



SANCIÓN RECLAMO N° 221-14

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 284

SANTIAGO, 15 FEB 2017

**VISTO:**

Lo dispuesto en el artículo 141, inciso penúltimo, del D.F.L. N° 1, de 2005, 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; lo previsto en la Resolución N° 1.600 de 2008, de la Contraloría General de la República y en la Resolución Exenta SS/N° 1278, de 2015, de la Superintendencia de Salud;

**CONSIDERANDO:**

- 1.- Que, mediante la Resolución Exenta IP/N° 249, de fecha 3 de marzo de 2014, se formuló al Hospital Clínico de la Universidad de Chile el cargo por infracción a lo dispuesto en el artículo 141, inciso 3° o penúltimo, del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, motivada en los antecedentes recopilados en el expediente administrativo del reclamo folio N° 221, presentado por la [REDACTED] que evidenciaron que el paciente, Sr. [REDACTED] ingreso a dicho centro asistencial en condición de urgencia el día 9 de septiembre de 2013, exigiéndose para la atención de salud que requería, esto es, su hospitalización, la entrega de tres cheques cada uno girado por el monto de \$600.000 y la suscripción del pagaré N° 507.534.437, como también, de su mandato para llenado.

Se hace presente que la citada Resolución Exenta IP/N° 249, informó a dicho Hospital Clínico que disponía del plazo fatal de 10 días hábiles, contados desde la notificación de la misma, para presentar 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, el Hospital Clínico de la Universidad de Chile fue notificado el día 13 de marzo de 2014, mediante carta certificada de la antedicha Resolución Exenta IP/N° 249, por lo que el plazo para presentar sus descargos se extendió el día 27 de marzo siguiente.
- 3.- Que, no obstante, el citado prestador presentó el día 20 de marzo de 2014, un recurso de reposición en contra de la citada Resolución Exenta IP/N° 249, argumentando que ésta habría determinado la comisión de una irregularidad al artículo 141, inciso penúltimo, del D.F.L. N° 1, de 2005, al ordenar la devolución de los documentos sobre los que versó el procedimiento de reclamo, devolución que a su juicio tendría naturaleza sancionatoria, todo lo cual constituiría una transgresión a los principios de contradictoriedad y de imparcialidad y al debido proceso administrativo, toda vez que no se le habría interpellado, de manera previa a la emisión de la citada Resolución Exenta IP/N° 249, mediante una imputación clara y específica de la supuesta infracción legal atribuida.

A lo anterior añade que esta Autoridad habría incurrido en un prejuzgamiento en su perjuicio, en cuanto la citada Resolución Exenta IP/N° 249, expresa la orden de corregir la irregularidad cometida, mediante la devolución del pagaré obtenido ilegítimamente por las prestaciones de salud otorgadas, lo que determinaría la falta de imparcialidad para examinar los antecedentes y emitir decisiones administrativas, lo que de proseguir vulneraría gravemente el principio de probidad administrativa. Asimismo indica que dicha orden habría vulnerado su derecho a defensa al no contar con oportunidades procesales para conocer y luego desvirtuar los fundamentos del reproche, previsto en el artículo 34 de la Ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos, requiriéndose para ello de la formulación de cargos respectiva, desconociendo la eficacia del Ord. 87, de 2014, al efecto.

Por otra parte señala que la Contraloría General de la República, ha desconocido la juridicidad de la atribución que esta Autoridad para interpretar la normativa introducida o dictada en virtud de la Ley N° 20.394, discurriendo que, con mayor razón, carecía de esa atribución tratándose de la normativa general.

Por otra parte, indica que el considerando 4º de la Resolución Exenta recurrida, afirma que el Servicio de Emergencia advirtió del riesgo vital indicado al priorizar la atención de salud requerida por el paciente en Triaje Nivel II, que define para situaciones de riesgo vital e inestabilidad, en cuanto estaría en contradicción con el ordenamiento jurídico (artículo 141 del DFL N° 1 de 2005, y artículo 3º del D.S. N° 369, de 1985, ambos del Ministerio de Salud), pues atribuye a un procedimiento preliminar y selectivo de diagnóstico, que está a cargo de un profesional de Enfermería, un valor probatorio similar al previsto en la normativa y que se restringe a la certificación de un médico cirujano. En la especie y según asegura, esa certificación existió y constató la inexistencia de una condición de riesgo vital o de secuela funcional grave en el paciente, en el momento de su ingreso en el Servicio de Emergencia, toda vez que la condición del mismo era irreversible e insuperable, por lo que se consideró un cuadro patológico derivado del curso natural de la enfermedad o de dicho tratamiento, conforme señala el antedicho artículo 3º, sin que durante la tramitación del expediente de reclamo respectivo se haya emitido el informe de la Unidad de Asesoría Médica de este Órgano Fiscalizador.

En otro aspecto, refiere que desde el momento del ingreso del paciente a su Servicio de Emergencia y hasta su egreso, éste habría recibido todas las prestaciones y procedimientos que su condición de salud requería, sin mediar ningún condicionamiento por su parte y sin que exista probanza alguna en contrario, añadiendo que en el escenario descrito era admisible que la reclamante hubiese garantizado el pago de la prestación de salud, mediante la suscripción de un pagaré, y se hubiese hecho, de manera voluntaria, un prepago o abono, mediante el giro de cheques, conforme al tratamiento administrativo-financiero de una atención electiva o programada, toda vez que el procedimiento de admisión se verificó después del egreso del paciente desde su Servicio de Emergencia y al decidirse su ulterior hospitalización, momento en que ya no se podría hablar de una atención de urgencia, sino de una atención electiva.

Asimismo, indica que la apreciación de la prueba realizada yerraría al concluir que la recepción de cheques fue motivada por una exigencia, a modo de un condicionamiento de la atención de salud, dado que ella sería una práctica permitida expresamente por la Ley, cuando no se está en presencia de una situación de riesgo vital, sin que existiera prueba objetiva e imparcial que lo contradijera.

Añade que, en subsidio y en el evento de que el recurso de reposición deducido en lo principal de esta presentación no fuere totalmente acogido, deduce recurso jerárquico valiéndose de los mismos fundamentos esgrimidos.

Por otra parte, solicita suspender el presente procedimiento, en tanto no se resuelvan los recursos señalados, en cuanto su continuación podría causarle un daño irreparable y, en caso de acogerse aquéllos, sería imposible su cumplimiento, como también oficiar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, a objeto de que informe el resultado del reclamo dio inicio al expediente de controversia caratulado "ERPEL con FONASA", bajo el Rol N° 221-2013, adjunta a su respuesta, toda la documentación correspondiente. Adicionalmente solicita se oficie a Fonasa para que se le informe si emitió los bonos de atención relativos al caso de marras.

- 4.- Que, con relación al argumento de la reposición que refiere a una eventual naturaleza sancionatoria de la orden de devolución de los instrumentos reclamados, sin mediar una formulación de cargos previa, lo que vulneraría su derecho a defensa, corresponde precisar al citado Hospital Clínico que la potestad de esta Intendencia respecto del reclamo N°221-14 emanan del artículo 121 N°11 del DFL N°1, de 2005, de Salud, y que ella involucra las facultades de fiscalizar, resolver reclamos y sancionar las conductas que infrinjan las prohibiciones legales contenidas en los artículos 134 bis, 141 incisos 3º y 4º, 141 bis, 173 incisos 7º y 8º, y 173 bis del mismo cuerpo legal, las que deben ejercerse en procedimientos simultáneos y/o sucesivos. Cabe agregar que la facultad de resolver reclamos se materializa en el procedimiento administrativo de reclamo, el que se origina precisamente ante el reclamo de un usuario y cuyo objeto consiste en determinar la efectiva ocurrencia de los hechos que allí se denuncien, como también, si éstos transgreden objetivamente alguna de las prohibiciones de los artículos indicados, esto es, si son típicos y antijurídicos (elementos objetivos de la prohibición), configurándose en caso afirmativo, un injusto infraccional o irregularidad. En caso afirmativo, procede se dicte la Resolución Exenta que acoja el reclamo y ordene solucionar el injusto o irregularidad detectada mediante la devolución de los documentos y/o dineros obtenidos y para efectos de reponer al usuario en la situación en la que se encontraría de no haberse materializado la antedicha irregularidad.



- 6.- Que, con relación al argumento de fondo de la reposición en análisis, respecto que esta Autoridad habría incurrido en un prejuzgamiento en la emisión de la Resolución Exenta IP/Nº 249, de fecha 3 de marzo de 2014, careciendo por tanto de la imparcialidad requerida por el principio de probidad administrativa, cabe señalar, en relación a lo señalado en el considerando 4º precedente, que el procedimiento administrativo de reclamo finalizado por la antedicha resolución exenta tuvo por objeto determinar la efectiva ocurrencia de los hechos denunciados, como también, determinar si aquéllos transgredieron objetivamente la prohibición respectiva, constatándose que, en efecto, fueron típicos y antijurídicos (al reunir los elementos objetivos de la prohibición) y que configuraron, por tanto, el injusto infraccional o irregularidad, sin que ello constituyera en caso alguno, un pronunciamiento sobre la responsabilidad o la culpabilidad del prestador recurrente en su ocurrencia.

En efecto, la resolución impugnada no versó la responsabilidad o culpabilidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en los hechos denunciados, sino que se limitó a constatar la concurrencia de los elementos objetivos del artículo 141, inciso penúltimo, del DFL Nº1, de 2005, de Salud, lo que se aprecia en el último párrafo del considerando 4º de la resolución recurrida, en cuanto se refiere a la ocurrencia de una *vulneración* a la prohibición y, en el Nº1 de lo resolutivo de la antedicha resolución, en cuanto constata la existencia de una *irregularidad*, aclarándose que ambos calificativos refieren a hechos y, en caso alguno, a la valoración de la antedicha responsabilidad en la producción de ellos, no correspondiendo por tanto, estimar que se haya cometido algún prejuzgamiento en esta materia.

- 7.- Que, en relación al argumento de la reposición que indica que esta Autoridad habría dado al resultado del proceso de priorización de la demanda en el Servicio de Emergencia, Triage, un valor probatorio similar a la certificación de un médico cirujano, para determinar la existencia de una condición de urgencia, lo que estaría en contradicción con el ordenamiento jurídico (artículo 141 del DFL Nº 1 de 2005, y artículo 3º del D.S. Nº 369, de 1985, ambos del Ministerio de Salud), asegurando que, en la especie, esa certificación existió, descartando la existencia de una condición de riesgo vital o de secuela funcional grave en el paciente por tratarse su condición, de una irreversible e insuperable derivada del curso natural de la enfermedad o de dicho tratamiento, y sin que durante la tramitación del expediente de reclamo respectivo se haya emitido el informe de la Unidad de Asesoría Médica de este Órgano Fiscalizador, cabe reiterar íntegramente lo señalado en los considerandos 4º y 5º de la resolución impugnada y agregar que la calificación de la condición de urgencia allí contenida se realizó conforme a la opinión de la antedicha Unidad Asesora emitida mediante el Memo Nº28, de fecha 24 de febrero de 2014, y solicitada por esta Intendencia mediante el Memo Nº95, de fecha 10 de febrero de 2014, pudiendo haber obtenido acceso a él mediante la consulta del expediente respectivo, conforme se lo garantiza el artículo 17, letra a) de la Ley Nº19.880. En consecuencia y como puede apreciarse, esta Autoridad tuvo presente el análisis de todos los antecedentes clínicos reunidos en el procedimiento administrativo de reclamo y remitidos por el prestador para determinar la condición de urgencia de la paciente, incluyendo el Informe de su Asesoría Médica, el dato de Atención de Urgencia, el Triage, y las evoluciones clínicas. Sobre el particular cabe agregar que la condición de urgencia dice relación con un estado de salud objetivo que se concluye a partir del diagnóstico efectuado por el médico que brindó la respectiva atención del paciente, por lo que la ausencia de un documento o registro específico que establezca o certifique formalmente su concurrencia, no impide que ésta pueda establecerse de un modo real y objetivo a partir de la revisión posterior de los registros clínicos del o de la paciente, siempre que ellos, den cuenta de su estado de ingreso y su posterior evolución. En el mismo sentido cabe señalar que la atención de urgencia o emergencia es aquella inmediata e impostergable requerida por un paciente para la superación del riesgo vital y/o de secuela funcional grave, por lo que todas las prestaciones otorgadas al paciente para dicha superación desde el día 9 de septiembre de 2013, y siguientes, en el Servicio de Emergencia y luego, en su hospitalización, hasta el día 25 de septiembre siguiente, en que se estabilizó, resultaron las inmediatas e impostergables para ello, involucrando una condición de urgencia.

Por otra parte, debe desestimarse que el cuadro presentado por el paciente haya derivado del curso natural de una enfermedad terminal, por cuanto ello no aparece registrado en los antecedentes clínicos del paciente, teniéndose presente que en la ciencia médica, si bien la calificación de un enfermo como terminal ha variado con el tiempo, actualmente se considera que éste debe padecer una enfermedad o condición patológica grave, de carácter progresiva e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en un plazo

relativamente breve, diagnosticada en forma precisa por un médico experto y que no es susceptible de un tratamiento conocido y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o bien, que los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces. En efecto, la condición de terminal del paciente, de haber existido, debió al menos diagnosticarse, registrarse en la ficha clínica e informarse a la familia del paciente por el prestador reclamado, lo que no parece acreditado de los citados antecedentes clínicos.

- 8.- Que, respecto del alegato del prestador reclamado, respecto que el paciente habría recibido todas las atenciones médicas y de enfermería que requería su estado, sin condicionamiento, se indica que la figura que contempla el artículo 141, inciso penúltimo, del DFL N°1, de 2005, de Salud, entiende sinónimos las acciones de exigencia y condicionamiento, en cuanto buscan impedir que, durante el curso de una condición de urgencia, se produzca alguna solicitud o requerimiento por parte del prestador al paciente o a sus acompañantes, de dinero, cheques u otros instrumentos financieros como el pagaré, para garantizar el pago y/o el ejercicio, en cuanto ello constituye una influencia ilegítima y determinante sobre éstos, al encontrarse en imposibilidad de concurrir a algún otro prestador que le otorgue al paciente la atención de urgencia que requiere de manera inmediata. Cabe aclarar que la infracción no requiere, además, del entorpecimiento de dicha atención de urgencia para su configuración, esto es, de alguna acción u omisión que demore o supedite la antedicha atención a la entrega de los instrumentos motivo de autos. Ello, de ocurrir, permitiría la aplicación de una agravante a la infracción.
- 9.- Que, en relación a la solicitud de suspensión del presente procedimiento, cabe hacer presente que, conforme al artículo 57 de la Ley N° 19.880, los recursos administrativos no suspenden la ejecución del acto impugnado, salvo que la Autoridad llamada a resolver el recurso así lo decrete en caso que el acto recurrido pudiere causar daño irreparable o hacer imposible el cumplimiento de lo que se resolviera, en caso de acogerse el recurso. Sobre el particular y teniendo presente lo aclarado en los considerandos precedentes que establecen la falta manifiesta de fundamento de la reposición interpuesta y atendido, por tanto, la necesidad de su rechazo en el presente acto y, en especial, no apreciándose, ni acreditándose el daño irreparable y/o la imposibilidad en el cumplimiento argumentada por la recurrente, corresponde desestimar la solicitud de suspensión de la resolución impugnada.
- 10.- Que, respecto de la solicitud del prestador reclamado para que se oficie a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y a FONASA a objeto de que informen si se ha deducido algún reclamo por el beneficio financiero de la Ley de Urgencia, se indica que se desestimarà en cuanto no se fundamenta, ni se entiende el vínculo procedimental y sustancial de dichos procesos con el actual y ni tampoco cómo éstos obraría en favor de la defensa del prestador involucrado, sin perjuicio de lo que se indicará más adelante.
- 11.- Que, adicionalmente el Hospital Clínico de la Universidad de Chile presentó sus descargos con fecha 27 de marzo de 2014, solicitando la absolución del cargo formulado en la Resolución Exenta IP/N° 249, de fecha 3 de marzo de 2014, mediante la declaración de invalidación de ésta, reiterando los argumentos referidos en el considerando 3° sobre eventuales vicios procesal-administrativos que la afectarían.

En cuanto a los hechos que motivaron el cargo formulado, indica que la atención otorgada al paciente se ciñó a un procedimiento ajustado a la condición de salud que presentaba al momento de ingresar a su Servicio de Urgencia a las 19:05 hrs. del día 9 de septiembre de 2013, la que no habría revestido el carácter de urgencia, según concluye de los antecedentes clínicos con los que cuenta, por lo que derivó en el tratamiento administrativo de admisión que en ese momento se aplicó y por el que ahora, se le reprocha. Sobre el particular reitera que el paciente no se encontraba en condición de urgencia al momento de su ingreso de su Servicio de Emergencia, como tampoco a su egreso y que los supuestos de una atención de urgencia, solo se habrían verificado a partir del día 10 de septiembre y hasta el egreso, por lo que su proceso de admisión no habría inobservado el régimen de una atención de urgencia, toda vez que se habría tratado de una atención electiva o programada para una persona a filiada a FONASA de avanzada edad (97 años) y que padecería un estado de salud propio de un paciente terminal, la que se agravó con posterioridad a la atención brindada en el Servicio de Emergencia, concluyendo que "Lo expuesto explica y justifica por qué se exigió al paciente o a quien en ese momento lo acompañaba, [REDACTED] que suscribiese un pagaré en garantía del pago de la prestación médica. Esta misma persona, efectuó un abono voluntario a ese pago, mediante tres cheques y por la suma total de \$1.500.000", práctica

que entiende permitida por el artículo 141 bis, DFL N° 1, de 2005, de Salud. Asimismo, indica que mediante el oficio Ord. 1F/N° 002623, de 24 de febrero de 2014, Fonasa habría decidido otorgar la cobertura de la Ley de Urgencia a la atención de salud para el período 10 a 25 de septiembre de 2013, excluyendo las prestaciones brindadas el día 9 de septiembre del mismo año.

Afirma además que la determinación hecha respecto de la existencia de una condición de urgencia, se habría realizado sin consultar la opinión de la Unidad Asesora Médica de esta Superintendencia de Salud, careciendo por tanto de sustento técnico, agregando que si se contó con ese respaldo técnico y se omitió citarlo, se estaría en presencia de un incumplimiento del principio de contradictoriedad y de imparcialidad establecidos en los artículos 10 y 11 de la Ley N°19.880, y aun el de transparencia toda vez que no se le habría dado la oportunidad de acceder al contenido de informes u otros documentos de índole médico rolantes en el expediente administrativo de reclamo.

Agrega a lo anterior que esta Autoridad habría prescindido de la declaración de su representante legal, privándole de su derecho a defensa y de rebatir los elementos de juicio reunidos en el procedimiento, como también de los facultativos intervinientes en la atención de salud examinada, presumiéndose la condición de urgencia por no contar con una sustentación fáctica y señalando sobre el particular que la valoración de la prueba en conciencia, única explicación de la formulación de cargo realizada, habría sido errada y antojadiza en cuanto obra en contra de la garantía fundamental del debido proceso, que demanda una conducta racional y ajustada al mérito de los hechos y, especialmente, respetuosa del derecho a defensa, de mayor jerarquía normativa.

Asimismo, refiere una presunta apreciación de la prueba hecha al concluir que la entrega de cheques fue motivada por su exigencia, indicando que, por el contrario, la entrega de esos documentos fue por concepto de abono voluntario y de suscripción de un pagaré, práctica permitida expresamente por la Ley cuando no se está en presencia de una situación de riesgo vital.

Se hace presente que solicita tener por acompañados al presente procedimiento sancionatorio, todos los antecedentes acompañados en el procedimiento administrativo de reclamo, como también, el oficio Ord. 1F/N° 002623, de 24 de febrero de 2014, de Fonasa, solicitando además que se le otorgue un término probatorio de al menos 10 días a objeto de presentar las demás probanzas documentales con que cuenta y ordenar que se reciba la declaración de los testigos que indica, y que ocupan los cargos de Jefe del Servicio de Emergencia y de Jefa del Área de Atención al Paciente, como también del médico tratante del paciente. Reitera además, la solicitud de oficio indicada en el penúltimo párrafo del considerando 3°.

Añade que, para el caso que se decida sancionarle por la irregularidad constatada, se consideren como circunstancias atenuantes, el otorgamiento de la atención requerida por el paciente, como también, del agravamiento del paciente con posterioridad a su ingreso.

Adjunta a su presentación la copia del oficio Ord. 1F/N° 002623, de 24 de febrero de 2014, de Fonasa.

- 12.- Que, en relación a la solicitud de un término probatorio de al menos 10 días a objeto de presentar otras probanzas documentales y rendir prueba testimonial, se indica que se estima esta diligencia innecesaria para acreditar o desvirtuar los hechos reclamados y establecidos por haberse acompañado a este Órgano Fiscalizador los documentos suficientes por el citado prestador, en su presentación referida al oficio N°144, de fecha 6 de noviembre de 2013, añadiéndose que la Resolución Exenta IP/N° 249, de fecha 3 de marzo de 2014, informó suficientemente a dicho hospital clínico que disponía del plazo fatal de 10 días hábiles, contados desde la notificación de la misma, para presentar 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, por lo que tuvo la oportunidad procesal para presentar tales probanzas documentales y declaraciones por escrito, evitando la presente solicitud, manifiestamente dilatoria. En consecuencia y de conformidad al artículo 9, inciso 1°, de la Ley N° 19.880, se deniega la solicitud, con el objeto de responder a la máxima economía de medios con eficacia y evitar trámites dilatorios, en especial, teniendo presente que la prueba testimonial solicitada emanaría sólo de funcionarios con directa relación de subordinación y dependencia respecto del prestador inculpado.
- 13.- Que, se previene al Hospital Clínico de la Universidad de Chile sobre la necesidad de que sistematice sus argumentos, dado que la estrategia de reiteración, extensión y obscuridad



el artículo 141 inciso penúltimo del DFL N°1, de 2005, de Salud, y antijurídicos, en cuanto no se encuentran admitidos en el resto del ordenamiento jurídico, corresponde, en este acto, determinar la responsabilidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en tales hechos.

- 19.- Que, conforme reconoce expresamente el prestador en sus descargos, la alegada inexistencia de la condición de urgencia del paciente (ya desestimada), "[...] explica y justifica por qué se exigió al paciente o a quien en ese momento lo acompañaba, doña [REDACTED] que suscribiese un pagaré en garantía del pago de la prestación médica. Esta misma persona, efectuó un abono voluntario a ese pago, mediante tres cheques y por la suma total de \$1.800.000", lo que permite concluir a esta Autoridad la existencia y aplicación de un procedimiento administrativo para la hospitalización de pacientes que ingresan a hospitalización sin calificación de riesgo vital que prevé la exigencia de un pagaré y cheques, por lo que cabe observar a dicho prestador, la existencia de instrucciones internas o directivas que, ante una desacertada apreciación del estado de salud del paciente por parte de sus profesionales, provocan la infracción a la preceptiva del antedicho artículo 141, inciso penúltimo, del DFL N°1, de 2005 de Salud, lo cual en efecto sucedió en el presente caso, forzándose así a sus funcionarios a realizar la exigencia prohibida en momentos en que el paciente cursó un cuadro objetivo de salud de riesgo vital y para efectos de su hospitalización.

En efecto, cabe declarar que la existencia de instrucciones internas que motivaron la ejecución de la conducta prohibida constituye una falta a la debida diligencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en su función de dirección del citado establecimiento, lo que determina su responsabilidad en la comisión de la infracción al antedicho artículo 141 inciso penúltimo del DFL N°1, de 2005 de Salud, correspondiendo sancionarle según corresponde.

- 20.- Que, respecto de las circunstancias atenuantes invocadas por el prestador involucrado en sus descargos, del otorgamiento de la atención requerida por el paciente y del agravamiento del paciente con posterioridad a su ingreso, cabe reiterar respectivamente, lo señalado en los considerandos 7° y 8° precedentes, desestimándose las mismas.
- 21.- Que, procede considerar para la determinación de la multa a aplicar, la gravedad de la infracción cometida y como circunstancias agravantes, la falta de acreditación del cumplimiento a la orden de devolución del instrumentos respectivos, contenida en el N°1 de lo resolutive de la Resolución Exenta IP/N°249, de fecha 3 de marzo de 2014, como también, la conducta reiterada de la exigencia de pagarés en garantía para la atención de urgencia, según se ha resuelto en las Resoluciones Exentas IP/N° 311, 580, 22, 298, 325, 922, 1352, todas del año 2013, de esta Intendencia.
- 22.- Que, según las facultades que me confiere la ley, y en mérito de lo considerado precedentemente;

#### **RESUELVO:**

- 1° RECHAZAR íntegramente la solicitud de invalidación y el recurso de reposición detallado en el considerando 3°, DESESTIMAR los argumentos contenidos en los descargos detallados en el considerando 11° y, por tanto, SANCIONAR al Hospital Clínico de la Universidad de Chile, con una multa de 430 unidades tributarias mensuales, por infracción al artículo 141, inciso penúltimo, del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud.

Se hace presente que en virtud de lo dispuesto en el artículo 113 del DFL N°1, de 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.

- 2° SEÑALAR que el pago de la multa impuesta deberá realizarse 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 ELEVAR el presente expediente administrativo ante el Superintendente de Salud para lo que proceda en relación al recurso jerárquico interpuesto en subsidio del recurso de reposición desestimado, en la oportunidad que corresponda.

**REGÍSTRESE, NOTIFIQUESE Y ARCHÍVESE**

  
PATRICIA ECHEVERRÍA JARA  
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD (S)  
\*SUPERINTENDENCIA DE SALUD

KCV/BOB

Distribución:

- Representante legal del prestador
- Subdepartamento de Derechos de las Personas
- Departamento de Administración y Finanzas
- Subdepartamento de Finanzas y Contabilidad
- Expediente
- Archivo

NOTA: TODA PRESENTACIÓN DE LAS PARTES EN ESTE PROCEDIMIENTO, DEBERÁ INICIARSE CON EL N° COMPLETO DEL RECLAMO.

Certifico que el documento que antecede es copia fiel de su original, la Resolución Exenta IP/N° 284, de fecha 15 de febrero de 2017, que consta de 09 páginas y que se encuentra suscrito por la Sra. Patricia Echeverría Jara, en su calidad de Intendente de Prestadores de Salud (S), de la Superintendencia de Salud.

Santiago, 16 de febrero de 2017.



RICARDO CERECEDA ADARO  
Ministro de Fe