



SANCIÓN RECLAMO N° 9872-14

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 63

SANTIAGO, 12 ENE 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 SS/N° 67, de 2015, de la Superintendencia de Salud; y lo resuelto en la Resolución Exenta IP/N° 1494, de fecha 4 de noviembre de 2014, de la Intendencia de Prestadores.

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, mediante la Resolución Exenta IP/N° 1494, de fecha 4 de noviembre de 2014, se formuló a Clínica Valparaíso el cargo por infracción a lo dispuesto en el artículo 141 inciso penúltimo del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, motivada en los antecedentes recopilados en el expediente administrativo del reclamo folio N° 9872, presentado por la [REDACTED] que evidenciaron ingresó a dicho centro asistencial en condición de urgencia el día 10 de mayo de 2014, exigiéndose para la atención de salud que requería, esto es, su hospitalización, la suscripción de un pagaré.

Se hace presente que en la citada Resolución Exenta IP/N° 1494 se informó a dicho prestador 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, Clínica Valparaíso fue notificada el día 6 de noviembre de 2014, de modo personal por medio de un empleado de este Órgano Fiscalizador de la antedicha Resolución Exenta IP/N° 1494, por lo que el plazo para presentar sus descargos se extendió el día 20 de noviembre de 2014.
- 3.- Que, no obstante, el citado prestador presentó en dicha fecha, una solicitud para aumentar el plazo legalmente otorgado para presentar sus descargos, la que fue respondida mediante el Ord. IP/N° 3107, de fecha 10 de diciembre de 2014, otorgándole una ampliación de cinco días hábiles para el citado trámite, a contar de la notificación del antedicho oficio en virtud de lo dispuesto en el artículo 127 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, y en el artículo 26 de la Ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos.
- 4.- Que, con fecha 22 de diciembre de 2014, Clínica Valparaíso presentó sus descargos señalando que la reclamante y paciente concurrió el día 5 de mayo de 2014 a consulta, manifestando un cuadro de ahogo al realizar las tareas del hogar, siendo evaluada y derivándose a su domicilio, por cuanto se encontraba consciente, valiéndose de sus propios medios y pudiendo narrar claramente al médico tratante sus síntomas. Posteriormente y según indica, fue controlada por un cardiólogo el día 9 de mayo siguiente, quien la evaluó y consignó sus síntomas, ingresando a nuevamente a su Servicio de Urgencia el día 10 de mayo del mismo año lúcida y por sus propios medios, disponiéndose la realización de un examen ECG, que mostró "HBIA + BCRD y obs isquemia subepicárdica, perfil cardíaco enzimático no alterado, por lo que se le realizó Angiotac de tórax que mostró un TEP (tromboembolismo pulmonar), añadiendo que, no obstante, la paciente no evidenciaba hipotensión, angor, ni signos de hipoperfusión, sino que sus signos vitales se encontraban normales, por lo que el médico respectivo concluyó que no se encontraba en riesgo vital.

Añade que la familia y la paciente fueron informados claramente de la antedicha situación de salud, y que debería ser hospitalizada en la red de salud pública, al ser paciente Fonasa, no obstante lo cual, la familia y la paciente habrían manifestado su intención de

mantenerse en su unidad de cuidados intermedios, siendo atendida sin ponerle barrera alguna, tomándosele exámenes y siendo atendida por varios especialistas y que "[...] finalmente habiéndose establecido que NO se encontraba en situación de URGENCIA O RIESGO VITAL, personal de la clínica procedió a conversar con la paciente y su familia indicándoles que las prestaciones recibidas y por recibir debían ser garantizadas de acuerdo a lo que indica claramente el artículo 141 bis del texto legal antes citado, a lo que la familia accedió".

Por otra parte indica que, posterior al alta, la paciente reclamó su situación ante el FONASA quien, con fecha 11 de agosto de 2014, rechazó la aplicación de la Ley de Urgencia para las atenciones de salud reclamadas, por cuanto fueron el resultado de una decisión de la familia y en modalidad libre elección. Sobre el particular cita el DS N°369, de 1985, modificado por el DS N°37, de 2009, ambos de salud, el que según su criterio, exigiría copulativamente para aplicar la Ley de Urgencia, el que la condición de urgencia constase en un certificado y/o diagnóstico de un Médico Cirujano, que las atenciones requeridas debían ser inmediatas e impostergables para su condición de salud y que, por último, éstas debían determinarse en la primera atención de salud, por lo que al no existir dicho certificado respecto de la paciente, las prestaciones otorgadas no podrían ser consideradas como inmediatas e impostergables, sugiriendo además que la concurrencia a consulta durante los días anteriores, igualmente impediría la configuración de una condición de urgencia, añadiendo que la paciente y su familia eligieron voluntariamente atenderse en la Clínica Valparaíso, desestimando concurrir a la red pública.

Por otra parte indica que la resolución que le formula cargos, carecería de lógica y sería confusa, ya que se basaría en hechos cuya calificación se encontraría fuera de la competencia de esta Autoridad, en cuanto no fue extendido certificado por médico cirujano respecto de la condición de urgencia de la paciente y el Fonasa, además, habría desestimado dicha condición. Abona lo anterior transcribiendo parcialmente el Dictamen N°35205/2008, de la Contraloría General de la República, emitido respecto de la facultad de las Isapre para revisar la efectividad de una condición de urgencia, en cuanto y aparentemente, releva la función de certificación de los médicos.

Por otra parte indica que la reclamante inició dos procedimientos administrativos por los mismos hechos, el presente y el iniciado ante Fonasa, lo que tuvo como resultado que un mismo hecho fuera revisado por dos autoridades y que "esta sede acogiendo una supuesta irregularidad de mi representada, dando por sentado que la reclamante se encontraba protegida o avalada por las normas que regulan los pagos y garantías de la ley de urgencia, viciando con ello el debido proceso, y dejando a mi representada en menoscabo de la exposición de sus alegaciones o defensas" lo que habría vulnerado, a su juicio, las garantías constitucionales referidas al debido proceso y el principio *Non bis in ídem* (nadie puede ser juzgado dos veces por los mismo hechos), a lo que añade que esta Autoridad habría calificado una circunstancia crucial que se encontraría fuera de su ámbito y que le estaría sancionando, sin haberse concluido la discusión sobre el mismo hecho, existiendo aún instancias administrativas pendientes. Además, invoca otras circunstancias financieras, relativas a su derecho a repetir en contra del responsable de las prestaciones legítimamente otorgadas, más aún en el exceso o copago que pudiera generarse.

Acompaña a su presentación copia de: a) Ord. 6D/N° 2249, de la Directora Zonal de Fonasa Centro Norte y; b) Dictamen N°35205/2008, de la Contraloría General de la República.

- 5.- Que, respecto de los descargos invocados por el prestador y referidos a que la paciente no se encontraba en riesgo vital y a que, en todo caso, dicha calificación sólo podría hacerla un médico mediante la certificación respectiva, de lo que concluye que lo resuelto en la resolución exenta detallada en el considerando 1° estaría fuera de la competencia de este órgano fiscalizador, cabe reiterar lo indicado en el considerando 3° de aquélla, en cuanto la paciente concurrió al Servicio de Urgencia de Clínica Valparaíso en la mañana del día 10 de mayo de 2014, en una condición de urgencia de riesgo vital y/o de riesgo de secuela funcional grave, dado el cuadro de tromboembolismo pulmonar masivo que evidenciaba, a lo cual cabe agregar que el médico de turno del antedicho servicio indicó su hospitalización en la unidad de intermedio, la que se concretó a las 15:17 hrs. del mismo día, con el plan de anticoagulación y oxigenoterapia, entre otros tratamientos, por lo que debe concluirse que dicha hospitalización inmediata, para la aplicación del citado tratamiento resultó ser impostergable y que, en virtud de éste, la paciente superó el riesgo vital que cursaba.

Sobre el particular, cabe agregar que, tal como ha señalado reiteradamente esta Autoridad, la condición de urgencia dice relación con un estado de salud objetivo que se concluye a partir del diagnóstico efectuado por el médico cirujano que brindó la respectiva atención del paciente, por lo que la ausencia de un documento específico que denomine 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, inequívocamente, den cuenta de su estado de ingreso y su posterior evolución, agregándose a ello que, para efectos de determinar la comisión de una irregularidad al citado artículo 141, inciso penúltimo, del DFL N°1, de 2005, de Salud, el prestador no puede aprovecharse, en perjuicio de un paciente, de su propia omisión en la emisión del antedicho certificado.

Además, se informa que el Dictamen N° 90.762 de fecha 11 de noviembre de 2014, de la Contraloría General de la República, aclaró la potestad de esta Intendencia de Prestadores de Salud en casos como el que nos convoca, indicando que ella comprende *la determinación de la concurrencia del supuesto relativo a que el paciente esté en situación de urgencia con riesgo vital*, como también, que esta Autoridad debe arribar a dicha conclusión o descartarla conforme el análisis los documentos que conciernen al ingreso, atención y diagnóstico inicial del paciente, exámenes y otros relacionados, zanjándose así la discusión de la época que refería a la existencia o inexistencia de competencia por parte de esta Autoridad para realizar dicha calificación.

- 6.- Que, en cuanto a los descargos relativos a que el Fonasa habría descartado la existencia de una condición de urgencia, y a la presunta vulneración del principio non bis in ídem en la emisión de la Resolución Exenta IP/N° 1494, de fecha 4 de noviembre de 2014, cabe aclarar a Clínica Valparaíso que la Superintendencia de Salud, a través de su Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, fiscaliza y controla al Fonasa para el cabal cumplimiento en el otorgamiento de los beneficios y coberturas que otorga la Ley a sus beneficiarios, por lo que -para la emisión de la antedicha Resolución Exenta IP/N° 1494 y para la emisión de la presente- resulta irrelevante lo resuelto por el antedicho Fonasa en su sede respecto de materias de su competencia. En todo caso, corresponde informar a la reclamante que se encuentra habilitada para impugnar ante la respectiva Agencia Regional de esta Superintendencia de Salud, la respuesta otorgada por el Fonasa a fin que la señalada Agencia la tramite íntegramente y decida sobre la aplicación del beneficio financiero por Ley de Urgencia.

En el mismo sentido, cabe indicar a Clínica Valparaíso que corresponde descartar el descargo relativo a una eventual vulneración a la garantía constitucional del Non bis in ídem, por cuanto dicho principio consiste en impedir que un mismo hecho se sancione más de una vez, en procedimientos diversos, para lo cual se requiere que tales procedimientos involucren copulativamente una triple identidad referente al sujeto pasivo, al hecho y al fundamento, cuestión que no se produce, toda vez que el procedimiento seguido ante el Fonasa, se dirigió precisamente en contra de la antedicha Aseguradora, no contra Clínica Valparaíso. En consecuencia, no existiendo la triple identidad señalada, tampoco existe vulneración a la garantía constitucional del Non bis in ídem.

- 7.- Que, en relación al descargo relativo a que habrían sido la paciente y su familia, las que habría decidido ingresar a Clínica Valparaíso y hospitalizarla en la UTI, habiendo sido informada que se le aplicaría la Modalidad de Libre Elección para ello, cabe indicar que el "Dato médico de urgencia" rolante en el procedimiento administrativo de reclamo, da cuenta que el médico cirujano que atendió a la paciente en el Servicio de Urgencia el día 10 de mayo de 2014, le diagnosticó presuntivamente un tromboembolismo pulmonar y ordenó su hospitalización en la unidad de intermedio, como también, que el interconsultor de la UCI que la atendió en el mismo servicio, se manifestó conforme con el tratamiento, señalando que podría vigilarse en intermedio según cupo y según solicitud de la familia. Asimismo, la "Ficha de ingreso" a la UTI rolante asimismo en autos, indica que *"Se evalúa urgencia y se constata TEP, se informa a la parte y familia quienes solicitan quedarse en esta clínica a pesar de ser Fonasa"*, lo que se reitera en la "Epicrisis UPC". Cabe observar que estos registros resultan en exceso resumidos, lo que impide concluir de ellos que la paciente habría sido asimismo informada claramente de que, al ser paciente Fonasa, debía hospitalizarse en la red de salud pública, a lo que se añade que el resto de la ficha clínica tampoco contiene otros registros que permitan despejar dicha incógnita. En este sentido cabe recordar que el objeto de la Ley N° 19.650, actual artículo 141, inciso penúltimo del DFL N°1, de 2005, de Salud, que prohibió toda exigencia y/o condicionamiento al otorgamiento de las atenciones de salud necesarias para la superación del riesgo vital o

de secuela funcional grave, fue precisamente para proteger al o a la paciente y a sus acompañantes de las imposiciones financieras que un prestador de salud pudiere hacerles en dichos momentos amparados en la evidente relación asimétrica en la que se encuentran y que no les permite voluntad u opción alguna. En consecuencia, y atendido que no existen pruebas suficientes de que se haya informado claramente a la reclamante de la eventual necesidad de su traslado a la red pública atendida su condición previsional, como tampoco, de la negativa de ésta o de sus familiares para ello, corresponde asimismo desestimar este descargo, teniendo especialmente presente para ello que el artículo 8, letra b) de la Ley N°20.584, obligaba a Clínica Valparaíso a proporcionar a la paciente, información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, respecto las condiciones previsionales de salud requeridas para su atención.

A mayor abundamiento, cabe recordar al prestador que el presente caso no involucra un traslado de un prestador a otro, por lo que la excepción a la condición de urgencia, regulada en el artículo 3° del DS N°369, de 1985, modificado por el DS N°37, de 2009, ambos de Salud, referida a los traslados decididos por terceros ajenos al establecimiento, no resulta aplicable al presente caso, atendido el carácter especialísimo de toda excepción, que impide su aplicación extensiva y por analogía a casos no contemplados por la norma reglamentaria.

- 8.- Que, respecto de la alegación de Clínica Valparaíso, relativa a que en el presente procedimiento se habrían vulnerado su garantía constitucional del debido proceso, y a que se le estaría sancionando, existiendo aún instancias administrativas pendientes, corresponde precisar a Clínica Valparaíso que las facultades de esta Intendencia emanan del artículo 121 del DFL N°1, de 2005, de Salud, y que ellas consisten en fiscalizar, resolver reclamos y sancionar las conductas que infrinjan los artículos 134 bis, 141 incisos penúltimo y último, 141 bis, 173 incisos 7° y 8°, y 173 bis, todos del mismo cuerpo legal, debiendo ejercerse en procedimientos sucesivos. El primero de éstos, el procedimiento administrativo de reclamo, se origina ante el reclamo de un usuario y tiene por objeto determinar la efectiva ocurrencia de los hechos denunciados por éste, como también, si aquéllos transgredieron 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, el injusto infraccional o irregularidad. En caso afirmativo, procede se dicte la Resolución Exenta que acoja el reclamo y ordene solucionar la irregularidad detectada, dejando al usuario en la situación en la que se encontraría de no haberse materializado el injusto, mediante la devolución de los documentos y/o dineros obtenidos.

En caso de no encontrarse prescrita la acción sancionatoria, procede además que dicha resolución exenta, formule el cargo respectivo iniciando un procedimiento sancionatorio que permita dilucidar la responsabilidad del prestador (elemento subjetivo de la prohibición) en el injusto infraccional o irregularidad cometida, determinando en su caso la configuración de la infracción y aplicando la sanción correspondiente.

- 9.- Que, dicho lo anterior y en relación a los descargos señalados en el primer párrafo, corresponde puntualizar a Clínica Valparaíso que la Resolución Exenta IP/N° 1494, de fecha 4 de noviembre de 2014, resolvió el procedimiento administrativo de reclamo iniciado por el reclamo folio N°9872-14, 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 durante la tramitación de dicho procedimiento, se le otorgó traslado mediante el Ord. A5R/N° 630, de fecha 18 de junio de 2014, informándole expresamente del reclamo interpuesto en su contra por eventual infracción a lo dispuesto en el artículo 141 del D.F. L. N°1, de 2005, de Salud, requiriéndole informar detalladamente al tenor de lo reclamado y acompañar los antecedentes que sustentaran sus afirmaciones, como también, copia del pagaré y del comprobante de recepción del mismo, de su protocolo o procedimiento de admisión para las distintas prestaciones que ofrece, del Dato de Atención de Urgencia de la paciente, de su evolución médica, epicrisis y demás antecedentes que consten en la respectiva Ficha Clínica, entre otros, lo que fue respondido el día 2 de julio de 2014.

En consecuencia, en la tramitación del antedicho procedimiento administrativo de reclamo finalizado por la antedicha resolución, 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 e imparcialidad y 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, derecho que en todo caso ejerció en una sola oportunidad y mediante la presentación referida, del día 2 de julio de 2014.

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 usuario en la situación en la que se encontraría de no haberse materializado el injusto detectado, como se indicó, y que esta Intendencia posee facultades legales para ello en cuanto el artículo 121 N°11 del DFL N°1, de 2005, de Salud, le impone la resolución de este tipo de reclamos, que involucra la dictación de órdenes de corrección, si ello corresponde.

- 10.- Que, respecto del alegato del prestador respecto de las circunstancias financieras que le afectarían en lo relativo al beneficio financiero de la Ley de Urgencia y a su derecho al pago del mismo, cabe indicar que ello excede las competencias de esta Autoridad, por lo que tampoco se estiman conducentes como descargo.
- 11.- Que, habiéndose desestimado todos los descargos planteados por el prestador reclamado, manteniéndose por tanto la constatación de los hechos constitutivos de la infracción realizada en la Resolución Exenta IP/N° 1494, de fecha 4 de noviembre de 2014, esto es, la exigencia de un pagaré en garantía, durante el curso de la condición de urgencia de la paciente, los que resultan típicos en cuanto están descritos en el artículo 141 inciso penúltimo del DFL N°1, de 2005, de Salud, y antijurídicos, en cuanto no se encuentran admitidos por el resto del ordenamiento jurídico, corresponde, en este acto, determinar la responsabilidad de Clínica Valparaíso en tales hechos.
- 12.- Que, conforme reconoce expresamente el prestador en sus descargos, “[...]personal de la clínica procedió a conversar con la paciente y su familia indicándoles que las prestaciones recibidas y por recibir debían ser garantizadas de acuerdo a lo que indica claramente el artículo 141 bis del texto legal antes citado [...]”, se concluye 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, por lo que cabe observar a dicho prestador que la existencia de instrucciones internas o directivas que, ante una desacertada apreciación del estado de salud de un paciente por parte de sus profesionales, como en el presente caso, provocan la infracción a la preceptiva del antedicho artículo 141 inciso penúltimo del DFL N°1, de 2005 de Salud, al forzar a sus empleados a realizar la exigencia prohibida en momentos en que el o la paciente respectivo cursa 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 de Clínica Valparaíso 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.

- 13.- 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 pagaré, motivo de autos, contenida en el N°1 de lo resolutivo de la Resolución Exenta IP/N°1494, de fecha 4 de noviembre de 2014, como también, la conducta reiterada de exigir de pagaré en garantía para la atención de urgencia, según se resolvió en la Resolución Exenta IP/N° 376, de fecha 20 de marzo de 2015, de esta Intendencia.
- 14.- Que, según las facultades que me confiere la ley, y en mérito de lo considerado precedentemente;

RESUELVO:

- 1° SANCIONAR a Clínica Valparaíso con una multa de 370 unidades tributarias mensuales, por infracción al artículo 141, inciso penúltimo, del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, respecto de los hechos ocurridos el día 10 de mayo de 2014.

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, para su control y certificación, dentro de quinto día de solucionada la multa.

- 3° REITERAR a Clínica Valparaíso que corrija la irregularidad cometida, mediante la devolución del pagaré, motivo de autos.

El cumplimiento de lo instruido debe ser informado a esta Intendencia, asimismo, dentro de los 10 días hábiles de notificada la presente resolución.

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

REGÍSTRESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE




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


PEJ/KCV/BOB

Distribución:

- Representante legal del prestador
- Subdepartamento de Derechos de las Personas
- Agencia Zonal de Viña del Mar
- 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 a su original, la Resolución Exenta IP/N° 63 de fecha 12 de enero de 2017, que consta de 06 páginas y que se encuentra suscrita por el Intendente de Prestadores de Salud de la Superintendencia de Salud, Dr. Enrique Ayarza Ramírez. Santiago, 16 de enero de 2017.




RICARDO CERECEDA ADARO
Ministro de Ff