



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

RESOLUCIÓN EXENTA IP/Nº 199

SANTIAGO, 01 MAR. 2013

VISTO:

Lo dispuesto en el artículo 141 inciso 3º del D.F.L. Nº 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 Nº 11, 126 y 127 del mismo cuerpo legal; en la Ley Nº 19.880, que establece las bases de los procedimientos administrativos, y lo previsto en la Resolución Exenta SS/Nº 168, de 30 de enero de 2012;

CONSIDERANDO:

- 1º Que, mediante el reclamo Nº 1013256, de 11 de mayo de 2012, la [REDACTED] denunció a la Clínica Bicentenario por una eventual infracción al artículo 141, inciso 3º, del D.F.L. Nº1/2005, del Ministerio de Salud, indicando que ésta habría condicionado la atención de urgencia requerida por el paciente, Sr. [REDACTED] el día 10 de mayo de 2012, señalando en lo fundamental que *"el paciente consultó al servicio de urgencia alrededor de las 13:30, con un diagnóstico de obstrucción intestinal, oportunidad en que le fueron tomados diversos exámenes y scanner. Refiere que atendida la condición del paciente, éste debió ser hospitalizado en la clínica, sin poder ser trasladado a algún centro de la red pública, hasta una nueva evaluación médica. Hace presente que una vez el médico tratante le comunicó que el paciente debía ser hospitalizado, se le informó del rechazo de la activación de la Ley de Urgencia por parte del Regulador del Samu y la necesidad de suscribir un pagaré"*;
- 2º Que, atendido el tenor del reclamo precedente, este órgano instruyó la fiscalización respectiva, en cuyo mérito y mediante el oficio Ord. IP/Nº 2545, de 06 de septiembre de 2012, se formuló a Clínica Bicentenario el cargo de *"Infracción a lo dispuesto al Artículo 141, del D.F.L. No 1, de 2005, del Ministerio de Salud, respecto de las atenciones de salud requeridas por el paciente [REDACTED], el día 10 de mayo de 2012"*;
- 3º Que, del mérito de la fiscalización señalada y del presente procedimiento sancionatorio en su conjunto, se constata la ocurrencia de los siguientes hechos:

El día 10 de mayo de 2012, el [REDACTED] de setenta y cinco años, presentó un cuadro caracterizado por dolor abdominal difuso, constipación, náuseas y síntomas asociados a una distensión abdominal marcada, de más de 8 días de evolución, por lo que aproximadamente a las 13:00 horas ingresó a la Unidad de Emergencia de la Clínica Bicentenario, la que luego de la práctica de diferentes exámenes diagnósticos y la administración de medicamentos para disminuir el dolor, planteó los diagnósticos de oclusión intestinal con observación de cáncer al colón, insuficiencia renal aguda, hiperkalemia leve y anemia, entre otros, ordenando su hospitalización en la Unidad de Tratamiento Intermedio. No obstante ello, el médico tratante no diagnosticó ni certificó el riesgo vital o de

secuela funcional grave y pese a la insistencia de los familiares, dejó consignado en el Dato de Atención de Urgencia lo siguiente: "10/05/2012 17:56 Dr(a). Nicolás Iván Avilés Espinoza. No se envía solicitud de Ley de Urgencias, alta carga de pacientes y sin criterios para tal". Como consecuencia de lo anterior, Clínica Bicentenario aplicó la modalidad de libre elección para pacientes Fonasa, condicionando la hospitalización requerida por el [REDACTED] en su Unidad de Tratamiento Intermedio, mediante la exigencia de suscripción y entrega del pagaré N° 16.375, el que debió ser otorgado por su hijo, Sr. [REDACTED]

Aproximadamente a las 18:30 horas del mismo día el paciente es ingresado administrativamente a la citada Unidad de Tratamiento Intensivo, en la se consignó el día siguiente, en la correspondiente evolución clínica, "paciente quien el día de ayer no se le realiza un Scan abdominal por mantener creatinina > 1. Hoy a primera hora se toma dicho examen que evidencia obstrucción intestinal a nivel sigmoideo, de posible características neoplásicas. Se avisa a cirujano quien valora al paciente y los exámenes y se decide pasar a pabellón". La cirugía practicada, una laparotomía exploradora, reveló un tumor estenosante de colon sigmoides, adherido al transversal, con infiltración ganglionar y de la grasa pericólica. La evolución post operatoria fue con una anemia severa, con requerimiento de transfusión de dos unidades de glóbulos rojos al día 12 de mayo siguiente, estabilizándose recién al día 14 de mayo y obteniendo el alta al día 30.

3° Que, los hechos indicados se acreditan de los siguientes principales antecedentes contenidos en el expediente administrativo:

3.1.- El "Acta de fiscalización Ley N° 20.394", de fecha 20 de marzo de 2012, levantada respecto de la visita de fiscalización efectuada conforme al programa de la Unidad de Fiscalización de la Intendencia de Prestadores para Clínica Bicentenario en el mes de marzo de 2012, por la que el Sr. Luis Rubilar, Administrativo de Admisión declaró que para prestaciones electivas: "Al ingreso, la clínica ofrece 5 días hábiles para regularizar. Si el paciente no paga el mismo día suscribe un pagaré post- atención". Asimismo, el Sr. Juan Porras, coordinador de admisión, declaró que "[...] A quienes son libre elección, se pide un pagaré, el que se devuelve una vez pagado [...]"; "[...] La paquetización mas pagaré en caso que la evaluación de riesgo es rechazada." y "[...] **Para pacientes Fonasa Libre elección, deben firmar pagaré y la cuenta se cancela con bono.**"

3.2.- El "Acta de fiscalización", de fecha 11 de mayo de 2012, levantada respecto de la fiscalización extraordinaria efectuada al prestador con motivo del reclamo, por la que la Sra. Ana Páez, Enfermera de la Unidad de Gestión, declaró: "[...] condición del paciente no corresponde solicitar ley de urgencias. Se realiza trámite solo por insistencia de familiares aunque se explica futilidad del trámite"; "[...] se conversó con familiares quienes accedieron a firmar pagaré y modalidad libre elección."

3.3.- La copia del Pagaré N° 16375, sin fecha, suscrito por el [REDACTED] y remitida por la Clínica Bicentenario a este órgano fiscalizador con fecha 23 de mayo de 2012.

3.4.- La copia de los antecedentes clínicos del paciente, [REDACTED] que dan cuenta de su evolución clínica desde su ingreso al Servicio de urgencia de Clínica Bicentenario y durante su posterior hospitalización en la Unidad de Tratamiento Intermedio.

3.5.- El informe de atención de urgencias, de fecha 16 de mayo de 2012, adjuntado por la Clínica reclamada, en el cual el médico tratante del [REDACTED] indica que el diagnóstico de ingreso de dicho paciente al Servicio de Urgencia fue de obstrucción intestinal y que "[...] aunque el cuadro es de cuidado y **requiere hospitalización** y una eventual intervención quirúrgica, no corresponde solicitar ley de urgencias, ya que paciente no corría riesgo vital o secuela funcional grave en este momento [...]"

3.6.- El memorándum N° 017, de 30 de mayo de 2012, de la Unidad de Asesoría Médica de la Superintendencia de Salud que concluye: "De acuerdo a la ficha clínica adjunta, el [REDACTED] de 75 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, no insulino requerente, e Hipertensión Arterial, presentaba un cuadro caracterizado por dolor abdominal difuso, constipación, náuseas y síntomas asociados a distensión abdominal marcada, de más de 8 días de evolución por lo que es llevado a la Unidad de Emergencia de la Clínica Bicentenario, el día 10 de mayo de 2012.

Al examen físico se constata a un paciente con abdomen distendido, timpánico, ruidos hidroaéreos ausentes, dolor difuso en ambos flancos, sin signos de irritación peritoneal.

A su Ingreso se le realizan exámenes médicos, destacando una creatinina de 1.5, potasio de 5.7, BUN 44 y anemia normocítica normocrómica. La radiografía de abdomen simple muestra una acentuada distensión de las asas intestinales, tanto de intestino delgado como del marco colónico, visualizándose una gran dilatación a nivel del ciego y dilatación de colon transverso con presencia de nivel hidroaéreo difuso.

Se plantean diagnósticos de: Oclusión intestinal, Insuficiencia Renal Aguda, hiperkalemia leve, Anemia, DM2, HTA y se decide su hospitalización en UTI.

Conforme a lo anterior, en nuestra opinión, [REDACTED] al momento de solicitar atención en el servicio de urgencia de la Clínica Bicentenario, se encontraba en una condición de riesgo vital y secuela funcional grave, en atención a la naturaleza de sus diagnósticos, especial mente la obstrucción intestinal e insuficiencia renal aguda, por los cuales todo paciente requiere de atención médica inmediata e impostergable."

- 4° Que, mediante la presentación N° 18457, de 03 de octubre de 2012, la Clínica Bicentenario formuló sus descargos, basados en lo fundamental en la circunstancia de no haber incurrido en infracción alguna, según las siguientes alegaciones:

4.1. En primer lugar, indica que al momento del ingreso del paciente, la clínica a través de su médico tratante, estimó que "el paciente no revestía la entidad para considerarlo una urgencia vital, en los términos que dispone la Ley, y por tanto, se ingresó a hospitalización por modalidad libre elección, **garantizando su atención de conformidad a lo que autoriza el artículo 142 del D.F.L. N°1, de 2005.**"

4.2. El Fonasa rechazó el reclamo que le presentara el paciente para efectos de acceder a la cobertura financiera contenida en la Ley N° 19.650, de Urgencias, en razón de no considerar la patología del paciente como de "urgencia vital". Agrega que si bien, la Superintendencia de Salud acogió la demanda interpuesta por el paciente en contra de dicha resolución en el juicio arbitral, rol N° 11377 de 2012, [REDACTED] con Fonasa" y declaró la existencia de la condición de urgencia, existirían aun recursos pendientes en tal proceso que podrían variar dicha determinación.

4.3. Por último, indica que no corresponde que se le sancione por hechos pasados que al momento de producirse, no eran motivo de sanción, toda vez que -a su entender- la urgencia solo quedaría determinada al resolverse el último de los recursos relativos al juicio indicado precedentemente.

- 5° Que el análisis de los descargos indicados precedentemente, hace necesario precisar al prestador:

5.1. Al punto 4.1, se reitera lo dictaminado por el Informe Médico de la Unidad de Asesoría Médica de esta Superintendencia en el Considerando 3°, N° 3.6, que evidencia la existencia objetiva de la condición de urgencia y señala, además, que la circunstancia de que su médico tratante no haya diagnosticado y/o certificado debidamente la condición de urgencia del paciente, no puede obrar en su propio

beneficio para los efectos del presente procedimiento, y menos puede impedir la existencia objetiva de dicha condición. 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 -acreditada por el Informe Médico indicado- por lo que la inobservancia por parte del prestador de sus deberes normativos de diagnóstico y/o de certificación, sea por conveniencia financiera o por impericia, no "configuran" su inexistencia. 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 a fin de obtener ventajas de la relación asimétrica en que dichas partes se encuentran por causa de la extrema fragilidad en que el paciente o sus acompañantes se encuentran y que les impide oponerse a cualquier requerimiento por ilegal que sea.

Además, en el caso en análisis, se aprecia claramente que fueron las atenciones otorgadas en la Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI), a la cual el paciente llegó derivado desde el propio servicio de urgencia en razón de los diagnósticos ya referidos, las inmediatas e indispensables para la estabilización de aquél, la que ocurrió recién el día 14 de mayo siguiente.

5.2. Al punto 4.2, se indica que la sentencia de primera instancia recaída en el juicio arbitral, rol N° 11377, de 2012, [REDACTED] con Fonasa", recayó en un procedimiento diverso del presente, relativo a la cobertura financiera de la atención de urgencia, por lo que sus resultados no inciden en la presente resolución.

Se aclara en este sentido que los elementos basales por los que la presente resolución estima ocurrida la condición de urgencia al momento de los hechos reclamados, consisten en la propia revisión de los antecedentes clínicos del paciente, como asimismo, el análisis efectuado en el citado Informe Médico de la Unidad de Asesoría Médica de esta Superintendencia. En consecuencia, las variaciones que pudiere experimentar lo resuelto en dicho juicio arbitral, en nada obstan a lo que se resuelva en este acto.

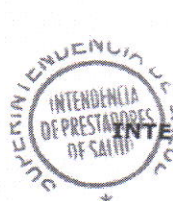
5.3. Al punto 4.3, se indica que el análisis hecho a los antecedentes clínicos no "configuran" la condición de urgencia del paciente [REDACTED] *ex post* y para efectos de cobertura financiera, sino que evidencian o constatan la situación de salud objetiva del paciente al momento de su ingreso y posterior hospitalización. Al respecto se agrega que la competencia de este organismo fiscalizador para efectuar dicho análisis y determinación respecto de un beneficiario de Fonasa, como asimismo, el de su consecuente estabilización, se aclaró mediante el Dictamen N° 73.390, de la Contraloría General de la República, de fecha 24 de noviembre de 2011, que señala que esta institución fiscalizadora cuenta con las atribuciones legales necesarias para resolver los reclamos de los beneficiarios que refieran a la materia indicada.

- 6° Que, el mérito de los antecedentes y la virtud de las consideraciones hechas, acreditan la comisión de la infracción imputada a Clínica Bicentenario, 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,
- 7° Las facultades que me confiere la ley, y en mérito de lo considerado precedentemente;

RESUELVO

- 1° **ACoger EL RECLAMO** indicado en el Considerando 1°, de la Sra. Mónica Lapierre Villar en contra de la Clínica Bicentenario y en consecuencia, **DECLARAR** que el pagaré N° 16375, sin fecha, suscrito por el [REDACTED], fue obtenido con infracción de Ley.
- 2° En consecuencia, **SE REITERA LA ORDEN** impartida a Clínica Bicentenario mediante el Oficio Ord. IP/N° 2545, de 06 de septiembre de 2012, de devolver el pagaré indicado a su titular, como asimismo, de acreditar dicha devolución ante esta Superintendencia de Salud, bajo el apercibimiento de iniciarse el procedimiento sancionatorio que prevé el artículo 125 del D.F.L. N° 1/2005, del Ministerio de Salud, para el caso que los prestadores de salud no den cumplimiento a las órdenes que le imparta la misma, en uso de sus atribuciones legales.
- 3° **SANCIONAR** a la sociedad Clínica Bicentenario S.A., propietaria del prestador infractor, domiciliada para estos efectos en avenida Bernardo O'Higgins N° 4850 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.
- 4° 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



[Handwritten Signature]
SCARLETT MORALES URTUBIA
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD (S)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

[Handwritten Initials]
GRG/BOB

- DISTRIBUCIÓN:**
- Clínica Bicentenario
 - Sra. [REDACTED]
 - Departamento de Administración y Finanzas
 - Intendencia de Prestadores de Salud
 - Oficina de Partes
 - Archivo

[REDACTED]