



SANCIÓN RECLAMO N° 1042873-13

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 1737

SANTIAGO, 28 NOV 2016

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° 306, de fecha 12 de marzo de 2014, de la Intendencia de Prestadores.

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, mediante la Resolución Exenta IP/N° 306, de fecha 12 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 penúltimo del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, motivada en los antecedentes recopilados en el expediente administrativo del reclamo folio N° [REDACTED] presentado por la [REDACTED] que evidenciaron que el paciente, Sr. [REDACTED] ingreso a dicho centro asistencial en condición de urgencia el día 16 de septiembre de 2013, exigiéndose para la atención de salud que requería, esto es, su hospitalización, la suscripción del pagaré N° [REDACTED] y la entrega del voucher de tarjeta de crédito por el monto de \$1.000.000.

Se hace presente que en la citada Resolución Exenta IP/N° 306 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, el Hospital Clínico de la Universidad de Chile fue notificado mediante carta certificada de la antedicha Resolución Exenta IP/N° 306, por lo que el plazo para presentar sus descargos se extendió el día 2 de abril de 2014.
- 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° 306, argumentando que ésta habría determinado la comisión de una irregularidad al artículo 141 inciso penúltimo del D.F.L. N° 1, de 2005, antes de permitir su defensa y prueba respectiva, al ordenar la devolución del pagaré sobre el que versó el procedimiento, devolución que a su juicio tendría naturaleza sancionatoria, todo lo cual constituiría una flagrante infracción a la legalidad y al principio de juridicidad por parte de esta Autoridad, en cuanto la citada resolución sería contraria a un justo y racional procedimiento e importaría una extralimitación de sus funciones. Detalla sobre el particular que la antedicha ilegalidad se fundaría en una eventual inobservancia al principio de contradictoriedad y al de transparencia, toda vez que no se le habría permitido contradecir previamente sobre la irregularidad que le imputa la citada Resolución Exenta IP/N° 306; y al principio de imparcialidad. A la sazón invoca los artículos 10, 11 y 16 de la Ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos.

A lo anterior añade que esta Autoridad habría incurrido en un prejujuicio en su perjuicio, en cuanto la citada Resolución Exenta IP/N° 306, expresa la orden de corregir la irregularidad cometida, mediante la devolución del pagaré obtenido ilegítimamente por las prestaciones de salud otorgadas. Sobre el particular señala que el Dictamen N° 24.764, de 1995, de la Contraloría General de la República, advierte que la anticipación de la medida sancionatoria a aplicar, sea principal o accesoria, como también, la opinión sobre la conducta del sumariado, antes de que éste deduzca sus descargos, constituye un prejujuicio atentatorio al derecho de defensa que lo asiste, por cuanto carecería de imparcialidad para examinar los antecedentes y emitir decisiones administrativas, lo que vulneraría el principio de probidad administrativa (Art. 62, N° 6, de la Ley N° 18.575).

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, serio y preciso y constituyendo un juicio arbitrario y contrario a lo dispuesto en el artículo 3° del D.S. N° 369, de 1985, del Ministerio de Salud en cuanto establece que "*No se considerará atención médica de emergencia o urgencia, la que requiera un paciente portador de una patología terminal en etapa de tratamiento sólo paliativo, cuando esta atención sea necesaria para enfrentar un cuadro patológico derivado del curso natural de la enfermedad o de dicho tratamiento*", ello en cuanto el paciente evidenciaba al momento de los hechos, un estado avanzado de Alzheimer, junto con otras enfermedades crónicas, lo que determinaría que dicha dolencia constituía una patología terminal.

Por otra parte sostiene que desde su ingreso al aludido Servicio de Emergencia, el paciente habría recibido todas las atenciones médicas y de enfermería que requería su estado, sin condicionamiento alguno, lo que se reflejaría en el DAU respectivo, sin que existiera prueba sobre la existencia de algún condicionamiento para ello, como tampoco sobre la obtención de una "ventaja ilegítima" por su parte respecto del paciente o de algún miembro de su familia o acompañante y que sólo le cupo aplicar el régimen de una atención de salud electiva correspondiente a FONASA, en modalidad libre elección, por lo que resultaba admisible la garantía del pago de la prestación de salud requerida, mediante la suscripción de un pagaré, lo cual sería una práctica expresamente permitida en el artículo 141 bis, inciso 2° del D.F.L. N° 1, de 2005, Ministerio de Salud, puntualizando que a la fecha el costo total de la prestación de salud, no habría sido pagada.

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 y a FONASA, a objeto de que informen si en la atención de salud que nos ocupa se ha deducido algún reclamo en contra de FONASA que refiera a la cobertura financiera de la Ley de Urgencia, y que remitan la documentación correspondiente.

Acompaña a su presentación copia del Dictamen N° 32.686, de 2011, de la Contraloría General de la República.

- 4.- Que, en todo caso, corresponde precisar al citado Hospital Clínico 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 3° y 4°, 141 bis, 173 incisos 7° y 8°, y 173 bis 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 permitirá 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.

- 5.- Que, dicho lo anterior y en relación a los argumentos vertidos en la reposición detallada en el considerando 3°, corresponde puntualizar que la Resolución Exenta IP/N° 306, de fecha 12 de marzo de 2014, resolvió el procedimiento administrativo de reclamo iniciado por el reclamo folio N° [REDACTED] constatando la efectividad de los hechos reclamados y determinando su calidad de injusto o irregularidad, por lo que ordenó la devolución del instrumento financiero obtenido ilegítima o irregularmente y formuló cargos al prestador por ello. Sobre el particular se aclara que en la tramitación de dicho procedimiento, se

otorgó traslado al Hospital Clínico de la Universidad de Chile mediante el Ord. IP/Nº 2822, de fecha 6 de noviembre de 2013, informándole expresamente del reclamo interpuesto en su contra por condicionamiento de la atención de salud en contravención a las normas contenidas en las leyes Nº 19.650 y Nº 20.394, y sus respectivas modificaciones, refundidas en el D.F. L. Nº 1, de 2005, de Salud, requiriéndole informar al tenor de lo reclamado y que acompañara los antecedentes que sustentaran sus afirmaciones, así como copia de todo otro documento administrativo o financiero que haya emitido o recibido por dicha causa, junto con el protocolo de admisión de prestaciones electivas o de urgencia, otorgadas en el Servicio de Urgencia y de los antecedentes clínicos del paciente, lo que fue respondido por el Hospital Clínico involucrado el día 22 de noviembre de 2013.

En consecuencia, en la tramitación del antedicho procedimiento administrativo de reclamo finalizado por la resolución recurrida, se respetó cabalmente el derecho constitucional al debido proceso del prestador involucrado regulado en el artículo 18, inciso 2º, de la Ley 18.575, como también, los principios de contradictoriedad, imparcialidad y transparencia, establecidos en la Ley Nº 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 su presentación del día 22 de noviembre de 2013.

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 se encuentra facultada para resolver este tipo de reclamos, dictando las órdenes de corrección pertinentes, conforme aparece en el artículo 121 Nº 11 del DFL Nº 1, de 2005, de Salud. En consecuencia, fuerza concluir que la resolución impugnada no ha vulnerado el principio de juridicidad consagrado en los artículos 6 y 7 de la Constitución Política de la República, toda vez que esta Autoridad ha actuado dentro de las funciones legales que le corresponden.

Además, se hace presente que el acompañado Dictamen Nº 32.686, de 2011, ratificó el Dictamen Nº 69.740, de 2010, que instruyó a esta Superintendencia dejar sin efecto la Circular IP/Nº 5, que dictaba instrucciones a los prestadores de salud para la fiscalización de la Ley Nº 20.394, y la Circular IP/Nº 6, que establecía el procedimiento administrativo de fiscalización y sanción relativo al cumplimiento de la Ley Nº 20.394, ambas de 2009. En consecuencia, con fecha 23 de junio de 2011 se publicó en el diario oficial la Circular IP/Nº 12, de 2011, de esta Intendencia, que dejó sin efecto las antedichas circulares en cumplimiento de lo ordenado, por lo que no se entiende que invoque dicho Dictamen en este procedimiento, toda vez que para su resolución se aplicaron las normas pertinentes del DFL Nº 1, de 2005, de Salud y, supletoriamente, las de la Ley Nº 19.880 y de la Ley Nº 18.575, resguardándose con ello, el principio de juridicidad de los artículos 6 y 7 de la Constitución Política de la República.

- 6.- Que, con relación al argumento de fondo de la reposición en análisis, sobre que esta Autoridad habría incurrido en un prejujuicio en la Resolución Exenta IP/Nº 306, de 2014, la que le impediría examinar los antecedentes y emitir decisiones administrativas, en cuanto carecería 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 sobre el actuar del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, sino que se limitó a versar únicamente sobre la concurrencia de los elementos objetivos del artículo 141, inciso penúltimo del DFL Nº 1, de 2005, de Salud, lo que se aprecia en el último párrafo del considerando 5º de la resolución recurrida, en

cuanto se refiere a la ocurrencia de una *vulneración* a la prohibición y, en el N°1 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 responsabilidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en la producción de ellos. Lo mismo se indica respecto de la frase "*pagaré obtenido ilegítimamente*" en cuanto dicha calificación indica que el antedicho instrumento se obtuvo como consecuencia de la producción del injusto, lo que tampoco puede entenderse como valoración de la culpa del citado prestador, 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 la calificación de la condición de urgencia realizado en la resolución impugnada se realizó sin consultar la opinión de la Unidad Asesora Médica de esta Superintendencia de Salud, careciendo por tanto de sustento técnico, serio y preciso, lo que constituiría un juicio arbitrario, cabe indicar que ello no resulta efectivo, por cuanto, mediante el Memo IP/369, de fecha 25 de noviembre de 2013, esta Autoridad requirió a la Unidad de Asesoría Médica de esta Superintendencia un informe sobre la condición de salud del paciente a su ingreso al Servicio de Urgencia, el cual fue respondido mediante el Memorándum 384, de fecha 11 de diciembre del mismo año, el que fue estimado por esta Intendencia, haciéndolo suyo y transcribiéndolo en el considerando 5° de la resolución recurrida, por lo que tuvo acceso a él desde la notificación de la misma, toda vez que pudo y estuvo en condiciones de consultar el expediente respectivo, conforme se lo garantiza el artículo 17, letra a) de la Ley N°19.880.

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 e informarse a la familia del paciente por el prestador reclamado, lo que no parece acreditado de los citados antecedentes clínicos.

En consecuencia, cabe reiterar íntegramente lo señalado en el considerando 5° de la resolución recurrida, en cuanto determina que el paciente se encontró en una condición de salud o cuadro clínico que involucraba un estado de riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave, al momento de realizarse la exigencia motivo del reclamo para efectos de su hospitalización.

- 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, en cuanto se encuentran 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 del pagaré 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 pudiese 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 desestimará 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 28 de marzo de 2014, solicitando la absolución del cargo formulado en la Resolución Exenta ÍP/N° 306, de fecha 12 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.

Asimismo, el citado prestador reitera 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, la que no habría revestido el carácter de urgencia, según podría concluirse del análisis de los antecedentes médicos respectivos, lo que – a su juicio- “[...] explica y justifica por qué se exigió al paciente o a quién en ese momento lo acompañaba, que suscribiese un pagaré en garantía del pago de la prestación médica” conforme a lo regulado en el artículo 141 bis del DFL N°1, de 2005, de Salud, no correspondiendo aplicar la prohibición del artículo 141, inciso penúltimo del mismo cuerpo legal, en cuanto y según insiste, no se habría tratado de una atención de urgencia.

Por otra parte añade que, si con posterioridad y debido a las patologías de base del paciente, su estado de salud se agravó estando hospitalizado, correspondería que Fonasa decidiese la aplicación de la Ley de Urgencia para el financiamiento de tales prestaciones de ese rubro, lo que justificaría la solicitud de oficios realizada en su presentación del día 20 de marzo de 2014, agregando que y en todo caso, la Aseguradora no había otorgado el antedicho beneficio.

Además, se insiste en el argumento que para la formulación del cargo en la Resolución Exenta IP/N° 306, de fecha 12 de marzo de 2014, se habría prescindido del informe de la Unidad de Asesoría Médica de la Superintendencia de Salud, agregando que si se contó con ese respaldo y se omitió o no se dio a conocer al prestador de salud cuestionado, se configuraría un incumplimiento del principio procesal-administrativo de imparcialidad consagrado en el artículo 11 de la Ley N° 19.880, en cuanto exige que la expresión de los hechos y fundamentos de derecho en los actos administrativos que indica, como también al artículo 10 de la misma Ley, en cuanto impone al principio de contradictoriedad y de igualdad de los interesados.

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, 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. Ello por cuanto, se habría prescindido de la declaración del representante del prestador de salud cuestionado y de los médicos que intervinieron en la prestación de salud en comento, presumiéndose la condición de urgencia por no contar con una sustentación fáctica.

Se hace presente que solicita tener por acompañados al presente procedimiento sancionatorio, todos los antecedentes acompañados en el procedimiento administrativo de reclamo, como también, 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.

- 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 del día 22 de noviembre de 2013, añadiéndose que la Resolución Exenta IP/N° 306, de fecha 12 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 inculcado.
- 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 en la exposición, no cede en la solidez y coherencia de su defensa y aún ensombrece la argumentación jurídica realizada. En el mismo sentido, se le hace presente que, toda vez que sus escritos se dirigen ante este Órgano Fiscalizador, integrante de la Administración Pública, resulta innecesario que utilice calificaciones y valoraciones subjetivas, sugiriéndosele que mantenga la objetividad y prudencia en la relación de su defensa, limitándola a los hechos y a las normas que estima aplicables.
- 14.- Que, respecto de los descargos indicados en los párrafos 2°, 3° y 4° del considerando 11°, sobre la condición de salud que presentaba el paciente a su ingreso a su Servicio de Urgencia, cabe reiterar íntegramente lo señalado en el considerando 5° de la Resolución Exenta IP/N° 306, de fecha 12 de marzo de 2014, como también, lo señalado en el considerando 7° precedente.
- 15.- Que, con relación al descargo referido a que correspondería que Fonasa decidiese la aplicación de la Ley de Urgencia para el financiamiento de tales prestaciones de ese rubro, lo que justificaría la solicitud de oficios realizada en su presentación del día 20 de marzo de 2014, cabe indicar que, junto con reiterar a su respecto lo señalado en el considerando 12° precedente corresponde, hacer presente al Hospital Clínico de la Universidad de Chile que, según lo reconoce el Dictamen N° 90.762 de fecha 11 de noviembre de 2014, de la Contraloría General de la República, 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, 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.
- 16.- Que, en lo que refiere al descargo por el que se indica que esta Autoridad habría prescindido sin fundamento legal alguno, de la declaración de su representante legal, de los profesionales intervinientes, realizando una valoración de la prueba en conciencia errada y antojadiza, vulnerando nuevamente su derecho a defensa, cabe reiterar que el Ord. IP/N° 2822, de fecha 6 de noviembre de 2013, informó al Hospital Clínico de la Universidad de Chile de un reclamo interpuesto en su contra por un eventual incumplimiento del artículo 141, inciso penúltimo, del DFL N°1, de 2005, de Salud, y le requirió que informara al tenor de lo reclamado y que acompañara los antecedentes que sustentaran sus afirmaciones, el que respondió el día 22 de noviembre de 2013. En consecuencia y en lo que refiere a las declaraciones de los profesionales intervinientes, correspondió que el propio prestador reuniera y acompañara en dicha presentación todos los antecedentes de los que dispusiera y que acreditaran los fundamentos de su defensa, pudiendo acompañar todas las declaraciones escritas que estimara pertinentes. En lo que respecta a la declaración de su representante legal, cabe añadir que la citada respuesta de fecha 22 de noviembre de 2013, se encuentra suscrita por el director general del prestador de la época, Dr. [REDACTED] por lo que una prueba testimonial a su respecto resultaría inoficiosa, dilatoria y redundante.

- 17.- Que, habiéndose desestimado todos los argumentos planteados por el prestador reclamado, tanto en su reposición, como en sus descargos, manteniéndose por tanto la constatación de los hechos constitutivos de la infracción realizada en la Resolución Exenta IP/Nº 306, de fecha 12 de marzo de 2014, esto es, la exigencia de un pagaré en garantía y de un voucher de tarjeta de crédito, durante el curso de la condición de urgencia del paciente, los que resultan típicos en cuanto están descritos en el artículo 141 inciso penúltimo del DFL Nº1, 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.
- 18.- 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 quién en ese momento lo acompañaba, que suscribiese un pagaré en garantía del pago de la prestación médica [...]", 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 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 Nº1, de 2005 de Salud, lo cual en efecto sucedió en el presente caso, lo que fuerza 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 Nº1, de 2005 de Salud, correspondiendo sancionarle según corresponde.
- 19.- 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 el considerando 8º precedente, desestimándose las mismas.
- 20.- 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 Nº1 de lo resolutivo de la Resolución Exenta IP/Nº306, de fecha 12 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/Nº 311, 580, 22, 298, 325, 922, 1352, todas del año 2013, de esta Intendencia.
- 21.- Que, según las facultades que me confiere la ley, y en mérito de lo considerado precedentemente;

RESUELVO:

- 1º RECHAZAR el recurso de reposición detallado en el considerando 3º, DESESTIMAR los argumentos contenidos en los descargos detallados en el considerando 11º 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. Nº 1, de 2005, de Salud, respecto de los hechos ocurridos el día 16 de septiembre de 2014.

Se hace presente que en virtud de lo dispuesto en el artículo 113 del DFL Nº1, 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.

- 2º 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 Nº9019073, 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 al Hospital Clínico de la Universidad de Chile 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

- 4° 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, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE



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

PEJ/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 a su original, la Resolución Exenta IP/N° 1737 de fecha 28 de noviembre de 2016, que consta de 08 páginas y que se encuentra suscrita por el Intendente de Prestadores de Salud de la Superintendencia de Salud, Dr. Enrique Ayarza Ramírez.

Santiago, 28 de noviembre de 2016.

RICARDO CERECEDA ADARO
MINISTRO DE FE

