija las fichas a constatar. No se ajusta a la metodología de obtención de muestra aleatoria ni a la retrospectividad que corresponde"**, todo lo cual infringe el inciso primero del Artículo 23 del Reglamento; y

- d) La observación que se formula respecto de la evaluadora Ruth Castillo Riquelme, en la letra a) del N°5, del acápite V. del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015 (página 8), donde se constata que **"En APF 1.4, pese a que indica que utiliza lo sugerido en [Oficio] Circular IP/N°2 de 2010, no se ajusta al procedimiento indicado para la constatación de la situación 1, ya que constata los 7 primeros, pero no realiza una muestra aleatoria del universo a constatar"**, lo cual infringe el inciso primero del Artículo 23 del Reglamento.

- 8.2.** Que, en su escrito de descargos, la Entidad Acreditadora sumariada, respecto de este cargo y los hechos en que se fundamenta, señala, en lo esencial y pertinente, lo siguiente:

Respecto del hecho señalado en el literal **a)** del numeral precedente, la sumariada se limita a señalar que *"en los registros del expediente de esta acreditación, para los puntos de verificación Pediatría y UPC Neo, se observa existen [sic] registros de más de 2 entregas de turno en cada punto de verificación"*, sin dar respuesta alguna a la imputación relativa a la falta de uso de alguna metodología de obtención de muestras aleatorias y representativas.

Respecto del hecho señalado en el literal **b)** del numeral precedente, la sumariada alega que no existe instrucción de la Intendencia que obligue a la utilización de fuentes formales para corroborar la identificación de los pacientes, agregando que la evaluadora consultaba previamente el nombre *"a cada paciente o a sus padres"* y que ello sería "científicamente" adecuado.

Respecto del hecho señalado en el literal **c)** del numeral precedente, la sumariada **reconoce la equivocación de la evaluadora**, aunque agrega que corrigió su error inmediatamente.

Respecto del hecho señalado en el literal **d)** del numeral precedente, la sumariada **reconoce el hecho como "omisiones de la evaluadora"**, las que habrían sido observadas por la fiscalizadora y corregidas "oportuna y adecuadamente" y que esto último se señalaría "en acta de fiscalización del 09.11.2015, página 1", lo que no es efectivo.

- 8.3.** Que el Informe Técnico sobre Análisis de los Descargos formulados mediante el Ord. IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, de la Unidad de Fiscalización en Calidad del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, de fecha 18 de julio de 2016, en lo esencial y más relevante respecto a este tercer cargo formulado, señala lo siguiente:

Respecto a lo señalado en los descargos de la sumariada relativos al hecho señalado en el literal **a)** del numeral **8.1.** precedente, manifiesta que *"los*

*descargos presentados por la entidad acreditadora, no dan cuenta de lo descrito en el cargo formulado, ya que éste, está orientado, a que **la evaluadora, no utilizó ninguna metodología de constatación cuantitativa y sugeridas en Oficio Circular IP N°2, del 2012***".

Respecto a lo señalado en los descargos de la sumariada relativos al hecho señalado en el literal **b)** del numeral **8.1.** precedente, se señala que, para la evaluación de la característica GCL 1.12, en su cuarto elemento medible, se evaluará, cualitativamente, esto es, "*que el proceso de identificación de pacientes esté instalado, esto se realiza a través de entrevistas a funcionarios, revisión de brazaletes, etc., pero **siempre se seguirán utilizando datos formales y registros formales, para dar cuenta de la evaluación realizada***".

En cuanto a los descargos de la sumariada relativos al hecho señalado en el literal **c)** del numeral **8.1.** precedente, consigna que **es efectivo** lo allí señalado.

Sobre los descargos de la sumariada relativos al hecho señalado en el literal **d)** del numeral **8.1.** precedente, se señala que "*lo descrito en el acta de fiscalización de noviembre de 2015, da cuenta que la evaluadora, no utilizó la metodología sugerida en el Oficio Circular IP/N°2 del 2010*", que "*la fiscalizadora no indica que existió alguna modificación al respeto. Los descargos de **la entidad acreditadora, tampoco dan cuenta que se utilizó lo sugerido en el indicado Oficio Circular***".

8.4. Que, respecto del tenor del descargo de la sumariada acerca del hecho que le fuera imputado en el literal **a)** del numeral **7.1.** precedente, en que omite toda referencia a la falta de utilización de una metodología científica adecuada de evaluación; así como respecto del hecho imputado en el literal **b)**, en el sentido que no existiría instrucción sobre la utilización de fuentes formales para corroborar la efectividad de los datos contenidos en los brazaletes de identificación, sobre que la evaluadora consultaba previamente el nombre "*a cada paciente o a sus padres*" y que ello constituiría el uso de una metodología de evaluación "*objetivable y científicamente adecuado*", debe señalarse que, a pesar que la estulticia del argumento merecería un reproche adicional, debe considerarse que lo reprochado en esta parte es de toda lógica y evidencia, por lo que en ello se ha infringido claramente los criterios comúnmente aceptados y científicamente fundados que el Artículo 23 del Reglamento del Sistema exige mantener siempre en su conducta evaluadora a las Entidades Acreditadoras, debiendo obligatoriamente concluirse que existe mérito suficiente para estimar acreditados los hechos en que se funda este cargo y la infracción reglamentaria a que él alude.

Que, a mayor abundamiento, el reconocimiento que la sumariada hace en sus descargos respecto de la efectividad de los hechos señalados en los literales **c)**, y **d)** del numeral **8.1.** precedente, unido a lo informado por la Unidad de Fiscalización en Calidad del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, según se refiere en el numeral precedente, se refuerza la conclusión anterior, ya que existe **confesión** de la sumariada al respecto.

Que, por tanto, debe estimarse probado este cuarto cargo formulado contra la sumariada, así como los hechos que le dan sustento, por lo que debe estimarse que la sumariada, mediante cada una de tales conductas infringió en el procedimiento de acreditación en análisis lo dispuesto en el **inciso primero del Artículo 23** del Reglamento.

9°.- Respecto del "Quinto Cargo", formulado mediante el Ordinario IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, a saber: "Haber efectuado evaluación de características sin constatar el período de retrospectividad correspondiente, como se señala en la observación que se formula respecto de la evaluadora Ruth Castillo Riquelme, en la letra a) del N°5, del acápite V. del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015 (página 8), donde se constata que "Para APF 1.4 y APF 1.6 constata la medición periódica de 5 meses", lo que infringe "Instrucciones y criterios a emplear por las Entidades Acreditadoras" contenidas en el N°1 del Acápite II del Manual del Estándar a aplicar", se debe tener presente lo siguiente:

- 9.1.** Que, en su escrito de descargos, la Entidad Acreditadora sumariada, respecto de este cargo y del hecho en que se fundamenta, **reconoce la efectividad del mismo**, agregando lo que denomina "omisión de la evaluadora" y que se habría **corregido "oportuna y adecuadamente"** y que ello constaría en el "acta de fiscalización del 09.11.2015".
- 9.2.** Que al respecto, el Informe Técnico sobre Análisis de los Descargos formulados mediante el Ord. IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, de la Unidad de Fiscalización en Calidad del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, de fecha 18 de julio de 2016, señala que "los descargos se enfocan a lo descrito en el informe de acreditación, donde sí está reflejado el período de retrospectividad adecuado de 6 meses. Sin embargo, **el cargo, está dirigido a lo realizado durante el proceso de acreditación en terreno por la evaluadora y en esta situación, la entidad, no da cuenta de lo observado en el cargo realizado"**.
- 9.3.** Que, atendido el reconocimiento al hecho que fundamenta este cargo, señalado en el numeral **9.1.** precedente, existe **confesión** de la sumariada a su respecto y debe, por tanto, estimársele acreditado, así como la infracción consiguiente a las instrucciones contenidas en el Estándar de Acreditación aplicado, especialmente lo dispuesto en el **N°1 del Acápite II** de su Manual, sobre Instrucciones Generales, debiendo agregarse que **no es efectivo, como señala la sumariada en sus descargos, que en el acta que allí refiere se hubiere constatado la corrección de la infracción antes señalada.**

10°.- Respecto del "Sexto Cargo", formulado mediante el Ordinario IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, a saber: "Haber efectuado evaluaciones en lugares que no corresponden según lo instruido por la Pauta de Cotejo del Estándar aplicado, como se señala en la observación que se formula respecto de la evaluadora Maritza Fuenzalida Méndez, en la letra a) del N°4, del acápite V. del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015 (página 7), donde se constata que "Evalúa AOC 1.1 en la UPC Cardiovascular, lo que no se ajusta a lo solicitado en la pauta de cotejo", lo cual infringe las instrucciones del Estándar aplicado, especialmente lo instruido por la Pauta de Cotejo de la Característica AOC 1.1 del estándar de acreditación aplicado", se debe tener presente lo siguiente:

- 10.1.** Que, en su escrito de descargos, la Entidad Acreditadora sumariada, respecto de este cargo y del hecho en que se fundamenta, señala que "la evaluadora Maritza Fuenzalida Méndez fue instruida en terreno **por la fiscalizadora y luego por el**

Director Técnico de esta Acreditadora respecto al hecho mencionado, dejando sin efecto las constataciones realizadas en la UPC Cardiovascular”.

10.2. Que, al respecto, el Informe Técnico sobre Análisis de los Descargos formulados mediante el Ord. IP/Nº1134, de 4 de mayo de 2016, de la Unidad de Fiscalización en Calidad del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, de fecha 18 de julio de 2016, señala que *“la entidad acreditadora, no da cuenta objetiva, sobre la instrucción entregada por el director técnico, respecto a lo que debía evaluar la evaluadora, en el punto de verificación UPC Cardiovascular”*.

10.3. Que, atendidos los antecedentes anteriores y, especialmente que en sus descargos respecto de este sexto cargo la sumariada **confiesa** el hecho fundante del mismo, debe tenerse por acreditada la infracción a las normas del Estándar de Acreditación aplicado en el procedimiento de acreditación en análisis, especialmente **lo instruido en su Pauta de Cotejo, respecto de los puntos de verificación de los Elementos Medibles de la Característica AOC 1.1.**

11º.- Respecto del “Séptimo Cargo”, formulado mediante el Ordinario IP/Nº1134, de 4 de mayo de 2016, a saber: “Haberse extralimitado en las funciones de evaluación, al ejecutar una constatación evidentemente improcedente y perturbadora para el normal y oportuno desarrollo del procedimiento de acreditación, como fue la de trasladarse hasta el aeropuerto de “Torquemada”, fuera de las dependencias del prestador evaluado, para evaluar el sistema de fijación de un helicóptero, lo cual consta en el acápite III del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015, y en acta de Reunión Extraordinaria Nº2, efectuada el día 11 de noviembre de 2015, a las 19:15 horas, acompañada al Ord. IP Nº3183, de 30 de noviembre de 2015, infringiéndose con ello los incisos primeros de los Artículos 22 y 23 del Reglamento”, se deben tener presente los siguientes antecedentes:

11.1. Que, en sus descargos a este respecto, la Entidad Acreditadora sumariada no desconoce haber ejecutado la conducta imputada, sino, por el contrario **lo confiesa y reconoce**, alegando que ello lo ejecutó en evaluación de la Característica APT 1.2 del Estándar aplicado, que se refiere a que *“El proceso de transporte de pacientes cumple condiciones mínimas de seguridad”*, y atendiendo al hecho que el documento presentado por el prestador en el 1er. elemento medible lleva por título *“Manual de traslado y evacuación terrestre y aérea de pacientes”*, señalando que el helicóptero realiza el proceso de transporte de paciente, por lo que aplicaría la evaluación de la característica antes señalada. Por último niega que se haya tratado de **“un proceso perturbador para las personas que acompañaron a la evaluadora”**.

11.2. Que, al respecto, el Informe Técnico sobre Análisis de los Descargos formulados mediante el Ord. IP/Nº1134, de 4 de mayo de 2016, de la Unidad de Fiscalización en Calidad del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, de fecha 18 de julio de 2016, señala: *“El actuar improcedente de la entidad acreditadora se encuentra fundamentado en acta de fiscalización de noviembre de 2015, toda vez que, el solo hecho de trasladarse a otro recinto para la evaluación de un móvil que no es solicitado en el estándar, provoca alteración al proceso de acreditación en terreno. **El ámbito transporte, está dirigido al***

transporte terrestre, ya que los atributos que solicita en particular la característica APT 1.2, orientan a que la constatación debe ser realizada a ambulancias, tales como revisión técnica vigente, condiciones operativas del móvil, definida en el manual de acreditación del estándar de atención cerrada, indicando que se considera la constatación de la revisión técnica al día de la ambulancia correspondiente. Por otro lado, el numeral 2.2.5.2. de la Circular IP/Nº 13, de 2011, aclara uno de los atributos del primer elemento medible: Procedimiento de entrega de pacientes al centro receptor y límites de responsabilidad establecidos, mencionando a las **ambulancias en la aclaración”;**

11.3. Que, los antecedentes antes señalados, especialmente **el reconocimiento de la comisión del hecho imputado** y que el sentido natural y claro de la Característica APT 1.2 la hacen aplicable exclusivamente al **transporte terrestre de pacientes**, lo que excluye al transporte aéreo de las evaluaciones en esta Característica, así como del tenor del Acta de Reunión Extraordinaria N°2, efectuada el día 11 de noviembre de 2015, a las 19:15 horas, de la que se deduce **la natural perturbación y preocupación producida en el prestador evaluado** por la evaluación de un helicóptero que ni siquiera es de propiedad del prestador evaluado, ni se encontraba en sus dependencias, debiendo para tales efectos una evaluadora trasladarse fuera del establecimiento de salud evaluado, lo que, además, es contrario a los principios generales del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, en el que todas las evaluaciones se efectúan siempre **dentro del establecimiento de salud evaluado**, salvo casos excepcionales que los propios Estándares de Acreditación señalan, todo lo cual atenta, además, contra la eficiencia en la utilización de los tiempos de evaluación, permite concluir que **la conducta imputada y confesada es contraria a las normas del Estándar aplicado**, infringe el inciso primero del Artículo 22 y los criterios de actuación exigidos por el inciso primero del Artículo 23, ambos del Reglamento del Sistema, exhibiéndose en la conducta reprochada una actitud abusiva, gravemente ignorante de las normas del Sistema de Acreditación, así como constitutiva de una falta de consideración a la previsibilidad y tranquilidad con que debe desarrollarse un procedimiento de acreditación, en resguardo del debido respeto que las Entidades Acreditadoras deben a los derechos que tienen todos los prestadores institucionales en estos procedimientos;

11.4. Que, además, no resulta aceptable ni se debe dejar pasar, la actitud poco profesional de la sumariada cuando responde a este cargo, irónicamente, señalando que esta indebida evaluación y traslado fuera del establecimiento evaluado *“no fue un proceso perturbador para las personas que acompañaron a la evaluadora”*, lo cual constituye una ofensa más a los derechos del prestador evaluado y al ejercicio de la función fiscalizadora de esta Superintendencia, así como una actitud procesalmente reprochable.

12°.- Respecto del “Octavo Cargo”, formulado mediante el Ordinario IP/Nº1134, de 4 de mayo de 2016, a saber: “Haber ejecutado evaluaciones mediante un evaluador profesionalmente no idóneo para evaluar las características del Ámbito Gestión Clínica del Estándar que correspondía aplicar, como se constata en la observación que se formula respecto de la evaluadora Paola Martínez Osorio en la letra d) del N°2, del acápite V. del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015 (página 5), todo lo cual infringe

el inciso tercero del Artículo 10 del Reglamento, así como el inciso primero de su Artículo 23”, se deben tener presente los siguientes antecedentes:

12.1. Que, en la letra d) del N°2, del acápite V. del Acta de Fiscalización, de 19 de noviembre de 2015 (página 5), se consigna: *“Cuando se le observa que debido a su profesión [Ingeniero Comercial], ella no debiese evaluar el ámbito gestión clínica, indica que ella está autorizada por la Superintendencia de Salud para efectuarlas y que evaluará el punto de verificación ‘Pensionado’”.*

12.2. Que, en sus descargos a este respecto, la Entidad Acreditadora sumariada señala, primeramente, en base a lo dispuesto en el inciso tercero del Artículo 10 del Reglamento del Sistema que *“no existe instrucción en la reglamentación que señale cuales evaluadores pueden evaluar qué puntos de verificación”,* agregando que *“las competencias de un evaluador están dadas por la formación como evaluador del Sistema de Acreditación”;* agrega que la profesional Paola Martínez Osorio cumple con todos los requisitos exigidos por dicha norma reglamentaria y que, en virtud de ello la Intendencia de Prestadores *“autorizó a la evaluadora a desempeñar sus funciones, lo que aclara su idoneidad respecto a lo establecido en el Reglamento”;* que *“el cronograma para la evaluación de este prestador, donde se señala los Servicios del Prestador que cada evaluador evaluará, fue fiscalizado y autorizado por la Jefa de la Unidad de Fiscalización, quien no manifestó reparos con que la evaluadora Paola Martínez Osorio evaluara los Servicios del Prestador que le fueron asignados”;* agrega que, atendido lo anterior, de consuno con el Director Técnico, se procedió a actuar según el cronograma visado por la antedicha Unidad; que la fiscalizadora de esta Superintendencia no realizó fiscalización en el punto de verificación objetado; y que existiría contradicción entre lo observado a este respecto en el acta referida en el numeral anterior y el cargo formulado.

12.3. Que, al respecto, el Informe Técnico sobre Análisis de los Descargos formulados mediante el Ord. IP/N°1134, de 4 de mayo de 2016, de la Unidad de Fiscalización en Calidad del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, de fecha 18 de julio de 2016, señala: *“Si bien, lo indicado por la entidad acreditadora en los descargos, relativo a que la Superintendencia de Salud autorizó a la evaluadora Sra. Paola Martínez, a ser parte del cuerpo de evaluadores de la Entidad, **su rol de evaluador en un proceso de acreditación en terreno, deberá ser realizado de acuerdo a sus competencias y formación** y resulta admisible que los profesionales que se desempeñan como evaluadores y que no poseen títulos relacionados con ‘salud’, evalúen procesos de las características asociadas a esas competencias y formación y no a las relacionadas a procesos asistenciales, **lo que requiere formación y competencia relacionada.** Si bien, el Reglamento no especifica puntos de verificación por tipo de evaluador, el sistema de acreditación propende a que las evaluaciones, sean realizadas por **personal idóneo,** lo anterior, fue observado por la fiscalizadora y dejando constancia de ello en el acta de fiscalización de noviembre 2015. Junto con indicar, que no se acogen los descargos de la entidad acreditadora, es importante mencionar que en este cargo, no está en cuestionamiento, la idoneidad y formación de la evaluadora en áreas **de su competencia,** sino, específicamente en la observación de la fiscalizadora en relación a **evaluar un área de un prestador, asociada a procesos asistenciales, que requieren otro tipo de formación.”***

12.4. Que, atendido los antecedentes antes señalados, debe concluirse que la entidad sumariada no sólo **confiesa** que, efectivamente la evaluadora Paola Martínez, de profesión **Ingeniero Comercial**, evaluó en el procedimiento de acreditación en análisis algunas características del **Ámbito "Gestión Clínica"** del Estándar aplicado, sino que, por el contrario, **defiende tal actuación infraccional**, alegando que **habría adquirido la idoneidad suficiente al efecto "por la formación como evaluador del Sistema de Acreditación"**, en virtud de lo cual la Intendencia de Prestadores la habría autorizado como evaluadora, así como porque esta Intendencia **no objetó y aprobó el cronograma de evaluaciones** presentado en su oportunidad por la entidad sumariada a la Intendencia de Prestadores para ejecutarse durante la visita al prestador evaluado.

Que, al respecto deben tenerse presente **criterios de sentido común y las objeciones científicas y de fondo que se consignan en el Informe de la Unidad de Fiscalización en Calidad del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud** transcritas en el numeral anterior. En efecto, **es de sentido común, y no solo técnico, que las exigencias que dicen relación con la evaluación de procedimientos asistenciales sanitarios de relevancia para la seguridad de los pacientes, contenidas en el Ámbito Gestión Clínica, solo pueden ser evaluadas idóneamente por profesionales del ámbito de la salud que, además, hayan tenido experiencia clínica en la ejecución de tales procedimientos**, considerando, además, la complejidad técnica, de diverso orden, que presentan los procedimientos sanitarios evaluados en las características de ese Ámbito del Estándar. Lo anterior, ya que **solo así se puede garantizar por el Sistema de Acreditación una evaluación competente**, que dé garantías a todos sobre la seguridad asistencial existente en el recinto asistencial evaluado, cual es el objetivo esencial del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud. Atendido lo antes señalado, **la actitud de la evaluadora antes señalada, que además es representante legal de la Entidad sumariada, en cuanto a no acoger la sugerencia de la fiscalizadora resulta de la máxima gravedad y es inaceptable.**

Que, además, resulta absurda la alegación de la sumariada en cuanto a que la antedicha evaluadora adquirió competencias técnicas para evaluar idóneamente los procedimientos sanitarios propios del Ámbito Gestión Clínica del Estándar aplicado, en virtud de "*su formación como evaluador*", **aludiendo a la capacitación de 80 horas**, cuyos contenidos se consignan en el artículo 12 del Reglamento del Sistema sobre el Sistema de Acreditación.

12.5. Que resulta grave también, a este respecto, comprobar que la sumariada alegue un hecho falso, cuando señala en su escrito de descargos que la intervención de la evaluadora antes señalada se encontraba validada por la fiscalización aprobatoria que la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia habría otorgado al **cronograma de ejecución de las evaluaciones** en el procedimiento en análisis y **sin manifestar "reparos" al mismo.**

Al respecto, debe tenerse presente que, con fecha 26 de octubre de 2015, la entidad sumariada remitió a la Unidad de Fiscalización en Calidad el antedicho cronograma, en el cual **figuraban solamente los puntos de verificación** en los que se iban a efectuar evaluaciones por los profesionales evaluadores de la sumariada, a quienes identificaba. En él se puede observar que la evaluadora antes señalada es asignada a los puntos de verificación "Dirección", "Transporte",

"Sectores Espera Público", "Archivo", "Consultas Ambulatorias", "Kinesioterapia", "General", "Pasillos de Circulación", entre otros, y "Pensionado 2", todo ello sin indicar qué características del Estándar aplicado evaluaría ella en dichos puntos de verificación.

En fiscalización del antedicho cronograma, mediante comunicación electrónica de 28 de octubre de 2015, dirigida a la representante legal de la sumariada por parte de la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia se señaló: "*Informo a usted que el cronograma presentado para la evaluación en terreno del prestador institucional Hospital Almirante Nef ha sido revisado por María Angélica Arancibia, profesional de esta Unidad de Fiscalización. Al respecto, podemos señalar que **como el documento está construido en base a puntos de verificación, sin señalar las características que corresponden**, esta Intendencia **toma conocimiento** y sugiere a esa entidad acreditadora, tomar todos los resguardos necesarios para que durante la evaluación en terreno se revisen todas las características del estándar correspondiente que le aplican al prestador, situación que será verificada por esta unidad durante el informe de fiscalización del informe de acreditación.*" (la negrita y el subrayado no están en la comunicación original).

Como puede apreciarse, **jamás esta Intendencia fue informada, en forma previa al antedicho procedimiento de acreditación que una evaluadora, inidónea para evaluar características del Ámbito de Gestión Clínica, efectuaría tales evaluaciones.** Si bien es efectivo que en el cronograma figuraba la evaluadora antes señalada asignada al punto de verificación "Pensionado 2", atendido que, como se ha dicho precedentemente, en dicho cronograma no se señalaban las características que ella evaluaría en dicho punto, no se observó por esta Intendencia esta situación puntual, ya que ello ocurría en todo el cronograma presentado y porque dicha evaluadora pudo ser asignada a la evaluación de puntos de verificación de características para las cuales sí era idónea, como podría haber sido el caso, por ejemplo, de la evaluación de las características relativas al ámbito de Equipamiento o aquéllas relativas a los temas de evacuación, señalética, instalaciones o que implican la ejecución de entrevistas. Por lo mismo, debe tenerse presente, como claro del tenor de la comunicación antes transcrita, esta Intendencia **se limitó a tomar conocimiento** del antedicho cronograma y a formular los reparos correspondientes al hecho que no se hayan señalado las características que cada evaluador evaluaría en cada punto de verificación, por lo que cabe concluir que **jamás esta Intendencia aprobó o autorizó tal cronograma, ni la evaluación de las características del Ámbito de Gestión Clínica por dicha evaluadora, a pesar de lo que señala la sumariada en sus descargos a este respecto.**

- 12.6.** Que, asimismo, debe tenerse presente que la exigencia de idoneidad de los evaluadores de una Entidad Acreditadora se encuentra expreso en el artículo 10 del Reglamento del Sistema y que la aprobación que otorga la Intendencia de Prestadores es para que ellos se incorporen al cuerpo de evaluadores de alguna entidad y que, atendido el esencial sentido del Sistema de Acreditación, cual es el de ser un sistema de aseguramiento de la calidad, debe razonablemente entenderse por cualquiera, y ser cumplido estricta y especialmente por las Entidades Acreditadoras, que **dicha aprobación es siempre otorgada para que los profesionales evaluadores ejecuten solo las evaluaciones que se encuentren dentro de sus competencias profesionales propias**, las que han sido demostradas a esta Intendencia en el procedimiento de aprobación del

evaluador, así como que es responsabilidad de la entidad acreditadora gestionar y cautelar en todo procedimiento de acreditación que las evaluaciones se ejecuten por profesionales evaluadores idóneos.

12.7. Que, a mayor abundamiento, debe tenerse presente que las diversas normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales no pueden ser interpretadas de manera aislada, sino que todas ellas se interrelacionan sistemáticamente tras un objetivo ordenador común, cual es el aseguramiento y mejoramiento continuo de las prácticas asistenciales para garantizar la seguridad de la atención de los pacientes, para lograr lo cual **las entidades acreditadoras deben emplear siempre en sus evaluaciones, entre otros, criterios de evaluación comúnmente aceptados y científicamente fundados**, como lo mandata el artículo 23 del Reglamento de ese Sistema, **criterios que resultan imposibles de cumplir si el profesional evaluador asignado a la evaluación de una característica carece de la idoneidad profesional y técnica que la evaluación exige en cada caso.**

12.8. Que, por tanto, atendido el mérito de los antecedentes antedichos, además de la **confesión** de la sumariada en sus descargos respecto de la observación formulada, **debe concluirse que en este procedimiento se han acreditado los hechos en que se funda este cargo y, por tanto, la consiguiente infracción a los artículos 10 y 23 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud.**

Asimismo, debe señalarse que, para lo resolutivo de este acto, se tendrá presente que la infracción reglamentaria antes referida resulta particularmente grave, toda vez que la entidad no solo defiende una situación evidentemente improcedente, sino que en su escrito de descargos señala que en ello participó, además, el Director Técnico de la entidad, lo que constituye una infracción adicional a sus deberes de dirección del trabajo técnico idóneo de sus evaluadores.

13°.- Respecto del "Noveno Cargo", formulado mediante el Ordinario IP/N°2656, de 6 de octubre de 2016, a saber: "Haber infringido lo dispuesto en los numerales 5° y 6° del inciso primero del Artículo 27 del Reglamento, al haber declarado en el informe de acreditación antes señalado como no aplicables la evaluación de las Características APCs 1.2, APCs 1.3 y APCs 1.4. en circunstancias que el prestador evaluado contaba con un Banco de Sangre propio al momento de la evaluación en terreno efectuada por su representada, como se constata en el Acta señalada en el N°3) del Antecedente y se reconoce por su representada en su presentación fechada el 24 de junio de 2016, con ingreso N°11.256, de 1° de agosto de 2016, a esta Superintendencia", se deben tener presente los siguientes antecedentes:

13.1. Que mediante Acta de Fiscalización de la Unidad de Fiscalización en Calidad, de fecha 24 de junio de 2016, se constataron los siguientes hechos que fundamentan el cargo antes señalado:

- a) Que la entidad sumariada, "en el informe de acreditación, de fecha 21 de diciembre de 2015, y en los 4 informes corregidos y enviados posteriormente a esta Intendencia para su fiscalización, señala la no aplicabilidad de las características, APCs 1.2, APCs 1.3 y APCs 1.4 en la tabla 'Características que no aplican al prestador'", indicándose como

fundamento de la no aplicabilidad de dichas características en la evaluación del prestador evaluado que: "El establecimiento no posee centro de sangre";

- b) Que, "según la ficha técnica del prestador, éste cuenta con Banco de Sangre propio (Atención de donantes, elaboración de hemocomponentes, unidad de medicina transfusional y plasmaféresis)";
- c) Que, "el equipo de calidad del prestador HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF, en reunión sostenida con esta Intendencia, con fecha 02 de junio de 2016, detalla algunas inconsistencias encontradas al leer el informe de acreditación elaborado por la Entidad Acreditadora GECASEP Ltda. Dentro de lo más significativo está el hecho de que ellos cuentan con un centro de Sangre, el que fue evaluado en terreno por la Sra. Ximena Morales Ferrada, y que en el informe aparece que no les aplica ese ámbito en cuanto a las características APcs 1.2, APcs 1.3 y APCS 1.4, puesto que, el prestador compraría el Servicio a un tercero. Posteriormente, con fecha 17 de junio de 2016, la Sra. Katya Cuadros, Encargada de Calidad del citado prestador, remite los siguientes documentos a esta Intendencia:
 - Guía de Procedimientos de Centro de Banco de Sangre
 - Indicador de Calidad N°83, Banco de sangre procedimiento de entrega de productos (APCS 1.2)
 - Informe trimestral del indicador de calidad N°83 con la "Tabla de registro procedimiento de entrega de productos, eliminación de hemocomponentes según guía APCS 1.2. (II y III trimestre)
 - Programa de evaluación externa de calidad (Evaluación subprograma Chagas Envío 1/2 y 2/2 de 2015)
 - Programa de evaluación externa de calidad (Evaluación de Pruebas Cruzadas, envío 2/3 de 2015)
 - Programa de evaluación externa de calidad (Evaluación de Clasificación de Grupo Sanguíneo ABO - RhD, envío 3/3 de 2015)
 - Programa de Intervención Banco de Sangre 2015 (evaluación insatisfactoria PEEC Chagas N°55)
 - Trazabilidad externa de hemocomponentes transfundidos IST,Todos los documentos reemitidos están timbrados por la evaluadora de GECASEP, Ximena Morales Ferrada."
- d) Concluye el acta antes señalada indicando: "La entidad acreditadora, habría incurrido en una falta de fondo en la elaboración del informe de acreditación del prestador HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF, al considerar como no aplicables características que correspondía evaluar en dicho prestador, según se describe precedentemente. Adicionalmente, tuvo la oportunidad de enmendar la falta en los 4 informes corregidos, de fechas, 19 de febrero, 02 de marzo, 23 de marzo y 30 de marzo de 2016 y no lo hizo."

13.2. Que, mediante Ord. IP/N°1844, de 22 de julio de 2016, se dio traslado a la sumariada para que formulara sus observaciones al acta señalada en el numeral anterior, lo cual hizo mediante presentación con ingreso N°11.256, de 1° de agosto de 2016, la sumariada parte señalando: "Referente a las características APcs 1.2, APcs 1.3, APcs 1.4. efectivamente aplican en esta evaluación." Y

agrega: *"Esta Entidad sí realizó la evaluación, lo que consta en el expediente de Hospital Naval Almirante Nef resguardado por la Acreditadora" (...) "en el expediente señalado se encuentran todas las evidencias de la evaluación realizada. Sin embargo, por un error involuntario de redacción, se omitió en el informe su evaluación, lo que llevó al error en la tabla resumen final"*.

13.3. Que, mediante presentación con ingreso N°15814, de 21 de octubre de 2016, señalada en el N°8 de los Vistos precedentes la sumariada formuló sus descargos respecto del cargo antes señalado y solicitó la apertura de un término probatorio;

13.4. Que en los descargos referidos en el numeral precedente, la sumariada, en lo esencial, y tras formular algunas reflexiones acerca del marco conceptual y teórico del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, respecto de lo cual, entre otros asertos, señala que en dicho sistema las Entidades Acreditadoras *"están ejerciendo una delicada función de fe pública en torno a la verificación efectiva en cada caso de la presencia o ausencia de los estándares mínimos de calidad fijados por la autoridad competente para garantizar que las prestaciones de salud otorgadas por los prestadores institucionales de salud, públicos o privados, revistan la calidad necesaria para garantizar la seguridad de sus usuarios"* y agrega que ***"para estar en presencia de responsabilidad infraccional dentro del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, la acción desplegada por la entidad acreditadora o la omisión inexcusablemente negligente en que se ha incurrido por parte de la misma debe tener por objeto o producir el efecto de acreditar a un prestador que no cumplía con las condiciones necesarias para ello o no acreditar a un prestador institucional que sí las cumplía"***, argumento central de sus descargos.

Alega en ese mismo sentido, además, que *"no todo error, omisión o incumplimiento de las normas reguladoras del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, constituyen necesariamente una infracción a las mismas, pues para ello se requiere que la actuación constitutiva de la misma haya afectado el objetivo del sistema de manera intencional o inexcusablemente negligente"*, alegando además que *"la omisión involuntaria en la que incurrió mi representada y que se tradujo en el error en la tabulación final respecto de una característica no obligatoria y que en nada afecta al resultado final del proceso de acreditación y a los objetivos del mismo, no puede dar origen a responsabilidad infraccional, por falta de afectación al objetivo del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud"* y, entre paréntesis agrega: *"(no podemos olvidar que en definitiva la no acreditación del prestador institucional en este caso se debió al incumplimiento de una característica obligatoria distinta a la característica omitida, que no era obligatoria)"*.

Expone en sus descargos un conjunto de los que serían definiciones y diferencias entre los conceptos de error, omisión, incumplimiento e infracción, para concluir, en función de ello, que *"no todo error u omisión implica incumplimiento de las normas"* del Sistema de Acreditación, ya que este último exigiría la concurrencia, entre otros, de los elementos subjetivos antes referidos.

Agrega que el cargo formulado en análisis podría afectar las normas del debido proceso, ya que en él no se explicitaría si la conducta imputada constituiría o no una "infracción" al deber que impone el N°5 o al señalado en el N°6 del Artículo 27 del Reglamento del Sistema, dejando a la sumariada en la indefensión; que por

ello la formulación del cargo sería incompleta y violaría el principio del non bis in ídem.

Reconoce el hecho imputado, señalando que *"lo que realmente ocurrió en este caso fue que dentro del proceso de recopilación de antecedentes para la elaboración del informe final se borraron accidentalmente las tablas electrónicas que daban cuenta de la verificación y análisis de las características no obligatorias APCs 1.2, APCs 1.3 y APCs 1.4, relativas al Banco de Sangre, por lo cual al momento de confeccionar el cuadro resumen correspondiente y ante la ausencia de tales tablas, se señaló que dichas características obligatorias 'no aplicaban', pues dentro de la sistemática de la revisión y posterior informe, sólo no se verifica en terreno ni se revisa lo que 'No Aplica' y, consecuentemente, lo que no aparece revisado se consigna en el cuadro resumen final como 'No Aplica'."*

Argumenta al respecto, además, que *"dicha omisión y consecuente error involuntario no fue detectado en ninguna de las cuatro revisiones efectuadas por esta Intendencia al momento de la fiscalización del informe final de acreditación ni fue objeto de observación por la misma"*, agregando que *"si no hay responsabilidad administrativa"*, debido a lo anterior, *"tampoco puede haber responsabilidad infraccional para el ente acreditador"*.

Alega, además, que atendido que, mediante la Resolución Exenta IP/Nº589, de 13 de abril de 2016, se declaró que el informe corregido y finalmente emitido en el procedimiento de acreditación en análisis cumplía con las exigencias del inciso primero del artículo 27 del Reglamento del Sistema, *"cualquier sanción en los términos propuestos en la formulación de cargos es improcedente por preclusión e implicaría modificar de facto un acto administrativo que ha establecido un derecho permanente para un ente sujeto a su control, reabriendo indebidamente un proceso terminado y declarado como tal; alterando sustancialmente de esta forma el sistema de acreditación y creando incentivos perversos para los prestadores institucionales"*.

Finalmente, la sumariada en su escrito de descargos informa que ha dispuesto como medida correctiva, para evitar volver a incurrir en errores como el que ha reconocido, incluir en sus procedimientos *"una doble comprobación del informe final"* por parte de la evaluadora y representante legal y luego por el Director Técnico de la entidad, previo al envío del informe a la Intendencia de Prestadores.

13.5. Que, mediante la Resolución Exenta IP/Nº1698, de 23 de noviembre de 2016, se accedió a la apertura de un término probatorio por el plazo de 15 días hábiles y se tuvieron por acompañados los documentos allí indicados, y mediante la Resolución Exenta IP/Nº1863, de 27 de diciembre de 2016, se accedió a la solicitud de prórroga de la sumariada del término probatorio antes señalado, por un lapso de 30 días hábiles adicionales, en cuyo marco se recepcionó la prueba testimonial ofrecida, en la audiencia de fecha 17 de enero de 2017;

13.6. Consta en este procedimiento acta de fecha 17 de enero de 2017, que da cuenta que, en el marco del Término Probatorio abierto en él, tuvo lugar la audiencia de recepción de prueba testimonial, ordenada mediante Resolución Exenta IP/Nº1863, de 27 de diciembre de 2016, audiencia que fue presidida por la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad de la Intendencia de Prestadores, doña Jeannette González Moreira en la que compareció el testigo de la sumariada identificada como **Ximena Alejandra Morales Ferrada**, R.U.N. Nº15.676.623-2, de profesión Tecnólogo Médico, domiciliada en Villa San Alberto,

calle San Alberto N°564, Chillán. Las principales partes del interrogatorio son las siguientes:

"La Presidenta de la Audiencia, solicita a la testigo que explique cuál fue el rol jugado por ella en el procedimiento de acreditación efectuado por la Entidad Acreditadora "GECASEP Limitada" al prestador institucional denominado "Hospital Naval Almirante NEF" y cuál es el testimonio que quiere dar:

"En la evaluación del prestador participé como evaluador en el penúltimo y último día del proceso. El penúltimo día me correspondió evaluar Radioterapia y Hemodinamia. Y el último día Laboratorio Clínico, Medicina Transfusional, Donantes de Sangre y Centro de Sangre.

"Lo que se me solicitó testimoniar es que la evaluación del Componente Centro de Sangre se realizó con participación de la Médico Jefe del Banco de Sangre del prestador evaluado, la Tecnólogo Médico Supervisora o Coordinadora, no recuerdo la designación específica. Participó también la Tecnóloga Médica encargada de Calidad de la Unidad. En esa evaluación se evaluaron las Características Apoyo Centro de Sangre 1.2, 1.3 y 1.4. Posteriormente yo elaboré el borrador del Informe y en el Informe Final hubo un error y se omitió el informe de esas características. A pesar de eso, ninguna de esas características es de carácter obligatorio, por lo tanto no cambian el resultado final del prestador y en cuanto al porcentaje total de cumplimiento la variación es de menos del 0,5%."

Preguntada la testigo:

P. Para que diga, Ud. da fe que el Componente APCs le aplicaba íntegra al Hospital Naval

R. Doy fe, excepto de la característica APCs 1.1., la cual no me correspondía evaluar. El prestador tiene las tres etapas del proceso Banco de Sangre, que son la Atención de Donantes, la producción de hemocomponentes y la Terapia Transfusional.

P. Para que diga su opinión sobre que se haya omitido en el informe esa parte

R. Respecto del resultado final, no influye en el resultado final que obtuvieron. Aunque se hubiera informado siguen con el mismo resultado.

P. Para que diga si no fue importante?

R. Creo que el prestador tiene derecho a recibir toda la evaluación completa. Por tanto, si se hubiera dado la instrucción de corregir en la etapa de fiscalización, se hubiera corregido y se hubiera entregado de manera completa.

P. Para que diga si cree que la responsabilidad de esta omisión es de la Unidad de Fiscalización.

R. El haber omitido la característica es responsabilidad del Director Técnico y del representante legal que son quienes elaboran el informe final, sin embargo ese informe se revisó y no se solicitó que fuera corregido.

P. Para que diga si en el informe venía desarrollada la Característica APCs 1.1 cómo tendría que haberse dudado de esa descripción por la Unidad de Fiscalización?

R. El informe final es elaborado y revisado por el Director Técnico y la representante legal, por lo tanto, yo como evaluadora no conozco el desarrollo que se le dio a la Característica APCs 1.1.

P. Para que diga ¿conoce la Circular IP N°21, sobre desarrollo de los informes de Acreditación?

R. Desconozco el desarrollo que se le dio en el informe a esa característica.

P. Para que diga si sabe que le asigna las responsabilidades respecto del informe esa Circular?

R. De memoria no.

P. Para que diga, a su juicio cuál fue el error del Director Técnico y del representante legal por no haber transcrito lo informado por Ud. En el informe?

R. La causa raíz de la omisión, la desconozco, por lo que no puedo emitir un juicio al respecto.

P. Para que diga si la Entidad Acreditadora tiene procedimiento de trabajo para las evaluaciones en terreno?

R. Sí.

P. Para que diga cuáles son esos procedimientos.

R. De memoria no podría, sin los documentos no puedo detallarle los procedimientos punto por punto.

P. Para que diga en cuántos procedimientos de acreditación ha participado con GECASEP?

R. En tres.

P. Podría describirlo en términos generales?

R. Hay una etapa previa al proceso en terreno, de preparación. En esa etapa leemos los documentos a los cuales el prestador nos da acceso. Leemos el Informe de Autoevaluación y la Ficha Técnica. Se hace una revisión de los Puntos de Verificación y las Características que aplican al prestador y con eso se construye el cronograma de evaluación, se revisa por todos los evaluadores que van a participar, y también se revisan las bases de datos que el prestador haya enviado previo a la visita. Se preparan los libros individuales por evaluador, con cada una de las características a evaluar y las pautas de recolección de información para los indicadores, para las entrevistas y para los elementos medibles según se soliciten en cada característica.

P. Podría describir la etapa en terreno?

R. La evaluación en terreno parte con una reunión técnica de inicio, cada evaluador se distribuye en los puntos de verificación. En caso de cualquier dificultad se comunica con el Director Técnico y al final de cada jornada se hace una reunión técnica de cierre del trabajo del día.

P. Con posterioridad a la etapa en terreno, en qué minuto le entrega Ud. su parte al Director Técnico.

R. El Director Técnico nos hace llegar por correo electrónico cada componente de lo que uno evalúa, le da un plazo para el informe por parte de los evaluadores. Posteriormente, si él encuentra alguna observación o hay algún hallazgo que no se haya consensuado en las reuniones de cierre de cada día de las evaluaciones en terreno, coordina la redacción final del informe.

R. ¿Qué significa la entrega del componente?

R. Consiste en la entrega de un archivo electrónico. Dado su tamaño, no trabajamos cada uno con todo el informe, sino que el informe va fraccionado. Se trabaja un archivo por cada componente y, de ese componente, la característica y el punto de verificación que uno evalúa.

P. Se refiere al formato de informe instruido.

R. Sí, se refiere al formato instruido.

P. Dentro del procedimiento está establecido de cuánto tiempo dispone el evaluador para su informe.

R. Sí está establecido, pero depende del tamaño del prestador evaluado; aunque para cada proceso de evaluación hay un solo plazo.

P. Para el caso específico del Hospital Naval, Ud. recuerda la fecha en que entregó su informe?

R. No recuerdo, tendría que revisar el correo electrónico para determinarlo.

P. El Director Técnico de la Entidad copia textualmente lo que los evaluadores le mandan o lo modifica?

R. El Director Técnico elabora el informe final. Si alguna vez ha modificado algo, no podría dar fe de eso. Por lo menos de las cosas que yo he informado no he visto modificaciones.

P. Luego que el Director Técnico elabora el informe y consolida la información recibida desde los evaluadores ¿le envía el documento a los evaluadores para su revisión?

R. Sí él hace envío del archivo para una revisión final.

P. Para el caso específico del Hospital Naval, Ud. recuerda la fecha en que entregó su informe?

R. No recuerdo, tendría que revisar el correo electrónico para determinarlo.

P. En el caso del Hospital Almirante Nef, le envió el archivo antes?

R. Tendría que revisar mi correo electrónico. Recuerdo haberlo visto, pero no recuerdo la fecha de la revisión.

P. Ud., podría haberse dado cuenta de la omisión.

R. La evaluación de ese hospital fue en noviembre de 2015 y puede que yo no me haya dado cuenta de esa omisión.

P. Los procedimientos de trabajo a los que Ud. Aludió anteriormente, los evaluadores los tienen por escrito o han sido solo verbales

R. Los procedimientos han sido enviado por correo electrónico y además han sido explicado en reuniones. No por completo, sino algunos puntos como los tamaños muestrales, la construcción de indicadores y algunas otras cosas generales.

P. La parte del procedimiento, en que el Director Técnico les envía el texto para revisión antes del envío a la Intendencia es parte de un procedimiento escrito.

R. No recuerdo si es parte de un procedimiento escrito. Yo he participado con GECASEP en acreditaciones y en asesorías. Para responder tendría que revisar mi correo electrónico y los procedimientos.

P. Cuándo se enteró Ud. que el contenido del informe al Hospital Naval, no era el informe que Ud. Entregó al Director Técnico.

R. No recuerdo la fecha, pero fue después que el prestador ya había recibido el informe final.

P. Cómo se enteró?

R. Me llamó por teléfono la representante legal de la entidad.

P. A raíz de esta situación, la entidad hizo un análisis con Ud. Al respecto?

R. Un análisis formal, no.

P. El hecho de presentar su testimonio, fue idea suya o de la entidad?

R. A mí la entidad me solicitó que me presentara a testificar."

- 13.7.** Que, en la materia en que incide este cargo contra la sumariada, debe tenerse presente que la Circular IP/Nº21, de 2012, que "imparte instrucciones a las Entidades Acreditadoras sobre el formato del Informe de Acreditación y deroga la Circular IP/Nº7, de 16 de diciembre de 2009", vigente en la época en que se elaboró el informe de acreditación del procedimiento de acreditación antes señalado, estableció las siguientes instrucciones en lo pertinente al cargo en análisis:

- a) **Numeral 1.4.:** "Las Entidades Acreditadoras deberán adoptar todas las medidas internas que sean necesarias para garantizar a esta Intendencia el adecuado uso del Sistema Informático señalado en el numeral 1.1., en especial el uso seguro y responsable de la o las claves de acceso a dicho Sistema que se le hubieren asignado a la Entidad por la Intendencia de Prestadores, así como del uso de la aplicación informática relativa al Informe de Acreditación, **de modo que se garantice que los contenidos definitivos de dicho Informe sean un fiel reflejo de todos los hallazgos que la Entidad hubiere efectuado durante la evaluación del prestador, así como de las conclusiones** a que ella arribare. Para esos efectos, **la Entidad establecerá un procedimiento en el que explicitarán las funciones específicas de todas las personas que participen en la confección del Informe de Acreditación** y en el ingreso de los datos del mismo al Sistema Informático. Dicho procedimiento explícito, deberá ser adoptado por la Entidad y constar por escrito, bajo la firma del representante legal y de su Director Técnico, y estará permanentemente disponible para las acciones de fiscalización de esta intendencia.";
- b) **Numeral 1.7.:** "Asimismo, las Entidades Acreditadoras **explicitarán un procedimiento de toma de decisiones respecto de los contenidos definitivos, consideraciones y conclusiones del Informe de Acreditación**, el cual, deberá contemplar, a lo menos, lo siguiente:
1.7.1. Todos los contenidos del Informe y las decisiones que él contenga serán ordenados y decididos por el estamento directivo de la Entidad con la asesoría de su Director Técnico, todo lo cual será ejecutado bajo la dirección de este último, bajo la supervigilancia del estamento directivo de la Entidad y bajo la responsabilidad legal de la misma; y
1.7.2. El Informe de Acreditación será firmado electrónicamente por el representante legal de la Entidad y por su Director Técnico. El primero firmará mediante firma electrónica avanzada y el segundo podrá hacerlo mediante firma electrónica simple.";
- c) **Numeral 2.2.:** "Los distintos rubros que exigen datos de los diversos actores del procedimiento de acreditación **deberán ser completados con veracidad y precisión**, limitándose exclusivamente al dato requerido en cada rubro."

13.8 Que, en análisis de los antecedentes antes señalados respecto de este "Noveno Cargo", se tendrá presente lo siguiente:

- a) Que se ha establecido y reconocido por la sumariada que **el prestador institucional evaluado sí poseía un Banco de Sangre a la época de la evaluación**, el cual fue evaluado respecto de las características que le eran aplicables por la evaluadora doña Ximena Morales Ferrada, quien declara como testigo en este procedimiento reconociendo dicho hecho;
- b) Que, en efecto, la sumariada, en respuesta al Ord. IP/Nº1844, de 22 de julio de 2016, mediante presentación con ingreso Nº11.256, de 1º de

agosto de 2016, señala: "Referente a las características APCs 1.2, APCs 1.3, APCs 1.4. **efectivamente aplican en esta evaluación.**" Y agrega: "Esta Entidad **sí realizó la evaluación,** lo que consta en el expediente de Hospital Naval Almirante Nef resguardado por la Acreditadora" (...) "en el expediente señalado se encuentran todas las evidencias de la evaluación realizada. Sin embargo, **por un error involuntario de redacción, se omitió en el informe su evaluación,** lo que llevó al **error en la tabla resumen final**" (las negritas y subrayado no están en el original);

- c) Posteriormente, en su escrito de descargos, la sumariada señala: "lo que realmente ocurrió en este caso fue que dentro del proceso de recopilación de antecedentes para la elaboración del informe final **se borraron accidentalmente las tablas electrónicas que daban cuenta de la verificación y análisis de las características no obligatorias APCs 1.2, APCs 1.3 y APCs 1.4,** relativas al Banco de Sangre, por lo cual al momento de confeccionar **el cuadro resumen correspondiente y ante la ausencia de tales tablas , se señaló que dichas características obligatorias 'no aplicaban'**", lo cual no es exactamente consistente con lo alegado en su presentación con ingreso N°11.256, de 1° de agosto de 2016, antes transcrita, ni explica claramente cómo y por qué se produjo el problema electrónico que generó la pérdida de la información sobre la evaluación de las características antes señaladas;
- d) Que, del análisis de los antecedentes antes señalados resulta un hecho indubitado, y respecto del cual la sumariada se encuentra **confesa** en este procedimiento, cual es que, **en el informe de acreditación relativo al procedimiento de acreditación del "Hospital Naval Almirante Nef", de fecha 21 de diciembre de 2015, y en los 4 informes corregidos enviados posteriormente a esta Intendencia, para su fiscalización, se omite la descripción de los hallazgos que la sumariada efectuó en evaluación de las características APCs 1.2, APCs 1.3 y APCs 1.4, así como que se señala erróneamente la no aplicabilidad en ese procedimiento de la evaluación de dichas características;**
- e) Que, en su escrito de descargos la sumariada, además, en lo esencial, reconoce que las Entidades Acreditadoras "están ejerciendo una delicada función de fe pública en torno a la verificación efectiva en cada caso de la presencia o ausencia de los estándares mínimos de calidad fijados por la autoridad competente para garantizar que las prestaciones de salud otorgadas por los prestadores institucionales de salud, públicos o privados, revistan la calidad necesaria para garantizar la seguridad de sus usuarios" y, seguidamente, refiere lo que, a su juicio, serían las condiciones jurídicas para encontrarnos en presencia de responsabilidad infraccional dentro del Sistema de Acreditación. En ese sentido, según la sumariada, se requeriría que "la acción desplegada por la entidad acreditadora o la omisión inexcusablemente negligente en que se ha incurrido por parte de la misma **debe tener por objeto o producir el efecto de acreditar a un prestador que no cumplía con las condiciones necesarias para ello o no acreditar a un prestador institucional que sí las cumplía**", debiendo señalarse a este respecto que la sumariada **no invoca norma alguna que sustente tales exigencias jurídicas** para el establecimiento

de la responsabilidad infraccional en el marco del Sistema de Acreditación, simplemente, porque tales exigencias jurídicas no existen, así como no existe fundamento normativo para efectuar las definiciones y distinciones que allí formula, entre los conceptos de "error", "omisión", "incumplimiento" e "infracción", como supuestos conceptos jurídicos especiales del Sistema de Acreditación, en base a lo cual concluye que "no todo error u omisión implica incumplimiento de las normas" y, por tanto, conducente a responsabilidad infraccional;

- f) Que en relación a lo anterior, debe señalarse que, no existiendo requisitos o exigencias jurídicas especiales para el establecimiento de la responsabilidad infraccional en el marco del Sistema de Acreditación, deben aplicarse los principios y normas generales de responsabilidad administrativa, que solo exigen que se acredite el incumplimiento de la norma del cual deriva tal responsabilidad, ya sea deliberadamente o por negligencia del obligado, lo que determinará la posibilidad de establecer una sanción al infractor;
- g) Que sin perjuicio de lo anterior, este resolutor puede coincidir con el alegato de la sumariada antes transcrito, en el literal e) precedente, en el sentido que "no todo error u omisión implica incumplimiento de las normas", atendiendo a que, conforme a los principios generales del derecho y a las normas generales sobre responsabilidad jurídica, se debe admitir que, ante la constatación del incumplimiento de un deber jurídico, se pueda probar por el imputado alguna circunstancia que haya tornado inexigible o imposible el cumplimiento de la conducta debida, atendida la existencia de alguna circunstancia extraordinaria que la haya impedido, que justifique el incumplimiento y que sea admitida en nuestro ordenamiento jurídico, como son, por ejemplo, circunstancias tales, como las que dan lugar al caso fortuito o a la fuerza mayor. Debe, en todo caso, señalarse a este respecto que, en este caso, la sumariada **no alegó ni presentó prueba alguna relativa a alguna circunstancia modificatoria o extintiva de su responsabilidad**, como para excepcionarse de su deber de cumplimiento de las normas que fundamentan este cargo;
- h) Que, respecto de la alegación de la sumariada en el sentido que el cargo formulado en análisis afectaría las normas del debido proceso, ya que en él no se explicitaría si la conducta imputada constituiría, o no, una "infracción" al deber que impone el N°5 o al deber señalado en el N°6 del Artículo 27 del Reglamento del Sistema, lo que dejaría a la sumariada en la indefensión y que, por ello, la formulación del cargo sería incompleta, violando el principio del non bis in ídem, debe señalarse que, efectivamente, las infracciones que se imputan a la sumariada en este cargo, como claramente se señalan en él, implican **incumplimientos a ambas normas** del Artículo 27 del Reglamento del Sistema, toda vez que:
- i. Por una parte, la infracción imputada consiste en no dar debido cumplimiento a la exigencia de lo dispuesto **en el N°5** de dicha norma, en el sentido que el informe del procedimiento de acreditación en análisis debía contener "**una relación ordenada, lógica y pormenorizada de todos los hallazgos efectuados**",

como fue caso de haber evaluado el Banco de Sangre del prestador "Hospital Naval Almirante Nef", como lo ha reconocido la propia sumariada en su presentación con ingreso N°11.256, de 1° de agosto de 2016, donde lo atribuye a un "error involuntario de redacción", y en su escrito de descargos, donde lo atribuye a un error en el manejo electrónico en la recopilación de los datos de la evaluación, lo cual no permite dar cumplimiento a la conducta debida y exigida en dicha norma, cual era su deber de describir, de manera ordenada, lógica y pormenorizada, en el texto del informe, **todos** los hallazgos efectuados durante la visita de evaluación en terreno, esto es, el deber de **descripción pormenorizada de todos los hechos** constitutivos de las evaluaciones efectuadas, lo que en el caso analizado no se efectuó en la parte correspondiente del informe, lo que constituye propiamente una omisión a su deber jurídico;

- ii. Por otra parte, y en vinculación a la omisión de la conducta debida antes señalada, **pero sin constituir la misma conducta debida**, se incumplió con exigencia normativa contenida en el **N°6** de la antedicha norma, la que impone el deber a la entidad acreditadora para que en el informe del procedimiento de acreditación se contenga "**una relación ordenada, lógica y pormenorizada sobre la forma en que se dio cumplimiento a las reglas de decisión establecidas para cada uno de los estándares evaluados**", omisión en que se incurre en la parte final del mismo, cuando en los cuadros finales del informe y en el cálculo de los porcentajes de cumplimiento de las características evaluadas se señala como que "no aplican" en este procedimiento la evaluación de las características APCs 1.2, APCs 1.3 y APCs 1.4., lo que propiamente ya no constituye una omisión, sino **una indebida aplicación de las reglas de decisión del Estándar aplicado**;
- iii. De lo anterior se colige que **son dos las conductas infraccionales** que se refieren en este cargo, a saber las antes señaladas, y ambas se ejecutan durante la elaboración del informe de acreditación en análisis, por lo que -y sin perjuicio que se debe tener en cuenta que en el Derecho un mismo hecho puede constituir infracción a varias normas a la vez y generar diversas formas de responsabilidad, por ejemplo, penal, administrativa y civil, simultáneamente, sin por ello infringirse el principio del *non bis in ídem*, principio jurídico que prohíbe sancionar a un imputado dos veces por una misma conducta- en el cargo en análisis de lo que se trata es de **sancionar dos conductas infraccionales distintas, incurridas en dos distintas partes del informe de acreditación**, una en lo relativo a los hechos evaluados y otra en lo relativo a la aplicación de las reglas de decisión, por lo que ello no puede constituir infracción al principio de non bis in ídem y no se ha puesto en riesgo el respeto a las normas del debido proceso en este procedimiento;

i) Que, asimismo, debe ser contestada la alegación de la sumariada en el sentido que la omisión de las evaluaciones efectuadas al Banco de Sangre en el procedimiento de acreditación en análisis *no fue detectado en ninguna de las cuatro revisiones efectuadas por esta Intendencia al momento de la fiscalización del informe final de acreditación ni fue objeto de observación por la misma*", agregando que *"si no hay responsabilidad administrativa"*, debido a lo anterior, *"tampoco puede haber responsabilidad infraccional para el ente acreditador"*. Al respecto, debe señalarse que se observa con preocupación la falta de entendimiento que demuestra la sumariada, al efectuar las aseveraciones antes transcritas, respecto de lo que son sus obligaciones y deberes en el marco del Sistema de Acreditación, ya que tales deberes y obligaciones, entre los que se encuentran la debida elaboración del informe de acreditación, **son de su exclusivo cumplimiento y de su exclusiva responsabilidad**; como, asimismo, la falta de comprensión respecto de la diversidad de roles que cumple la entidad evaluadora en terreno –la única que posee tal experiencia y los datos sobre los hallazgos efectuados- y los deberes del ente fiscalizador, que no conoce los hallazgos que ella efectúa, sino, precisamente, por los contenidos del informe del procedimiento, o que solo los conoce parcialmente, en el evento que se haya podido constituir en actos de inspección durante el procedimiento de evaluación.

Al respecto, debe tenerse presente que siempre existirán, entre los datos que el ente fiscalizador posee respecto del prestador evaluado y la realidad que la entidad constata en terreno, brechas más o menos relevantes, y en tales eventos, este ente fiscalizador debe estarse a lo constatado por la entidad en su visita en terreno, realidad que es siempre cambiante y dinámica.

Respecto de los datos de la "Ficha Técnica" que este ente fiscalizador posee respecto de los prestadores que se someten al procedimiento de acreditación, debe señalarse que ellos suelen estar desfasados en el tiempo y no ser exactos, ya que ellos son completadas por los mismos prestadores, voluntariamente y en tiempos diversos, de modo que a este ente fiscalizador no le consta la actualidad ni autenticidad del dato contenido en cada una de ellas.

En el caso en comento, primeramente, resulta reprochable que la entidad sumariada haya sido observada **cuatro veces consecutivas** hasta la elaboración de un informe formalmente correcto sobre el procedimiento en análisis y resulta reprochable que en la confección de los mismos cuatro textos la entidad acreditadora no haya reparado en la omisión relativa a la falta de consignación de los hallazgos efectuados en la evaluación de las características APCs 1.2, APCs 1.3 y APCs 1.4, lo que da cuenta de una conducta reiteradamente negligente en el cumplimiento de sus obligaciones reglamentarias en la elaboración de dicho informe de acreditación;

j) Que, asimismo, debe señalarse que la alegación de la sumariada por la Resolución Exenta IP/N°589, de 13 de abril de 2016, que declaró que el informe corregido, finalmente emitido en el procedimiento de acreditación en análisis, cumplía con las exigencias del inciso primero del artículo 27 del Reglamento del Sistema, solo se refiere a su formalidad y consistencia interna relativas a las exigencias de dicha norma y no a la veracidad o

realidad de los hallazgos en él consignados, toda vez que a ese respecto, como ya se ha señalado, solo la entidad acreditadora conoce la realidad del prestador evaluado en terreno y este ente fiscalizador, en principio y normalmente, carece de antecedentes exactos al respecto, salvo que se allegue a su conocimiento algún antecedente en contrario, como puede suceder en caso que el prestador evaluado deduzca algún reclamo o recurso administrativo.

Por otra parte, debe añadirse que esta Intendencia en este procedimiento ejerce sus facultades de fiscalización contra la sumariada en un procedimiento diverso del procedimiento de acreditación en el que se incurrió en las infracciones que se imputan en este procedimiento, por lo que sus resultados, cualquiera ellos sean, no alteran la resolución antes señalada ni la resolución por la que, en su oportunidad, se declaró el término del procedimiento de acreditación en análisis, ambas ya ejecutoriadas, ni implican la reapertura del antedicho procedimiento de acreditación ambas. Por último, debe señalarse que resulta insólito pretender un supuesto "derecho permanente" –que no se señala en qué consistiría– contra el ejercicio de las potestades de fiscalización de los sujetos señalados por la ley como entes sujetos a fiscalización.

- k) Finalmente, respecto del anuncio de la sumariada en su escrito de descargos sobre que, para evitar volver a incurrir en errores como el que ha reconocido, incluirá en sus procedimientos *"una doble comprobación del informe final"* por parte de la evaluadora y representante legal, y luego por el Director Técnico, previo al envío del informe a la Intendencia de Prestadores, debe señalarse la complacencia de esta Intendencia con esta medida correctiva y de mejora de sus procedimientos internos, sin perjuicio que debe señalarse que su sola formulación constituye un tácito reconocimiento a la falta de cuidado empleado por la sumariada en el diseño y ejecución de sus procedimientos internos para la elaboración de los informes de acreditación a la época de los hechos que fundamentan este cargo.

13.9. Que, en análisis de este cargo, debe tenerse presente, además, que, del tenor de las declaraciones de la testigo presentada por la sumariada, las que se transcriben en el numeral **13.6.** precedente, solo se confirma la falta del debido cuidado en la conducta de la sumariada al elaborar el informe de acreditación en comento respecto de la evaluación de las características APCs 1.2, APCs 1.3 y APCs 1.4, para su debida consignación y ponderación en el informe en análisis, particularmente cuando ella declara: ***"En la evaluación del prestador participé como evaluador en el penúltimo y último día del proceso. El penúltimo día me correspondió evaluar Radioterapia y Hemodinamia. Y el último día Laboratorio Clínico, Medicina Transfusional, Donantes de Sangre y Centro de Sangre.*** [se ha agregado en esta ocasión el subrayado] Y agrega: ***"Lo que se me solicitó testimoniar es que la evaluación del Componente Centro de Sangre se realizó con participación de la Médico Jefe del Banco de Sangre del prestador evaluado, la Tecnólogo Médico Supervisora o Coordinadora, no recuerdo la designación específica. Participó también la Tecnóloga Médica encargada de Calidad de la Unidad. En esa evaluación se evaluaron las Características Apoyo Centro de Sangre 1.2, 1.3 y 1.4. Posteriormente yo elaboré el borrador del***

Informe y en el Informe Final hubo un error y se omitió el informe de esas características.

- 13.10.** Que, la testigo, a su declaración antes transcrita, agregó, muy en concordancia con argumentaciones de la sumariada, que: ***"A pesar de eso, ninguna de esas características es de carácter obligatorio, por lo tanto no cambian el resultado final del prestador y en cuanto al porcentaje total de cumplimiento la variación es de menos del 0,5%."*** Pero interrogada, con posterioridad, sobre si ella consideraba que la omisión incurrida era importante, contestó: ***"Creo que el prestador tiene derecho a recibir toda la evaluación completa."*** Efectivamente, debe señalarse que los argumentos de la sumariada y la testigo antes señalados, respecto que la omisión solo afectó características no obligatorias del estándar aplicado y que ello no influyó en el resultado final del procedimiento de acreditación deben ser desestimadas en cuanto a la falta de responsabilidad jurídica para la sumariada por tal omisión, toda vez que, como bien reconoce la testigo, todo prestador institucional evaluado tiene el derecho a ser correctamente evaluado, esto es, a ser evaluado en un procedimiento en que se cumplan cabalmente las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, lo cual incluye conocer la evaluación completa efectuada, todo lo cual constituye un legítimo derecho del prestador evaluado, aún en el evento que no sea acreditado, ya que adquirir conocimiento respecto de los aciertos y yerros en que incurre en sus procesos asistenciales evaluados son relevantes en la perspectiva de la mejora continua de los mismos y la seguridad de sus pacientes, objetivos esenciales de ese Sistema;
- 13.11.** Que, del tenor de las declaraciones de la testigo antes señalada, cabe deducir la responsabilidad directa de la sumariada y su Director Técnico en la omisión que motiva este cargo, cuando señala: ***"El haber omitido la característica es responsabilidad del Director Técnico y del representante legal que son quienes elaboran el informe final"***, más adelante agrega: ***"El informe final es elaborado y revisado por el Director Técnico y la representante legal, por lo tanto, yo como evaluadora no conozco el desarrollo que se le dio a la Característica APCs 1.1"***, y añade ***"El Director Técnico elabora el informe final. Si alguna vez ha modificado algo, no podría dar fe de eso. Por lo menos de las cosas que yo he informado no he visto modificaciones."***
- 13.12.** Que, en algunas de las declaraciones antes transcritas, la testigo antes señalada agrega que habría falta de responsabilidad de la sumariada, ya que, habiéndose revisado el informe por esta Intendencia, no se solicitó por la Intendencia de Prestadores que éste fuera corregido, argumento que debe ser desestimado, atendido lo ya considerado en los literales **i)** y **j)** del numeral **13.8.** precedente, debiendo agregarse al respecto, que la forma cómo fue desarrollada por la sumariada en el informe en análisis la Característica **APC 1.1**, sobre que ***"los servicios y productos del Centro de Sangre recibidos de terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad"***, la cual la sumariada hizo aplicable a las evaluaciones efectuadas y la dio por cumplida en su informe, tuvo por consecuencia que, para esta Intendencia, en sus revisiones de fiscalización del informe, se estimara plausible que, atendido que en el prestador compraba tales servicios y productos a terceros, no existiera Centro de Sangre a la época de las evaluaciones en el prestador evaluado y que, por tanto, no aplicaran en

dicho procedimiento de acreditación las Características APCs 1.2, 1.3 y 1.4., las cuales exigen la existencia de un Centro de Sangre propio;

- 13.13.** Que, asimismo, del tenor de las declaraciones de la testigo antes señalada, que señala desconocer las instrucciones de la Circular IP/Nº21, de 2012, que "imparte instrucciones a las Entidades Acreditadoras sobre el formato del Informe de Acreditación y deroga la Circular IP/Nº7, de 16 de diciembre de 2009", citada en el numeral **13.7.** precedente, y que declara desconocer, asimismo, el procedimiento interno de confección del informe y su debido cumplimiento, se deducen causas probables del incumplimiento de la sumariada por el que se le imputa en este cargo, toda vez que es deber de las Entidades Acreditadoras otorgar dicha información a sus profesionales evaluadores y velar porque conozcan y cumplan cabalmente tales instrucciones.
- 13.14.** Que, en efecto, atendidas las instrucciones de la Circular antedicha, la sumariada debió haber adoptado todas las medidas destinadas a **garantizar que los contenidos definitivos de dicho Informe sean un fiel reflejo de todos los hallazgos que ella hubiere efectuado** durante la evaluación del prestador, como asimismo **debió dotarse de procedimientos en el que se explicitaran las funciones específicas de todas las personas que participen en la confección del Informe de Acreditación**, de modo que no sucedieran situaciones como las declaradas por la testigo antes señalada, cuando señala que "**Los procedimientos han sido enviado por correo electrónico** [a los evaluadores] **y además han sido explicado en reuniones. No por completo, sino algunos puntos como los tamaños muestrales, la construcción de indicadores y algunas otras cosas generales.**"; así como cuando al ser preguntada sobre si "**La parte del procedimiento, en que el Director Técnico les envía el texto para revisión antes del envío a la Intendencia es parte de un procedimiento escrito.**" Ella responde: "**No recuerdo si es parte de un procedimiento escrito.**" Todo lo cual da cuenta de incumplimientos a las instrucciones de la Circular antes señaladas y, por tanto, generadora de una situación de debilidad institucional y sistémica en la sumariada frente al riesgo de mal manejo de la información relativa a los hallazgos efectuados en los procedimientos de acreditación, derivada de la falta de adopción y cumplimiento de las medidas apropiadas que impidieran que situaciones de pérdidas de información se produjeran, lo que es conducente a la confección de informes de acreditación erróneos e incompletos, como es el caso en análisis;
- 13.15.** Que, atendido el mérito de todos los antecedentes y consideraciones antedichos y, especialmente, la **confesión** de la sumariada contenida en su presentación con ingreso Nº11256, de 1º de agosto de 2016, sobre observaciones al Acta de Fiscalización y en su escrito de descargos, con ingreso Nº15814, de 21 de octubre de 2016, así como del mérito de lo declarado por la testigo Ximena Morales Ferrada, todo ello apreciado en conciencia, esto es, conforme a las reglas de la sana crítica, y considerando al efecto la circunstancia que la testigo es profesional evaluadora de la sumariada y sujeta a contrato de honorarios civiles para con ella, se estima que **existe mérito suficiente para estimar que no se ha desvirtuado este cargo** y que se debe estimar probado el hecho fundante del mismo, por lo que debe concluirse que la sumariada incurrió en las infracciones descritas en el cargo en análisis y que en ellas actuó con negligencia

inexcusable, incumpliendo lo dispuesto en los numerales 5° y 6° del Artículo 27 del Reglamento del Sistema, faltando a su deber de cuidado en la elaboración del informe del procedimiento de acreditación en análisis, lo que se demuestra, además, por su falta o exiguo cumplimiento de los principios y normas de las instrucciones de la Circular IP N°21, de 2012, dictadas, especialmente, para evitar y prevenir esta clase incumplimientos por parte de las Entidades Acreditadoras y asegurar a los prestadores institucionales evaluados el goce de su derecho a recibir un informe correctamente emitido relativo a su procedimiento de acreditación.

14°.- Que, por tanto, del análisis de los antecedentes referidos y analizados en los Vistos y Considerandos precedentes, así como de la ponderación de la prueba rendida en el presente procedimiento, toda ella apreciada en conciencia, esto es, conforme a las reglas de la sana crítica, conforme lo dispone el artículo 35 de la Ley N°19.880, así como conforme lo recomendado por el Comité Asesor en materia de Sanciones de esta Intendencia, según consta en su acta de fecha 29 de junio de 2017, señalada en el N°16) de los Vistos precedentes, corresponde concluir que en este procedimiento **se han acreditado fehacientemente hechos infraccionales fundantes de los nueve cargos formulados** en contra de la sumariada y que procede establecer una sanción para tales infracciones a la normativa del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud.

15°.- Que en este sentido, debe tenerse presente que la ley, respecto del tipo y montos de sanción aplicables a las infracciones cometidas por las Entidades Acreditadoras, establece en el artículo 123 del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, lo siguiente: ***"Artículo 123.- Tratándose de infracciones cometidas por las entidades acreditadoras, el Intendente de Prestadores de Salud podrá aplicar a la entidad las siguientes sanciones, de acuerdo a la gravedad de la falta o su reiteración:***
1.- Amonestación;
2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado;
3.- Cancelación de la inscripción en el registro de entidades acreditadoras, y
4.- Las demás que autoricen las leyes y reglamentos.
La multa que se determine será compatible con cualquiera otra sanción."

16°.- Que, a los fines de establecer el monto y tipo de la sanción a aplicar en este procedimiento, se tendrán presentes los criterios de sanción establecidos en la Circular Interna IP/N°4, de 31 de marzo de 2016, que "dicta instrucciones sobre los procedimientos de fiscalización a las entidades acreditadoras", para lo cual, en lo pertinente a considerar en este caso, se tendrán en especial consideración las siguientes normas del Acápito II de dicha circular interna:

16.1. Lo dispuesto en su N°2 del literal **a)** de su numeral **5.2.3.**, a saber: ***"Se estimará la gravedad de una infracción según la forma o frecuencia con que una Entidad Acreditadora infrinja alguna de las principales obligaciones que tal clase de entidades tienen en el marco del sistema de acreditación de prestadores Institucionales de salud, a saber: 2) Efectuar la evaluación de los prestadores institucionales correctamente, esto es, dando pleno***

cumplimiento a la normativa que rige tales evaluaciones, objetivamente y en forma debidamente fundada;";

16.2. Lo dispuesto en el literal **b)** de su numeral **5.2.3.**, a saber: "***En la estimación de la sanción siempre se ponderará la actitud de colaboración, o de falta de ella, de parte de la Entidad Acreditadora para con la investigación de los hechos, los actos de fiscalización y los actos del procedimiento sancionatorio, su efectiva y oportuna disposición fiscalizadora, así como su actitud de reparación de cualquier mal que se hubiere causado.***";

16.3. Lo dispuesto en el literal **c)** de su numeral **5.2.3.**, a saber: "***Se estimará que una infracción constatada es grave, cuando genera interferencia, retraso injustificado, perjuicios al prestador institucional evaluado o afecta la fe pública y confianza ciudadana que debe generar el Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, así como cuando afecta el prestigio del Sistema de Acreditación.***"; y

16.4. Lo dispuesto en el literal **c)** de su numeral **5.2.3.**, a saber: "***Asimismo, se estimará que una infracción constatada es grave, cuando se infringen las instrucciones sobre interpretación de las normas del Sistema de Acreditación contenidas en las Circulares de general aplicación; o cuando se incumplen las instrucciones particulares dirigidas a una Entidad Acreditadora en el marco de un procedimiento de acreditación y, especialmente, durante la fase de fiscalización del informe de acreditación.***"

17°.- Que, atendido lo considerado precedentemente, y considerando la cantidad de hechos infraccionales que fundamentan los nueve cargos formulados en este procedimiento, lo que resulta indicativo de una actitud de reiterado desprecio por parte de la entidad sumariada al debido cumplimiento de la normativa e institucionalidad del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, según se exhibe, de distintas formas, en los hechos y conductas referidos en los considerandos precedentes, y que tales cargos comprobados exhiben que en las conductas infracciones han existido incumplimiento a instrucciones de esta Intendencia sobre interpretación de las normas del Sistema de Acreditación, lo que unido a las interferencias indebidas al normal y tranquilo funcionamiento del prestador evaluado que se generaron en el procedimiento de acreditación en análisis, como se refiere en el "Séptimo Cargo", precedentemente referido, o a la emisión de un informe de acreditación incompleto, como se refiere en el "Noveno Cargo", cabe concluir que en este caso las conductas de la entidad sumariada afectan el prestigio del Sistema de Acreditación, por lo que debe concluirse que en este caso, conforme a los criterios señalados en el considerando precedente, el conjunto de conductas infraccionales constatadas en este procedimiento debe ser considerada como infracciones de carácter **grave**;

18°.- Que lo anterior debe ser adecuadamente reprochado a la entidad sumariada mediante una sanción justa y proporcional a la gravedad de los cargos e infracciones reglamentarias imputados;

19°.- Que, para fijar el monto de la sanción a aplicar, este Intendente tendrá presente lo que le fuera sugerido por el Comité Asesor en materia de Sanciones de esta Intendencia, según consta en su acta de fecha 29 de junio de 2017, el cual, por el conjunto de infracciones imputadas en este procedimiento y, al haberse constatado que

se han acreditado los nueve cargos formulados en él a la entidad sumariada, así como que existe mérito para considerarlas como infracciones graves, ha propuesto se aplique a ésta la sanción consistente en **una multa ascendente a 120 Unidades de Fomento**, estimándose especialmente grave la infracción que sustenta el "Noveno Cargo", relativo a la falta de incorporación en el informe de acreditación de las evaluaciones efectuadas al Banco de Sangre del prestador institucional evaluado;

20°.- Que, sin perjuicio de lo antes recomendado por el Comité Asesor en materia de Sanciones de esta Intendencia, este Intendente considera, asimismo, particularmente grave para la seguridad de los pacientes, la conducta imputada a la entidad sumariada en el "Cargo Octavo", conforme al cual ella permitió, y ha defendido en este procedimiento, el hecho que profesionales inidóneos evalúen características correspondientes al Ámbito Gestión Clínica, lo cual atenta contra la seguridad de los pacientes, principal objetivo del Sistema de Acreditación;

21°.- Que, teniendo presente que, dentro del rango de sanciones posibles, la sanción de multa resulta -entre las tres sanciones posibles de imponerse en estos casos, conforme al Artículo 123 del D.F.L. N°1, de 2005, transcrito en el Considerando 15° precedente- la más proporcionada a la gravedad de los cargos imputados; que, dentro del rango de dicha sanción posible, conforme al N°2 de esa disposición legal, su monto puede llegar a ser de "**hasta 1.000 unidades de fomento**"; que el cúmulo de hechos infraccionales constatados en este procedimiento, considerados en su conjunto como una infracción grave, determinarían que en este procedimiento debería imponerse una sanción cuyo monto estuviera dentro del rango superior de la multa posible de ser impuesta; que, sin embargo, por tratarse de la primera sanción a la entidad acreditadora sumariada en este procedimiento, y conforme a los criterios de gradualidad establecidos en esta materia en la Circular Interna IP/N°4, de 31 de marzo de 2016, que "dicta instrucciones sobre los procedimientos de fiscalización a las entidades acreditadoras", **este Intendente considera razonable que el monto de la multa se fije dentro de los rangos inferiores que la norma legal antes señalada permite**, por lo que coincide con el monto de la multa propuesta por el Comité Asesor en materia de Sanciones de esta Intendencia, según consta en su acta de fecha 29 de junio de 2017;

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

RESOLUCIÓN:

1° DECLÁRANSE ACREDITADOS los **nueve cargos** formulados contra la **Entidad "Acreditadora GECASEP Limitada"** en este procedimiento y que se refieren en el Considerando **3°** precedente.

2° En consecuencia, SANCIÓNASE a la **Entidad "Acreditadora GECASEP Limitada"**, con N°26 de inscripción en el Registro Público de Entidades Acreditadoras, representada en este procedimiento por doña Paola Alejandra Martínez Osorio, representante legal de dicha entidad, y por el abogado don Luis Chamorro Díaz, con una sanción única, consistente en una multa ascendente a la suma de **120 (ciento veinte) Unidades de Fomento**.

3° TÉNGASE PRESENTE que la multa impuesta en el numeral anterior deberá ser pagada en el plazo de 5 días hábiles desde la notificación de la presente resolución, mediante depósito en la cuenta corriente N°9019073, del Banco Estado, a nombre de la Superintendencia de Salud, Rut:60.819.000-7. El valor de la Unidad de Fomento a pagar será el que corresponda a la fecha del día del pago. El comprobante de pago correspondiente deberá enviarse a la Tesorería del Subdepartamento de Finanzas y Contabilidad de esta Superintendencia, al correo electrónico gsilva@superdesalud.gob.cl, para su control y certificación, dentro de quinto día de solucionada la multa.

4° ORDÉNASE a la Entidad Acreditadora "**GECASEP Limitada**" adoptar todas las medidas destinadas a dar cabal cumplimiento a las instrucciones contenidas en la Circular IP/N°38, de 2017, que "imparte instrucciones a las Entidades Acreditadoras sobre el formato del Informe de Acreditación y deroga la Circular IP/N°21, de 3 de septiembre de 2012" e **informar a esta Intendencia, por escrito, y allegando los antecedentes probatorios pertinentes, acerca de la forma cómo ha dado cumplimiento a lo ordenado en los numerales 1.2. y 1.5 de dicha Circular, dentro de los 20 días hábiles contados desde la notificación de esta resolución.**

5° INCORPÓRESE copia de la presente resolución a la inscripción de la Entidad Acreditadora "**GECASEP Limitada**", con N°26 de inscripción en el Registro Público de Entidades Acreditadoras, por el Funcionario Registrador de esta Intendencia. **PRACTÍQUESE** tal incorporación dentro de quinto día hábil desde que la presente resolución le sea intimada.


6° NOTIFÍQUESE por carta certificada la presente resolución al representante legal de la Entidad Acreditadora "**GECASEP Limitada**", así como a su abogado, Sr. Luis Chamorro Díaz.

7° TÉNGASE PRESENTE, atendido lo previsto en el Artículo 41 de la Ley N°19.880, que la presente resolución es susceptible de los recursos administrativos de reposición y jerárquico, dentro del plazo de 5 días siguientes a su notificación ante este Intendente. Este último recurso podrá interponerse en subsidio del recurso de reposición. Si sólo se interpusiere este último recurso, deberá interponerse para ante el Superintendente, dentro del mismo plazo antedicho.

REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE



**DR. ENRIQUE AYARZA RAMÍREZ
INTENDENTE DE PRESTADORES
SUPERINTENDENCIA DE SALUD**


**CMB/BRH/HOG
Distribución**

- Sr. Luis Chamorro Díaz (por carta certificada dirigida a calle Granada N°1125, Parque Andalucía, Chillán)

- Representante Legal Entidad Acreditadora "GECASEP Limitada" (por carta certificada y a su correo electrónico)
- Jefa Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Tesorería del Subdepartamento de Finanzas y Contabilidad
- Encargada Unidad de Fiscalización en Calidad IP
- Encargado Unidad de Gestión en Acreditación IP
- Encargado Unidad de Apoyo Legal IP
- Ing. E. Javier Aedo, Funcionario Registrador IP
- Expediente Fiscalización
- Oficina de Partes
- Archivo