



Intendencia de Prestadores de Salud

Subdepartamento de Resolución de Conflictos y Sanciones
Unidad de Gestión de Conflictos y Sanciones

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 22

SANTIAGO, 07. ENE. 2013

VISTO:

Los artículos 121, 126, 127, 141 y demás pertinentes del D.F.L. N°1/2005, Salud; la Ley N° 19.880, sobre Bases de los Procedimientos Administrativos; la Resolución N°1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República y la Resolución Afecta N°57, de julio de 2012, de esta Superintendencia de Salud;

CONSIDERANDO:

- 1° El reclamo N°1020439, de 09/12/2011, deducido por [REDACTED] en contra del Hospital Clínico de la Universidad de Chile por eventual infracción al art. 141 del D.F.L. N°1/2005, del Ministerio de Salud, por condicionar la atención de urgencia requerida por su hermana, la paciente [REDACTED] el día 04/11/2011. Señala en lo fundamental que *"El 4 de noviembre de 2011 mi hermana Elena manifestó un estado de salud anormal, con comportamiento extraño (rigidez corporal, respiración dificultosa y convulsiones), lo que nos hizo ir en búsqueda de ayuda médica. Ante esto nos dirigimos al servicio de salud primario en donde luego de señalarnos que no se trataba de nada de gravedad, fue derivada a su domicilio. A las horas el cuadro se volvió a manifestar, de manera más fuerte, lo que nos motivó a llevarla, en principio a la urgencia del Hospital San José. Dado que este se encontraba colapsado y considerando el estado de urgencia de mi hermana, decidimos llevarla al Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Si bien entro conscientemente, mientras se encontraba allí presenta nuevos episodios de convulsiones y pierde la conciencia. Ante ello se nos señala que sin lugar a dudas ella se encuentra en un episodio de infarto cerebral, ante lo cual se debe intervenir quirúrgicamente inmediatamente. Se nos dice que con objeto de asegurar los gastos médicos, se debe dejar un cheque por 2 millones de pesos, el cual ante la presión y angustia del momento, procedimos a dejar [...]"*;
- 2° El mérito del presente procedimiento sancionatorio, que constata la ocurrencia de los siguientes hechos:
El día 04/11/2011, la paciente [REDACTED], presentó rigidez corporal, respiración dificultosa, pérdida de conciencia y convulsiones, por lo que concurrió al SAPU de Renca, ingresando aproximadamente a las 12:15 hrs. y que le realizó exámenes clínicos con el resultado registrado en el Dato de Atención respectivo de "Sin alteraciones". En consecuencia, fue enviada a su domicilio con un tratamiento analgésico-ambulatorio. En dicho lugar presentó un nuevo episodio convulsivo, siendo ingresada por sus familiares al Servicio de Emergencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile a las 15:40 hrs. del mismo día, que

registró su ingreso en el Dato de Atención de Urgencia (DAU) como *Vigil, bien hidratada, profundida, consciente, con desorientación leve temporal y desviación de la comisura facial a izquierda*, dentro otros, como asimismo, que durante el curso de la atención otorgada en este servicio presentó dos nuevos episodios convulsivos y una profundización del compromiso de conciencia. Además, el médico tratante diagnosticó y registró en dicho Dato que la paciente se encontró en riesgo vital, por lo que ordenó la realización de un TAC, a las 18:00 hrs. aproximadamente; que se efectuaron a su respecto maniobras de resucitación y, aún, --por interconsulta a neurocirugía-- una "Craneotomía fronto-parieto-temporal izquierda", para vaciar de urgencia el hematoma hallado, que se inició a las 19:40 hrs. prolongándose por 3 horas y media.

Administrativamente, la paciente egresó del Servicio de Emergencia a las 00:27 del día 5/11/2011, para ser hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a las 00:28 del mismo día.

Para tal ingreso administrativo a hospitalización, el Servicio de Admisión consultó al Centro-Regulador SAMU-FONASA sobre la situación previsional de salud de la paciente a fin de aplicarle los beneficios de la Ley de Urgencia. No obstante, y una vez que este le informó que dicha paciente se encontraba bloqueada por su ISAPRE, rechazándole así la cobertura financiera por Ley de Urgencia, el Hospital Clínico condicionó la atención de urgencia requerida por la paciente y consistente en la hospitalización en su Unidad de Cuidados Intensivos y mientras ocurría la primer intervención quirúrgica indicada, mediante la exigencia a sus familiares de la suscripción y entrega de un pagaré como garantía de pago de la misma y un pago anticipado de dos millones de pesos materializado en la entrega de un cheque "a fecha".

La paciente se encontró en riesgo vital durante 20 días, esto es, hasta el día 24/11/2011;

3° Los siguientes antecedentes del expediente administrativo, que acreditan los hechos indicados:

3.1- El Informe de la Unidad Técnica Asesora, emitido por Memorándum IP/Nº 5, de 2012, de la Intendencia de Prestadores, que señala que "al momento de su consulta de urgencia en prestador Hospital Clínico Universidad de Chile, se cumplieron las condiciones para caracterizar el cuadro clínico de la [REDACTED] como de emergencia o urgencia."

3.2.- El Acta de la audiencia de la representante del prestador, de 18/01/2012, que consigna que doña María Chaparro Echevarría declaró: "A las 00:27 horas del 05 de noviembre, concluye la atención en el servicio de urgencia y se ordena su hospitalización. Atendido que, de acuerdo con la certificación de FONASA consultada, y que se acompaña, la paciente se encontraba bloqueada por la Isapre. Por la razón que la misma paciente tampoco se encontraba en registros de FONASA no fue posible solicitar para ello los beneficios económicos que contempla la Ley de Urgencia, considerándose a la [REDACTED], desde el punto de vista previsional, como paciente particular. En virtud de ello, se solicitó a su acompañante la suscripción de pagaré y el prepago"; "a la paciente se le solicitó el prepago y el pagaré como garantía en el momento en que se decidió su hospitalización, esto es, pasadas las 00:00 hrs, del día 5 de noviembre de 2011, como consta en el documento que se acompaña"; y "Está consignada en el DAU la condición del riesgo vital de la paciente, el problema era del tipo administrativo de la situación del seguro de salud de la paciente que en ese momento no pertenecía

a ninguno de los sistemas existentes y se debía solicitar el respaldo que asegurara el pago de las prestaciones de la hospitalizaciones lo que es parte de la política del hospital en caso de pacientes sin previsión.

3.3.- El "Certificado - (Bloqueado por Isapre)" N° Folio: 198200043, emitido por FONASA con fecha 04/11/2011.

3.4.- El "Certificado - (Indigente Titularidad)" N° Folio: 204534571, emitido por FONASA con fecha 17/01/2012.

3.5.- El "Documento de recepción de Prepago", de 05-11-2011, de la paciente

3.6.- La "cuenta corriente N°11021014", de 17/01/2012, de la misma paciente, que consigna la entrega de un pagaré y de prepago.

3.7.- La "Prefectura Cuenta", de dicha paciente, de 27/08/2012, que consigna asimismo, la recepción de un prepago y de un pagaré.

3.8.- El "Acta de la audiencia", de la testigo ofrecida por el prestador, de 28/09/2012, que consignó las siguientes declaraciones de la médico-cirujano, Natalia Abiuso, actualmente urgencióloga contratada por el Hospital Clínico y, a la época de los hechos, residente del Servicio de Emergencia: *"Yo estaba de turno el día que se recibió esa paciente, presencié los hechos e intervine en las atenciones de urgencia, aunque administrativamente era supervisada por un médico de staff, por mi condición de becada"; "Conforme con el DAU [Dato de Atención de Urgencia], esta paciente ingresó por cuadro de 5 días de evolución de cefalea con signos de alarma y además, episodios de compromiso de conciencia. Había consultado al SAPU el que la vio, no encontró nada y la remitió a su casa. Su familia la llevó al servicio de emergencia por un nuevo cuadro de compromiso de conciencia. Al ingreso, la paciente se encontraba con desorientación tempororo espacial y durante su estadía en el servicio de emergencia presentó una nueva convulsión tónico clónica. Por ello se procedió a intubar a la paciente y se le realizó TAC de cerebro que mostró un hematoma subdural frontoparietal, por lo que se solicitó evaluación por neurocirugía quienes ordenaron la cirugía de emergencia., porque la presión intracraneana estaba elevada, comprometiendo áreas críticas del cerebro con riesgo vital, lo que quedó consignado en el DAU. Con eso sale del Servicio de Emergencia directo a pabellón. Nosotros como equipo médico del servicio de emergencia actuamos conforme a la gravedad de la situación independiente de los aspectos administrativos-financieros."; "Esta paciente estaba sin previsión en nuestro registro, aunque igual llamamos al regulador SAMU -FONASA, para averiguar si era FONASA A (indigente). Nos contestó que la paciente 'no tenía previsión' por lo que ellos no podía activar la Ley de Urgencia en los aspectos financieros de la misma."; "No, no es efectivo [que se condicionó la atención], porque se realizaron todas las acciones necesarias según la gravedad la paciente, independiente de la situación económica-administrativa. En ningún momento se esperó la confirmación monetaria para realizar las acciones necesarias en el Servicio de Emergencia. Además, por lo que presencié, la ida a pabellón se efectuó en forma oportuna y directamente, cuando el médico tratante lo ordenó sin esperar los trámites administrativos. **Son los familiares quienes se quedaron haciendo estos trámites, el paciente no.**"; "**Si, estaba en riesgo vital** [cuando la atendió en el servicio de emergencia el día 04/11/11]";*

3.9.- El Acta de la audiencia de la testigo ofrecida por el prestador, de 28/09/2012, que consigna que la Sra. Ana María Guzmán Carvajal, enfermera jefe de área de atención al cliente del HCUCH, declaró: *"Para el ingreso de la paciente a la hospitalización conforme a la orden médica de neurocirugía y posterior a las*

atenciones médicas otorgadas en el servicio de emergencia, el admisionista de este último servicio consultó en la página web de FONASA de certificación previsional para verificar su aseguradora de salud, la cual informó que la paciente se encontraba bloqueada en FONASA, por Isapre y ello aparece en el documento de 04/11/2011, que adjunto por este acto. Por este motivo y por y para efectos administrativos, la paciente fue considerada como sin previsión y conforme a lo informado por familiares ella ya no pertenecía a su Isapre. Consecuentemente los requisitos de ingreso a hospitalización de esta paciente se ajustaron a los definidos por el hospital para un paciente particular. Eso significa que se solicitó a los familiares y no a la paciente (por su gravedad) la suscripción de un pagaré como garantía y un prepago del orden de 5 millones de pesos, pero sin embargo atendida la desafiliación a al ISAPRE, se rebajó a 2 millones. La solicitud de dichos requisitos a los familiares ocurrió con posterioridad a la orden de hospitalización y mientras esta ocurría."; y "Actualmente la cuenta no se encuentre liquidada, **sólo está pagada la Ley de Urgencia por FONASA**, esto es, las atenciones otorgadas hasta la estabilización de la paciente. Está pendiente el pago de las atenciones concernientes a la Modalidad Libre Elección posterior a dicha estabilización y que corresponden a un monto de 15 millones, conforme al documento que adjunto en este acto. Por ello el prepago de 2 millones se rebajó de la cuenta y se mantiene **el pagaré en nuestro poder.**";

- 4° La presentación N°3185, de 20/12/2012, de la Universidad de Chile, por su Hospital Clínico, que mediante lo principal formuló sus descargos a los cargos formulados en su contra por oficio ordinario IP/N°387, de 2012, con las siguientes principales alegaciones:

4.1. En primer lugar, reiteró un argumento de su solicitud de su "reposición" a los cargos formulados, rechazada en su oportunidad, sobre que la atención de la paciente se ciñó al procedimiento que en tal oportunidad no se consideraba contradictorio, ni ilegal, al régimen aplicable. Fundamenta que ello se acreditaría de la documentación presentada, específicamente, por el certificado emitido el día 4/11/11 por el Centro Regulador SAMU-Fonasa, que le indicó que la paciente se encontraba "bloqueada" por su ISAPRE, lo que --según considera-- es idéntico a carecer de afiliación al momento de su atención. Aclara que --por lo demás-- el otro certificado de indigencia del FONASA, rolante en el expediente, fue emitido con posterioridad a los hechos, el día 17/01/12. Sobre ello discurre, que recién con fecha 06/01/2012, y mediante el dictamen N°14.107, de la Contraloría General de la República, se le aclaró sobre la plena facultad de sus médicos tratantes para certificar las condiciones de urgencia. Antes de ello --según se excusa-- el FONASA se habría arrogado tal facultad, desconociendo los beneficios de la Ley de Urgencia a las personas que, no obstante encontrarse en una situación de riesgo vital, se hallaren en condiciones como la de la paciente.

Agrega que, en todo caso, tal dictamen no se le podría aplicar retroactivamente toda vez que le provocaría efectos perjudiciales, contrario a los principios y garantía de los procedimientos sancionatorios.

4.2. Lo anterior, agrega, debería analizarse al menos, como atenuante de responsabilidad, siendo excusable su conducta, ya que a la época de los hechos no podía determinarse su irregularidad de forma concluyente pues existía poca claridad con el sentido y alcance del artículo 141 inc. tercero.

4.3. Por último, reitera 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 imparcialidad al formular cargos, por minusvalorar los antecedentes del caso, especialmente la declaración de la representante del prestador en cuanto a la influencia ejercida por FONASA al momento de realizarse la atención y que se tradujo en la imposibilidad de certificar la ocurrencia de una situación de riesgo vital; y 2) el cúmulo de los antecedentes presentados en la audiencia, específicamente, los dos certificados emitidos por FONASA. De otra parte se habría sobrevalorado de manera antojadiza el memorándum IP/Nº5 de la Unidad Técnico Asesora sobre la condición de urgencia de la paciente, de fecha 05/01/2012.

4.4. Cabe referirse, de otra parte, a los argumentos de fondo invocados en la antedicha reposición a la formulación de cargos -- renovados asimismo de manera genérica en los descargos-- sobre el hecho que la deuda de la paciente no se encontraba pagada y asciende a \$69.243.754, respaldada insuficientemente por un pagaré y un cheque por \$2.000.000.-; y, además, que la valoración hecha de las pruebas del expediente, aparentemente habría sido "en conciencia", sistema probatorio que estaría proscrito en nuestro sistema jurídico.

- 5° El informe médico --contenido en su Memo Nº036/2012, de la Unidad de la Asesoría Médica de esta Superintendencia de Salud, y efectuado durante el curso del presente procedimiento sancionatorio por uno de sus médico-cirujanos, de conformidad al artículo 34 de la Ley Nº19.880, sobre la condición de salud de la paciente basado en los antecedentes clínicos generados por el Hospital Clínico desde su ingreso y durante el curso la hospitalización de aquélla, el que en lo fundamental dictamina que *"Ingresó [la paciente] el 4 de noviembre de 2011 al Servicio de Urgencia del HCUCH [Hospital Clínico de la Universidad de Chile], con un cuadro de, aproximadamente, cinco días de cefalea de inicio progresivo, asociada a desorientación espacio-temporal, compromiso de conciencia fluctuante y convulsiones. En el SU presentó nuevamente convulsiones, decidiéndose realizar una intubación protectora, con Ventilación Mecánica Invasiva. Se practicó además una tomografía Axial Computada (TAC) de cerebro que mostro un Hematoma subdural agudo frontoparietal izquierdo, con extensión hacia temporal. Además de un hematoma subdural supratentorial, también a la izquierda. Ambas lesiones determinaban un moderado efecto de masa sobre el parénquima cerebral vecino, con incipiente herniación subfalcina. Se decidió su inmediato ingreso a pabellón para la realización de un drenaje del hematoma además de una craneotomía, con lo que se logró una evacuación parcial del hematoma y recuperación de la línea media. [...] Conforme a lo anterior, en nuestra opinión, la [REDACTED] se encontraba en una condición de urgencia vital y/o riesgo de secuela funcional grave al momento de solicitar la atención. Debe entenderse que la paciente pudo haber sido trasladada, sin incurrir en un riesgo elevado, a partir del 24 de noviembre, fecha en que se consigna que se encuentra apta para trasladarse a UTI-NQ, habiendo transcurrido más de 48 horas desconectada de la ventilación mecánica"*.

De éste informe, y para efecto de agregarlo a los presentes autos sancionatorios, se dio el debido traslado al prestador para sus observaciones, las que se evacuaron expresamente mediante la declaración de la testigo, la Dra. Abiuso, según se consigna en el Acta de la Audiencia ya indicada y habiéndose prevenido explícitamente a la mandataria del Hospital que podía efectuarlas o completarlas

por escrito y con posterioridad a la audiencia, derecho que no fue ejercido. Dicha declaración fue: "En lo que refiere a la urgencia el informe [de la Asesoría Médica de la Superintendencia de Salud- Memo N°036/2012] es fidedigno y concordante con la realidad de los hechos fiscalizados."

6° El análisis de las alegaciones a los descargos indicados precedentemente, según se sigue:

6.1.- En cuanto al argumento referido a que la atención se ciñó a un procedimiento legal toda vez que la paciente, al encontrarse "bloqueada" por su ISAPRE el día de los hechos, como aparece de los dos certificados invocados, este argumento no resulta conducente para eximirle de responsabilidad, atendido que:

6.1.1) El "bloqueo" es una situación de hecho utilizada por las ISAPRE por el que avisan a los prestadores que han "suspendido" la cobertura financiera respecto de determinados pacientes, siendo una situación de facto y por tanto ilegítima al no se encuentra amparada por respectivo art. 190 D.F.L. N°1/2005, del Ministerio de Salud. En tales casos, los pacientes siguen protegidos por el sistema de salud, que los considera beneficiarios del tramo A de FONASA, y no --como indica el prestador -- como "paciente particular" o "sin previsión".

6.1.2) En efecto, conforme al artículo 136, del citado D.F.L., se incluyen como beneficiarios Fonasa a tales pacientes como beneficiarios de FONASA. En consecuencia y en caso de incerteza de la situación previsional de una persona, fue deber y responsabilidad del prestador de salud de alta complejidad, **prevenir** institucionalmente situaciones como la de la especie para **evitar** el condicionamiento a las atenciones de urgencia.

6.1.3.) El mismo Fondo Nacional de Salud (FONASA) reconoció la adscripción de la paciente como su beneficiaria a la fecha de los hechos, razón por la que, en efecto, le otorgó el beneficio financiero regulado por la Ley N°19.650, "de Urgencia".

6.2.- En cuanto al argumento relativo a que sólo el día 06/01/2012, el dictamen N°14.107, de la Contraloría General de la República, le aclaró 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 Minsal, en lo que refiere a la condición de urgencia le impone al médico tratante y desde la vigencia de la Ley N°19.650 el deber legal de certificarlo cuando así lo haya diagnosticado. No existe ley posterior alguna que la modifique o le atribuya tal deber al citado centro regulador.

Por su parte, mediante su oficio ordinario N°1315 de 2006, el Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, le informó que la modificación de su Unidad de Coordinación de la Ley de Urgencia, indicándoles sus funciones --en lo pertinente-- fueron: de 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; de confirmación a FONASA sobre la pertinencia del pago mediante la entrega de un código de ingreso del paciente; y de 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 ente a la dependencia administrativa del Servicio de Salud Metropolitano y su denominación a la de Centro regulador Samu-Fonasa, el Director del FONASA por su Ordinario 2C/N°2304, del 18/06/2008, comunicó a los prestadores privados que tal 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, de este año, 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 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.

6.3.- Se le hace presente a dicho Hospital que, en todo caso, la atención de urgencia o emergencia es toda atención inmediata e impostergable que requiera un paciente para superar una condición objetiva de salud de riesgo vital o de riesgo de secuela funcional grave. En consecuencia, la inobservancia de los prestadores de los deberes normativos --de diagnóstico y/o certificación-- por conveniencia o impericia, no impiden la ocurrencia objetiva de la misma. Precisamente la Ley N°19.650, no permite condicionamiento alguno --sea por exigencia o diferenciación entre personas-- durante una condición de urgencia, toda vez que la situación asimétrica y de extrema fragilidad del paciente y de sus acompañantes, en relación a la situación de poder del prestador, les impide oponerse a sus exigencias aún ilegales. Ello resulta patente en los hechos del reclamo en que el condicionamiento, rayano en la coerción, se produjo durante la primera intervención quirúrgica de urgencia practicada a la paciente, en que sus familiares no estaban --bajo ningún respecto-- en situación emocional, ni material de oponerse a ella, por lo demás en curso.

6.4.- Respecto del argumento relativo a la inobservancia del principio de imparcialidad por una eventual valoración negativa en la formulación de cargos de los antecedentes acompañados, se indica que tal principio 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 ni conducente 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 ha valorado según las reglas de la sana crítica, como establece el artículo 33 de la Ley N°19.880.

6.5.- Respecto del argumento relativo a la deuda impaga de la paciente, ascendente a \$69.243.754, cuyo pagaré y cheque por \$2.000.000.-, serían insuficientes para su pago total e íntegro de la deuda, se indica que las motivaciones económicas o financieras del prestador, no constituyen eximentes ni atenuantes de la responsabilidad en la comisión de éste ilícito infraccional.

6.6.- Por último, y respecto al argumento relativo a que la valoración hecha de las pruebas del expediente habría sido "en conciencia", se reitera que los antecedentes allegados se evalúan conforme a las reglas de la sana crítica y que acreditan suficientemente:

- La condición de urgencia por riesgo vital, específicamente consignada el día de los hechos en el Dato de Atención de Urgencia, emitido por el propio prestador, refrendada y reconocida en los antecedentes clínicos e informes médicos acompañados;

- El condicionamiento mediante la exigencia de los cheque y del pagaré señalados para la hospitalización de la paciente y que motivaron este procedimiento, ocurrida durante la condición de urgencia, lo que fue expresamente declarado y reconocido por la mandataria del hospital y por las testigos;

- 7°** Las resoluciones exentas IP/N° 110 y 925, ambas de 2012, que se pronunciaron sobre lo solicitado por el primer, segundo y tercer otrosí de la presentación N°3185, de 20/12/2012, de la Universidad de Chile, por su Hospital Clínico, teniendo por acompañados los documentos que indica y abriendo el término probatorio solicitado para rendir la prueba de testigos ofrecida;
- 8°** El mérito de los antecedentes y la virtud de las consideraciones hechas, que acreditan la configuración de la infracción imputada en contra del prestador, correspondiendo sancionarle, como se resolverá a continuación. Para la determinación de la sanción se ha considerado la evidente condición de urgencia de la paciente y el conocimiento ostensible del prestador de ésta.
- 9°** La función legal de tramitar y resolver reclamos, que impone asimismo ordenar al Hospital Clínico sancionado para que devuelva los documentos de pago anticipado y de garantía de pago obtenidos con infracción de Ley, a fin que enmiende la vulneración al derecho de acceso a la atención de urgencia ocasionada a la paciente y su familia y el perjuicio que ello pudiere haberle provocado.

10° Las facultades que me confiere la ley, y en mérito de lo considerado precedentemente;

RESUELVO

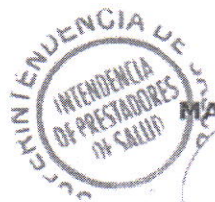
1°.- **SANCIONAR** a la Universidad de Chile, por su Hospital Clínico, domiciliada para estos efectos en calle Santos Dumont #999, Recoleta, Santiago, Región Metropolitana, al pago de una **MULTA DE 350 UNIDADES TRIBUTARIAS MENSUALES**, por infracción al Artículo 141, del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud.

2°.- **INSTRUIR** a dicho Hospital Clínico para 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 informado y acreditado ante esta Intendencia en cuanto ocurra.

3°.- **INSTRUIR**, asimismo, a Hospital Clínico para que y como medida correctiva, devuelva en el mismo plazo los documentos exigidos ilícitamente a la familia de la paciente, acreditando dicha circunstancia ante esta Superintendencia de Salud, o justificando lo que hubiere lugar, bajo apercibimiento de tenerse presente como en derecho corresponda.

4°.- **HACER 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 ante esta Intendenta; y/o el recurso jerárquico conforme a la Ley N°19.880, sobre Bases de los Procedimientos Administrativos, para ante el Sr. Superintendente de Salud, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de la notificación.

NOTIFÍQUESE, REGÍSTRESE Y AGRÉGUESE A SUS ANTECEDENTES



Soledad Velásquez
MARIA SOLEDAD VELÁSQUEZ URRUTIA
Intendenta de Prestadores de Salud
Superintendencia de Salud

RDH
RDH/BOB

DISTRIBUCIÓN:

- Hospital Clínico Universidad de Chile
- [REDACTED]
- Departamento de Administración y Finanzas
- Intendencia de Prestadores de Salud
- Oficina de Partes
- Archivo