

C.A. de Santiago

Santiago, veintiuno de marzo de dos mil veintidós.

**VISTOS:**

Comparece la abogada Samanntha Carrasco Hurtado, en representación de Clínica Red Salud Providencia (ex Avansalud SpA) e interpone recurso de reclamación de conformidad al artículo 113 del DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud en contra de la Resolución Exenta IP/N°5162, de 16 de noviembre de 2021, notificada a su parte por correo electrónico de 18 de noviembre del presente año, dictada en el Procedimiento Administrativo Sancionador N°1877-2020 por doña Carmen Monsalve Benavides, Intendenta de Prestadores de Salud, de la Superintendencia de Salud, mediante la cual se rechazó el recurso de reposición deducido por Clínica Red Salud Providencia, en contra de la Resolución Exenta IP/N°3855 de fecha 27 de agosto de 2021, de la misma Intendencia. Solicita se deje sin efecto la Resolución Exenta IP/N°5162 y, por consiguiente, la referida Resolución Exenta IP/N°3855 por la cual se imponen las multas de 600 y 200 U.T.M. a Clínica Red Salud Providencia y, en subsidio, que se rebaje el monto de la multa aludida, a aquel que resulte más conforme con la justicia, la equidad y el mérito de los antecedentes ya expuestos.

Explica que el Procedimiento Administrativo Sancionador N°1887-2020, surgió a consecuencia de una fiscalización realizada a su representada el 7 de octubre de 2020, lo que dio lugar a un informe y, luego, al ordinario IP/N°299 de 8 de enero de 2021, por el cual se formuló a la institución que representa los siguientes cargos: - *“Haber infringido lo dispuesto en el artículo 141, inciso penúltimo, del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, respecto de los pacientes signados con el N°1, N°2 y N°3 del Informe de Fiscalización”* y, *“Haber infringido lo dispuesto en el artículo 141 bis, del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, respecto de los casos signados con el N°4 y N°5 del Informe de Fiscalización”*.

Luego de desechados los descargos efectuados, por Resolución Exenta IP/N°3855 de 27 de agosto de 2021, se sancionó a su representado, con una multa a beneficio fiscal de 600 U.T.M. por 3 infracciones al artículo 141, inciso penúltimo, del

D.F.L. N°1, de 2005, de Salud y, con una multa a beneficio fiscal de 200 U.T.M. por 2 infracciones al artículo 141 bis del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud.

Reclama que el acto impugnado ha incurrido en una serie de irregularidades e ilegalidades que hacen improcedentes las multas impuestas.

En relación con la infracción establecida en el artículo 141 inciso penúltimo del D.F.L. N°1 de 2005 del Ministerio de Salud; señala que, el considerando 12° la Resolución Exenta IP/N°3855 individualizada, en lo relativo a los pacientes de los casos N°1, N°2 y N°3 del Informe de Fiscalización, en que a todos ellos se les exige un pagaré el día del ingreso al prestador, constando el respectivo certificado de su condición de riesgo vital, configurándose, en consecuencia, la conducta infraccional. Refiere el recurrente que, en de estos casos, se les atendió a los pacientes de manera oportuna e inmediata, sin condicionamiento alguno, y una vez emitido el certificado médico de riesgo vital, según exige la ley 19.650, fueron dejados sin efecto los pagarés constituidos mientras no se contaba con tal certificación. Comenta que la Intendencia de Prestadores de Salud no otorgó el mérito correspondiente a la declaración vertida por Emily Pirela Angulo, Supervisora de Admisión de Urgencia Subrogante, a este respecto, quien declaró que *“...Una vez indicada la hospitalización el médico realiza la orden médica, se registra en el sistema de hospitalizado los datos del paciente, previsión y se registra pagaré, en caso de ser categorizado como ley de urgencia no se registra el pagaré y se procede al resguardo, se asigna cama del servicio y se genera brazalete de hospitalización.”*. Frente a ello, es del parecer que es evidente la arbitrariedad e ilegalidad de la resolución impugnada al confirmar la multa de 600 U.T.M, puesto no se condicionó la atención, aludiendo que toda norma que aplique una sanción debe ser interpretada en forma restrictiva, encontrándose proscrito para la autoridad realizar una interpretación laxa, extendida o fundada en la analogía a fin de dar lugar a la aplicación de sanciones.

En relación con la infracción establecida en el artículo 141 bis del D.F.L. N°1 de 2005 del Ministerio de Salud, explicó que la Resolución Exenta IP reclamada igualmente se remite a la Resolución Exenta IP/N°3855 para rechazar su recurso de reposición, en particular, a los considerandos 9°, 10° y 11°, que específicamente

establece que respecto de los pacientes analizados en el N°4 y N°5 del Informe de Fiscalización, que constan boletas electrónicas que corresponderían -a criterio de la autoridad- a entrega de dinero como garantía de las prestaciones de salud. Manifiesta a este respecto, que la citada norma legal, prohíbe la entrega de cheque o dinero en efectivo como garantía de pago de las prestaciones que reciba el paciente, respecto de cualquier clase de prestación sanitaria, pero la misma norma señala que “... *sin perjuicio de lo anterior, el paciente podrá, voluntariamente, dejar en pago de las citadas prestaciones cheques o dinero en efectivo...*”, debe interpretarse en el sentido natural y obvio, esto es, que se puede pagar una prestación de salud que aún no se ha brindado, en forma anticipada y, entender lo contrario, va en contra del espíritu de la norma, puesto que es aplicable plenamente el principio de la autonomía de la voluntad, pago que tiene el tratamiento tributario que corresponde, puesto que ello corresponde a un abono a la prestación y no una garantía de prestaciones de salud recibidas; comenta que al término de dichas hospitalizaciones fueron precisamente imputados a la cuenta médica definitiva y, los únicos instrumentos que se constituyeron como garantía correspondió a pagarés legítimamente suscritos.

En subsidio, solicita la rebaja de la multa por vulneración al principio de proporcionalidad, al estar más ajustado a la justicia, equidad y mérito de los antecedentes, correspondiendo, considerar las siguientes atenuantes: su representada no condicionó en caso alguno la atención de los pacientes a la suscripción de pagarés una vez que se certificó la Ley de Urgencia de cada paciente, se siguió el procedimiento acorde a dicha certificación, finalmente aduce que ningún paciente reclamado de su atención médica en Clínica Red Salud Providencia; agrega que este ha sido un único procedimiento sancionador y, por ende, no puede haber sanciones diferenciadas.

**Patricio Fernández Pérez**, Superintendente de Salud, contesta el traslado conferido, solicitando el rechazo del recurso de reclamación deducido por la Clínica Red Salud, en contra de la Resolución exenta IP/N°5162, de 2021, con costas.

Con fecha 7 de octubre de 2020, en uso de las facultades conferidas a la Intendencia de Prestadores de Salud por los artículos 121 N°11 y 126, ambos del DFL

N°1, de Salud, de 2005, se realizó una visita de fiscalización a las dependencias de la citada clínica con la finalidad de verificar el cumplimiento de las prohibiciones establecidas respecto del condicionamiento de la atención de salud, en especial, las de los artículos 141, 141 bis, 173 y 173 bis, todos del citado D.F.L., la que motivó el Procedimiento Administrativo Sancionador (PAS) N°1.887-2020 dirigido a la sancionada.

La información recabada dio cuenta de eventuales vulneraciones a la normativa precitada, por lo que se formularon cargos al prestador mediante Oficio Ord. IP/N°299, de 8 de enero de 2021, y a través de presentación de 22 de enero de 2021, la Clínica evacuó sus descargos. Conforme a lo anterior, habiéndose ponderado los demás antecedentes del proceso, la Intendencia de Prestadores de Salud, mediante Resolución Exenta IP/N°3855, de 27 de agosto de 2021, impuso al prestador las siguientes multas: a) de 600 UTM, por la infracción al artículo 141, inciso penúltimo, del DFL N°1, de 2005, de Salud, por atender a tres pacientes que ingresaron al servicio de urgencia, a quienes se le exigió un pagaré en garantía, antes de certificarse su condición de urgencia y, b) de 200 UTM, por atender a dos pecientes que consultan en el servicio de urgencia y a quienes se le exigió una garantía de \$1.780.000 y \$2.500.000 respectivamente.

Mediante presentación de 6 de septiembre de 2021, la Clínica presentó un recurso de reposición en contra de la Resolución Exenta IP/N°3855, de 2021 solicitando se dejaran sin efecto las multas impuestas o, en su defecto, se rebajaran sus montos.

Respecto de los casos fundantes de la infracción al artículo 141, ya citado, la sancionada arguyó: a) que todos los pacientes fueron atendidos a la brevedad por su personal de enfermería y por el médico de turno, según su condición de salud, realizándose las prestaciones requeridas de forma oportuna e inmediata, sin condicionamiento alguno; y, b) que "los pagarés solicitados fueron constituidos cuando aún no se contaba con la certificación de la urgencia vital o secuela funcional grave y mientras los pacientes estaban siendo atendidos", a lo que añade que "una vez que los pacientes fueron certificados en una condición de urgencia vital o de secuela funcional

grave, realizada por el facultativo médico cirujano [dicha] calificación [...] operó con efecto retroactivo al momento de/ingreso administrativo de los pacientes a la clínica y, en consecuencia, los "pagarés vinculados a los procesos de atención de los pacientes [...] fueron signados con el timbre correspondiente de Ley de Urgencia, procediéndose a su separación y resguardo, sin que tuvieran el efecto de garantizar ninguna contra prestación".

Sobre los casos fundantes de la infracción al artículo 141 bis del citado DFL 1/2005 de Salud, la recurrente argumentó que una vez indicadas las respectivas hospitalizaciones desde el Servicio de Urgencia "se procedió a realizar sus procesos de admisión en forma tradicional conforme lo autoriza precisamente el artículo 141 bis", informándose a los pacientes las diversas alternativas para "garantizar y/o pagar las atenciones de salud, entre las cuales se encontraban la posibilidad de dejar un pagaré [...] y, conjuntamente, pagar de forma anticipada las prestaciones de salud como un abono a su cuenta", sosteniendo que "ambos pacientes procedieron a dejar en forma libre y voluntaria distintas sumas de dinero como abono..." y que "los pagos indicados fueron imputados a las cuentas médicas generadas por la atención de los pacientes y, se procedió, además, al pago de las diferencias pendientes", concluyendo que "no se exigió como garantía de pago el otorgamiento de cheques o de dinero en efectivo".

Luego la clínica acusó una eventual desproporción de las multas impuestas, bajo los siguientes argumentos: a) sería contrario al principio de proporcionalidad imponerle dos multas -una de 600 UTM y otra de 200 UTM- en este mismo expediente pues se refiere a "una única fiscalización y [a] un único procedimiento administrativo sancionador" resultando, a su juicio, "improcedente una acumulación aritmética" de los cinco casos analizados, puesto que no se estaría frente a "cinco infracciones administrativas"; b) la "finalidad última de la fiscalización, [...] no es necesariamente aplicación de sanciones sino que la prevención de infracción y, en su caso, la adopción de medidas correctivas que de forma oportuna permitan resguardar los bienes jurídicos colectivos que se busca tutelar, aun cuando se haya cometido la infracción"; c) en abril del presente año modificó el "Procedimiento de Garantías, Pago Inicial y Pago de Prestaciones Conocidas" que se encontraba vigente a la época de las infracciones y; d)

las resoluciones publicadas en la página web de esta Superintendencia reflejarían un trato desigual a su respecto, por cuanto se le estarían aplicando sanciones cercanas al máximo legal por "hechos y ante circunstancias cuya mérito y gravedad no justifican dicha sanción en relación con otros casos", toda vez que el acto impugnado "no establece[ría] los criterios ni antecedentes que en concreto ha tenido en consideración para calificar de supuestamente graves las conductas" sancionadas.

Finalmente, el prestador acusó la falta de ponderación de circunstancias atenuantes de su responsabilidad al fijar el monto de la multa, cuyos argumentos se indicaron en su libelo recursivo.

La intendencia rechazó íntegramente el recurso de reposición al no haberse incorporado nuevos antecedentes ni acompañar nuevos documentos que permitieran revisar lo resuelto.

Refiere el citado artículo 141, inciso penúltimo, del DFL N°1, de 2005, de Salud, prohíbe a todo establecimiento asistencial de salud exigir o condicionar la atención médica inmediata e impostergable a la entrega de garantías financieras a la parte más débil de la relación (paciente o sus acompañantes) la que, por los riesgos indicados, carece de la posibilidad material de resistir tal exigencia. Lo dicho, como se aprecia, excluye que un derecho de garantía financiera y sus formalidades, impidan la protección de los citados derechos fundamentales en cuanto se encuentra llamada a resguardarlos, sin perjuicio de la competencia de los demás órganos estatales conminados a la misma protección.

En cuanto a las infracciones al artículo 141 bis, la referida Intendencia constató que los argumentos del prestador eran los mismos, aunque resumidos, de los descargos analizados y desestimados en los considerandos 9°, 10° y 11°, respectivamente, de la resolución recurrida, los que se reiteraron íntegramente, especial, en cuanto ponen en evidencia que se exigió dinero a los pacientes indicados para tramitar su hospitalización. En efecto, respecto a la naturaleza -de garantía- de los montos exigidos en ambos casos, la Intendencia aclaró que pese que la sancionada indica que corresponderían a un "abono" conforme al promedio del valor de días-cama, no existían antecedentes que acreditaran que ya en el trámite de admisión existiera

algún margen de certidumbre sobre e) número de días que los pacientes permanecerían hospitalizados, considerando, especialmente, sus estados de salud y sus antecedentes clínicos. Hizo presente respecto del caso N°5, que la argumentada correlación, cercana al 100%, entre el monto exigido por los días- cama y el monto finalmente cobrado, no era tal, pues entre uno y otro, existió una diferencia de casi \$400.000. Por otra parte, refiere que no resultaba verosímil lo que se sostuvo en cuanto a la entrega “**libre y voluntaria**” del dinero en cuestión, toda vez que las declaraciones tomadas en la fiscalización a la Supervisora Admisión de Urgencia y a la Jefa de Admisión y Presupuesto, resultaban contestes en que para las hospitalizaciones derivadas desde el Servicio de Urgencia (que no correspondieran a Ley de Urgencia), se solicitó a los pacientes o a sus familiares, \$2.000.000, si se trataba de la Unidad Médico Quirúrgica, y de \$6.000.000 para las Unidades de Cuidado Intensivo y de Tratamiento Intermedio, más un pagaré, en caso de los pacientes del FONASA y particulares, pues para los pacientes ISAPRE se exigió sólo un pagaré.

En relación con los argumentos sobre una supuesta desproporción de la multa, y que cada caso se debió analizar aisladamente y no en un único procedimiento sancionador, es un argumento simplemente formal, lo que pudo ser más perjudicial para el impugnante pues para cada caso podría haber aplicado hasta el máximo de la multa dispuesta por la ley.

Agregó que el unificar las multas no implica un trato desigual puesto que cada una de ellas está dentro del rango legal y, son proporcionales al disvalor de las infracciones, debido a que las tres primeras se refieren a adultos mayores y las otras dos por su gravedad, máxime que ellas tuvieron lugar en el contexto de la pandemia por Covid-19.

En cuanto a la supuesta desproporción por no considerarse circunstancias atenuantes, la clínica no las esgrimió en su favor en sus descargos y la Intendencia no evidenció la concurrencia de ninguna. En cuanto a las invocadas en la reposición las desestimó.

Luego se decretó autos en relación y se escucharon los alegatos.

**CONSIDERANDO.**

**PRIMERO:** Que el presente recurso de reclamación se ha ejercido en contra de la Resolución Exenta N° 5162 de 16 de noviembre de 2021, de la Superintendencia de Salud, que denegó, en todas sus partes, el recurso de reposición interpuesto por la Clínica Red Salud Providencia (ex Avansalud SpA) contra de la Resolución Exenta IP/N°3855, de fecha 27 de agosto de 2021, del mismo órgano público.

**EN RELACIÓN A LA INFRACCIÓN ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 141 INCISO PENÚLTIMO DEL D.F.L. N°1 DE 2005 DEL MINISTERIO DE SALUD.**

**SEGUNDO:** Que el artículo 141 inciso segundo del D.F.L. N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud dispone *“Con todo, en los casos de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, el Fondo Nacional de Salud pagará directamente al prestador público o privado el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus beneficiarios, de acuerdo a los mecanismos dispuestos en el presente Libro y en el Libro I de esta Ley. Asimismo, en estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención. El Ministerio de Salud determinará por reglamento las condiciones generales y las circunstancias bajo las cuales una atención o conjunto de atenciones será considerada de emergencia o urgencia.*

Por su parte, Decreto 369, de 1985, que Aprueba Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, señala en su artículo 3, lo que se debe entender, entre otros significados, los siguientes: a) ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA O URGENCIA *Es toda prestación o conjunto de prestaciones que sean otorgadas, en atención cerrada o ambulatoria, a una persona que se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia hasta que se encuentre estabilizada.*

**TERCERO:** Que la resolución impugnada mantuvo la decisión respecto de conducta infraccional de los casos N° 1, 2 y 3 (Considerando 2, 5 y 9), referidos a tres pacientes que fueron ingresados exigiéndoseles la suscripción de un pagaré, mientras eran atendidos y aún no se disponía de la certificación de urgencia vital o secuela funcional grave.



La recurrente alega que en estos casos, se atendió a los pacientes de manera oportuna e inmediata, sin condicionamiento, aunque agrega que, catalogado el paciente conforme a la ley de urgencia, no se registra el pagaré y se procede a su resguardo.

Según el claro contenido del artículo 141, inciso segundo citado, está prohibido a los prestadores exigir, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención de emergencia o urgencia, por lo que habiendo el recurrente obtenido un pagaré antes de la calificación de urgencia médica, es una infracción manifiesta a la referida norma prohibitiva. En consecuencia, la interpretación efectuada por la autoridad administrativa, en la resolución impugnada, es la correcta, mas no aquella que pretende el recurrente, que se inicia con la vulneración normativa para luego restarle valor al pagaré al obtener la citada calificación, por lo que el descargo formulado al respecto debe ser igualmente desestimado.

**EN RELACIÓN CON LA INFRACCIÓN ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 141 BIS DEL D.F.L. N°1 DE 2005 DEL MINISTERIO DE SALUD.**

**CUARTO:** El referido artículo 141 bis, dispone lo siguiente: *Los prestadores de salud no podrán exigir, como garantía de pago por las prestaciones que reciba el paciente, el otorgamiento de cheques o de dinero en efectivo. En estos casos, se podrá garantizar el pago por otros medios idóneos, tales como el registro de la información de una tarjeta de crédito, cartas de respaldo otorgadas por los empleadores, o letras de cambio o pagarés, los que se regirán por las normas contenidas en la ley N° 18.092. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente podrá, voluntariamente, dejar en pago de las citadas prestaciones cheques o dinero en efectivo.*

**QUINTO:** La resolución recurrida mantuvo la decisión respecto de la conducta infraccional de los casos N° 4 y N° 5 (Considerando 3, 6 y 8) por tratarse de dos pacientes que, indicada su hospitalización, se les exigió para su admisión, una garantía en dinero.

La recurrente alegó que, legalmente, los pacientes pueden pagar voluntariamente las prestaciones en dinero efectivo, lo que es propio del ejercicio del principio de la autonomía de la voluntad, por lo que, tales pagos, no configuran una garantía sino un

ENCUADRE

abono, girándose el documento tributario respectivo, imputándose luego a la cuenta definitiva.

La resolución impugnada refiere que “*dejar en pago*” las prestaciones que reciba el paciente, supone conocer las que ha recibido y luego, voluntariamente puede cancelarlas, pero si estas son indeterminadas, el dinero que se entregue es en garantía del pago, puesto que no se refiere a prestaciones recibidas sino que futuras, al no calzar -cada uno de ambos casos- los montos con el ítem correlativo de la cuenta final, interpretación que es acertada, puesto que aquella alegada por el recurrente, conduce a incurrir en la conducta que la norma citada expresamente prohíbe. Frente a lo señalado, no puede prosperar el presente recurso al respecto.

**SEXTO:** Que las sanciones impuestas lo fueron en un solo proceso administrativo dentro del rango sancionatorio que, para tal efecto establece, el párrafo segundo del N° 11 del artículo 121 del DFL N° 1 de 2005, aun para una sola infracción, por lo que la desproporción alegada en su determinación no concurre. Cada hecho es una infracción y agruparlos de conformidad a sus similitudes, para determinar una pena, no causa perjuicio si se impone en los márgenes legales, tal como ha tenido lugar en la especie, a lo que se debe agregar que la cuantía de la pena aplicada es equivalente a los graves hechos que incurrió la recurrente al infringir la normativa referida y al extremo estado de salud de los pacientes que motivaron las sanciones.

**SÉPTIMO:** Que considerando que la causa administrativa no está relacionada con la Ley de Urgencia y, a que no es necesario una denuncia o reclamo para proceder a la fiscalización por la Superintendencia, por tratarse de circunstancias ajenas a actuar de la clínica sancionada, no se pueden considerar como atenuantes de responsabilidad.

**OCTAVO:** Que se comparten los demás argumentos vertidos por la Intendencia de Salud en la resolución impugnada.

Por estas consideraciones, y lo dispuesto en los artículos 113 y siguientes de Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de Salud, de 2005, se resuelve:

**Se rechaza** el recurso de reclamación interpuesto por Clínica Red Salud Providencia, en contra de la Resolución Exenta IP/N° 5162, de 2021, de la Intendenta

de Prestadores de Salud, de la Superintendencia de Salud, que rechazó el recurso de reposición deducido en contra de la Resolución Exenta IP/Nº3855, de 27 de agosto de 2021, de la misma Intendencia, sin costas.

**Regístrese, comuníquese y archívese en su oportunidad.**

Redactada por el Ministro (S) Sr. Durán.

**Rol contencioso administrativo N° 600-2021.**



Pronunciado por la Segunda Sala de la Corte de Apelaciones de Santiago integrada por Ministra Maritza Elena Villadangos F., Ministro Suplente Enrique Faustino Duran B. y Abogado Integrante David Peralta A. Santiago, veintiuno de marzo de dos mil veintidós.

En Santiago, a veintiuno de marzo de dos mil veintidós, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.



Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en <http://verificadoc.pjud.cl> o en la tramitación de la causa.  
A contar del 05 de septiembre de 2021, la hora visualizada corresponde al horario de verano establecido en Chile Continental. Para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar 2 horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>.