



INTENDENCIA DE PRESTADORES
SUBDEPARTAMENTO DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS Y SANCIONES

FISCALIZACIÓN PROGRAMADA 2013

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 1048

SANTIAGO, 10 AGO. 2015

VISTO:

Lo dispuesto en los artículos 141, inciso 3° y 173, inciso 7°, ambos del D.F.L. N° 1, de 2005, 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 N° 20, de marzo de 2015, de esta Superintendencia de Salud;

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, la Ley N° 20.394 otorgó a este Organismo las atribuciones de fiscalizar a los prestadores de salud en el cumplimiento de los artículos 141, inciso 3° y 173, inciso 7°, ambos del DFL N°1, de 2005, de Salud, que les prohíbe exigir dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma las atenciones de urgencia o emergencia.

La citada atribución de fiscalización, actualmente contenida en los artículos 121 N°11 y 126 del mencionado DFL N°1, y de conformidad con los principios generales de la Administración, se ejerce de oficio, o bien, ante el reclamo o denuncia de algún particular.

En razón de lo anterior y en el marco de un procedimiento de fiscalización programada, esta Superintendencia de Salud realizó una visita inspectiva a las dependencias del Hospital Clínico Viña del Mar con fecha 14 de agosto de 2013.

- 2.- Que, en la antedicha visita se reunieron los siguientes antecedentes relevantes, tenidos a la vista, sobre las atenciones de salud que se indican:

a) Respecto del **paciente A**, Sr. [REDACTED] beneficiario de Fonasa, por la atención requerida el día 10 de junio de 2013: i) Autorización Administrativa para Hospitalización de la misma fecha 10 de junio de 2013; ii) Epicrisis UCI; iii) Declaración de Opción por Modalidad de Atención de fecha 10 de junio de 2013; iv) Recibo de valores de hospitalización para depósito (pagaré) de fecha 10 de junio de 2013; v) Pagaré N° [REDACTED]; vi) Ficha clínica; vii) Protocolo operatorio y; viii) Epicrisis de Hospitalización.

b) Respecto de la **paciente B**, Sra. [REDACTED] afiliada a la Isapre Consalud, por la atención requerida el día 12 de junio de 2013: i) Registro de Atención de la Unidad de Emergencia; ii) Epicrisis de enfermería UCIM; iii) Recibo de valores de Hospitalización para depósito por dos documentos de fecha 12 y 13 de junio de 2013; iv) Garantía N°2125, emitida por el Servicio de Bienestar de Codelco, con fecha 13 de junio de 2013 y por \$5.000.000.-; v) Garantía N°2117, emitida por el mismo Servicio de Bienestar, con fecha 12 de junio de 2013 y por \$800.000.- vi) Autorización Administrativa para Hospitalización; vii) Ficha Clínica; viii) Epicrisis Unidad Cuidados Intermedios, de fecha 21 de junio de 2013; ix) Epicrisis de enfermería UCI-A; y x) Epicrisis Unidad Cuidados Intermedios, ambas de fecha 16 de junio de 2013.

c) Respecto del **paciente C**, Sr. [REDACTED] beneficiario de Fonasa, por la atención requerida el día 19 de junio de 2013: i) Autorización Administrativa para Hospitalización; ii) Declaración de Opción por Modalidad de Atención, de fecha 19 de junio de 2013; iii) Formulario para registro de la misma fecha; iv) Registro de Atención de la Unidad de Emergencia, de fecha 19 de junio de 2013; v) Recibo de valores de hospitalización para depósito (pagaré) de igual fecha y; vi) Historia Clínica.

d) Respecto de la **paciente D**, Sra. [REDACTED] beneficiaria de Fonasa, por la atención requerida el día 23 de junio de 2013: a) Autorización Administrativa para Hospitalización de la misma fecha; ii) Epicrisis de Alta; iii) Declaración de Opción por Modalidad de Atención, de fecha 23 de junio de 2013; iv) Registro de Atención de la Unidad de Emergencia, de la misma fecha; v) Recibo de valores de hospitalización para depósito (pagaré), de la misma fecha y; vi) Ficha Clínica.

e) Respecto del **paciente E**, Sr. [REDACTED], afiliado a la Isapre Consalud, por la atención requerida el día 24 de junio de 2013: a) Autorización Administrativa para Hospitalización; ii) Formulario de Constancia Información al Paciente GES; iii) Declaración de Opción por Modalidad de Atención; iv) Registro de Atención de la Unidad de Emergencia; v) Recibo de valores de hospitalización para depósito (pagaré); vi) Pagaré N°30461; vii) Ficha Clínica y; viii) Epicrisis Servicio de Intermedio.

3.- Que, mediante el oficio Ordinario IP/N° 3239, de 9 de diciembre de 2013, se informó al Hospital Clínico Viña del Mar de las conclusiones y resultados de la fiscalización realizada de la manera que sigue:

a) El **paciente A** consultó al servicio de urgencia de dicho prestador el día 10 de junio de 2013, trasladado desde otro prestador y a causa de un cuadro de dolor torácico de reposo no irradiado, de un día de evolución, constatándose cambios del segmento S-T en derivaciones inferiores y elevación discreta de troponinas mediante un ECG. Además la coronariografía mostraba una re-estenosis de stent antiguo y disección, todo por lo cual se indicó cirugía de revascularización. Conforme a lo anterior, el citado oficio sostuvo que al momento de su ingreso, el paciente A se encontraba en una condición de urgencia vital y/o de riesgo de secuela funcional grave.

b) La **paciente B** consultó al mismo servicio de urgencia el día 12 de junio de 2013, por un cuadro de 7 días de evolución, caracterizado por precordialgia punzante irradiada al dorso y que se asocia a una disnea progresiva. En su ingreso se evidenció hipertensa (234/125), diagnosticándose angor o angina inestable. Por su parte, el resultado del electrocardiograma no informó signos de isquemia, ni de enzimas cardíacas negativas. Atendido lo expuesto, el antedicho oficio concluyó que la paciente se encontraba en una condición de salud de riesgo vital y/o de riesgo de secuela funcional grave al momento de ingresar al hospital fiscalizado.

c) El **paciente C** ingresó al servicio de urgencia indicado el día 19 de junio de 2013, en una condición de riesgo vital y/o de riesgo de secuela funcional grave, debido un cuadro clínico caracterizado por disnea, con saturación de oxígeno ambiental a 81%, cianosis distal y edema de extremidades inferiores. Sus antecedentes señalaban una caída de su propia altura, sin compromiso de conciencia, además de ser portador de una cardiopatía coronaria en tratamiento. Habiéndose obtenido una buena respuesta a la oxigenoterapia y con una hemodinamia estable, se planteó el diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva descompensada, agregándose que el día 21 de junio de 2013, el paciente C presentó dos paros cardiorrespiratorios.

d) La **paciente D** ingresó al servicio de urgencia de ese prestador el día 23 de junio de 2013, cursando un embarazo de 11+2 semanas, por exposición al humo producido por un bracero durante 20 minutos, por lo que inició un cuadro autolimitado por cefalea y vómitos, administrándosele inmediatamente tratamiento con oxígeno con buena respuesta. Presentaba en dicho momento una carboxihemoglobina de 12.8%, por lo que decidió su hospitalización para monitorización estricta y control de exámenes de laboratorio, ecografía obstétrica, indicándose la mantención de oxigenoterapia al 100%. Conforme a lo anterior, la paciente ingresó en una condición de urgencia vital y/o de riesgo de secuela funcional grave, dada la naturaleza de los diagnósticos.

e) El **paciente E** consultó en el servicio de urgencia del antedicho establecimiento asistencial el día 24 de junio de 2013, a causa de una caída. Al momento de la consulta se encontraba vigil, orientado en tiempo y espacio, con disartria y asimetría facial a izquierda, planteándose el diagnóstico de accidente vascular encefálico isquémico, por lo que se indicó su hospitalización en el Servicio de Intermedio. Atendida la naturaleza del diagnóstico, debió considerarse que el paciente presentó una condición de urgencia vital y/o de riesgo de secuela funcional grave al ingresar a ese prestador.

4.- Que, atendido los hechos indicados y dejando constancia de que para todas las atenciones indicadas se exigió una garantía de pago, el citado oficio Ordinario IP/N° 3239, de 9 de diciembre de 2013, formuló cargos en contra del Hospital Clínico Viña del Mar "por infracción a lo dispuesto en los artículos 141 inciso 3° y/o 173 inciso 7°, del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, respecto de la exigencia de pagaré para garantizar las atenciones de salud requeridas por los citados pacientes durante el mes de junio de 2013", informándole además que disponía del plazo fatal de 10 días hábiles, contados desde la notificación, para formular por escrito, todos sus descargos y/o alegaciones, así como para allegar los antecedentes probatorios que estimase pertinentes y conducentes sobre los hechos indicados.

5.- Que, en lo que refiere al **paciente A**, cabe indicar que, pese a la condición objetiva de salud en la que éste se encontraba, la que refería a un síndrome coronario agudo, dado por una re-estenosis de stent antiguo y disección, en su historia clínica aparece una primera atención en Clínica Los Carrera de Quilpué, registrándose a este respecto que el "Dolor cede rápido en Clínica Los Carrera. Derivado por decisión del paciente".

Sobre el particular, se hace presente que los motivos del traslado y/o la insuficiencia técnica del primer prestador no constan a esta Autoridad y que, por el contrario, si consta la decisión del paciente en dicho traslado, por lo que corresponde aplicarse la norma del artículo 3° del D.S. N°369, de 1985, de Salud, que excluye de la calificación y tratamiento de atención de urgencia, a aquélla que resulte de un traslado decidido por terceros ajenos al establecimiento público o privado donde se otorgó la primera atención. En consecuencia, procede revocar el cargo formulado respecto de estos hechos, toda vez que no se cumple el supuesto requerido de la condición de urgencia.

6.- Que, en lo que refiere a la **paciente B**, corresponde señalar que la revisión de los antecedentes, permite concluir que la exigencia realizada por el prestador por causa de la atención de urgencia requerida por la paciente, no refirió a un pagaré como erróneamente aparece en la formulación de cargos contenida en el oficio Ordinario IP/N° 3239, de 9 de diciembre de 2013, según se indicó en el considerando 4°, sino a una carta de respaldo.

En consecuencia y atendida la indicada imprecisión, y pese a haber constituido una exigencia ilegítima por haberse producido durante la condición de urgencia de la paciente, la formulación de cargos respectiva resulta viciada en cuanto refiere a un instrumento distinto al exigido, lo que afecta su validez al recaer en la descripción precisa de los hechos que permitieron formular el antedicho cargo, lo que a su vez se trasmite al procedimiento sancionatorio posterior e, indefectiblemente, a la eventual sanción. En consecuencia, procede invalidar el cargo formulado respecto de estos hechos.

7.- Que, el Hospital Clínico de Viña del Mar mediante presentación de fecha 18 de diciembre de 2013, contestó a la antedicha formulación de cargos señalando:

a) En relación al **paciente C**, que ingresó el día 19 de junio de 2013, siendo hospitalizado en pieza y no en la Unidad de Paciente Crítico, a causa de padecer una patología crónica con múltiples atenciones y terapias por estas mismas causales, que califica de enfermedad terminal lo que y por tanto sin criterios de aplicación de la Ley de Urgencia. Agrega que no existió ni se requirió a su respecto, terapia de urgencia que pudiese revertir el estado del paciente.

En apoyo a su defensa, se acompañó copia de la Autorización Administrativa para Hospitalización, de fecha 19 de junio de 2013; y del formulario de Declaración de Modalidad de Atención, de la misma fecha.

b) En relación a la **paciente D**, que ingresó el día 23 de junio de 2013, presentando signos vitales estables y remisión de su cefalea, evidenciando sólo el hallazgo de una determinación de carboxihemoglobina de 12.8%. Sobre el particular detalla que la Guía de Intoxicaciones CITUC señala como sintomática un nivel de carboxihemoglobina de 20% y severa sobre 30%, lo que no presentó en este caso y agrega que la paciente consultó estando estable y se hospitalizó con fines de observación y control por Modalidad Libre Elección, encontrándose en condiciones de traslado a cualquier hospital público de su red, si hubiese optado por la modalidad de atención institucional.

En apoyo a su defensa, se acompañó una impresión del acápite Monóxido de carbono de la Guía de Intoxicaciones CITUC, del Dr. Enrique Paris, como también, la copia de la "Epicrisis Alta-Resumen de Hospitalización", de fecha 24 de junio de 2013 y del formulario de Declaración de opción por modalidad de atención, de fecha 23 de junio del mismo año.

c) En relación al **paciente E**, ingresó el día 24 de junio de 2013, con 74 años de edad, antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, que durante la madrugada de dicho día, inició sintomatología despertando con vértigo y disartria. Indica que el médico respectivo estimó que se encontraba fuera de ventana de trombosis (tiempo mayor a 3 hrs. desde el inicio de síntomas) con estabilidad de los parámetros hemodinámicos y generales, clínicamente estable y por ende sin riesgo vital inmediato, ya que no requería de ningún tratamiento de estabilización. Concluye indicando que se le hospitalizó bajo modalidad GES en la red de prestadores de su Isapre para estudio y manejo.

En apoyo a su defensa, acompañó copia de la Epicrisis de Intermedio, de fecha 19 de junio de 2013.

Además, y apoyándose en las definiciones contenidas en el DS N°369, de 1985, de Salud, relativas a Emergencia o Urgencia, Certificación de Estado de Emergencia o Urgencia y Paciente Estabilizado, las que se dan por reproducidas, argumenta que las infracciones por las que se le formularon cargos, no existirían, aclarando sobre el particular que no se debe confundir diagnóstico presunto (hipótesis) o definitivo, con el estado de salud inestable, ya que un mismo diagnóstico puede tener diversos niveles de gravedad o compromiso, esto es, ser asintomático o, por el contrario, mortal.

Por ello la calificación de gravedad e inestabilidad con riesgo vital no es aplicable a los diagnósticos, sino que a la situación clínica que presentaba determinado paciente en determinada situación, lo que fundamenta que sea el médico que atiende directamente al paciente, el que tiene la responsabilidad y la capacidad de determinar la aplicación de la Ley de Urgencia.

En el mismo sentido indica que todos los pacientes señalados, si bien se encontraban enfermos, estaban en condiciones estables por lo que pudieron ser trasladados o acudir por sus medios a otro Centro Asistencial, ingresando no obstante al Hospital Clínico Viña del Mar, en forma electiva y voluntaria y para completar su estudio y tratamiento. Ahonda en lo anterior, refiriendo que ninguno de ellos presentaba a su ingreso ningún estado de inestabilidad o riesgo de secuela funcional grave que requiriera un procedimiento de estabilización específica e impostergable.

- 8.- Que, respecto de las circunstancias del **paciente C**, cabe señalar que tanto su condición de urgencia, como la exigencia del pagaré en garantía del pago de la hospitalización requerida, se encuentran acreditadas y resultan típicas en cuanto están descritas en el artículo 141, inciso 3° del DFL N°1, de 2005, de Salud. Asimismo, resultan antijurídicas en cuanto la exigencia de los citados pagarés tampoco se encontraba autorizada por el ordenamiento jurídico.

En efecto, los antecedentes clínicos del paciente C, constatan suficientemente la condición de urgencia en la que se encontraba al momento de su ingreso, causada por una insuficiencia cardiaca congestiva descompensada. La situación clínica presentada se caracterizó por disnea con saturación ambiental de 81%, cianosis distal, edema en las extremidades inferiores, antecedentes de caída de su propia altura, sin compromiso de conciencia, pero portador de cardiopatía coronaria en tratamiento, y una fracción de eyección del 24% en ecocardiograma del año 2008, circunstancias que evidenciaron el riesgo inminente del paciente, el que se concretó posteriormente y mediante dos paros cardiorespiratorios sufridos durante su hospitalización.

Además, se hace presente que los antecedentes clínicos reunidos, no dan cuenta de la existencia de alguna dolencia en estado terminal, debida y previamente diagnosticado.

Por otra parte, el "Recibo de valores de hospitalización para depósito" referido al pagaré N°30376, acredita que la recepción de éste por el prestador ocurrió el día 19 de junio de 2013, a las 22:47 hrs., esto es, durante el curso de la condición de urgencia. Los antecedentes clínicos acreditan, además, que al día 21 de junio siguiente, el paciente C sufrió dos paros cardiorespiratorios.

- 9.- Que, sobre las circunstancias de la **paciente D**, cabe señalar que tanto su condición de urgencia, como la exigencia del pagaré en garantía del pago de la hospitalización requerida, se encuentran acreditadas y resultan típicas en cuanto están descritas en el artículo 141, inciso 3° del DFL N°1, de 2005, de Salud. Asimismo, resultan antijurídicas en cuanto la exigencia del citado pagaré tampoco se encontraba autorizada por el ordenamiento jurídico.

En efecto, los antecedentes clínicos de la paciente D, constatan suficientemente la condición de urgencia de la paciente, al momento de su ingreso al prestador fiscalizado. Sobre el particular cabe indicar que la condición de urgencia, en este caso, se desprende de la especial situación clínica de aquélla, toda vez que se encontraba embarazada de 12 semanas, aproximadamente, por lo que el riesgo no correspondió al estándar referido en la Guía de Intoxicaciones CITUC, del Dr. Enrique Paris, invocada por el prestador fiscalizado, sino a la circunstancia específica que involucra al binomio materno-filial, en el que, a medida que aumenta la carboxihemoglobina materna, el oxígeno disponible en la sangre decrece, disminuyendo también el flujo placentario, lo que provoca la caída en el nivel de oxígeno en la vena fetal que produce hipoxia en el feto, todo lo cual constituye, para este caso particular, una urgencia vital.

Por su parte, el "Recibo de valores de hospitalización para depósito" referido al pagaré N°30450, acredita que la recepción de éste por el prestador ocurrió a las 5:40 hrs. del día 23 de junio de 2013, esto es, durante el curso de la condición de urgencia señalado.

- 10.- Que, en relación a las circunstancias del **paciente E**, corresponde indicar que tanto su condición de urgencia, como la exigencia del pagaré en garantía del pago de la hospitalizaciones requeridas, se encuentran acreditadas y resultan típicas en cuanto están descritas en el artículo 173, inciso 7°, del DFL N°1, de 2005, de Salud. Asimismo, resultan antijurídicas en cuanto la exigencia de los citados pagarés tampoco se encontraba autorizada por el resto del ordenamiento jurídico.

Así, los antecedentes clínicos reunidos y el "Formulario de Constancia Información al Paciente GES", constatan suficientemente la condición de urgencia en la que éste se encontró al momento de ingreso, causada por un accidente cerebro vascular isquémico, el que consiste en el Problema de Salud GES N° 37, respecto de la cual las guías clínicas respectivas son categóricas en cuanto a considerarlo como condición de urgencia y a que su atención en establecimientos con capacidad de efectuar estudio de imágenes complejas resulta urgente, como asimismo que, una vez confirmado el diagnóstico, el paciente debe hospitalizarse en unidades especializadas bajo estricto control neurológico y con medidas de neuroprotección y prevención de complicaciones y secuelas, hasta lograr la estabilizaciones neurológica.

Sobre el particular cabe agregar que el prestador fiscalizado, en efecto, notificó el problema de salud al apoderado del paciente, pero sin informarlo a la página web que esta Superintendencia tiene dispuesto para ello.

Por su parte, el "Recibo de valores de hospitalización para depósito" referido al pagaré N°30461, acredita que la recepción de éste por el prestador ocurrió el día 24 de junio de 2013, a las 10:51 hrs., esto es, durante el curso de la condición de urgencia. Los antecedentes clínicos acreditan, además, que sólo el día 26 de junio siguiente, el paciente E estuvo en condiciones de seguir tratamiento en sala, propiciándose su traslado.

- 11.- Que, respecto de los argumentos vertidos por el prestador cabe aclarar que el objeto de la prohibición de los artículos 141, inciso 3º, y 173, inciso 7º, del DFL N°1, de 2005, de Salud, introducidos por la Ley N°19.650, Ley de Urgencia, fue prohibir todo condicionamiento al otorgamiento de las atenciones de urgencia, esto es, de las atenciones requeridas para la superación de un riesgo vital o de uno de secuela funcional grave de un paciente, precisamente para proteger a éste y a sus acompañantes de las exigencias o imposiciones financieras a que un prestador de salud pudiere forzarles en dichos momentos, amparados en la evidente relación asimétrica en la que se encuentran y que no les permite opción alguna.

Por lo anterior y tal como lo ha reconocido la Contraloría General de la República en su Dictamen 90.762, de fecha 21 de noviembre de 2014, esta Autoridad puede, ponderando los antecedentes clínicos de cada paciente, dar por establecida la citada condición de urgencia, considerando para ello si el paciente se encontraba estado de urgencia o riesgo vital, lo cual aparece confirmado en el Dictamen N° 36.152, de fecha 7 de mayo de 2015.

- 12.- Que, además, cabe señalar que la culpabilidad de un prestador institucional de salud en las infracciones a los citados artículos 141, inciso 3º, y 173, inciso 7º, consiste en el incumplimiento de su deber de prever y prevenir que, en el desarrollo de sus actividades, se cometan infracciones a dichas prohibiciones legales. En consecuencia, tanto la omisión de instrucciones a su personal y profesionales para el cumplimiento de la Ley, como la dictación de instrucciones reñidas con ésta, resultan constitutivas de un defecto organizacional que le hace culpable de las infracciones señaladas en los considerandos 8º, 9º y 10º precedentes.

En consecuencia, cabe declarar la culpabilidad del Hospital Clínico Viña del Mar en la comisión de las infracciones allí indicadas y sancionarle según corresponde.

- 13.- Que, procede considerar para la determinación de la multa a aplicar la cantidad de infracciones y la gravedad de las mismas atendida la condición de salud del paciente respectivo.
- 14.- Que, según las facultades que me confiere la ley, y en mérito de lo considerado precedentemente;

RESUELVO:

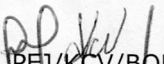
- 1.- SANCIONAR al Hospital Clínico Viña del Mar con una segunda multa de 350 unidades tributarias mensuales, por los hechos relativos al paciente E, acaecidos el día 24 de junio de 2013, constitutivos de la infracción al artículo 173, inciso 7º, del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud.
- 2.- SANCIONAR al Hospital Clínico Viña del Mar con una tercera multa de 350 unidades tributarias mensuales, por los hechos relativos al paciente C, acaecidos el día 19 de junio de 2013, y constitutivos de la infracción al artículo 141, inciso 3º, del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud.
- 3.- SANCIONAR al Hospital Clínico Viña del Mar con una cuarta multa de 350 unidades tributarias mensuales, por los hechos relativos a la paciente D, acaecidos el día 23 de junio de 2013, y constitutivos de la infracción al artículo 141, inciso 3º, del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud.
- 4.- REVOCAR el cargo formulado mediante el oficio Ordinario IP/N° 3239, de 9 de diciembre de 2013, por infracción al artículo 141, inciso 3º, del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, en relación a la atención de salud requerida por el paciente A el día 9 de junio de 2013.
- 5.- INVALIDAR el cargo formulado mediante el oficio Ordinario IP/N° 3239, de 9 de diciembre de 2013, por infracción al artículo 141, inciso 3º, del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, en relación a la atención de salud requerida por el paciente B el día 12 de junio de 2013.

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



DR. ENRIQUE AYARZA RAMÍREZ
INTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD (TP)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD


PEJ/KCV/BOB
Distribución:

- Representante Legal Hospital Clínico Viña del Mar
- Subdepartamento de Resolución de Conflictos y Sanciones IP
- Oficina de Partes
- Expediente
- Archivo

NOTA: TODA PRESENTACIÓN DE LAS PARTES EN ESTE PROCEDIMIENTO, DEBERÁ INICIARSE CON EL N° COMPLETO DEL RECLAMO.