



# SUPERINTENDENCIA DE SALUD

INTENDENCIA DE PRESTADORES DE SALUD  
Subdepartamento de Derechos de las Personas

**SANCIÓN RECLAMO N° 250417-13**

**RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 158**

**SANTIAGO, 31 ENE 2017**

## **VISTO:**

Lo dispuesto en el artículo 173 inciso 7° del D.F.L. N° 1/2005, del Ministerio de Salud, que prohíbe a los prestadores de salud exigir dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma las atenciones de urgencia o emergencia; como asimismo en los artículos 121 N° 11, 126 y 127 del mismo cuerpo legal; en la Ley N° 19.880, que establece las bases de los procedimientos administrativos; la Resolución Exenta IP/N° 302, de 2014, de la Intendencia de Prestadores; y lo previsto en la Resolución N° 1.600 de 2008, de la Contraloría General de la República; y, en la Resolución Exenta N° 1278 de 2015, de la Superintendencia de Salud; y

## **CONSIDERANDO:**

- 1.- Que, mediante Resolución Exenta IP/N° 302, de 11 de marzo de 2014, se formuló cargo a Clínica Regional del Elqui por infracción a lo dispuesto en el artículo 173 inciso 7°, del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, finalizando así la fiscalización extraordinaria instruida ante la presentación N° [REDACTED] realizada por el [REDACTED] en contra del referido prestador.

La antedicha formulación de cargos se basó en los antecedentes recopilados en el expediente del citado reclamo administrativo, que evidenciaron que para la hospitalización de urgencia de la paciente, [REDACTED] se exigió la firma de un pagaré, para garantizar las atenciones de salud requeridas.

Se hace presente, que en la citada Resolución Exenta se informó a ese prestador que disponía del plazo fatal de 10 días hábiles, contados desde la notificación de dicho acto, para formular por escrito, todos sus descargos y/o alegaciones en relación al cargo formulado, así como para allegar los antecedentes probatorios que estimase pertinentes y conducentes sobre los hechos indicados.

- 2.- Que, Clínica Regional del Elqui, presentó sus descargos en el plazo legal indicado, señalando, en lo fundamental, que el día 17 de octubre de 2013, la [REDACTED] ingresó al Servicio de Urgencia de ese prestador, por un cuadro descrito en el Dato de Atención de Urgencia como de dolor en base pulmonar izquierda y fosa renal, luego de consultar el día 13 de octubre de 2013 en el Hospital de La Serena, donde tras la realización de un RX de Tórax, su patología fue interpretada como una Bronquitis Aguda, añadiendo que, por la persistencia del dolor la paciente reingresó al mencionado hospital, esta vez siendo diagnosticada de Colon Irritable.

Refiere que, a su ingreso el Servicio de Urgencia de Clínica Elqui la paciente fue categorizada como C4, lo que describe una gravedad leve, lo que era coincidente con la información entregada por la paciente en razón a los diagnósticos realizados cuatro días antes en el Hospital de La Serena.

Indica que, luego de la atención prestada por el médico de urgencia y con los resultados obtenidos de los exámenes de imagenología y laboratorio, se decidió la hospitalización de la paciente bajo el diagnóstico presuntivo de tromboembolismo pulmonar, agregando que sólo el día 24 de octubre, la paciente ingresó a pabellón para la realización del procedimiento de Implante de Filtros Venosos, cirugía realizada en óptimas condiciones.

Prosigue sus descargos, transcribiendo lo dispuesto en los artículos 141 inciso 3°, 173 inciso 7°, 141 bis y 173 bis del DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud.

Luego, cita textual la definición de atención médica de emergencia o urgencia del Decreto N° 369, de 1985, del Ministerio de Salud.

En ese contexto, indica que Clínica Elqui, a través de su procedimiento administrativo de ingreso de pacientes y una vez que en el Servicio de Urgencia, se haya descartado -por el médico cirujano de turno- que la atención se trate de un caso de Urgencia de Riesgo Vital o Secuela Funcional Grave, se solicita a sus pacientes o representantes legales, instrumentos financieros que garanticen el pago por los servicios prestados, siendo éstos, aquellos que la misma ley menciona a modo ejemplar en los artículos 141 bis y 173 bis del citado DFL.

Añade que, es de naturaleza práctica que los instrumentos financieros expresamente señalados en el mencionado artículo, sean solicitados inmediatamente luego del primer contacto de atención que permite determinar la categorización Triage o el estado de urgencia del paciente, por lo que antes del Alta o de la Hospitalización, es el momento natural en que Administración puede tomar contacto con ellos o sus representantes, persiguiendo con ello resguardar el derecho a cobrar por un servicio prestado por la clínica y que le es legítimo.

Hace hincapié, en que solicitar un pagaré como garantía de pago en un Servicio de Urgencias no está reñido con la protección a la salud que hace la ley, ya que el Decreto N° 369 de 1985, del Ministerio de Salud, manifiesta que la "Urgencia o Emergencia corresponde a una condición de salud o cuadro clínico que involucre estado de riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave para una persona y, por ende, requiere atención médica inmediata e impostergable", que en este caso concreto no fue el que cursó la paciente en su primera atención en Clínica Elqui, ya que no puede desconocerse que fue categorizada en C4, gravedad leve, dejando fuera a la paciente de lo que el decreto previamente citado reconoce como urgencia de riesgo vital o secuela funcional grave.

En virtud de lo anterior, sostiene que la paciente no se encontraba en el caso que describe el artículo 141 inciso 3° y/ o 173 inciso 7° del DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, como fundamento de la prohibición y tampoco se debe presumir que por el hecho de que un paciente ingrese al Servicio de Urgencia, necesariamente se encuentra en un estado de tal gravedad.

Asimismo, manifiesta que no guarda relación con los hechos ciertamente ocurridos, los cargos establecidos en la Resolución, en que se califica a esta atención como de urgencia, ya que dicha mención, como bien se establece en el citado Decreto N° 369, debe ser hecha exclusivamente por el médico cirujano de la primera atención por el cuadro que cursaba la paciente, cuestión que primero que todo, no le correspondió realizar al Médico de Clínica Elqui, ya que la paciente venía evolucionando en este cuadro desde al menos el día 13 de octubre, en que fue asistida en el Hospital de La Serena, desde el cual fue enviada a su domicilio, sin indicación de traslado por Urgencia de Riesgo Vital a otro centro de salud.

Así las cosas, insiste en que la paciente ingresó el día 17 de octubre de 2013 a Clínica Elqui estable, lo que se prolongó, como fue debidamente certificado por el Médico [REDACTED] hasta al menos el día siguiente, citando al referido profesional "La Serena, 18 de octubre de 2013, Certifico que la paciente [REDACTED] RUT [REDACTED] ingresa a la UTI de la Clínica [REDACTED]"

*Regional del Elqui el día 18/10/13 hospitalizada por Trombosis Venosa Profunda y embolia Pulmonar, Su condición es Estable."*

Señala además, que esa Clínica no ha hecho otra cosa que cumplir la ley, ya que la solicitud de pagaré sólo se realizó una vez que la paciente recibió la primera atención, fue categorizada como de urgencia leve, con el diagnóstico presuntivo indicado por el médico cirujano de TEP estable, es decir, el instrumento de garantía de pago se solicitó a una paciente que no cursaba una urgencia de riesgo vital o secuela funcional grave, por lo que la prohibición del artículo 141 inciso 3° y 173 inciso 7° del DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud no es aplicable al caso de la paciente.

Indica que, es un hecho totalmente diferente y conocido por esa parte, que la paciente desde su ingreso en condición de salud estable del día 17 de octubre, evolucionó negativamente hasta encontrarse el día 22 de octubre de 2013 en riesgo vital, que fue resuelto en esa misma clínica el día 24 de octubre en óptimas condiciones, por tanto el instrumento financiero que garantizó el pago de la atención prestada se solicitó, al momento en que no se encontraba en un caso de emergencia o urgencia, sino que estable, haciendo hincapié en que no se supeditó su primera atención a ningún tipo de instrumento financiero, por lo que se cumplió con lo que estrictamente establece la ley.

Igualmente y porque es competente con el cargo que se está formulando, acompaña a esta presentación copia de ORD. 6D/N° 556, del 3 de marzo de 2014, mediante el cual el Director del FONASA Centro Norte comunica resolución sobre solicitud de cobertura mediante Ley de Urgencia (respecto de un reclamo distinto del presente).

Por otra parte, refiere que la instrucción de devolver el pagaré, constituye una decisión arbitraria de la administración, por cuanto al momento de la notificación de la Resolución, esa parte no había formulado sus descargos a la supuesta infracción. En efecto, la Clínica (a esa fecha) no había podido ejercer válidamente sus derechos en el Procedimiento Administrativo y la Autoridad ya había manifestado su criterio sancionador al instruir la devolución del pagaré, requerimiento formulado por la Clínica que constituye fundamento de la supuesta infracción normativa.

Asimismo, discurre que al instruirse la devolución del Pagaré, se estaría infringiendo el principio de la Contradictoriedad al no haber tenido oportunidad la Clínica de aportar antecedentes y hacer alegaciones que permitan a la Autoridad hacer una adecuada valoración de las mismas y, se ha dictado una resolución vulnerando los derechos de esa parte como se indicó precedentemente.

Como consecuencia de lo anterior, existiría también una infracción al principio de la bilateralidad de la audiencia, puesto que la Clínica no presentó sus descargos previamente a la aplicación de una instrucción que afecta sus intereses como es, la devolución del pagaré. Todo lo anterior, constituyendo una grave infracción a las normas del Debido Proceso.

En mérito de los antecedentes de hecho y de derecho antes expuestos es que solicita se tengan por presentados los descargos en relación al caso de la [REDACTED] por la presunta infracción al artículo 173 inciso 7° del DFL N° 1 de 2005 del MINSAL y se absuelva a Clínica Regional del Elqui del cargo formulado, no aplicando sanciones de ninguna especie por no existir infracción al precepto legal citado.

Del mismo modo, solicita se deje sin efecto la instrucción de devolver el pagaré, y se pronuncie sobre la misma en definitiva, esto es una vez que esa parte haya formulado sus alegaciones y defensas en la etapa de discusión y se le permita aportar prueba que fundamente las mismas.

Por último, y para el improbable caso de ser aquello desestimado, requiere que se exprese, por esta Superintendencia, los motivos de hecho y derechos que

llevaron a esta conclusión, para, en definitiva, permitir una mejor defensa y servicio a sus pacientes.

- 3.- Que, en lo referente a la certificación del estado clínico de urgencia vital o riesgo de secuela funcional grave, cabe señalar que la omisión de dicha certificación al momento en que un paciente ingresa a un prestador y de su posterior estabilización, no pueden considerarse impedimentos para acreditar la existencia de tales condiciones clínicas, en la medida que éstas consten de los antecedentes y registros que dan cuenta del estado y evolución de la salud del paciente en particular.

En la especie, de acuerdo al informe evacuado por la Unidad de Asesoría Médica de esta Superintendencia, cuyo contenido se reprodujo en el considerando 5° de la Resolución de Cargos, este Organismo Fiscalizador llegó a la conclusión que el ingreso de la paciente a Clínica Regional del Elqui el 17 de octubre de 2013, fue en condiciones de urgencia vital y/o de riesgo de secuela funcional grave, atendidas las consideraciones vertidas en el acto administrativo en comento.

A mayor abundamiento, cabe precisar que se trató de una paciente de 34 años, con antecedentes de obesidad, que el 12 de octubre de 2013, presentó un cuadro caracterizado por dolor en la base pulmonar izquierda y en la fosa renal.

El 13 de octubre consultó por dicho cuadro en el Hospital de La Serena, practicándosele una radiografía de tórax que fue interpretada como una Bronquitis Aguda, indicándosele a la paciente tratamiento antibiótico y el 14 de octubre acudió a una consulta médica, diagnosticándosele un Síndrome de Colon Irritable.

Debido a la persistencia del dolor en la región lumbar y en la base pulmonar izquierda, consultó en el Servicio de Urgencia de la Clínica Regional del Elqui, el 17 de octubre de 2013, a las 18:23 horas, oportunidad en que se registró que presentaba una Presión Arterial de 139/73 mmHg, Frecuencia Cardíaca de 100 latidos por minuto, Frecuencia Respiratoria de 20 ciclos por minuto, temperatura de 37° C, y Saturación Arterial de Oxígeno de 99 por ciento.

Al examen físico se registró que presentaba murmullo pulmonar audible, con crepitaciones en la base pulmonar izquierda, ausencia de sibilancias, signo de la puño-percusión dudoso a izquierda, abdomen blando, depresible, indoloro, sin resistencia muscular, ruidos hidroaéreos presentes, catalogados como "normales" y ausencia del signo de Blumberg.

Si bien en el Dato Médico de Urgencia se categorizó a la paciente como C4, con Gravedad "Leve", e indicación de Destino a su domicilio, en el mismo documento se registró el diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar y se indicó hospitalizarla en la Unidad de Tratamiento Intermedio.

En el Traslado de Enfermería a la Unidad de Tratamiento Intermedio se registró que en el Servicio de Urgencia se le practicó una Pielografía por Tomografía Axial Computada, descartándose Urolitiasis, tras lo cual se le practicó una Angiografía por Tomografía Axial Computada, que detectó un Tromboembolismo Pulmonar Multisegmentario basal izquierdo, asociado infartos basales del mismo lado y una Trombosis Venosa Profunda que se extendía desde las venas ováricas derecha e izquierda, por la vena cava inferior.

En el Ingreso Médico de Intermedio, que da cuenta de que la paciente ingresó al mismo a las 02:50 horas, se señaló que presentaba cinco días de dolor en la base pulmonar izquierda, sin disnea, ni síntomas respiratorios, registrándose que presentaba una Presión Arterial de 126/61 mmHg, Frecuencia Cardíaca de 85 latidos por minuto, en ritmo sinusal, temperatura de 37° C y Frecuencia Respiratoria de 19 ciclos por minuto, con Saturación Arterial de Oxígeno de 98 por ciento, sin oxígeno adicional.

Se señaló que se encontraba en buenas condiciones, consciente, bien perfundida, ventilando espontáneamente en forma normal, siendo el examen cardiopulmonar

y abdominal normal, y no habiendo edema, ni signos de Trombosis Venosa Profunda en las extremidades inferiores, con pulsos normales.

Se solicitó una nueva Tomografía Axial Computada que confirmó la presencia de trombosis de las venas ováricas con compromiso de la vena cava inferior.

Se registraron los diagnósticos de Tromboembolismo Pulmonar basal, Infartos Pulmonares secundarios, Trombosis Venosa Profunda de la Vena Cava Inferior y Obesidad.

Dentro del plan de manejo se indicó anticoagulación con heparina por Bomba de Infusión Continua, evolucionando satisfactoriamente, en tanto que el 22 de octubre se le describió como oligosintomática y estable, sin embargo, dada la presencia de un trombo flotante en la vena cava inferior, cirugía vascular recomendó la instalación de un filtro de vena cava lo que se llevó a cabo el día 24 de octubre de 2013 sin incidentes.

El 25 de octubre se decidió su traslado a sala, habiendo iniciado tratamiento con Acenocumarol.

En la Epicrisis se reiteró que la paciente había consultado por dolor torácico de la base pulmonar izquierda, demostrándose por imágenes un Tromboembolismo Pulmonar, e Infartos Pulmonares secundarios.

Se reiteró además, que el estudio venoso de las extremidades inferiores comprobó la presencia de una trombosis de venas ováricas y de la vena cava inferior, a nivel infrarrenal.

Se indicó que al momento del alta, el 28 de octubre de 2013, la paciente se encontraba en buenas condiciones, sin conflicto hemodinámico ni respiratorio.

El 22 de octubre, el Dr. [REDACTED], residente de la Unidad de Paciente Crítico del prestador, emitió un certificado en el que señaló que la paciente portaba una Trombosis cabalgada de la Vena Cava Inferior y de las venas ováricas izquierdas, que requería de la instalación, a la brevedad, de un Filtro de Vena Cava Inferior, y que dadas las características de dicha trombosis, "cualquier traslado de la paciente a otro centro" era "de alto riesgo de desprendimiento de un nuevo coágulo, evento que [podría colocar a la paciente] en situación catastrófica de riesgo vital", y que por ello "de ningún modo [era] recomendable [en ese momento] una derivación".

Se cuenta con un segundo certificado médico del Dr. [REDACTED], quien señaló el 18 de octubre de 2013, que la paciente había ingresado "a la Unidad de Pacientes Críticos (UTI) de la [clínica] el día [18 de octubre de 2013] hospitalizada por; Trombosis Venosa Profunda y Embolia Pulmonar" y que "Su condición clínica [era en ese momento] estable".

En síntesis, la paciente ingresó al Servicio de Urgencia de la Clínica Regional del Elqui, el 17 de octubre de 2013, a las 18:23 horas, con un cuadro de dolor en la base pulmonar izquierda y en la región lumbar ipsilateral, constatando mediante la evaluación médica y el estudio con imágenes radiológicas, en el mismo servicio, la presencia de un cuadro de Tromboembolismo Multisegmentario asociado a Infartos Pulmonares y la Sospecha de una Trombosis Venosa Profunda de Venas Ováricas izquierdas, con extensión de un trombo hacia la Vena Cava Inferior.

En ese contexto, cabe precisar que el examen de Angiografía por Tomografía Axial Computada no se hubiera realizado de no existir al menos la sospecha de un Tromboembolismo Pulmonar y dicho cuadro corresponde a una condición de Urgencia Vital, y no a un cuadro de gravedad leve o de categoría C4.

Abona lo anterior, que la conducta médica, de hospitalizar a la paciente en una Unidad de Tratamiento Intermedio, a las 02:50 horas del 18 de octubre, da

cuenta de la consideración de gravedad que el equipo médico tratante tuvo de su cuadro, una vez confirmado el diagnóstico.

- 4.- Que, respecto a la calificación de la condición de la paciente contenida en el informe médico, emanado de la Unidad de Asesoría Médica de esta Superintendencia que se tuvo a la vista para resolver el reclamo, se hace necesario confirmar que este órgano fiscalizador tiene el deber y la competencia para analizar y valorar la condición de urgencia, de un modo objetivo, lo que se ejecuta en función de todos los documentos clínicos disponibles en el proceso, ello según lo reconoce el Dictamen N° 90.762 de fecha 11 de noviembre de 2014, de la Contraloría General de la República, en cuanto señala que esta institución fiscalizadora en casos como el que nos convoca, puede recabar los antecedentes que estime necesarios para determinar la condición de un paciente al ingreso, atención y diagnóstico inicial, exámenes y otros relacionados con la materia, como asimismo lo declarado por el prestador, siendo relevante a este propósito el informe de la Unidad de Asesoría Médica de esa entidad, realizando por tanto que ésta organismo fiscalizador cuenta con las atribuciones legales necesarias para resolver este tipo de reclamaciones.

Ahora bien, en torno a la circunstancia de que el médico a cargo de la paciente no certificó la condición de urgencia en su oportunidad, porque no correspondía al estado en que se encontraba la paciente, y que en función de ello se solicitó el pagaré, cabe señalar que, tal como lo ha resuelto esta autoridad sostenidamente en estos casos, la circunstancia de no haberse certificado debidamente la condición de urgencia, no puede operar en favor del prestador, por cuanto el citado deber normativo recae sobre él y no puede beneficiarse de su propia omisión.

- 5.- Que, por otra parte, cabe señalar que resultan improcedentes las alegaciones del prestador, en cuanto a que no se habrían respetado las normas del Debido Proceso, toda vez que tanto al dictarse el Ordinario A4R/N° 353 de 29 de octubre de 2013, como mediante la Resolución de Cargos de fecha 11 de marzo de 2014, se informó debidamente a esa parte, con el objeto que allegara todos los antecedentes que estimara pertinente para su defensa y formulara los descargos correspondientes, respetándose de tal forma los principios de bilateralidad y contradictoriedad.

En ese sentido, corresponde puntualizar que la Resolución Exenta IP/N° 302, de fecha 11 de marzo de 2014, resolvió el procedimiento administrativo de reclamo folio N°250417-13, constatando la efectividad de los hechos reclamados y determinando su calidad de injusto o irregularidad, por lo que ordenó la devolución del instrumento financiero obtenido ilegítima o irregularmente y formuló cargos al prestador por ello.

Sobre el particular se aclara que en la tramitación de dicho procedimiento, se otorgó traslado a Clínica Regional del Elqui mediante el Ord. A4R/N° 353, de fecha 29 de octubre de 2013, informándole expresamente del reclamo interpuesto en su contra por condicionamiento de la atención de salud en contravención a las normas contenidas en las leyes N° 19.650 y N°20.394, y sus respectivas modificaciones, refundidas en el D.F. L. N°1, de 2005, de Salud, requiriéndole informar al tenor de lo reclamado y que acompañara los antecedentes que sustentaran sus afirmaciones, así como copia de todo otro documento administrativo o financiero que haya emitido o recibido por dicha causa, junto con el protocolo de admisión de prestaciones electivas o de urgencia, otorgadas en el Servicio de Urgencia y de los antecedentes clínicos de la paciente, lo que fue respondido por la Clínica involucrada el día 29 de octubre de 2013.

En consecuencia, en la tramitación del antedicho procedimiento administrativo de reclamo finalizado por la resolución recurrida, se respetó cabalmente el derecho constitucional al debido proceso del prestador involucrado regulado en el artículo 18, inciso 2°, de la Ley 18.575, como también, los principios de contradictoriedad, imparcialidad y transparencia, establecidos en la Ley N° 19.880, toda vez que el citado prestador fue notificado del reclamo deducido en su contra y del inicio del procedimiento de reclamo respectivo, como también,

tuvo la oportunidad de presentar en su defensa todas las pruebas y gestiones que acreditaran sus dichos, pudiendo además y en cualquier momento de dicho procedimiento, de conformidad al artículo 10 de la citada Ley, aducir las alegaciones y aportar los documentos u otros elementos de juicio que estimase oportunos.

Además, procede aclarar al antedicho prestador que la orden de devolución del pagaré, contenida en la resolución impugnada no tiene naturaleza sancionatoria, ni constituye una sanción, sino que obedece a la necesidad de dejar al usuario en la situación en la que se encontraría de no haberse materializado el injusto detectado, como se indicó, y que esta Intendencia posee atribuciones legales para ello en cuanto se encuentra facultada para resolver este tipo de reclamos, dictando las órdenes de corrección pertinentes, conforme aparece en el artículo 121 N°11 del DFL N°1, de 2005, de Salud.

En consecuencia, fuerza concluir que la resolución impugnada no ha vulnerado el principio de juridicidad consagrado en los artículos 6 y 7 de la Constitución Política de la República, toda vez que esta Autoridad ha actuado dentro de las funciones legales que le corresponden.

- 6.- Que, los hechos constitutivos de la falta descrita en la resolución en comento, y que se tienen por reproducidos en la presente, resultan típicos en cuanto están descritos en el artículo 173 inciso 7° del DFL N°1/2005, de Salud, como también antijurídicos en cuanto a la exigencia del pagaré, pues, no se encuentra permitida por la normativa vigente, correspondiendo determinar en este caso la responsabilidad del prestador Clínica Regional del Elqui en tales hechos.
- 7.- Que, con todo, cabe señalar que la responsabilidad del prestador institucional de salud en la infracción del citado artículo 173 inciso 7°, consiste en el incumplimiento de su deber de prever y prevenir que, en el desarrollo de sus actividades, se cometan infracciones a dicha prohibición legal. En consecuencia, la omisión de instrucciones a su personal y profesionales para el cumplimiento de la ley resultan constitutivas de un defecto organizacional que le hace responsable de la infracción cometida.
- 8.- Que, en consecuencia, cabe declarar la responsabilidad de Clínica Regional del Elqui en la comisión de la infracción y sancionarle según corresponde, considerando para la determinación de la multa a aplicar, además de la gravedad de la infracción, las circunstancias agravantes:
  - a) La falta de acreditación del cumplimiento de la orden de devolver el pagaré, contenida en el N° 1 de la parte Resolutiva de la Resolución Exenta IP/N° 302 de 11 de marzo de 2014.
  - b) La reiteración de la conducta, por cuanto este Organismo Fiscalizador acogió los reclamos N° [REDACTED] y N° [REDACTED] por haberse verificado la transgresión al citado artículo 173 inciso 7° del DFL N° 1, de 2005, del MINSAL.
- 9.- Que, según las facultades que me confiere la ley, y en mérito de lo considerado precedentemente;

#### **RESUELVO:**

- 1° SANCIONAR a Clínica Regional del Elqui con una multa de 370 unidades tributarias mensuales, por la infracción a lo dispuesto en el artículo 173 inciso 7° del D.F.L. N° 1/2005, del Ministerio de Salud.
- 2° Se hace presente que el pago de la multa deberá efectuarse 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 tributaria mensual 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](mailto:gsilva@superdesalud.gob.cl), para su control y certificación, dentro de quinto día de solucionada la multa.

- 3º SE REITERA, al prestador la orden contenida en la Resolución Exenta IP/Nº 302 del 11 de marzo de 2014, que instruye la devolución del pagaré obtenido ilegítimamente por las prestaciones de salud otorgadas al paciente.

Lo anterior no obsta para que el prestador involucrado pueda acordar con el solicitante la forma de pago de aquella parte de las prestaciones que tuvieron lugar durante la atención reclamada, no cubierta por su seguro de salud, en caso que corresponda, pudiendo para ello suscribir la documentación pertinente que asegure la solución de la deuda.

El cumplimiento de lo instruido debe ser informado a esta Intendencia, dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde la notificación de la presente resolución.

Se hace presente que en virtud de lo dispuesto en el artículo 113 del DFL Nº 1/2005, del Ministerio de Salud, en contra de la presente Resolución puede interponerse el recurso de reposición, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de la notificación.

**REGÍSTRESE, NOTIFIQUESE Y ARCHÍVESE**

  
**CARMEN MONSALVE BENAVIDES**  
**INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD (S)**  
**SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

PEJ/KCV/GOR

Distribución:

- Representante Legal Clínica Regional del Elqui
- Reclamante
- Subdepartamento de Derechos de las Personas
- Agencia de Copiapó
- Departamento de Administración y Finanzas
- Subdepartamento de Finanzas y Contabilidad
- Oficina de Partes
- Archivo

NOTA: TODA PRESENTACIÓN DE LAS PARTES EN ESTE PROCEDIMIENTO, DEBERÁ INICIARSE CON EL Nº COMPLETO DEL RECLAMO.

Certifico que el documento que antecede es copia fiel de su original, la Resolución Exenta IP/Nº 158, de fecha 31 de enero de 2017, que consta de 08 páginas y que se encuentra suscrito por la Sra. Carmen Monsalve Benavides, en su calidad de Intendente de Prestadores de Salud (S).

Santiago, 01 de febrero de 2017.

  
  
**JOSÉ CONTRERAS SOTO**  
Ministro de Fe