



Intendencia de Prestadores de Salud
Subdepartamento de Coordinación Legal y
Registro de Prestadores

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 405

SANTIAGO,
04 NOV. 2011

VISTO:

Los antecedentes del presente procedimiento administrativo, cuyas principales piezas son las siguientes:

A fojas 1 y siguientes, el Reclamo N° [REDACTED] ingresado a esta Intendencia por doña [REDACTED] con fecha 09 de enero de 2010, en contra el prestador institucional de salud denominado "Hospital Clínico de la Universidad de Chile Dr. José Joaquín Aguirre", por eventuales infracciones al artículo 141 y 141 Bis del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud;

A fojas 5, copia simple del documento "Comprobante de recaudación interna Cuenta N° [REDACTED] de 10 de enero de 2010, 20:52 hrs., en el que se consigna que se ha realizado un pago anticipado a la cuenta que generare don [REDACTED] Carrasco, consistente en tres cheques por el monto de \$1.000.000.- cada uno, girados a nombre del Hospital Clínico de la Universidad de Chile;

A fojas 6, copia simple del documento "Documento Recepción de Prepago", de 10 de enero de 2010 en el que se consigna la entrega al Hospital Clínico de Universidad de Chile por las prestaciones de salud que recibirá don [REDACTED] por el monto total de \$3.000.000.-;

A fojas 8, copia simple del certificado, sin fecha, del Dr. [REDACTED] del Servicio de Urgencia del prestador reclamado, respecto de la condición de riesgo vital del paciente de marras el 10 de enero de 2010, a su ingreso al mismo.

A fojas 9, copia simple del Dato de Atención de Urgencia del paciente, Sr. [REDACTED], del prestador reclamado, de 10/01/2010.

A fojas 11, el Acta de Audiencia del Prestador, de fecha 18 de febrero de 2010, a la que concurrió el abogado don [REDACTED] apoderado del Director General del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, con poder suficiente, que se acompañó al expediente;

A fojas 30 y siguientes, copia simple de la ficha clínica del paciente, Sr. [REDACTED] abierta entre los días 10 y 19 de enero del 2010;

A fojas 131, copia simple del Certificado de FONASA, de 18/01/2010, que acredita la afiliación del paciente de autos a dicho Fondo al día de los hechos fiscalizados;

A fojas 133, la Resolución Exenta IP/N°130, de fecha 15 de abril de 2010, del Jefe del Subdepartamento de Evaluación de esta Intendencia que formula contra el referido

prestador el cargo de: "Haber exigido y recibido los 03 cheques en garantía individualizados en la letra a) del Considerando 4º precedente, como requisito previo al otorgamiento de la atención de urgencia que requería el paciente [REDACTED] [REDACTED], quien en la oportunidad referida en el reclamo que ha dado inicio a este procedimiento, se encontraba en situación de riesgo vital, en pago anticipado de tales prestaciones, condicionando de ese modo su atención de urgencia, lo que infringiría lo dispuesto en el artículo 141, inciso final, del DFL N°1/2005, del Ministerio de Salud.";

A fojas 147, la presentación del prestador sumariado, ingresada a la Superintendencia de Salud con el N°7147 de fecha 30 de abril de 2010, por medio de la cual realiza observaciones a la resolución de cargos, formula sus descargos, solicita diligencias y acompaña documentos;

A fojas 261, la Resolución Exenta IP/N°180, de fecha 7 de junio de 2010, que tuvo por evacuados los descargos, dio lugar a la apertura de un término probatorio y ordenó diligencias;

A fojas 272, el Acta de Audiencia del Testigo, ofrecido por la reclamada, [REDACTED] [REDACTED] de fecha 22 de junio de 2010;

A fojas 276, el Acta de Audiencia del Testigo, ofrecido por la reclamada, [REDACTED] [REDACTED], de fecha 22 de junio de 2010;

A fojas 301, el Ord. 2F/N°3574, de fecha 17 de junio de 2010, de la Jefa del Departamento Control y Calidad de Prestaciones (S) del Fondo Nacional de Salud, mediante el cual notifica informa a este Intendencia de la vigencia de la afiliación del paciente de autos a dicho Fondo y el estado de cobertura de la cuenta de aquel a la fecha, toda vez que correspondió a un riesgo vital, por lo que corresponde aplicar las normas de emergencia de la Ley N°18.469;

A fojas 307 y siguientes, Acta de la Sesión N°3/2011, de fecha 19 de octubre de 2011, del "Comité Asesor de Sanciones" previsto en el numeral 3.2. de la Circular Interna IP/N°1, de 19 de julio de 2011, de este Intendente, mediante la cual se instruyó sobre la tramitación de reclamos por infracciones a la Ley N°20.394 y,

CONSIDERANDO:

1º.- Que, estos autos administrativos han sido iniciados mediante el Formulario de Reclamo N° [REDACTED] de fojas 1, de doña [REDACTED] con fecha 09 de enero de 2010;

2º.- Que, según los antecedentes reunidos en el presente procedimiento, señalados en los Vistos, se puede dar por legalmente establecida la ocurrencia de los siguientes hechos:

a) Con fecha **10/01/2010**, aproximadamente las 15:30 hrs., el [REDACTED] [REDACTED] cotizante de FONASA, sufrió un [REDACTED] [REDACTED] siendo ingresado a las 18:19 hrs., en ambulancia, al Servicio de Emergencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, sin pérdida de conocimiento, [REDACTED] [REDACTED] registrándose en la [REDACTED]

hoja "Dato de Atención de Urgencia" su gravedad y **riesgo vital, por el médico de turno tratante.**

b) El antedicho paciente recibió en el dicho servicio las atenciones de salud respectivas y se ordenaron los exámenes clínicos respectivos, en el lapso de tiempo que va desde las 18:20 hrs. a las 20:25 hrs., hora en que se contactó al Centro Regulador SAMU-FONASA para solicitar el inicio de procedimiento por riesgo vital y aplicación de los beneficios correspondientes a la Ley de Urgencia.

c) Según el prestador reclamado, el antedicho ente habría rechazado la solicitud precedentemente señalada, por causa de no encontrar al paciente, [REDACTED] en su respectivo registro del sistema del Fondo Nacional de Salud. Por el contrario, el señalado Centro regulador le habría informado del hecho de haber encontrado al paciente afiliado a una ISAPRE.

d) En todo caso, el prestador reclamado aplicó el protocolo de atenciones electivas de salud, esto es, exigió a la reclamante y cónyuge del paciente, [REDACTED] la suscripción de un pagaré en garantía, como asimismo, la entrega de tres cheques por el monto de \$1.000.000.- cada uno, a 30, 60 y 90 días, como pago anticipado de la atención requerida por aquél.

e) Los antedichos cheques fueron cedidos a la reclamante en calidad de préstamo por su hermano, [REDACTED], y entregados en Admisión a las 20:52 hrs.

f) A las 20:50 hrs., el paciente, [REDACTED] ingresa a pabellón para una primera intervención quirúrgica. En la hoja de ingreso a la sala común del Servicio de Intermedio Quirúrgico de la reclamada aparece la entrega de los cheques en pago anticipado.

g) El [REDACTED] obtiene el alta al el 19/01/2010, con diagnóstico [REDACTED]

h) Posteriormente la reclamada cobra los cheques de marras.

3°.- Que los hechos antes referidos y que se dan por establecidos en los presentes autos administrativos, se deducen del análisis, en conciencia, que este Intendente efectúa, sobre la base de los siguientes medios probatorios y antecedentes acompañados a estos autos, a saber:

a) El ingreso del paciente, [REDACTED] al Servicio de Emergencia y, posteriormente, al Intermedio Quirúrgico de la reclamada, su condición de salud a dicho ingreso de urgencia o emergencia, así como su evolución durante la hospitalización y hasta su alta, ocurrida el 19/01/2010, se tienen por acreditados en base a los siguientes antecedentes:

a.1) El Dato de Atención de Urgencia, de fs. 9;

a.2) La ficha clínica del paciente, de fs. 22; y

a.3) El certificado sobre riesgo vital del paciente, de fs. 8;

b) La exigencia y posesión, por parte de la reclamada, y la entrega, por parte de la reclamante, de los tres cheques por el monto de \$1.000.000.- cada uno, girados a

nombre del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, como pago anticipado de las atenciones que recibiere el paciente de autos, constan de los siguientes antecedentes:

b.1) El "Comprobante de recaudación interna Cuenta N° [REDACTED] de 10 de enero de 2010, 20:52 hrs., a fojas 5;

b.2) El "Documento Recepción de Prepago", de 10 de enero de 2010 que consigna que don [REDACTED] deja tres cheques llenos en cuanto a monto y fecha, en pago anticipado por el monto de \$3.000.000.- por las prestaciones de salud que recibiere del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, a fojas 6;

b.3) La declaración del representante del hospital, [REDACTED] "En el momento del ingreso, el médico apunta que se comunicó con el SAMU para fines de la Ley de Urgencia, el que le informó que el paciente no se encontraba afiliado a FONASA, sino que a la ISAPRE ING, pero que registraba bloqueo, lo que se le informó al familiar a fin que tomara conocimiento del costo que tendría que asumir, dándole un valor estimativo de \$3.000.000.- Se le informa que el Hospital tiene un mecanismo de prepago para estos casos, consistente en el prepago de la prestación en base a un diagnóstico preliminar del médico tratante. Para este caso, el valor de dicho diagnóstico fue el señalado precedentemente, por lo que se le propone la fórmula de pago de entregar 3 cheques por \$1.000.000.- cada uno, a 30, 60 y 90 días. En virtud de ello, el hermano de la reclamante, cuñado del paciente, gira los 3 cheques solicitados a nombre del hospital Clínico, fechados y con monto", a fojas 11 y siguiente;

b.4) La declaración del testigo ofrecido por el Hospital, [REDACTED] emergenciólogo tratante: "Me respondió [REDACTED] quien manifestó que el paciente no figuraba afiliado a FONASA y que aparecía como ISAPRE ING, sin agregar nada más. Según el proceso general, debíamos confirmar su afiliación con la ISAPRE ING, cuestión que no se hizo puesto que al informar a los familiares, ellos se negaron e insistieron que estaba afiliado a FONASA y, según manifestaron, para evitar más trámites decidieron dejar los cheques voluntariamente, ingresándolo como particular. Quiero reiterar que el paciente se encontraba estable hemodinámicamente"; y

b.5) La declaración del testigo ofrecido por el Hospital, [REDACTED] jefe del anterior: "Este centro, según tengo entendido, contestó que en su base de datos el paciente afiliado a FONASA, sino a una ISAPRE. Esta circunstancia es relevante, pues siendo ISAPRE, FONASA se desentiende absolutamente, lo que implica que no ofrece traslado al servicio público."

c) La afiliación del paciente al Fondo Nacional de Salud, a la fecha de los hechos fiscalizados, se acredita mediante:

c.1) El certificado de FONASA de fojas 131; y

c.2) El Ord. 2F/N°3574, de fecha 17 de junio de 2010, de la Jefa del Departamento Control y Calidad de Prestaciones (S) del Fondo Nacional de Salud, de fojas 301;

4°.- Que la parte sumariada ha realizado observaciones y formulado sus descargos mediante presentación de fecha 30 de abril de 2010, que rola a fojas 147 y siguientes, formulando en su defensa, lo siguiente:

a) Observaciones a la resolución exenta de fojas 133, que le formula el antedicho cargo, en los sentidos de indicar que:

a.1) No es correcto que la cuenta del paciente estuviera cubierta por FONASA, quedando el saldo cubierto por los cheques de marras, toda vez que la bonificación no se había hecho efectiva y que aún se encontraba pendiente la resolución de dicho Fondo respecto de la Urgencia.

a.2) Que no puede estimarse que el representante del prestador reclamado haya confesado su responsabilidad en los hechos que se le imputan al haber declarado en la audiencia del 18/02/2010: *"El Hospital Clínico no tiene muy claro si realmente existió un condicionamiento"*, como se señala en el Considerando 5° de la Resolución que formuló cargos en su contra en estos autos. En dicho sentido, sostiene la reclamada, el rol de la Intendencia es esclarecer los hechos, *"lo que necesariamente impide un prejuzgamiento y, más, una inclinación siempre favorable a los reclamantes"*.

b) Descargos:

b.1) La secuencia cronológica de los hechos acredita suficientemente que no hubo condicionamiento alguno a la atención de salud de urgencia requerida por el paciente, Sr. Rojas.

b.2) Al ser consultado el Centro Regulador del SAMU-FONASA respecto de la procedencia de aplicar la cobertura financiera de la Ley de Urgencia, éste la negó por cuanto el Sr. Rojas no era beneficiario de FONASA, sino de la ISAPRE ING, en la cual se encontraba "bloqueado". *"Por lo expuesto, es del todo plausible que el HCUCH [...] y aceptase un abono a la cuenta del paciente y requiriese la suscripción de un pagaré."*

b.3) Si bien la Ley N°20.394 obliga a no condicionar una atención de urgencia, mediante la exigencia previa de documentos en garantía o de pago, no establece una gratuidad a favor de quien recibe tal tipo de prestaciones.

5°.- Los antecedentes documentales acompañados por la parte sumariada a su escrito de descargos, con fecha 30 de abril 2010, rolantes de fojas 156 a 258, entre los que se encuentran, la Hoja de Datos Atención de Urgencia (DAU), hoja de Epicrisis del paciente, Documento Recepción de Prepago, Ficha Clínica de Ingreso, toma y resultados de exámenes practicados al paciente, hojas de Evolución Clínica, informes médicos de los exámenes practicados al paciente, hojas de registro de enfermería del prestador sumariado;

6°.- Que en relación a las alegaciones y argumentos de descargo de la parte reclamada contenidas en su presentación referida en el numeral 4° precedente, cabe considerar, en los hechos y en cuanto al Derecho aplicable, lo siguiente:

a) En relación a la observación referida en el punto **a.1)** del Considerando 4°.- precedente, la invocación referente la procedencia o improcedencia de la cobertura financiera por FONASA de las prestaciones de urgencia requeridas por el paciente, ésta resulta impertinente para efectos de evaluar la ocurrencia de la infracción cuyo cargo

se formuló a la reclamada. En consecuencia, la antedicha observación resulta, asimismo, impertinente a los hechos que se investigaron en el presente procedimiento sancionatorio.

b) En relación a la observación referida en el punto **a.2)**, esto es la invocación de una eventual falta de imparcialidad del órgano que resolvió la formulación de cargos, precisa considerarse, desde el órgano que la dictó, que éste evaluó el valor probatorio de las declaraciones consignadas –en el marco del sistema de apreciación en conciencia- considerándolas como indicios de la –entonces- eventual conducta infraccional. En ese orden de consideraciones, debe señalarse que, respecto de tales indicios la parte reclamada no aportó, en las etapas posteriores de este procedimiento, antecedentes probatorios que los hayan desvirtuado.

c) En relación al descargo signado con el punto **b.1)** del Considerando 4º precedente, esto es, que la atención del paciente no sufrió interrupciones o lapsos, lo que viene a significar que la prestadora no condicionó atenciones de salud requerida al pago anticipado objeto del presente procedimiento, cabe señalar que la norma del artículo 141, inciso final, del DFL N°1/2005, del Ministerio de Salud, no exige dicho condicionamiento a la atención como elemento de la conducta o tipo infraccional en esta materia. En efecto, la señalada norma prohíbe que, cuando el paciente se encuentra en situación de urgencia vital, se le exija por el prestador de salud “[...] **dinero, cheques, u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención**”. Cabe reiterar a la prestadora que la interpretación de la norma transcrita, se condice con el espíritu de esta norma legal, cual no es otro que el de asegurar que, en tan graves condiciones de salud, el prestador institucional sólo se limite a otorgar la atención sanitaria que esa situación de riesgo vital requiere y eliminar que en esas circunstancias, tan graves como asimétricas, se presione la voluntad del paciente o de sus familiares en lo relativo a las condiciones financiera de la contratación de las prestaciones de salud. En consecuencia, el antedicho descargo es impertinente para exculpar al prestador de su responsabilidad por la antedicha infracción a la normativa legal vigente en la materia.

d) Respecto del descargo signado con el punto **b.2)** relativo a la información errada del Centro-regulador SAMU-FONASA sobre una aparente falta de previsión de salud del paciente, se debe tener en consideración que las definiciones que realice ese Centro, con respecto a la aplicación de la Ley de Urgencia, no excluye la obligación legal y ética que tiene el médico-cirujano que recibe al paciente en situación de urgencia de certificar dicha situación, obviando cualquier otra consideración. Por el contrario, la jurisprudencia de la Superintendencia de Salud es uniforme en resolver que es dicho profesional a quien legalmente le corresponde la antedicha función.

e) En relación al descargo referido en el punto **b.3)** del Considerando 4º.- precedente, referente a que la Ley N°20.394 no establece gratuidad a favor de quien se encuentra

en situación de urgencia, este Intendente se remite a lo ya razonado en la letra c) precedente.

7º.- El Acta de la Sesión N°3/2011 del Comité Asesor de Sanciones, en la que se propuso a este Intendente sancionar al "Hospital Clínico de la Universidad de Chile" sólo por el cargo de haber exigido la entrega de tres cheques a título de pago anticipado de la atención de urgencia que requería el paciente, quien se encontraba en dicho momento en situación de riesgo vital, proponiendo al efecto la imposición a la reclamada de una multa ascendente a 500 UTM;

Y TENIENDO PRESENTE lo dispuesto en los artículos 112, 113, 121 numeral 11º, 126 y 141 inciso final, del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud; en la Ley N° 19.880, sobre Bases de los Procedimientos Administrativos; y en la demás normativa aplicable, vengo en dictar la siguiente

RESOLUCIÓN:

1º.- **SANCIÓNASE** al pago de una **MULTA DE 500 UNIDADES TRIBUTARIAS MENSUALES** a la Universidad de Chile, Persona Jurídica de Derecho Público Autónoma, propietaria del prestador "Hospital Clínico de la Universidad de Chile", representada en estos autos administrativos por las personas de su Director General, don [REDACTED] y del apoderado, don [REDACTED] todos domiciliados para estos efectos en calle [REDACTED] comuna de [REDACTED] de la ciudad de Santiago, Región Metropolitana, como infractora del Artículo 141 inciso final del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud, por los hechos y motivos fundados expuestos en los considerandos precedentes.

2º.- **EFFECTÚESE** el pago de la multa antes referida en el plazo de 5 días hábiles, contados desde la notificación de la presente resolución, ante el Departamento de Administración y Finanzas de esta Superintendencia, lo que deberá ser certificado por el Jefe de dicho Departamento.

3º.- **NOTIFÍQUESE** la presente resolución mediante el envío por carta certificada al Director General del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, don [REDACTED] Grunnert y a su apoderado, don [REDACTED] ambos domiciliados para estos efectos en [REDACTED] comuna [REDACTED] de la ciudad de Santiago, Región Metropolitana, acompañándoles copia íntegra de la presente resolución. Sirva la presente resolución como suficiente oficio conductor.

4º.- **NOTIFÍQUESE** la presente resolución mediante el envío por carta certificada a la reclamante, doña [REDACTED], a su domicilio que consta en este expediente administrativo, ubicado en [REDACTED] de la ciudad de Santiago, Región Metropolitana, acompañándole copia

íntegra de la presente resolución. Sirva la presente resolución como suficiente oficio conductor.

REGÍSTRESE, ARCHÍVESE Y AGRÉGUENSE A SUS ANTECEDENTES.



CRISTIÁN TORTELLA IBÁÑEZ
INTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD (SUPLENTE)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD


RDH/BOB

DISTRIBUCIÓN:

- Director General Hospital Clínico Universidad de Chile
- Abogado Sr. [REDACTED] del Hospital Clínico Universidad de Chile
- Reclamante Sra. [REDACTED]
- Fiscal Superintendencia de Salud
- Jefe Asesoría Médica de la Superintendencia de Salud
- Jefe Asesoría Técnica de la Intendencia de Prestadores
- Jefe Subdepartamento Acreditación IP
- Jefe Subdepartamento Coordinación Legal y Registro de Prestadores IP
- Abogada MABL Fiscalía
- Abogada BOB Subdepartamento de Coordinación Legal y Registro de Prestadores IP
- Expediente N°5000092
- Oficina de Partes
- Archivo