



Gobierno
de Chile

www.gob.cl



Superintendencia
DE SALUD

supersalud.gob.cl

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

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 1007

SANTIAGO, 07. OCT. 2013

VISTO:

Lo dispuesto en el artículo 141 inciso 3° 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 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°1.600 de 2008, de la Contraloría General de la República; y, en la Resolución SS/N° 57, de 2012, de la Superintendencia de Salud;

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, mediante el reclamo N°1021564 del 27 de julio de 2012, el Sr. [REDACTED] denunció a Clínica Integral de Rancagua, ante esta Intendencia por una eventual infracción al artículo 141, inciso 3°, del D.F.L. N° 1/2005, del Ministerio de Salud.

En su reclamo, indicó que el día 17 de Julio de 2012, su madre, la Sra. [REDACTED], de 95 años de edad, ingresó al Servicio de Urgencia de dicha clínica en inminente riesgo vital y que para su atención se le exigió la firma de un pagaré en blanco, ya que de lo contrario no sería atendida, no obstante su grave condición de salud.

- 2.- Que, atendido el tenor del reclamo, este Organismo instruyó la fiscalización respectiva, realizando una visita inspectiva a Clínica Integral de Rancagua el día 6 de agosto de 2012, en la cual se reunieron los siguientes antecedentes.
- a. Declaración de la Jefa de Admisión, Sra. [REDACTED] que indica que tanto para las atenciones del Servicio de Urgencia, como para las hospitalizaciones regulares, a los pacientes que no puedan realizar el pago inmediato deben suscribir un pagaré. Indica que en los pacientes que ingresan con riesgo vital, son atendidos mientras un familiar realiza dicho trámite.
 - b. Declaración del Secretario de la Admisión del Servicio de Urgencia, Sr. [REDACTED] que refiere que si el paciente no cuenta con dinero, se le da la opción de firmar un pagaré y que en caso de urgencia vital se prioriza la atención y luego se solicita firmar un pagaré al acompañante o familiar según sea el caso.
 - c. Declaración de la Admisiónista de Hospitalizados, Sra. [REDACTED], que señala que el paciente se le solicita la orden de hospitalización y se le hace firmar un pagaré.
 - d. Flujograma Institucional de Ingreso de pacientes al Servicio de Urgencia, que evidencia que en la Admisión, esto es, de forma previa a su atención en el box de urgencia, se solicita el otorgamiento de un pagaré.
 - e. Flujograma de Ingreso de Pacientes quirúrgicos programados en Horario Inhábil, que indica que estos pacientes ingresan por el Servicio de urgencia y de forma previa a la solicitud de cama para la intervención, se solicita un pagaré.

Se evidencia de estos antecedentes que, a la fecha de los hechos, Clínica Integral exigía a todo paciente que ingresare para su atención en el Servicio de Urgencia y/o para su hospitalización posterior, en su caso, la suscripción de un pagaré en blanco, sin distinguir si su condición de salud correspondía a una urgencia por riesgo vital y/o por secuela funcional grave.

- 3.- Que, el prestador fiscalizado remitió el día 8 de agosto de 2012, los antecedentes durante la citada visita inspectiva, relativos a:
 - a. El dato de Atención de urgencia de la paciente, que registra su ingreso a las 23:08 hrs. del día 17 de julio y su egreso a las 00:57 hrs. del 18 siguiente, con diagnóstico presuntivo de Neumonía Bacteriana, desaturada (86%), con exámenes diagnósticos practicados y orden de hospitalización en el Servicio de Medicina.
 - b. Formulario de Constancia Información al paciente GES, con diagnóstico de Neumonía Bacteriana y suscrito el día 17 de julio a las 23:45 hrs.
 - c. Recibo de Valores en Depósito, que deja constancia de la suscripción y entrega por parte del reclamante de un pagaré en blanco por el costo total de las prestaciones de salud recibidas por la paciente, Sra. [REDACTED] el día 18 de julio de 2012, a las 00:00 hrs.
 - d. Copia del pagaré con mandato irrevocable, suscrito por el reclamante por la paciente en la misma fecha.
 - e. Registro de Admisión de la paciente al Servicio de Medicina, el día 18 de julio de 2012, a las 00:05 hrs. por Neumonía y que registra la recepción del pagaré dejado en garantía.
 - f. Los antecedentes médicos y de enfermería generaos durante la hospitalización.
 - g. La Epicrisis, que en lo que importa señala que *"Consulta por cuadro de una semana de evolución caracterizado por sintomatología compatible con virosis respiratoria alta"* y *"En Servicio de Urgencia paciente con importante apremio respiratorio y requerimientos de oxígeno, lo que motivó hospitalización inmediata para estabilización y manejo"*.
- 4.- Que, del análisis de los antecedentes clínicos de la paciente acompañados al expediente es posible señalar que ingresó desaturando, con cuadro hipertensivo y con infección, según los estudios de laboratorio, por lo cual debió ser hospitalizada por la hipótesis diagnóstica de Neumonía Bacteriana, la que por el factor etario corresponde a una Neumonía ATS III que ameritó su inmediata hospitalización. Se concluye por lo anterior, que el cuadro de la paciente a su ingreso su de urgencia vital y/o de riesgo de secuela funcional grave, ya que, en atención a la naturaleza de dicha patología y a la avanzada edad de la paciente, requería una atención médica inmediata e impostergradable.
- 5.- Que, en mérito de la fiscalización indicada y de los antecedentes clínicos evaluados, mediante el Ord. IP/Nº 113, de 9 de enero de 2013, se formuló a Clínica Integral de Rancagua el cargo de haber infringido el artículo 141 del DFL, de 2005, del Ministerio de Salud;
- 6.- Que, mediante presentación de 23 de enero de 2013, Clínica Integral de Rancagua formuló sus descargos, basados en la circunstancia de no haber incurrido en infracción alguna, toda vez que la prohibición del citado artículo 141, inciso 3º, del citado D.F.L. Nº 1, se aplica a las atenciones de salud de urgencia, y la paciente no presentaba condición de urgencia a su ingreso, no siendo aplicable esta prohibición. Sobre el particular indica que no evidenció riesgo vital como tampoco de secuela funcional grave, ya que su categorización de ingreso triage fue C3, sin que requiriera de cama crítica, ni atención inmediata (podía esperar unos 35 a 40 minutos). Al contrario a las categorías C1 y C2, de mayor riesgo, se les atiende sin ningún tipo de exigencia.

La paciente de autos, agrega, presentó signos vitales estables y por la administración de oxígeno en el Servicio de Urgencia dejó de presentar hipoxemia y falla respiratoria. En el entendido de haber actuado de conformidad a la Ley y a la Lex Artis, informa que devolvería el pagaré según la instrucción dada por este órgano fiscalizador.

- 7.- Que, respecto de los citados descargos relativos a la condición de salud de urgencia del paciente, cabe reiterar el análisis a los antecedentes clínicos señalado en el considerando 4., agregando que la atención de urgencia o emergencia es aquella inmediata e impostergable, necesaria para que el paciente supere el riesgo vital y/o de secuela funcional grave que cursa. Tal calificación debe realizarse respecto de la condición de salud objetiva que el paciente presenta al momento de requerir las prestaciones necesarias para la superación de los riesgos citados. Sobre el particular, se constata de los antecedentes que la condición de salud de la Sra. [REDACTED] en tales momentos y según indica la propia epicrisis, *motivó hospitalización inmediata para estabilización y manejo*, hospitalización que en definitiva le permitió la superación del riesgo vital cursado, constituyéndose así en una atención de urgencia.

Se hace presente al prestador que la Ley N° 19.650 prohibió todo condicionamiento al otorgamiento de las atenciones de salud necesarias para la superación del riesgo vital, precisamente para proteger a éste y a sus acompañantes de las imposiciones financieras a las que un prestador de salud pudiere forzarles en dichos momentos amparados en la evidente relación asimétrica en la que se encuentran y la precaria condición de salud del paciente, circunstancias que impiden el ejercicio de una voluntad libre u opción voluntaria alguna. Cabe señalar sobre el particular, que la categorización realizada o la eventual posibilidad del paciente para esperar un mayor tiempo, que en ningún caso sobrepasó los 60 minutos, no desvirtúa la existencia de los riesgos indicados, como tampoco son útiles para eximir al prestador de responsabilidad en la exigencia del pagaré en garantía.

Por último, se observa que no es efectivo que Clínica Integral no exigiese garantías a sus pacientes categorizados en triage C1 y C2, toda vez que -de las declaraciones tomadas y de los flujogramas recogidos-, se constata que, en sus procedimientos de ingreso administrativo, dicho prestador no considera tales circunstancias como eximentes a la exigencia de suscripción de pagaré en garantía del pago de las prestaciones que se le otorgarán.

- 8.- Que, en consecuencia, se constata la efectividad de los hechos reclamados, esto es, que la Sra. [REDACTED] de 95 años, ingresó a Clínica Integral de Rancagua el día 17 de Julio de 2012, en condición de urgencia por riesgo vital, la que condicionó la atención que requería mediante la exigencia de suscripción y entrega de un pagaré en blanco. Ello infringe el artículo 141 inciso 3° 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 las atenciones de urgencia o emergencia.
- 9.- Que, según las facultades que me confiere la ley, y en mérito de lo considerado precedentemente;

RESUELVO

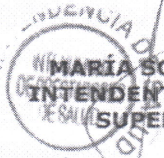
- 1.- **SANCIONAR** a Clínica Integral de Rancagua, con una multa de 350 unidades tributarias mensuales, por infracción al artículo 141, inciso 3°, del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, respecto de los hechos ocurridos el día 17 de julio de 2012.

- 2.- ORDENAR a Clínica Integral de Rancagua corregir la irregularidad cometida, mediante la devolución del pagaré reclamado y obtenido por las prestaciones de salud otorgadas a contar del día 17 de julio de 2012.

El cumplimiento de lo instruido debe ser informado a esta Intendencia, dentro de los 10 días hábiles de notificada la presente resolución.

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 AGRÉGUENSE A SUS ANTECEDENTES


Maria Soledad Velásquez Urrutia
MARÍA SOLEDAD VELÁSQUEZ URRUTIA
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

DL
LRB/BOB

DISTRIBUCIÓN:

- Representante legal Clínica Integral de Rancagua
- Reclamante
- Agencia Regional de O'Higgins
- Departamento de Administración y Finanzas
- Intendencia de Prestadores de Salud
- Subdepartamento de Resolución de Conflictos y Sanciones
- Oficina de Partes
- Archivo