

SANCIÓN RECLAMO N° 7245-14

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 417

SANTIAGO, 08 MAR 2017

VISTO:

Lo dispuesto en el artículo 141 inciso 3° o 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, 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.

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, mediante la Resolución Exenta IP/N° 1005, de fecha 22 de julio de 2014, se formuló al Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica 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, motivada en los antecedentes recopilados en el expediente administrativo del reclamo folio N° [REDACTED] presentado por la [REDACTED] que evidenciaron que la paciente, [REDACTED], ingresó a dicho centro asistencial en condición de urgencia el día 30 de enero de 2014, exigiéndose para la atención de salud que requería, la suscripción de un pagaré.

Se hace presente que en la citada Resolución Exenta IP/N° 1005 se 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, corresponde hacer presente que, adicionalmente, la paciente presentó con fecha 8 de septiembre de 2015, un reclamo en contra Fonasa ante la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud de esta Superintendencia, tramitado como demanda arbitral, bajo el mismo rol N° [REDACTED] carátula [REDACTED] con FONASA", para la ampliación del beneficio financiero de la Ley de Urgencia otorgado por FONASA, cuya sentencia se encuentra actualmente ejecutoriada, reconociendo la existencia de la condición de urgencia entre los días 30 de enero y 1 de febrero, ambas fechas del año 2014.
- 3.- Que, el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile fue notificado el día 25 de julio de 2014, de la antedicha Resolución Exenta IP/N° 1005, de modo personal por medio de un empleado de este Órgano Fiscalizador, quien dejó copia íntegra de ésta, en el domicilio del interesado y constancia de ello en el acta respectiva. En consecuencia, el plazo para presentar sus descargos, previsto en el artículo 127 del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, expiró el día 8 de agosto de 2014.
- 4.- Que, la citada clínica presentó sus descargos el día 4 de agosto de 2014, negando la existencia de condición de urgencia por parte de la paciente al momento de habersele exigido el pagaré que motivó el presente procedimiento. Sobre el particular detalla que la antedicha Resolución Exenta IP/N° 1005, no señalaría los fundamentos para determinar la procedencia de la aplicación de la Ley de Urgencia, en cuanto no indica las evidencias fácticas ni expone el análisis de éstas que fundarían la existencia de la condición de urgencia, limitándose a declararla, lo que le habría dificultado el ejercicio de su derecho de defensa frente a los cargos formulados. Añade a lo anterior que, en caso de existir un procedimiento arbitral por éstos hechos, no forma parte de éste por lo que no es posible exigirle el conocimiento ni la aplicación de las resoluciones que en dicho proceso se pudieren haber adoptado.

Por otra parte refiere que la suscripción del pagaré que requiere en su Servicio de Admisión, se habría efectuado respecto de la paciente en cumplimiento de las normas legales respectivas, puesto que su estado de salud no ameritaba la calificación de emergencia, de conformidad a la calificación efectuada por el médico respectivo, quien sería el profesional facultado por la ley para efectuar dicha calificación, añadiendo que del reconocimiento de la propia reclamante y del documento denominado "Resumen de Traslado" rolante en el expediente de reclamo respectivo, el Diagnóstico de traslado (a hospitalización), habría sido "1. Insuficiencia respiratoria aguda grave recuperada", lo que coincidiría con lo señalado en el Informe Completo del Episodio de Urgencia, el que registraría que al Alta, el estado de la paciente era "Estable", añadiendo que la Epicrisis de la paciente indicaría que la paciente fue derivada desde atención ambulatoria "por cuadro de 8 meses de evolución", siendo uno de sus diagnósticos de ingreso "Enfermedad renal crónica" y que el recién señalado Informe indicaría claramente que la paciente era derivada a Urgencia para un estudio que determinaría la necesidad de diálisis, entendiéndose que ello reafirmaría y clarificaría que la paciente no se habría encontrado en una situación de emergencia o urgencia vital que ameritara la aplicación de la denominada "Ley de Urgencia".

Además, indica que respecto de la solicitud de pagaré a la reclamante, su proceso de admisión de los pacientes varía dependiendo de si se trata de un paciente que ingresa de forma electiva, a quien se solicita la suscripción de un pagaré, entre otros requisitos, o si se trata de un paciente que ingresa a través del Servicio de Urgencia con calificación de urgencia o riesgo vital, en la cual no se requiere ningún tipo de documento financiero, agregando que el presente caso se requirió la suscripción del pagaré y mandato, por cuanto y en opinión del médico respectivo, la paciente se encontraba estabilizada, de conformidad con las normas legales aplicables.

Posteriormente transcribe el artículo 141 del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, destacando que el beneficio de la Ley de Urgencia sería aplicable a los casos de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, lo que aparecería reiterado en el artículo 173 bis del mismo cuerpo legal. En el mismo sentido, transcribe los conceptos de Atención médica de emergencia o urgencia, de Emergencia o urgencia, de Certificación de estado de emergencia o urgencia, de Paciente estabilizado y de secuela funcional grave contenidos en el artículo 3°, del D.S. N°369, de 1985, que aprobó el reglamento del régimen de prestaciones de salud, modificado por el D.S. N°37, de 2009, ambos de Salud y que junto con artículo 173° inciso 4° del antedicho DFL N° 1, se requeriría que la condición de urgencia se declarara en la primera atención médica que tenga la persona y se certificara por un médico cirujano, añadiendo que en el presente caso el médico correspondiente, no certificó una condición de urgencia en la primera atención médica, ya que se trataba de una enfermedad crónica y la paciente estaba estable, por lo que no resultaba aplicable lo dispuesto en el artículo 141 inciso 3° o penúltimo del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

Por otra parte señala que el Dictamen N°73.390, de fecha 24 de noviembre de 2011, sólo aplicaría para los juicios arbitrales en materia previsional, reiterando que la resolución detallada en el considerando 1°, no justificaría ni analizaría los motivos para declarar la condición de urgencia, por lo cual tendría el carácter de una mera afirmación subjetiva, por lo que estima además que no habría cumplido con lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley N°19.880, sobre las bases de los procedimientos administrativos, de fundar la decisión emitida, constituyendo una infracción al principio de imparcialidad y careciendo, por tanto, de validez.

En otro sentido hace presente que, no obstante su disposición para devolver el pagaré reclamado, señala que éste cauciona tanto el periodo de urgencia, como el posterior, por lo cual solicitará a la paciente el respaldo respectivo por las prestaciones no comprendidas dentro del primer período.

Finalmente solicita que se tengan por acompañada la documentación presentada durante el curso del procedimiento de reclamo.

- 5.- Que, en respecto de la parte del descargo por la que el prestador señala que la Resolución Exenta IP/N° 1005, carecería de fundamentos para determinar la procedencia de la aplicación de la Ley de Urgencia, en cuanto no indica las evidencias fácticas ni expone el análisis de éstas que fundarían la existencia de la condición de urgencia, limitándose a declararla, perjudicando su derecho a la defensa y vulnerando el principio de imparcialidad, cabe indicar que no se entiende su objeción respecto de esta materia en

cuanto esta Autoridad consideró y describió íntegramente para estos efectos -en el considerando 5° de la antedicha resolución- el Informe Médico de la Unidad de Asesoría Médica de esta Superintendencia, emitido mediante su Memorandum N°68, de fecha 12 de octubre de 2014, previamente requerido por esta Autoridad y que forma parte integrante del expediente de reclamo respectivo.

Sobre el particular se aclara que dicho considerando, en cuanto transcribe el citado Informe, contiene el análisis de los antecedentes clínicos de la paciente que llevaron a determinar la efectiva existencia de una condición de urgencia. En efecto, dicho considerando 5° describe los antecedentes de la paciente a su ingreso, así como sus signos vitales, los resultados de los exámenes de laboratorio tomados y los diagnósticos de ingreso planteados en el Servicio de Urgencia -además de describir la subsecuente evolución clínica y procedimientos realizados-, todo lo cual obligó a un actuar médico rápido e impostergable, constituyéndose por tanto en un análisis concreto del estado de salud objetivo de la paciente en dicho momento que deja en evidencia explícita los motivos del riesgo vital y de sus causas originarias y que concluye, por tanto, la efectiva existencia de una condición de urgencia.

Asimismo, cabe reiterar íntegramente que lo señalado en los considerandos 8° y 9° de la Resolución Exenta IP/N° 1005, de fecha 22 de julio de 2014, en cuanto analiza y concluye por desestimar, el argumento de defensa relativo a que la paciente padecía una patología en etapa de tratamiento sólo paliativo, por lo que no correspondía aplicar al respecto la excepción a la calificación a la condición de urgencia prevista en el artículo 3° del citado D.S. N°369, de 1985, de Salud. En consecuencia, no se entiende la imputación del prestador de haberse realizado por esta Autoridad una mera afirmación subjetiva, como tampoco se aprecia la alegada falta de fundamento de la decisión emitida, ni infracción al principio de imparcialidad y/o la falta de validez de la antedicha resolución exenta.

- 6.- Que, en relación a lo anterior y respecto del descargo que refiere que el estado de salud de la paciente no ameritaba la calificación de emergencia de acuerdo según se concluiría del reconocimiento de la propia reclamante, del contenido del "Resumen de Traslado", del Informe Completo del Episodio de Urgencia y de la Epicrisis, cabe señalar en primer lugar que la afirmación de la reclamante respecto de la irrecuperabilidad de la paciente, no puede ser considerado como un reconocimiento o confesión de la calificación del estado de salud de la misma, atendido que dicha tarea sólo puede realizarse por los prestadores de salud y por sus órganos fiscalizadores -sin perjuicio de la competencia de los Tribunales de Justicia-, en atención a sus competencias, conocimientos y experiencia en el campo y según se indicará en el considerando 8° siguiente.

Además, cabe confirmar el rechazo realizado en la citada Resolución Exenta IP/N°1005, respecto que el requerimiento de atención se habría debido a un cuadro derivado del curso natural de una enfermedad terminal, por cuanto esta última circunstancia no aparece registrada en los antecedentes clínicos de la paciente allegados al procedimiento de reclamo, 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 de forma previa a ocurrencia de los hechos reclamados y haberse registrado o referido expresamente como Antecedente en el Informe completo del episodio de urgencia y en el Ingreso médico, lo que no se realizó, no pudiéndose asimilarse dicha constancia, a la mera existencia de una Enfermedad Renal Crónica y teniendo especialmente presente que, por el contrario y como se aprecia de los antecedentes señalados, la paciente logró evolucionar favorablemente, superando el cuadro evidenciado mediante el tratamiento otorgado en el prestador reclamado.

- 7.- Que, en el mismo sentido cabe reiterar 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 a la paciente para dicha superación, esto es, las que se sucedieron en el prestador reclamado entre los días 30 de enero y 1 de febrero, ambas fechas de 2014, resultaron las inmediatas e impostergables para ello. En relación a ello, cabe explicitar 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 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. A mayor abundamiento, la inexistencia del Certificado que declarase la aplicación de la Ley de Urgencia respecto de la paciente, en cuanto supone una omisión por parte del médico cirujano tratante del Servicio de Urgencia a su deber de emitirlo y, por tanto del prestador reclamado, en cuanto dependiente de éste y sujeto a las directrices internas del mismo, no puede obrar a favor de éste y en perjuicio de la paciente, para justificar la exigencia realizada en contra de lo prohibido por la Ley.

- 8.- Que, en relación al descargo que refiere que el Dictamen N°73.390, de fecha 24 de noviembre de 2011, sólo aplicaría para los juicios arbitrales en materia previsional, cabe aclarar que este Órgano Fiscalizador tiene el deber y la competencia para analizar y valorar la condición de urgencia de un paciente, de un modo objetivo y en función de todos los documentos clínicos disponibles en el proceso, conforme se reconoce y aclara en 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 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 de lo declarado por el prestador y “[...] ponderando los antecedentes aludidos, dar por establecida cuál era la condición de salud del paciente, es decir, si éste fue atendido en estado de urgencia o riesgo vital de acuerdo con la preceptiva aplicable [...]”, lo cual fue reiterado posteriormente por el Dictamen N° 36.152, de fecha 7 de mayo de 2015, desvirtuando necesariamente la apreciación del prestador reclamado respecto que la condición de urgencia sólo puede verificarse del modo en que expone.

Finalmente, cabe añadir que la Ley N° 19.650, prohibió toda exigencia para el otorgamiento de las atenciones de salud necesarias para la superación del riesgo vital o de secuela funcional grave, precisamente para proteger a los pacientes y a sus acompañantes de las imposiciones financieras que un prestador de salud pudiere hacerles durante el curso de dicha condición, amparados en la evidente relación asimétrica en la que se encuentran y que les imposibilita acceder o rechazar voluntariamente las citadas imposiciones.

- 9.- Que, atendido que los hechos constitutivos de la infracción, esto es, la exigencia de un pagaré en garantía durante el curso de la condición de urgencia del paciente, se encuentran suficientemente acreditados, según lo señalado en los Considerandos 5° a 11° de la Resolución Exenta IP/N° 1005, de fecha 22 de julio de 2014, en los considerandos precedentes y que tales hechos son 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 en el resto del ordenamiento jurídico, ni aplica respecto de ellos alguna causal de exención corresponde, en este acto, determinar la responsabilidad del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile en tales hechos.
- 10.- Que, conforme se reconoce expresamente por el prestador en sus descargos su “[...] proceso de admisión de los pacientes varía dependiendo si se trata de un paciente que ingresa de forma electiva (por ejemplo, cirugías programadas o a través de la red ambulatoria), casos en los cuales se requiere que el Paciente suscriba un pagaré, el mandato para completar el mismo, una declaración de ingreso y un mandato para la Asociación de Médicos de la Pontificia Universidad Católica de Chile) [...]” y que “[...] El caso de la Sra. FUENTES GARCÍA, es un caso de admisión a través de nuestro Servicio de Urgencia, habiéndose requerido la suscripción del pagaré y mandato [...]”, 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 y su mandato, por lo que cabe reprochar a dicho prestador la existencia de instrucciones internas o directivas que, ante una desacertada apreciación del estado de salud de un paciente por parte de los profesionales que se encuentran bajo su dependencia y responsabilidad, 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, forzando así a sus funcionarios a realizar la exigencia prohibida en momentos en que la 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 Pontificia Universidad Católica 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.

- 11.- 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° 1005, de fecha 22 de julio 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° 1294, de 2012 y N°288, de 2015, ambas de esta Autoridad.

Además y considerando que la infracción se cometió por el prestador con posterioridad a su Acreditación, obtenida y inscrita en el competente registro con fecha 3 de julio de 2013, y ampliada con fecha 6 de febrero del presente año, corresponde además aplicar la pena accesoria prevista en la ley.

- 12.- Que, según las facultades que me confiere la ley, y en mérito de lo considerado precedentemente;

RESUELVO:

- 1° SANCIONAR al Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, con una multa de 370 unidades tributarias mensuales, por infracción al artículo 141, inciso 3° o penúltimo, del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, respecto de los hechos ocurridos el día el día 30 de enero de 2014, como también, con la eliminación del Registro de Prestadores Institucionales Acreditados por un plazo de 7 días hábiles, contados desde que la presente resolución se encuentre firme.

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.

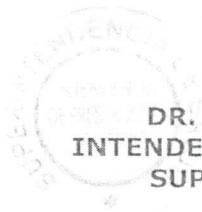
El comprobante de pago correspondiente deberá enviarse a la Tesorería del Subdepartamento de Finanzas y Contabilidad de esta Superintendencia, al correo electrónico gsilva@superdesalud.gob.cl, para su control y certificación, dentro de quinto día de solucionada la multa, con indicación del N° completo del reclamo.

- 3° REITERAR al Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile que corrija la irregularidad cometida, mediante la devolución del pagaré, motivo de autos, y de su respectivo mandato.

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 la afectada 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

PEI/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° 417, de fecha 08 de marzo de 2017, que consta de 06 páginas y que se encuentra suscrito por el Dr. Enrique Ayarza Ramírez, en su calidad de Intendente de Prestadores de Salud, de la Superintendencia de Salud.

Santiago, 09 de marzo de 2017.




RICARDO CERECEDA ADARO
Ministro de Fe