



SUPERINTENDENCIA DE SALUD

INTENDENCIA DE PRESTADORES DE SALUD
Subdepartamento de Derechos de las Personas

RECURSO SANCIÓN RECLAMO N° 250240-14

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 1866

SANTIAGO, 24 NOV 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 la atención de urgencia; 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; la Resolución Exenta IP/N° 317 de 29 de febrero de 2016, de la Intendencia de Prestadores; lo previsto en la Resolución N°1.600 de 2008, de la Contraloría General de la República, Resolución SS/N°1278, de 2005, de la Superintendencia de Salud; y en la Resolución SS N° 67 de 2015, de la Superintendencia de Salud;

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, mediante Resolución Exenta IP/N° 317 de 29 de febrero de 2016, se multó a Clínica Regional del Elqui con la suma de 360 unidades tributarias mensuales por la infracción a lo dispuesto en el artículo 173 inciso 7° del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, atendidos los hechos descritos en la citada resolución, que versan sobre el reclamo N°250240-14, interpuesto por [REDACTED], en representación del paciente, [REDACTED]
- 2.- Que, con fecha 22 de marzo de 2016, Clínica Regional del Elqui dedujo recurso de reposición, en contra de la citada resolución, solicitando revocar la sanción impuesta o su rebaja al mínimo legal, atendidos los fundamentos que expone en su escrito.

En tal sentido, señala que, el paciente ingresó al Servicio de Urgencia de la Clínica el día 15 de febrero de 2014, siendo su condición categorizada, a ese momento, como C3, es decir, de gravedad leve.

Añade que, una vez atendido por el médico de turno, se solicitó una interconsulta a la neuróloga [REDACTED], en adelante la "Médico Tratante", quien luego de evaluarlo e indicar la realización de los exámenes diagnósticos que estimó necesarios, decidió disponer su hospitalización bajo el diagnóstico de "Infarto Cerebral Lacunar", considerando que el estado del paciente no correspondía calificarlo como de riesgo vital, ni de secuela funcional grave, por lo que fue ingresado a una habitación de baja complejidad.

Hace hincapié, en que para su atención en el Servicio de Urgencia de la Clínica, al Paciente no se le solicitó garantía, ni condición alguna, no obstante, una vez descartada la urgencia vital o el riesgo de secuela funcional grave, y solo al momento de su ingreso a hospitalización, se le solicitó la suscripción de un pagaré y mandato conforme a lo autorizado por la ley, puntualizando que en el documento antes indicado no se registró

cantidad de dinero alguna, determinada o determinable, razón por la que nunca adquirió la naturaleza legal de pagaré propiamente tal.

Indica que, el paciente se mantuvo hospitalizado en la Clínica durante tres días, al cabo de los cuales fue dado de alta a su domicilio por la Médico Tratante, razón por la cual, además, no se cumplió la hipótesis legal establecida en el Artículo 3° del Decreto 369-1986 del Ministerio de Salud que, en relación con la definición de "Paciente Estabilizado", determina que es aquel que "habiendo estado en una situación de emergencia o urgencia, se encuentra en estado de equilibrio de sus funciones vitales o ha superado el riesgo de secuela funcional grave de modo que, aun cursando alguna patología no resuelta o parcialmente solucionada, está en condiciones de ser trasladado, dentro del establecimiento, a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad".

En otra línea argumentativa, señala que, si bien es cierto que a esta Autoridad le asiste, conforme a la ley, el deber y la competencia para analizar y valorar, ex-post, la condición de urgencia de un paciente, no es menos cierto que imputar "culpa" al prestador por haber estimado inicialmente, la Médico Tratante, la falta de dicho carácter, no sustenta, a juicio de esa parte, la aplicación de una sanción que considera injusta y manifiestamente desproporcionada, en razón que importa un reproche equivalente al que correspondería a una transgresión flagrante de la prohibición legal presuntamente infringida, es decir, al hecho de haberse requerido la garantía y/o condicionado la atención, a sabiendas que se trataba de una atención de emergencia, cosa que con los antecedentes aportados quedó acreditado no ocurrió así.

Profundiza en ese sentido, destacando que, imputar en el considerando 4° de la Resolución recurrida, que la calificación inicial formulada por la Médico Tratante acerca del estado del Paciente constituyó, sin más, una "negación de la condición de urgencia vital", importa a su juicio atribuir culpa grave en el actuar, la cual, conforme a lo estipulado en el párrafo segundo del artículo 44 del Código Civil, es equivalente al dolo, por lo tanto, dicha imputación de culpa le atribuye, en definitiva, intencionalidad, quedando de plano desvirtuada una eventual formulación errada de la hipótesis diagnóstica o calificación inicialmente estimadas por la Médico Tratante en el ámbito de su competencia y en el ejercicio de sus facultades profesionales específicas.

En la misma línea, solicita tener presente que la recalificación de urgencia declarada por esta Autoridad, constituye, de suyo, una estimación mediada por los documentos clínicos disponibles, lo que contrasta con la anamnesis llevada a efecto por la Médico Tratante durante la atención directa y personal del Paciente.

Añade que, la recalificación de urgencia vital formulada por esta Autoridad, devenga en una presunción de derecho que le atribuye culpabilidad, obviándose cualquier consideración objetiva acerca de los argumentos técnicos sobre los cuales, la Médico Tratante formuló su hipótesis diagnóstica inicial acerca de la condición del paciente.

Considerando lo antes expuesto, solicita a esta Autoridad tener en cuenta la absoluta ausencia de mala fe en el proceder respecto de la calificación de la situación clínica del paciente, tanto por parte de la Médico Tratante, como consecuentemente de la Clínica propiamente tal.

Respecto de la imputación de condicionamiento de la atención de salud del paciente, cita el inciso séptimo del artículo 173 del DFL 1/2005 del Ministerio de Salud, que dispone en lo pertinente que "en las situaciones indicadas en los incisos cuarto y quinto de este artículo, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención."

Señala que, por su parte, los incisos cuarto y quinto referenciados en la norma recién transcrita, regulan el financiamiento institucional de las "atenciones de emergencia, debidamente certificadas por un médico cirujano".

De esta forma, enfatiza que, la prohibición absoluta de exigir a los beneficiarios dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención, aplica exclusivamente para el caso de atenciones de emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, es decir, constituyen una restricción de carácter excepcional.

Refiere que, del tenor literal de las normas en comento, queda evidenciado que para que la citada prohibición sea aplicable, el supuesto básico es que la atención del paciente deba haber sido necesariamente calificada de emergencia por un médico cirujano al momento del ingreso del paciente, ya que en el evento de no ocurrir aquello, la prohibición no sería aplicable.

Reitera que, en el presente caso, la garantía se solicitó solo una vez que el paciente fue ingresado a hospitalización y no al momento de su atención en el Servicio de Urgencia de la Clínica, sin perjuicio de lo cual, solicita tener presente que el pagaré en razón del cual se sanciona a ese prestador, fue suscrito en blanco, sin que se indicara en él suma adeudada alguna.

Anota que, lo anterior adquiere relevancia si se considera que la suscripción o giro de un título de crédito "en blanco", no constituye realmente un pagaré, esto atendido que la normativa que rige a estos instrumentos exige que, para que tengan la calidad de tales, se consignen en ellos las mínimas menciones que la ley exige, entre las cuales se encuentra expresamente "La promesa no sujeta a condición, de pagar una determinada o determinable cantidad de dinero." (Art. 102 N° 2 de la Ley N° 18.092).

Sin perjuicio de lo anterior, informa que, dentro del plazo establecido por esta Autoridad, y para efectos de dar debido cumplimiento a lo ordenado en el numerando uno del Resuelve de la Resolución Exenta IP/N°1060 de 31 de julio de 2014, tanto al paciente, como a la suscriptora del pagaré, que éste se encontraba disponible para su retiro desde el domicilio de la Clínica, sin que esto hubiese ocurrido hasta la fecha de su escrito.

Respecto de la imputación de incumplimiento del deber de prever y prevenir infracciones a lo dispuesto en el inciso séptimo del artículo 173 del DFL 1/2005 del Ministerio de Salud, hace presente que, tanto la administración superior de la Clínica, como su Dirección Médica, han dispuesto en el pasado la realización de acciones de capacitación y programas de inducción al personal de admisión y otras unidades vinculadas, mediante las cuales se ha puesto en su conocimiento las normas relativas a la Ley de Urgencia y sus aspectos vinculados.

A efecto de dar cuenta de lo anterior y a modo de ejemplo, señala algunas de las diversas acciones desarrolladas con tal objeto, a saber:

- a) Programa de Capacitación Institucional creado el 1º de enero de 2014, por la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, orientado al personal clínico y administrativo de la Clínica Elqui, que incluye dentro de otros tópicos la aplicación de la Ley de Urgencia y Patologías Ges.
- b) Protocolo de orientación específico a médicos de la Unidad de Pacientes Críticos, vigente desde el mes de abril del 2014, el cual incluye charlas y presentaciones periódicas a los médicos que realizan turnos en esta Unidad.
- c) Protocolo de orientación específico a médicos del Servicio de Urgencia, vigente desde el mes de abril del 2014, el cual incluye charlas y presentaciones periódicas a los médicos que realizan turnos en este Servicio.
- d) Protocolo Administrativo de Ingreso de Pacientes a funcionarios del Servicio de Urgencia Acción de capacitación dirigida por la Agente Regional de la Superintendencia de Salud de la IV Región quien, a solicitud de esa Clínica, dictó 2 charlas de capacitación, que incluía presentación y entrega de documentación, referidos a la Ley de Urgencia y Patologías Ges y Caec.

Conforme a todo lo antes expuesto, solicita a esta Autoridad evaluar una eventual Reconsideración de la sanción impuesta.

- 3.- Que, analizado el recurso de reposición presentado por ese prestador, procede rechazarlo de plano pues no se han acompañado nuevos antecedentes que permitan desvirtuar las conclusiones contenidas en la Resolución Exenta IP/N° 317, de 29 de febrero de 2016.

En ese orden de ideas, se debe reiterar que la falta incurrida se encuentra claramente tipificada en el artículo 173 inciso 7º del D.F.L. N°1/2005, de Salud, que prohíbe taxativamente a los prestadores de salud exigir dinero, cheques u otros instrumentos

financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma la atención de urgencia.

- 4.- Que, es preciso insistir que, de acuerdo al informe emitido por la Unidad de Asesoría Médica de esta Superintendencia, se trató de un paciente de 47 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial, que el 14 de febrero presentó, en forma ictal, un cuadro del déficit motor derecho (braquiocrural), parestesia facial izquierda y dificultad para articular palabras.

Tras una evolución de 30 horas, consultó en el Servicio de Urgencia de la Clínica Elqui, pesquisándose una Presión Arterial de 179/104 mmHg, Frecuencia Cardíaca de 58 latidos por minuto, Temperatura axilar de 36°C y Saturación Arterial de Oxígeno normal, presentando un puntaje de 15 sobre 15 en la Escala de Coma de Glasgow, y disminución de las fuerzas en extremidades.

Al examen por neurólogo, se pesquisó una Disartria Hipotónica leve, asociada a un Síndrome Piramidal derecho leve, registrándose además, un puntaje de cuatro en escala de accidente vascular del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (NIHSS 4).

Se solicitó una Tomografía Computada de cerebro, que demostró una lesión lacunar del núcleo caudado izquierdo, sin presencia de hemorragia.

Dado lo anterior, se diagnosticó un Infarto Cerebral Lacunar, indicándose hospitalizar al paciente, ofreciéndole neuroprotección y prevención secundaria, y la realización de un estudio etiológico del infarto.

Se tuvo a la vista además, el Formulario de Constancia de Información al paciente GES, en el que se señala el diagnóstico de Accidente Vascular Encefálico agudo.

A partir de lo anterior, esta Autoridad concluyó que el paciente ingresó en una condición clínica de urgencia vital y de riesgo de secuela funcional grave, dado por la necesidad de atención inmediata e impostergable, que incluyera el descarte de complicaciones neurológicas, terapia neuroprotectora, y la realización de un estudio etiológico acabado para descartar nuevos eventos isquémicos.

- 5.- Que, respecto a la calificación de la condición del 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 éste organismo fiscalizador cuenta con las atribuciones legales necesarias para resolver este tipo de reclamaciones.
- 6.- Que, en ese orden de ideas, y en torno a la circunstancia de que la médico a cargo del paciente no certificó la condición de urgencia en su oportunidad, porque no correspondía al estado en que aquél se encontraba, y que en función de ello se solicitó garantizar el pago de la atención –mediante un 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.
- 7.- Que, en cuanto al argumento esgrimido, respecto que un pagaré “en blanco” no constituye realmente un pagaré, se debe señalar que aquello resulta del todo improcedente, considerando que ese prestador contaba con el respectivo mandato, para llenar el pagaré con la cifra correspondiente.

A mayor abundamiento, carecería de toda lógica que esa Clínica solicitara un instrumento de garantía como el señalado, si tuviera la certeza, como arguye, que un

título de crédito "en blanco" no podría ser utilizado posteriormente para asegurar el pago de lo adeudado.

- 8.- Que, en consecuencia, procede reiterar la responsabilidad de Clínica Regional del Elqui, en la comisión de la infracción en comento desechando la reposición presentada sin más trámite.
- 9.- Que, atendido el cumplimiento de lo instruido en la Resolución Exenta IP/N° 1060 de 31 de julio de 2014, en orden a devolver el pagaré, indebidamente obtenido, se estima necesario ajustar la multa en atención a la referida atenuante, como se resolverá.
- 10.- Que, atendidas las facultades que me confiere la ley y en mérito de lo razonado precedentemente, no existiendo nuevos antecedentes que ponderar,

RESUELVO:

1° ACOGER parcialmente el recurso de reposición presentado por Clínica Regional del Elqui el día 22 de marzo de 2016, deducido en contra de la Resolución Exenta IP/N° 317, del 29 de febrero de 2016, en cuanto se rebaja la multa aplicada en la antedicha resolución.

2° REBAJAR la multa inicialmente aplicada hasta un monto de 350 UTM, la que deberá pagarse 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° Elévese el presente expediente administrativo ante el Superintendente de Salud para la resolución del recurso jerárquico interpuesto en subsidio del recurso de reposición desestimado precedentemente.

REGÍSTRESE, NOTIFIQUESE Y ARCHÍVESE



SGL/COA

Distribución:

- Representante Legal Clínica Regional del Elqui
- Reclamante
- Subdepartamento de Derechos de las Personas
- Departamento de Administración y Finanzas
- Subdepartamento de Finanzas y Contabilidad
- Fiscalía
- Archivo

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