



Gobierno de Chile

www.gob.cl



SUPERINTENDENCIA DE SALUD

supersalud.gob.cl

Intendencia de Prestadores de Salud
Subdepartamento de Resolución de Conflictos y Sanciones

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 298

SANTIAGO, 15 ABR. 2013

VISTO:

Lo dispuesto en el artículo 141 inciso 3° 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 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, y lo previsto en la Resolución SS/N° 57, de 2012, de la Superintendencia de Salud;

CONSIDERANDO:

- 1° Que, mediante el reclamo N° 1022124, de 28 de diciembre de 2011, el [REDACTED] denunció al Hospital Clínico de la Universidad de Chile por una eventual infracción al artículo 141, inciso 3°, del D.F.L. N° 1/2005, del Ministerio de Salud, indicando que éste habría condicionado la atención de urgencia requerida por su madre, la [REDACTED] el día 10 de diciembre de 2011, toda vez que para efectos de admitir su hospitalización para una intervención quirúrgica que calificó de urgente, en razón de su diagnóstico de peritonitis, se le exigió un monto en efectivo de \$ 2.000.000, o 3 cheques girados por \$1.000.000 cada uno (en total \$ 3.000.000). Destaca que no tuvo otra opción que acceder al requerimiento y que, además, se vio en la obligación de firmar un documento declarando que la entrega de tales instrumentos fue voluntaria, lo que no se ajustaba a la realidad, ya que su madre estaba en riesgo vital, pero al no aplicársele la Ley de Urgencia por el prestador en forma arbitraria, no tuvo otra opción.
- 2° Que, atendido el tenor del reclamo precedente, este órgano instruyó la fiscalización respectiva, en cuyo mérito y mediante el Oficio Ord. IP/N° 438, de 10 de febrero de 2012, se formuló al Hospital Clínico de la Universidad de Chile el cargo de "Haber infringido la prohibición contenida en el inciso final del Artículo 141, del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en perjuicio de la [REDACTED] Cédula de Identidad N° [REDACTED] quien se encontraba al momento de la ocurrencia de los hechos antes referidos, en condición de urgencia por riesgo vital o secuela funcional grave";
- 3° Que, del mérito en su conjunto de la fiscalización señalada y del procedimiento sancionatorio instruido, se constata la ocurrencia de los siguientes hechos:

El día 10 de diciembre de 2011, la [REDACTED] ingresó a las 15:43 hrs. al Servicio de Emergencia del prestador reclamado por un cuadro de dolor abdominal difuso de 12 horas de evolución iniciado luego de una trasgresión alimentaria. Dicho dolor se localizó inicialmente en la región epigástrica e irradió al hemi-abdomen, constatándose en dicho servicio un abdomen blando, depresible, sensible en la fosa ilíaca derecha y blumberg (+), por lo que se registra la sospecha diagnóstica de una apendicitis aguda y se solicita un TAC de abdomen junto con otros exámenes, los que confirman dicha apendicitis aguda con peritonitis difusa, esto es, una condición de urgencia por riesgo vital y/o secuela funcional grave, la que no fue certificada por la médico responsable de ello. Dicha profesional, no

obstante, junto con ordenar la hospitalización de la paciente en el Servicio de Intermedio Quirúrgico para resolución quirúrgica del cuadro, lo reportó al Centro Regulador Samu-Fonasa en el formulario respectivo como de riesgo vital y/o de secuela funcional grave, solicitando a su respecto la aplicación de los beneficios financieros de la Ley de Urgencia. Dicho formulario refiere, además, una supuesta consulta previa al CESFAM Irene Frei, la que no se encuentra acreditada en ninguna pieza del presente expediente.

Ante dicho requerimiento, el Centro Regulador se pronunció rechazando la aplicación solicitada, por lo que concluyó la atención en el Servicio de Emergencia a las 21:23 hrs. del mismo día, a fin de iniciar la admisión de la paciente para la hospitalización ordenada, la que el Hospital Clínico reclamado consideró como prestación electiva, aplicando, en consecuencia, el proceso normal de admisión para la modalidad de libre elección, esto es, le exigió al reclamante el mismo día 10 de diciembre, a las 21:36 hrs., la suscripción y entrega de un pagaré como garantía de pago de la atención de salud requerida por la paciente, como asimismo, el pago anticipado de las prestaciones no cubiertas por el Fonasa, por un monto total de \$ 3.000.000, mediante la entrega de tres cheques por \$ 1.000.000 cada uno y a cobrarse en 10, 30 y 60 días hábiles, respectivamente.

La intervención quirúrgica -apendicetomía, aseo peritoneal y drenaje- se inició a las 00:10 del día 11 de diciembre siguiente, siendo calificada como de riesgo operatorio "grave", y durando aproximadamente dos horas. Luego de dicha intervención la paciente se estabilizó recién al día 13 siguiente.

Con posterioridad y con motivo del pago total de la cuenta -tramitada como libre elección- el prestador reclamado devolvió el pagaré y el excedente producto del cobro de los cheques indicados a sus interesados.

4º Que, los hechos indicados se acreditan de los siguientes antecedentes contenidos en el expediente administrativo:

4.1.- El "Comprobante de recaudación interna" referido al pago anticipado hecho por las prestaciones no cubiertas de la hospitalización requerida por la paciente mediante "Cheque a fecha", emitido el día 10 de diciembre de 2011 a las 21: 36 hrs.

4.2.- El "Documento de recepción de prepago", de la misma fecha, relativos a tres cheques "a fecha" de 10, 30 y 60 días, por la misma hospitalización.

4.3.- El "Documento de Respaldo de Hospitalización N° 01616755", de 10 diciembre de 2012, referido al otorgamiento del pagaré N° 507408359 por la misma hospitalización.

4.4.- El "Acta de audiencia del Prestador" de fecha 6 de febrero de 2012, por la que el representante legal del prestador, declaró que *"En relación a lo ya manifestado, al momento de determinarse la hospitalización de la paciente y considerando que se trataba de prestaciones electivas se procedió conforme a los procedimientos internos del hospital en el sentido de aceptar un prepago voluntario (3 cheques) que dejó el hijo de la paciente conforme a documento adjunto. El requisito de respaldo general que tiene el hospital para prestaciones electivas es la firma de un pagaré" y que "En atenciones de urgencia electiva el hospital aplica el protocolo de hospitalizaciones programadas en que el paciente puede elegir nuestro hospital u optar por otro establecimiento y la exigencia como respaldo es la firma de un pagaré. En el caso de atención de urgencia vital no se exige ningún tipo de documento de respaldo que condicione la atención."*

4.5.- La "Carta" sin fecha, por la que el reclamante declara haber entregado los 3 cheques, cada uno por \$1.000.000 al Hospital Clínico de forma "libre y voluntaria".

4.6.- El Ord. 1F/ N° 1684, de 20 de enero de 2012, por el que Fonasa comunica al reclamante que no considera la atención motivo de este reclamo, como una atención de urgencia por no implicar –a su juicio– riesgo vital.

4.7.- Copia del pagaré N° 507408359, suscrito en blanco por la paciente.

4.8.- Copia del Mandato para Pagaré N° 507408359 y autorización, de 10 de diciembre de 2011, otorgado asimismo por la paciente.

4.9.- El oficio ordinario 2C/N° 2304, del 18 de junio de 2008, del Director del FONASA, sobre el procedimiento operativo sobre convenio y protocolos de acuerdo por el que autoriza al Regulador Samu-Fonasa para derivar pacientes beneficiarios hacia prestadores en convenio bajo la modalidad institucional.

4.10.- El oficio ordinario 2C/N° 2584, del 3 de julio de 2008, del Director del FONASA, que reitera su función de coordinar traslados, en relación a problemas de salud GES en atenciones de urgencia.

4.11.- El "Acta de declaración de testigos" de fecha 21 de agosto de 2012, que consigna las declaraciones de los testigos ofrecidas por el Hospital reclamado. Al respecto, la Sra. Ana María Guzmán Carvajal, Jefe del Área de Atención al Cliente, en lo que interesa, declaró: *"A la paciente se le indicó hospitalización para resolución quirúrgica de apendicetomía y por no estar calificada como Ley de Urgencia, se le aplicó el proceso normal de admisión, es de decir, modalidad de libre elección (...). A la paciente se le solicitó como requisito de ingreso la firma de un pagaré como garantía y adicionalmente un prepago por las prestaciones no cubiertas por la aseguradora, en este caso, Fonasa".* Por su parte, la médico tratante, Dra. Rosario Fuentes Núñez declaró en lo fundamental que: *"La paciente consultó por un cuadro de dolor abdominal de 12 horas de evolución, lo destacable es que ingresó estable hemodinámicamente, sin compromiso de conciencia, sin requerimiento de drogas vasoactivas y en condiciones de ser trasladado a otro centro. Hago hincapié porque ello fue determinante para la calificación de riesgo vital que hice yo, independiente de la función del Samu. Además a la paciente, por las características clínicas, se inició tratamiento acorde. Todo esto, previo al resultado de escáner y laboratorio, que determinó la necesidad de intervención quirúrgica (...). Al contactar al centro regulador Samu-Fonasa, le indiqué, además, de los datos, el hecho que la paciente no era de riesgo vital, por lo motivos señalados precedentemente".*

4.12.- La copia de los antecedentes clínicos de la paciente, [REDACTED] que incluyen el Dato de Atención de Urgencia y dan cuenta de su condición objetiva de salud, tanto a su ingreso al Servicio de Emergencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, como asimismo, durante su evolución en el Servicio de Intermedio Quirúrgico.

4.13.- El memorándum N° 17, de 9 de agosto de 2012, de la Unidad de Asesoría Médica de la Superintendencia de Salud que tras el análisis de los antecedentes indicados, concluye que *"[REDACTED] se encontraba en condición de urgencia vital y/o riesgo de secuela funcional grave al momento de solicitar atención. Debe entenderse que la paciente pudo haber sido trasladada, sin incurrir en un riesgo elevado a partir del día 13 de diciembre, fecha en la que se decide su traslado a sala común, consignándose que presenta eliminación de gases [...], tolera bien el régimen hídrico, presenta diuresis adecuada y no presenta dolor abdominal."*

5° Que, mediante la presentación N° 3458, de 23 de febrero de 2012, el Hospital Clínico de la Universidad de Chile formuló sus descargos, basados en lo fundamental en la circunstancia de no haber incurrido en infracción alguna, según las siguientes alegaciones:

5.1.- En primer lugar, reiteró los argumentos de su solicitud previa de invalidación al Oficio Ord. IP/N° 438, de 10 de febrero de 2012, que le formuló el cargo indicado en el considerando 2° precedente, los que fueron rechazados íntegramente por la Resolución Exenta IP/N° 109, de 2012, de esta Intendenta, cuyos argumentos se dan por reproducidos para todos los efectos.

5.2.- En segundo lugar, reiteró un argumento de su recurso de reposición al cargo formulado –y rechazado en su oportunidad y en la misma Resolución Exenta IP/N° 109–, relativo a que la atención de salud de la paciente [REDACTED] se ciñó al procedimiento diseñado por el Centro Regulador SAMU-Fonasa para la determinación de una atención de urgencia, el que al día 10 de diciembre de 2011 no se consideraba contradictorio, ni ilegal y por el cual se habría obligado a los prestadores de salud privados a consultar previamente a dicho organismo sobre la procedencia de declarar la condición de urgencia de un beneficiario y de acatar su decisión, en razón de su función de determinar la procedencia del financiamiento de tales atenciones de conformidad con la Ley de Urgencia, arrojándose, en definitiva, "la facultad de determinar la ocurrencia de situaciones de riesgo vital, y por ende, de atenciones de urgencia". Agrega que recién con fecha 6 de enero de 2012 y mediante el Dictamen N° 927, de la Contraloría General de la República, se aclaró a los prestadores de salud su plena facultad para certificar la condición de urgencia. Antes de ello, alega, el Centro Regulador Samu-Fonasa revisaba la concurrencia de los supuestos de una atención de urgencia y denegaba según su parecer los beneficios legales inherentes a ella, impidiendo así al facultativo tratante de certificar la condición de riesgo vital.

Agrega que las circunstancias indicadas se deben analizar desde los principios aplicables al régimen sancionatorio chileno, específicamente la prohibición de aplicar retroactivamente lo indicado por el dictamen, como también la aplicación del principio *in dubio pro reo*, argumento que no desarrolla.

5.3.- De no estimarse lo anterior, agrega, debería al menos tenerse presente como una atenuante de responsabilidad, siendo excusable su conducta, ya que a la época de los hechos no podía determinar su irregularidad de forma concluyente pues existía poca claridad con el sentido y alcance del artículo 141 inciso tercero.

5.4.- Agrega, de otra parte, que la razón por la que el citado Centro Regulador rechazó la aplicación de tal beneficio financiero, fue la concurrencia previa de la paciente a un establecimiento de atención primaria –Cesfam Irene Frei– "donde su condición de riesgo vital no fue advertida, desde el cual pudo ser derivada a un establecimiento de salud público e integrante de la red asistencial correspondiente al domicilio de la paciente".

5.5.- Reitera, por otra parte, el argumento de su reposición a la formulación de cargos, rechazada asimismo en su oportunidad, según el cual esta Superintendencia habría inobservado el principio de *transparencia* y *contradictoriedad*, toda vez que el oficio impugnado invoca como antecedente al Informe de la Jefatura de Unidad Técnico Asesora de la Intendencia de Prestadores, Memo IP/N° 20, de 23 de enero de 2012, el cual no le fue informado, antes de la emisión de dicho oficio, como tampoco al momento de notificársele el mismo. Tal omisión, concluye, le priva de una oportunidad de defensa, y de tomar conocimiento de un elemento documental.

5.6.- Reitera, por otra parte, el argumento de su reposición a la formulación de cargos, rechazada asimismo en su oportunidad sobre la no observación del principio de *imparcialidad*, al no ponderar –a su juicio– los hechos con la debida

imparcialidad y objetividad para efectos de formularle cargos, toda vez que las declaraciones de su representante consignadas en el acta citada, así como el Dato de Atención de Urgencia respectivo, permitirían acreditar la inexistencia de la condición de salud de urgencia de la [REDACTED]

5.7.- Por último, indica que la valoración hecha por esta Intendente a las pruebas del expediente para la formulación de cargos, habría sido "en conciencia", sistema probatorio que estaría proscrito en nuestro sistema jurídico.

6° Que los descargos indicados precedentemente, serán rechazados precisándose al prestador:

6.1.- A los puntos 5.2., 5.3. y 5.4, se reitera lo dictaminado por el Informe de la Unidad de Asesoría Médica de esta Superintendencia en el Considerando 4°, punto 4.13, adjunto a la presente resolución y que constata la existencia objetiva de la condición de urgencia. Se hace presente que la circunstancia de que el médico tratante no haya diagnosticado y/o certificado debidamente la condición de urgencia de la paciente, por el motivo que fuera –más aún si fue por impericia o por conveniencia financiera– no puede obrar en su propio beneficio para los efectos del presente procedimiento y menos puede impedir la existencia objetiva de tal condición de salud. En efecto, la atención de urgencia o emergencia es toda atención inmediata e impostergable que requiere un paciente para superar una condición objetiva de salud de riesgo vital o de riesgo de secuela funcional grave, por lo que la inobservancia por parte del prestador de sus deberes normativos de diagnóstico y/o de certificación evidentemente no "impide" su acaecimiento efectivo. Precisamente, la Ley N° 19.650, prohibió todo condicionamiento al otorgamiento de la atención de urgencia, sea por exigencia o por diferenciación entre personas y hasta la estabilización objetiva del paciente, con el fin de proteger a éste y a sus acompañantes de las imposiciones financieras que un prestador pudiere hacerles con el objeto de obtener ventajas ilegítimas de la relación asimétrica de dichas partes, causada por la extrema fragilidad en que se encuentra el paciente o sus acompañantes, la que les impide oponerse a cualquier requerimiento por ilegal que sea.

Además, los antecedentes demuestran que en el presente caso las atenciones otorgadas por la Unidad de Intermedio Quirúrgico, durante la hospitalización de la paciente fueron las inmediatas e indispensables para que ésta pudiera estabilizarse recién al día 13 siguiente.

Por último, en cuanto al argumento relativo a que la Contraloría General de la República recién mediante su Dictamen N° 14.107, del 12 de marzo de 2012, vino a aclarar la plena facultad de los médicos tratantes de certificar las condiciones de urgencia –ya que antes de ello tal facultad se la arrogaba el centro regulador Samu-Fonasa– se señala que el artículo 141 inciso 3° del DFL N°1/2005, del Ministerio de Salud, desde la vigencia de la Ley N° 19.650, dispone literalmente que el deber legal de certificación de urgencia cuando así se haya diagnosticado, recae en el prestador de salud, no existiendo ley posterior alguna que modifique o que radique tal deber en el citado centro regulador.

En el mismo sentido, se indica que el Oficio Ordinario N° 1315 de 2006, el Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, le informó sobre la modificación de su Unidad de Coordinación de la Ley de Urgencia, indicando además que sus funciones serían, en lo pertinente: recepción de formularios de ingreso, estabilización, modalidad de atención y certificados médicos, enviados desde los clínicas privadas frente a un caso de Ley de Urgencia; confirmación a Fonasa sobre la pertinencia del pago mediante la entrega de un código de ingreso del paciente; y evaluación de los datos de ingreso, verificando que correspondan a una situación de riesgo vital o secuela funcional grave. En esta comunicación, además de reiterar la prohibición a los centros asistenciales para condicionar la atención de urgencia, se les indicó que debían verificar la previsión de salud del

usuario y comunicarla a la antedicha Unidad, aclarando que *"todo paciente beneficiario de esta ley que ingrese a un servicio de urgencia y que habiendo sido evaluado por un médico cirujano, sea considerado en condición de emergencia por riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención inmediata debería ser registrado en el formulario "Ingreso al Servicio de urgencia Paciente Ley 19.650"*. Posteriormente y habiendo cambiado tal unidad a la dependencia administrativa del Servicio de Salud Metropolitano Central y su denominación a la de Centro Regulador Samu-Fonasa, el Director del FONASA por su Ordinario 2C/Nº2304, del 18 de junio de 2008, comunicó a los prestadores privados que este centro estaría encargado de gestionar los traslados o rescates de los pacientes que les ingresaren en condición de urgencia hacia los prestadores públicos respectivos una vez estabilizados, además de gestionar el pago de las correspondientes atenciones de urgencia.

En consecuencia, ninguna norma o comunicación oficial radicó en el centro regulador Samu-Fonasa, facultades para diagnosticar o certificar la condición de urgencia o emergencia, como tampoco para enmendar el diagnóstico hecho por un médico-cirujano, cuestión que en todo caso sólo podría haber hecho una ley y no un oficio ordinario. Por el contrario, tales comunicaciones refirieron a materias específicas de carácter financiero, y para los efectos de autorizar, coordinar y gestionar los pagos y traslados respectivos, no para el ejercicio de la diagnosis de un paciente. En consecuencia, no se aprecia en ellos la alegada arrogación de la facultad de certificar las urgencias.

Por otra parte, el dictamen invocado de la Contraloría General no establece, ni puede hacerlo, una normativa distinta a la vigente sino que la reitera sobre las siguientes bases: 1) *"De las disposiciones citadas, se infiere que a quien compete certificar la condición de urgencia vital de un paciente que ingresa y recibe atención en la unidad de urgencia de un centro asistencial, es el médico cirujano que allí desempeña sus labores"*; y, 2) *"[...] no se advierte fundamento para que el personal del SAMU adopte la decisión de dejar sin efecto las certificaciones que realizan los médicos cirujanos de la unidad de urgencia [...]"*. En consecuencia, no puede hablarse de retroactividad en la aplicación de un dictamen, que no es una norma, y cuyo único objeto fue la reiterar el sentido claro de la ley consultada.

En consecuencia, de lo anterior tampoco procede atenuar la responsabilidad del Hospital Clínico en su conducta infraccional como lo solicita, ya que a la época de los hechos, el sentido y alcance del artículo 141 inciso tercero, era claro.

6.2.- A los puntos 5.5, 5.6 y 5.7 se reitera lo señalado en el considerando 13º de la citada Resolución Exenta IP/Nº 109, en especial, que el "principio de transparencia y publicidad" se ha aplicado mediante la notificación de los actos resolutive del presente procedimiento y mediante la recepción, tramitación y resolución de toda presentación hecha por el prestador, fundamentada o no. Para dichos efectos, y tal como se le señaló, le asistió el derecho y la libertad de revisar y solicitar a este órgano todo o parte del expediente respectivo. Asimismo, el principio de transparencia y contradictoriedad impone al órgano administrativo actuar con objetividad, respetar el principio de probidad y motivar –con indicación de los hechos y los fundamentos de derecho– los actos que afectaren los derechos de los particulares, así como aquellos que resuelvan recursos. De lo anterior, no aparece fundada la alegación indicada, toda vez que dicha formulación de cargos se dictó con el mérito de los antecedentes reunidos hasta ese momento, indicándose los relevantes para ello y no constituyendo dicho acto, uno de aquéllos que afecte derechos del Hospital Clínico o resuelva recursos. Cabe agregar que la presente resolución se fundamenta en los documentos y pruebas allegados, que se han valorado según las reglas de la sana crítica, como establece el artículo 33 de la Ley Nº 19.880 sobre las bases de los procedimientos administrativos, importando la apreciación de los antecedentes conforme a principios lógicos, máximas de la experiencia y enunciados científicos, por lo que la declaración del prestador reclamado no resulta suficiente para desvirtuar tales antecedentes.

- 7° Que, mediante la presentación N° 17836, de 26 de septiembre de 2012, el Hospital Clínico de la Universidad de Chile acompañó el Memorandum N° 1104, de 4 de septiembre de 2012, emitido por su propio contralor médico y que contiene un informe clínico relativo a una eventual inexistencia de la condición de urgencia de la paciente, [REDACTED] que en lo esencial indica que: "[...] si bien la paciente tenía indicación de hospitalización, por cuanto el cuadro clínico era sugerente de una peritonitis, como efectivamente se estableció durante la intervención, al momento de la consulta la condición de la paciente no revestía una condición de emergencia vital, en el sentido que le ha asignado la Ley N° 19.650. A mayor abundamiento, la resolución quirúrgica del cuadro que motivó el ingreso de la paciente se efectuó 8 horas más tarde" y que al respecto cabe reiterar íntegramente lo indicado en el punto 6.1 del considerando 6° precedente.

Se hace presente, por último, que el Ord. 1F/N° 1684, de 20 de enero de 2012, de Fonasa, que rechaza el otorgamiento del beneficio financiero de la Ley de Urgencia, por no encontrarse -a su juicio- en riesgo vital la paciente al momento de los hechos reclamados, no resulta suficiente para desvirtuar lo indicado en el punto 6.1 del considerando 6° precedente, que se reitera nuevamente. El prestador debe considerar que la condición de urgencia incorpora dos causales a presentarse indistinta o conjuntamente, el riesgo vital y, además, el riesgo de secuela funcional grave y que, por otra parte, el citado ordinario constituye un documento no vinculante para esta Superintendencia de Salud atendida su calidad de sujeto fiscalizado. A este respecto, se indica que este mismo organismo fiscalizador está facultado para revisar lo resuelto por Fonasa, lo que se informará a los interesados a fin que evalúen la pertinencia de efectuar el respectivo reclamo.

- 8° Que, el mérito de los antecedentes y la virtud de las consideraciones hechas, acreditan la comisión reprochable de la infracción imputada al Hospital Clínico de la Universidad de Chile, correspondiendo acoger el reclamo interpuesto en su contra y, además sancionarle, conforme se resolverá a continuación. Para la determinación de la sanción se considerará la condición de urgencia de la paciente; y,
- 9° Las facultades que me confiere la ley, y en mérito de lo considerado precedentemente;

RESUELVO

- 1° ACOGER EL RECLAMO indicado en el Considerando 1°, del Sr. [REDACTED] en contra del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Sin perjuicio de ello, no corresponde ordenar la entrega de los instrumentos obtenidos con infracción de ley, por haberse devuelto estos con anterioridad.
- 2° SANCIONAR a la Universidad de Chile, propietaria del Hospital Clínico infractor, domiciliada para estos efectos en calle Santos Dumont N° 999, Independencia, Santiago, Región Metropolitana, al pago de una multa de 350 unidades tributarias mensuales, por infracción al artículo 141, inciso 3°, del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud.
- 3° INFORMAR al reclamante Sr. [REDACTED] y a la paciente, Sra. [REDACTED] de su facultad de demandar al Fonasa ante esta Superintendencia de Salud para que, mediante su Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, conozca de su negativa a cubrir financieramente la atención de urgencia motivo de estos autos y resuelva lo pertinente.

4º Se hace presente que en virtud de lo dispuesto en el artículo 113 del DFL N° 1/2005, 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.

NOTIFÍQUESE, REGÍSTRESE Y AGRÉGUESE A SUS ANTECEDENTES

GR0/B08

DISTRIBUCIÓN:

- Representante Hospital Clínico Universidad de Chile
- Sr. [REDACTED]
- Sra. [REDACTED]
- Departamento de Administración y Finanzas
- Intendencia de Prestadores de Salud
- Subdepartamento de Resolución de Conflictos y Sanciones
- Oficina de Partes
- Archivo



Maria Soledad Velásquez Urrutia
MARIA SOLEDAD VELÁSQUEZ URRUTIA
PRESIDENTA DE PRESTADORES DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SALUD