

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

RECLAMO N° 1005105-13- JNF

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 1776

SANTIAGO, 19 DIC. 2014

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° 548, de 2013, de la Intendencia de Prestadores; en el Ord. N° 1501 de 2013; lo previsto en la Resolución N°1.600 de 2008, de la Contraloría General de la República; y en la Resolución Exenta SS/N° 539, de 2014, de la Superintendencia de Salud; y

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, mediante Resolución Exenta IP/N° 548, de 3 de julio de 2013, esta Intendencia resolvió la presentación N°1005105 de fecha 20 de febrero de 2013, interpuesta por [REDACTED], resolviendo en el fondo acoger el reclamo interpuesto en contra de Clínica San José, por contravención a lo dispuesto al artículo 173 inciso 7°, del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, ordenando, en consecuencia, la devolución del pagaré reclamado y la instrucción del procedimiento de sanciones respectivo. En consecuencia, mediante el Ord. IP/N°1501 de fecha 5 de julio de 2013, se formuló el cargo respectivo a Clínica San José, el que se encuentra motivado en los antecedentes recopilados en el expediente administrativo N° 1005105.
- 2.- Que, tales antecedentes evidenciaron que el día 18 de enero de 2013 al ingreso al prestador derivado desde Clínica Arica, en condición de urgencia de riesgo vital o de secuela funcional grave y encontrándose inconsciente, para su hospitalización en la Unidad de Asistencia Médica Intensiva de dicha clínica, se le requirió a su acompañante la Sra. [REDACTED], el otorgamiento de un pagaré como garantía de pago por las atenciones que requería.
- 3.- Que, respecto de la citada Resolución Exenta N° 548 de 2013, el prestador dedujo recurso de reposición y respecto del antedicho Ord. IP/N°1501, de 2013, presentó descargos, sin perjuicio de que ambas actuaciones estriban en el mismo proceso administrativo.

En consecuencia y de conformidad al principio de economía procedimental, contenido en el artículo 9° de la Ley N° 19.880, que establece bases de procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado, corresponde que esta Autoridad resuelva en este acto ambas presentaciones. En efecto, dicha norma ordena a la Administración evitar trámites dilatorios y propender a decidir en un solo acto todos los trámites que, por su naturaleza, admitan un impulso simultáneo, siempre que no sea obligatorio su cumplimiento sucesivo.

- 4.- Que, el recurso de reposición deducido en contra de la Resolución Exenta N° 548 de 2013, señalada en el considerando primero, se fundamenta en que esta autoridad habría realizado una errónea aplicación del Decreto Supremo N° 369/1985, del Minsal, que aprueba el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud y que establece que para determinar la condición de urgencia o emergencia del paciente trasladado, se requiere que el centro asistencial que lo remite carezca de las condiciones para estabilizarlo, lo que debe ser certificado por el encargado autorizado de la unidad de urgencia que lo remite, quedando por tanto excluidos traslados decididos por terceros ajenos al establecimiento público o privado donde está recibiendo la primera atención.

Al efecto argumenta que el paciente de autos, fue trasladado desde Clínica Arica a Clínica San José, pero que en parte alguna del traslado se habría certificado que el primer prestador carecía de las condiciones para estabilizarlo, ni que se trataba de una atención de urgencia vital, por lo cual el funcionario que tramitó el ingreso del paciente y recibió el documento, no habría tenido forma alguna de interpretar y menos calificar que esta atención se enmarcaba dentro de aquellas calificadas como emergencia o urgencia de acuerdo al citado decreto.

Adicionalmente señala que consta de la epicrisis de enfermería de Clínica Arica que el paciente habría sido trasladado en condiciones estables en una ambulancia simple, lo que originó que el Clínica San José realizara el ingreso del paciente en condiciones de regularidad y no de urgencia.

En cuanto a la solicitud de pagaré, refiere que jamás lo habría puesto como condición para la atención del paciente sino que únicamente respondía al cumplimiento estándar de ingreso de pacientes que Clínica San José posee. Prueba de lo anterior, es que el llenado del documento se produce en forma normal y la atención se realizó oportunamente permitiendo el adecuado tratamiento del paciente.

Agrega que está en su espíritu el apego permanente y estricto a la normativa vigente y por ello, a la fecha de presentación del recurso, ha hecho entrega del pagaré y el mandato de llenado al librador Sra. [REDACTED], según consta del acta de entrega de documentos de fecha 15 de julio de 2013, que adjunta en este acto.

Por lo expuesto solicita concretamente, se deje sin efecto la Resolución Exenta N°548 de 2013 de la Intendencia de Prestadores de Salud. En atención a que el requerimiento del pagaré tuvo su origen en una interpretación de los hechos distinta de lo que a primera vista se veía como procedente, que de modo alguno existió animo de infraccionar la norma y que por consiguiente no corresponde la instrucción de un procedimiento sancionatorio en su contra, atendiendo en consideración además la irreprochable conducta de este prestador en el cumplimiento de la ley y atendido además, que dio cumplimiento a lo ordenado devolviendo el pagaré requerido a la suscriptora de este.

- 5.- Que, no existiendo nuevos antecedentes o argumentos incorporados al citado expediente de reclamo, corresponde rechazar el recurso deducido, reiterando íntegramente lo señalado en la recurrida Resolución Exenta IP/N°548 de 2013, especialmente respecto de lo señalado en los considerandos 6° y 7° de ésta, en el sentido de que se tiene por acreditado fehacientemente que el paciente, fue trasladado desde Clínica Arica, por razón de la insuficiencia técnica de dicho prestador en camas críticas para efectos de hemodiálisis aguda, cuadro que el paciente cursaba y cuya resolución era imposible de obtener en dicho prestador, siendo condicionada su atención del modo comprobado en la referida resolución, siendo inoponible esta situación tanto para el paciente como para la Sra. [REDACTED], quien suscribe el pagaré en una posición contractual imposible de oponer, ya que la atención requerida por el Sr. [REDACTED] requería una atención inmediata e impostergable, de conformidad a los antecedentes e informes clínicos que se expresan en el expediente administrativo. Antecedentes que el prestador a través de su presentación no ha podido desvirtuar, sin adjuntar al respecto prueba alguna que acredite sus dichos.

Por lo anterior se reitera, al prestador que el objeto de la prohibición contenida en el artículo 173 inciso 7° del DFL N° 1 de 2005, del Minsal, es prohibir todo condicionamiento en estado de riesgo vital o de secuela funcional grave, precisamente para proteger al paciente o sus acompañantes de las imposiciones financieras que se les requirieran en dichos momentos por parte de los prestadores de salud, lo que impone un vicio de fuerza imposible de resistir al requerido, en función de la inmediatez de la atención necesitada.

- 6.- Que, el Ord. IP/N°1501 de fecha 5 de julio de 2013, formuló a Clínica San José el cargo de infracción a lo dispuesto en el artículo 173 inciso 7° del DFL N° 1 de 2005, del Minsal, de conformidad a los antecedentes tenidos a la vista y señalados en el considerando 2° de esta resolución, iniciándose de este modo el procedimiento sancionatorio respectivo, para lo cual se informó al prestador que disponía del plazo fatal de 10 días hábiles, contados desde la notificación del acto, para formular 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.
- 7.- Que, mediante su presentación de fecha 31 de julio de 2013, Clínica San José presentó sus descargos dentro del plazo legal, solicitando la absolución de los cargos formulados, fundamentándose en no haber infringido la ley. Lo anterior fundado en que el cargo formulado se sostendría en que habría condicionado la atención de urgencia requerida por el paciente trasladado desde Clínica Arica a Clínica San José por insuficiencia técnica de la primera, al efecto ilustra que condicionar, de acuerdo a la definición entregada por la Real Academia Española, implica hacer depender una cosa de alguna condición. A su vez, condición se define como una situación y circunstancia indispensable para la existencia de otra. Por su parte, agrega que el termino exigir, significa pedir imperiosamente algo a lo que se tiene derecho.

Luego indica que el Ord. IP/N° 1501, tuvo por acreditado que el paciente cursaba una condición de urgencia, con la declaración del médico Jefe de la Unidad de Asistencia Médica Intensiva (en adelante AMI) de Clínica San José. Al efecto, expone que dicha condición no es discutida, pero que es necesario tener en consideración dos situaciones que impidieron tener una clara percepción de los hechos al momento del ingreso del paciente, entre ellas, el contenido de la ficha de traslado desde Clínica Arica, emitida por el médico Dr. [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] quién en ninguna parte del documento certifica la insuficiencia técnica de dicho centro asistencial y que carecía de las condiciones para estabilizarlo o que se trataría de una condición de urgencia vital, en el sentido que lo ordena el Decreto Supremo N° 369 ya señalado. En segundo lugar, señala que el paciente fue trasladado en condiciones estables, en una ambulancia de transporte simple de Clínica Arica. Agrega, que no obstante estas dos situaciones, el prestador dio la atención oportuna y pronta que el paciente requería, permitiendo el adecuado tratamiento del paciente sin mayor contratiempo, certificando con posterioridad una vez que se pudo analizar con más detalle su situación médica, la condición de urgencia de la atención prestada.

En cuanto a la imputación de haber condicionado la atención de urgencia mediante la exigencia de un pagaré y un mandato de llenado, esto no es efectivo, toda vez, que no obstante las confusas circunstancias ya relatadas y que rodearon el traslado del paciente, la atención del paciente fue oportuna y sin contratiempos.

Al efecto señala que el condicionamiento de la atención de urgencia mediante la suscripción de un pagaré y del respectivo mandato, se acredita de acuerdo a esta Intendencia con los antecedentes tenidos a la vista, tales como: recibo de valores en depósito del pagaré folio N° 8007, de fecha 18 de enero de 2013; pagaré de hospitalización N° 8007, sin fecha ni monto, suscrito por la Sra. [REDACTED] y respuesta del Director Médico de Clínica San José. Respecto de ellos, estima que ninguno de estos antecedentes permite acreditar que se condicionó la atención de urgencia que requería el paciente a la suscripción de antedichos instrumentos. Reitera que es efectivo que se extendió un recibo de valores en depósito de antedicho pagaré y que la Sra. [REDACTED] lo firmó junto con el mandato de llenado, pero no es efectivo que el pagaré hubiera sido exigido, como tampoco que se haya condicionado la atención del paciente.

Recalca que la formulación de cargos, se acreditó por la respuesta del Director Médico de Clínica San José, solo porque éste declaró en el proceso que "De manera normal, se solicitó la firma de un pagaré al acompañante del Sr. [REDACTED], ya que todo paciente que ingresa a Clínica San José debe completar la documentación correspondiente según lo establecido a un ingreso a nuestra Unidad AMI u hospitalización medico quirúrgica".

Al respecto señala que en esta declaración, no se aprecia en ninguna parte que el prestador haya exigido o condicionado la atención de urgencia a la firma de un pagaré, por el contrario, solo señala que se solicitó la firma de este, hecho que no está prohibido por el artículo 173 del referido DFL, en circunstancias como las descritas al ingreso del paciente, en las que no se acreditó el carácter de urgencia.

Agrega que otro antecedente que acredita que no se habría condicionado la atención al paciente, radica en el que el reclamante expresa que a la Sra. [REDACTED] se le requirió la suscripción del pagaré en el Servicio de Urgencia del prestador, en circunstancias que ello ocurrió en la unidad de admisión a las 19:33 horas del día 18 de enero de 2013, esto es con posterioridad al ingreso del paciente a la unidad AMI de la clínica, la que ocurrió a las 16:00 horas. Por lo cual éste se encontraba recibiendo los servicios requeridos en forma pronta, oportuna y sin condicionamiento alguno. De haber sido efectivo el condicionamiento de la atención a la firma del pagaré, el paciente no hubiera sido atendido sin antes haber contado con la documentación debidamente firmada.

Por lo expresado, estima que el pagaré no fue exigido como condición para atender al paciente, sino que correspondía al procedimiento estándar de ingreso de pacientes a la clínica y que no presentan una urgencia vital. Por tanto, el pagaré en cuestión se firmó y entregó, con posterioridad a la atención del paciente ya que por lo antecedentes con los que fue derivado desde Clínica Arica no era posible presumir que se tratara de un caso de urgencia vital.

Expresa, que en su espíritu de cumplir con la normativa vigente, a la fecha de los descargos ha hecho devolución del pagaré y mandato de llenado a la Sra. [REDACTED] según consta del acta de entrega de documentación de fecha 15 de julio de 2013, que adjunta.

Finaliza señalando que, conforme a los antecedentes señalados y atendida la complejidad en la interpretación de los hechos y a la prestación pronta y oportuna de atención que recibió el paciente, como la inexistencia de antecedentes que permitan acreditar que se condicionó la atención, solicita absolver de los cargos formulados a Clínica San José, por cuanto ésta no ha incurrido en infracción alguna del artículo 173 inciso 7° del DFL N° 1 de 2005 del Minsal.

En subsidio de lo anterior y en caso que esta autoridad estimará que si existió infracción a la norma señalada recientemente, solicita se aplique el mínimo de las sanciones establecidas en la ley, atendido la irreprochable conducta anterior del prestador y la devolución de señalado pagaré aun antes de encontrarse firme la Resolución Exenta IP/N°548, de 2013, que así lo ordenaba, siendo su ánimo cumplir siempre y en todo momento con las disposiciones legales.

- 8.- Que, a sus descargos no adjunta documento u otro elemento probatorio que sustente su defensa, debiendo resolverse la controversia de conformidad al mérito del expediente administrativo.
- 9.- Que, atendido que los hechos reclamados se encuentran fehacientemente acreditados, de conformidad a lo considerado en la Resolución Exenta IP/N° 548 y lo razonado en el Ord. IP N° 1501 de 2013, que tales hechos resultan típicos en cuanto están descritos en el artículo 173 inciso 7° DFL N°1/2005, de Salud, como también antijurídicos en cuanto la exigencia del citado pagaré no se encontraba permitido por el ordenamiento jurídico, en virtud de la condición que aun cursaba el paciente en el momento de su exigencia, como se señala en el considerando siguiente.
- 10.- Que, cabe agregar que analizados los descargos presentados por Clínica San José, se evidencia el reconocimiento expreso del prestador de que el paciente cursaba una condición de urgencia, hecho que el prestador no controvierte y que se encuentra

suficientemente acreditado en la prueba testimonial, por lo cual se reproduce íntegramente lo señalado en el punto 2 y 3 del Ord. IP/Nº 1501 de 2013, que formula cargos al prestador.

En este sentido cabe desechar las circunstancias conexas alegadas por el prestador, reiterando que toda vez que el riesgo vital y la insuficiencia técnica que dio origen al traslado, fue un hecho conocido por el prestador de acuerdo a la declaración del Dr. [REDACTED] de la unidad AMI del prestador señalado y al contenido en la ficha clínica, por lo que Clínica San José estuvo en conocimiento del estado de salud del paciente respecto del cual se encuentra conteste y del tratamiento requerido para su superación, de manera tal que su obligación era continuar la cadena de prestaciones destinadas a dar la atención inmediata e impostergable que el paciente requería, ello de conformidad a lo dispuesto en el Decreto Supremo Nº 369 ya señalado.

Despejado lo anterior y en cuanto a la defensa que señala que el pagaré no fue condición de las atenciones requeridas por el paciente, cabe indicar que si bien el documento se suscribió en oficinas administrativas y no en el servicio de urgencia, dicha gestión fue realizada en dependencias del prestador por lo que esta alegación resulta inconducente.

Lo mismo ocurre con la alegación referida a que otorgó las prestaciones inmediatas e indispensables al paciente para la superación de su estado y sin condicionamiento, toda vez que tal comportamiento le resultaba obligatorio especialmente atendido la condición del mismo, por ello el citado artículo 173 inciso 7º, introducido por la Ley Nº 19.650, prohíbe toda exigencia financiera al paciente y a su familia durante el curso del riesgo y vital y hasta la estabilización objetiva de éste, con el fin de protegerles de las imposiciones financieras que un prestador de salud pudiere hacerles en dichos momentos, en el marco de una relación asimétrica determinada por la gravedad del paciente y el consecuente impedimento para rechazar libre y voluntariamente tales condicionamientos.

- 11.- Que, en relación con lo anterior y en cuanto a la determinación de la culpabilidad en la conducta del prestador al infraccionar el artículo 173 inciso 7º, es dable advertir, que ésta se sustenta en la falta de previsión oportuna e instrucciones y procedimientos adecuados a su personal y profesionales tendientes a dar cumplimiento a la Ley, por lo cual la dictación de instrucciones reñidas con ésta o la omisión de instrucciones, resultan constitutivas de un defecto organizacional que le hace culpable de la infracción cometida.

En este sentido resulta necesario señalar que, de la declaración del Director Médico de Clínica San José, se evidencia la practica constante y uniforme del prestador de requerir la suscripción de estos documentos ya que según indica "*Todos los pacientes que ingresan a la dicha clínica debe completar la documentación correspondiente, según lo establecido, ya sea que ingrese a la unidad AMI o a hospitalización medico quirúrgica*", lo que constata palmariamente que este tipo de instrucciones están establecidas, como directriz institucional de la clínica reclamada, por lo que ha instruido a su personal administrativo en el sentido de requerir este tipo de garantías, de modo previo a la determinación de la condición o estado en que se encuentre.

En consecuencia, cabe declarar la culpabilidad de Clínica San José en la comisión de la infracción y sancionarle según corresponde.

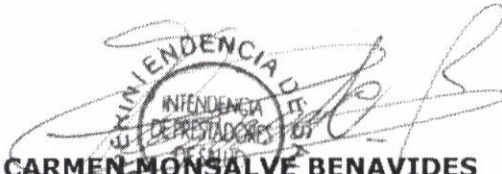
- 12.- Que, procede considerar para la determinación de la multa a aplicar, además de la gravedad de la infracción, incidente en el acceso a una atención de salud indispensable para la superación de un riesgo vital, la reiteración de la conducta, lo que constituye una circunstancia agravante. En efecto, mediante la Resolución Exenta IP/Nº 754, de fecha 18 de agosto de 2013, recaída en el proceso sancionatorio Nº1007764, ya se había sancionado a Clínica San José por infracción al mismo artículo.
- 13.- Que, cabe hacer presente que el reclamante a su vez interpuso el reclamo Nº400062-2013, en contra de la Isapre Consalud por su negativa a la cobertura adicional de enfermedades catastróficas, respecto de los hechos reclamados, cuya sentencia acogió el citado reclamo sin abordar el estado de salud del reclamante, encontrándose actualmente ejecutoriada y cumplida.
- 14.- Que, según las facultades que me confiere la ley, y en mérito de lo considerado precedentemente;

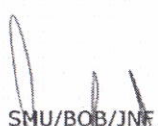
RESUELVO:

- 1° RECHAZAR el recurso de reposición presentado por el prestador con fecha 17 de julio de 2013.
- 2° SANCIONAR a Clínica San José con una multa de 360 unidades tributarias mensuales, por infracción al artículo 173 inciso 7°, del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud.

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.

REGÍSTRESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE


CARMEN MONSALVE BENAVIDES
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD (S)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD


SMU/BOB/JMF
Distribución:
- Destinatario
- Subdepartamento de Resolución de Conflictos y Sanciones
- 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° 1776, de fecha 19 de diciembre de 2014, que consta de 06 páginas y que se encuentra suscrita por la Intendenta de Prestadores (S) de la Superintendencia de Salud, doña Carmen Monsalve Benavides.

Santiago, 30 de Diciembre de 2014


CAROLINA CANESSA MÉNDEZ
MINISTRO DE FE