

Santiago, diecisiete de enero de dos mil veintitrés.

Al folio N° 20: téngase presente.

Al folio N° 21: a lo principal, téngase presente; al otrosí, a sus antecedentes.

Al folio N° 22: a sus antecedentes.

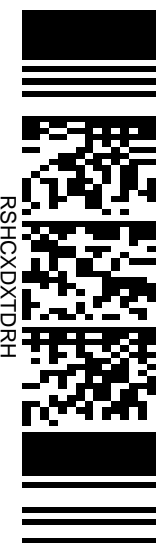
Vistos y teniendo presente:

Primero: Que comparecieron don Sebastián Oddo Gómez y don Martín Coronado Atenas, abogados, en representación de la Clínica Las Condes S.A., quienes interpusieron recurso de reclamación especial establecida en el artículo 113 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del año 2005 del Ministerio de Salud en contra de la Superintendencia de Salud, solicitando se deje sin efecto la Resolución Exenta SS/N° 917, de 25 de julio de 2022 que, rechazó el recurso jerárquico deducido subsidiariamente a la reposición rechazada por Resolución Exenta IP/No. 2714, de 11 de julio de 2022, con costas, por infracción al principio de motivación del acto administrativo.

Expusieron que el recurso de reclamación tiene su origen en un reclamo presentado por la paciente doña Aileth Tenjo Vásquez en contra de Clínica Las Condes ante la Superintendencia de Salud por una supuesta infracción al artículo 8 letra b) de la Ley N° 20.584, a raíz de un proceso de fertilización asistida que inició a finales del año 2019.

Se funda el reclamo de la paciente en cuanto ante sus reiteradas consultas sobre la cobertura de las prestaciones de salud mediante Bono PAD de Fonasa, la Clínica habría asentido y por esa razón decidió continuar con la atención de salud que, en definitiva, resultó ser exitosa.

Indica que la controversia recae sobre la supuesta información otorgada a la paciente por parte de la Clínica Las Condes acerca de la cobertura de su tratamiento mediante el Bono PAD de Fonasa, pues a juicio de la paciente la Clínica habría asegurado que sí existía la cobertura. Luego, a raíz del mero testimonio de la paciente, la Superintendencia resolvió que CLC incumplió su deber de información y por ese motivo le correspondía asumir directamente el pago de las prestaciones que no habían sido cubiertas por el Bono PAD.



Refiere que, la resolución reclamada concluyó que, a partir de la revisión de los antecedentes que obran en el expediente, y del hecho que el prestador no acompaña antecedente alguno que permitiera comprobar el cumplimiento de su obligación, en cuanto no consta que hubiera informado a la paciente sobre las condiciones previsionales para la prestación que se realizó, siendo su carga, es posible tener por acreditada la versión de los hechos referida por la reclamante. Por lo anterior, manifiesta que la autoridad entiende que se vulneró el derecho de la reclamante a obtener información suficiente, oportuna, veraz y comprensible sobre las condiciones previsionales requeridas para su atención de salud, consagrado en el artículo 8, letra b), de la Ley N° 20.584.

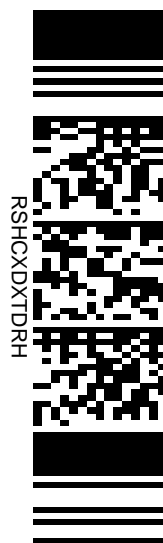
En función de lo anterior, sostiene que la resolución sancionatoria confirmada por la resolución impugnada, resolvió aplicar las siguientes sanciones a la Clínica:

a) Reliquidar la cuenta médica de la paciente y asumir directamente el pago de las prestaciones de salud que no fueron cubiertas por el Bono Pad y, en caso de que la cuenta se encuentre pagada, realizar la devolución de dinero correspondiente.

b) Elaborar un protocolo referente a la entrega de información previsional, el cual deberá ajustarse a lo dispuesto en el artículo 8, letra b).

Invoca como argumentos que Clínica Las Condes no posee bono PAD para la atención de salud solicitada por la paciente, de forma tal que no pudo haber vulneración del deber de información.

Arguye que, para que un prestador institucional pueda y deba informar acerca de una cobertura previsional ésta debe existir, esto es, debe formar parte de las coberturas que le son aplicables a las atenciones de salud otorgadas por la Clínica y que por muy simple que parezca, la recurrente no posee convenio PAD con Fonasa para la cobertura de la fertilización asistida, hecho informado a la Superintendencia a través de la reposición administrativa presentada en contra de la resolución sancionatoria. Por consiguiente, asevera que nadie en la Clínica pudo haber informado a la paciente sobre una cobertura inexistente, lo que socava totalmente el fundamento fáctico de la supuesta vulneración al deber de información sostenida por la Superintendencia para sancionar a la recurrente.



Entonces, expresa que, como la resolución impugnada carece de un elemento esencial como lo es su motivación de hecho, debe declararse nula.

Afirma que, por más que la Superintendencia argumentó a favor de la existencia de un deber de información, ello es imposible porque la cobertura previsional en la cual funda su reproche -el Bono PAD- es inexistente en el caso concreto.

En suma, alude que como en CLC no existía ni existe Bono PAD asociado a la atención de salud requerida por la Paciente, es imposible que se hubiera vulnerado el deber de información previsto en el artículo 8 letra b) de la Ley N° 20.584 en que se justifican las sanciones, pues no se puede informar lo que no existe.

Como segundo argumento, indicó que se infringe el deber de motivación, por cuanto CLC nunca informó a la paciente que el bono PAD era aplicable a su caso concreto, sino que cumplió con informar las vías de obtención de información para su tratamiento.

Precisa que ningún funcionario de CLC pudo ni tampoco informó a la paciente, en ningún momento de su tratamiento, en el sentido que sus atenciones de salud estaban cubiertas por el Bono PAD. Por el contrario, manifiesta que las respuestas del personal de la Clínica fueron oportunas, suficientes, veraces y comprensibles, en el sentido que la paciente debía concurrir donde su médico tratante y a la unidad de presupuestos para resolver sus dudas, cuestión que no hizo.

Sostiene que, el gran argumento que enarboló la Superintendencia es un correo enviado a la paciente el día 8 de octubre de 2020 por la matrona coordinadora del Programa Fecundación In Vitro de CLC, doña Claudia Díaz, para indicarle que se atiende vía Fonasa pero debe conversarlo con su médico.

Colige de lo anterior que la indicación de la matrona se ajusta a la correcta información previsional que debía ser comunicada a la paciente, en el sentido que debía concurrir con su médico para verificar si las prestaciones de salud se enmarcaban en el Bono PAD o no.

Hace presente que Fonasa informa en su sitio web acerca de los Bonos PAD y pone de cargo de sus afiliados gestionar todas las actividades



necesarias para conocer si hay cobertura y así poder informar el precio final de la atención de salud y su nivel de cobertura.

Puntualizó qué es lo que dice Fonasa acerca del modo de obtención del Bono PAD, porque a partir de ello se podrá apreciar que CLC no tenía ninguna injerencia en ello, así como que tampoco se pudo generar una obligación de informar porque la patología no tenía ni tiene asociada Bono PAD en CLC.

Señala, finalmente, que una Clínica no puede informar acerca de coberturas previsionales que son inexistentes para las atenciones de salud que otorga. Bajo esas circunstancias, concluye que la información proporcionada antes del tratamiento que tuvo lugar en diciembre del año 2020 fue la correcta y, asimismo, que al caso concreto le es inaplicable el Bono PAD por lo que ningún funcionario de CLC brindó información a la paciente en ese sentido.

Conforme lo expuesto pide se deje sin efecto la Resolución Exenta SS/No. 917, de fecha 25 de julio de 2022, por medio de la cual el señor Superintendente rechazó el recurso jerárquico deducido subsidiariamente a la reposición rechazada por Resolución Exenta IP/No. 2714, de fecha 11 de julio de 2022, con costas.

Segundo: Que informó don Víctor Torres Jeldes, Superintendente de Salud, y pidió el rechazo del reclamo, en primer término, como se desprende de lo expuesto por la recurrente, invoca expresamente el artículo 113 del DFL 1/2005, de Salud, para intentar justificar la procedencia de la presente impugnación. Sin embargo, aclara que, de la simple lectura de dicho precepto y de sus normas complementarias se desprende que dicha norma no resulta aplicable ni a la materia discutida ni menos le asiste a la recurrente de autos. Es decir, en la especie este recurso, simplemente, no existe.

Sostiene que, el mencionado artículo se encuentra en el Título II del Capítulo VII del Libro I del DFL 1/2005, de Salud. El Capítulo VII trata de las atribuciones de la Superintendencia de Salud en general, y su Título II lleva por epígrafe: "De las Atribuciones de la Superintendencia de Salud en relación con las Instituciones de Salud Previsional", por lo que el presente recurso de reclamación, regulado en aludido precepto, sólo se encuentra

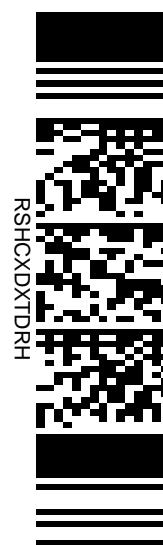


instituido en relación a la fiscalización y regulación que dicta la Superintendencia de Salud respecto de las Isapres, quienes pueden impugnar por esta vía las instrucciones que se les imparten. Por el contrario, asevera que la Clínica Las Condes es un prestador de salud y no una institución de salud previsional. De igual modo, añade que, la instrucción que se le impartió en la especie, y que motiva esta reclamación, tampoco se amparó en los preceptos del Título II ya referido, sino que emanó de la Ley N° 20.584. que es un cuerpo normativo completamente diferente del anterior.

Manifiesta que, en este caso, se trata de la resolución de un reclamo que interpuso un paciente respecto a la vulneración de la Ley N° 20.584, sobre derechos y deberes de los pacientes, normativa que no contempla la presente impugnación judicial. En consecuencia, el recurso de reclamación del artículo 113 del DFL 1/2005, de Salud, no resulta aplicable a la materia del presente caso, ni tampoco la clínica recurrente cuenta con legitimación activa para interponerlo.

En subsidio, alegó la inadmisibilidad del presente recurso por haberse omitido un requisito habilitante de carácter esencial establecido en la ley, por cuanto la reclamación jurisdiccional en contra de los actos emanados de la Superintendencia de Salud encuentra su fundamento en lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 113 del DFL N° 1 de 2005, de Salud, norma que preceptúa, en su primera parte: *"En contra de la resolución que deniegue la reposición, el afectado podrá reclamar, dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal."*

Consigna que el inciso primero del mismo artículo señala que *"en contra de las resoluciones o instrucciones que dicte la Superintendencia podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de la notificación de la resolución o Instrucción"*, por lo que la interposición de la acción de reclamación está prevista expresa y exclusivamente para impugnar la resolución que rechaza el recurso de reposición deducido ante la misma autoridad que dictó el acto o resolución que se pretende modificar o anular,



sin embargo, y como lo expone la propia recurrente en su recurso *"deducimos reclamación especial establecida en el artículo 113 del DFL 1 del año 2005 del Ministerio de Salud (...) solicitando que se deje sin efecto la Resolución Exenta SS/N°917, de fecha 25 de julio de 2022 (en adelante, la "Resolución" o la "Resolución Impugnada") por medio de la cual el señor Superintendente rechazó el recurso jerárquico deducido subsidiariamente"*, y no en contra de la resolución del Intendente de Prestadores de Salud que rechazó su recurso de reposición.

Asevera que, la Clínica hubiera deducido un recurso jerárquico subsidiario a la reposición presentada en contra de Resolución Exenta IF/No.1820, de 2022, de la Intendencia de Prestadores de Salud, permite concluir que la propia afectada renunció expresa y definitivamente a ejercer la acción jurisdiccional en contra de la resolución que rechazó su reposición, radicando en ese momento en el Superintendente, como última instancia el conocimiento de la impugnación, toda vez que tanto el recurso jerárquico como la reclamación judicial, nacen del mismo acto, a saber, el rechazo del recurso de reposición y, además, buscan el mismo objetivo, esto es, que una autoridad superior y distinta revise la legalidad del acto impugnado.

Aclara que ha sido la propia Clínica la que decidió recurrir al superior jerárquico de la autoridad que dictó el acto controvertido, optando así por mantenerse en la vía administrativa, utilizando para ello una norma de carácter general contemplada en el artículo 59 de la Ley N° 19.880 sobre Procedimientos Administrativos, a sabiendas de que existía un procedimiento especial de impugnación judicial contemplado en el DFL N°1 mencionado, para el cual bastaba con haber recurrido de reposición.

Concluye que la Clínica ha pretendido utilizar sucesivamente dos vías de impugnación que son incompatibles entre sí al presentar un recurso de reclamación en contra de lo resuelto en el recurso jerárquico, el que no admite esa vía de impugnación y que, a mayor abundamiento, fue dictado por un órgano distinto de aquél cuyos actos sí son susceptibles de ser reclamados en la presente sede jurisdiccional.

En caso de no considerar los vicios expuestos, informa que con fecha 27 de febrero de 2021, la señora Aileth Tenjo Vásquez interpuso un reclamo en contra de la Clínica Las Condes S.A. por eventuales vulneraciones a las



normas de la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

Expresa que la paciente indicó que, desde finales del año 2019, estuvo en un proceso de fertilización asistida con la Clínica, el que comenzó con dos tratamientos de baja complejidad, sin éxito. Agrega que, luego de iniciar la pandemia, se realizaría un tratamiento de fertilización asistida de alta complejidad, consultándose en diversas oportunidades acerca de si dicho procedimiento tiene cobertura Fonasa con bono PAD, ante lo cual siempre recibió respuestas afirmativas. En este contexto y, luego de diversos episodios producto de la pandemia, se realizó con éxito.

Manifestó que una vez que fue a pagar la cuenta, le informan que surgieron dos más, una de las cuales no tiene cobertura, entregándole un bono PAD para la segunda cuenta. Precisa que, con este documento acudió a Fonasa y le indican que los códigos señalados en el documento emitido por la Clínica no están habilitados para el prestador. Inmediatamente le escribió a la Sra. Claudia Maturana, misma persona que le habla contactado para el retiro del bono PAD, quien en una sola línea y sin ningún tipo de explicación le indica que de acuerdo al requerimiento informa que la prestación no tiene convenio con Clínica por lo tanto no se venderá bonos y debe acercarse a cancelar ambas cuentas.

Por lo anterior, relata que, la señora Tenjo solicitó que se respeten las condiciones ofrecidas en primera instancia, donde la clínica entrega la cobertura para el tratamiento de alta complejidad de fertilización asistida, con esta cobertura Fonasa de bono PAD; en caso contrario, que hagan los descuentos respectivos correspondientes al pago del bono PAD de Fonasa y la cobertura del seguro complementario.

Puntualizó que luego de analizar los antecedentes aportados, la Intendencia de Prestadores de Salud resolvió el reclamo mediante la Resolución IP/No.1820, de 20 de mayo de 2022.

En el contexto del presente reclamo sostuvo que la Superintendencia de Salud cuenta con facultades legales para regular y fiscalizar el cumplimiento de la Ley N° 20.584, y que es la propia ley la que señala que la fiscalización incluye la recomendación de medidas correctivas; en este caso, la instrucción de emitir presupuestos a los pacientes que serán intervenidos



en dicho establecimiento, en relación con el deber de información del artículo 8°.

Por su parte, arguye que, el Reglamento sobre el Procedimiento de Reclamo de la Ley N° 20.584, contenido en el Decreto Supremo N° 35, de 2012, de Salud, señala en su artículo 19: *"Corresponderá a la Intendencia de Prestadores de Salud, resolver los reclamos que se le presenten, pudiendo recomendar a los prestadores reclamados, la aplicación de las medidas necesarias para la solución de las irregularidades detectadas, y fijar un plazo para su corrección, el que no podrá exceder de dos meses"*.

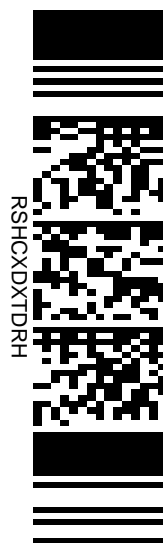
De tal modo, tanto la tramitación del caso, como lo resuelto, obedecen a la aplicación estricta de la normativa vigente, debiendo descartarse cualquier ilegalidad al respecto.

Por otro lado, refiere que lo instruido se ajusta al mérito del caso y al objetivo del deber legal de información.

Del tenor del reclamo de la paciente, manifiesta que se desprende que no resulta efectivo lo alegado por la clínica recurrente en cuanto a que la paciente no se habría informado adecuadamente o que habría una suerte de confusión conceptual en que el prestador no tiene injerencia alguna. Por el contrario, indica que, dicha presentación da cuenta de una absoluta falta de información de la paciente respecto de los procedimientos que se le realizarían, el valor de estos, y las demás coberturas que pudieran resultar aplicables; y que tal información debe ser proporcionada en forma obligatoria por el prestador de salud, y en forma previa a la realización de las atenciones, como señala expresamente el artículo 8° letra a) de la Ley N° 20.584: *"Toda persona tiene derecho a que el prestador institucional le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, sea en forma visual, verbal o por escrito, respecto de los siguientes elementos:*

a) Las atenciones de salud o tipos de acciones de salud que el prestador respectivo ofrece o tiene disponibles y los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a dichas prestaciones, así como el valor de las mismas".

Afirma que, a su turno, la letra b) del mismo precepto también obliga a los prestadores a proporcionar información previsional, lo que tampoco se verificó en la especie:



"b) Las condiciones previsionales de salud requeridas para su atención, los antecedentes o documentos solicitados en cada caso y los trámites necesarios para obtener la atención de salud."

Luego, el inciso segundo del artículo 11 de la misma ley precisa:

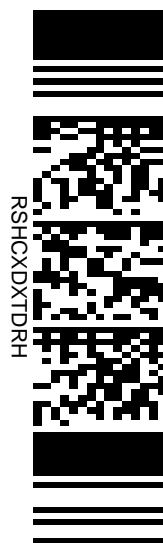
"El prestador deberá entregar por escrito la información sobre los aranceles y procedimientos de cobro de las prestaciones de salud que le fueron aplicadas, incluyendo pormenorizadamente, cuando corresponda, los insumos, medicamentos, exámenes, derechos de pabellón, días-cama y honorarios de quienes le atendieron, antes del pago, si éste correspondiere".

Colige que la clínica reclamante no cumplió con ninguno de dichos preceptos en el caso en comento, impidiendo que la paciente aceptara los procedimientos clínicos con claridad respecto a su situación previsional y cobros asociados.

En ese orden de consideraciones, teniendo en cuenta los antecedentes expuestos, que han sido discutidos y debidamente analizados en sede administrativa, concluye que éstos demuestran que no hubo claridad por parte del prestador, esto es, hubo falta de información que se debía proporcionar y la entrega no cumplía con los estándares adecuados de información financiera y previsional que establece la normativa legal, siendo deber de los prestadores su cumplimiento, considerando, por cierto, la asimetría de la información y su posición dominante dentro de la relación específica que se trata.

Por consiguiente, sostiene que los argumentos de la recurrente no se ajustan ni a la normativa vigente ni al mérito del proceso, debiendo descartarse sus planteamientos, pues no existe ni vicio del procedimiento ni tampoco una resolución ilegal o arbitraria de parte de esta superintendencia debiendo esta Corte rechazar el presente recurso de reclamación en todas sus partes, declarando que la resolución impugnada es plenamente válida, con expresa condena en costas a la recurrente, por no tener siquiera argumento plausible para litigar.

Tercero: Que el artículo 113 del DFL N° 1 de Salud de 2005 dispone que: *"En contra de las resoluciones o instrucciones que dicte la Superintendencia podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma*



autoridad, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

La Superintendencia deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se imponga.

En contra de la resolución que deniegue la reposición, el afectado podrá reclamar, dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia”.

Cuarto: Que el acto denunciado corresponde a la Resolución Exenta N° de 25 de julio de 2022 que, rechazó el recurso jerárquico deducido subsidiariamente a la reposición rechazada por Resolución Exenta IP/No. 2714, de 11 de julio de 2022, con costas, por infracción al principio de motivación del acto administrativo.

En cuanto a la improcedencia del recurso:

Quinto: Que el artículo 113 del DFL 1/2005 de Salud se encuentra en el Título II del Capítulo VII del Libro I del DFL 1/2005 de Salud, el que trata de las atribuciones de la Superintendencia de Salud en general, y su Título II lleva por epígrafe: *"De las Atribuciones de la Superintendencia de Salud en relación con las Instituciones de Salud Previsional"*, por lo que el presente recurso de reclamación, regulado en aludido precepto, sólo se encuentra instituido en relación a la fiscalización y regulación que dicta la Superintendencia de Salud respecto de las Isapres, quienes pueden impugnar por esta vía las instrucciones que se les imparten.

Sexto: Que la Clínica Las Condes es un prestador de salud y no una institución de salud previsional, aunado a que la instrucción que se le impartió en la especie, y que motiva esta reclamación, no se amparó en los preceptos del citado Título II, sino que emanó de la Ley N° 20.584, que es un cuerpo normativo completamente diferente del anterior, fundado en un reclamo que interpuso un paciente respecto a la vulneración de este último cuerpo normativo sobre derechos y deberes de los pacientes, la que por lo demás no contempla la presente impugnación judicial.



Séptimo: Que, en consecuencia, el recurso de reclamación del artículo 113 del DFL 1/2005, de Salud, no resulta aplicable a la materia del presente caso, ni tampoco la clínica recurrente cuenta con legitimación activa para interponerlo.

En cuanto a la inadmisibilidad del recurso:

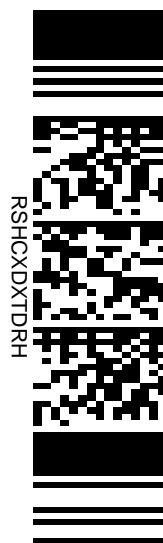
Octavo: Que, conforme con lo dispuesto por el artículo 113 del DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, en contra de las resoluciones o instrucciones que dicte la Superintendencia puede deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad, y; de la resolución que deniegue la reposición; el afectado puede reclamar, dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación ante la Corte de Apelaciones que corresponda.

En efecto, la citada norma prescribe: *"En contra de la resolución que deniegue la reposición, el afectado podrá reclamar, dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal."*

El inciso primero del mismo artículo señala que *"en contra de las resoluciones o instrucciones que dicte la Superintendencia podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de la notificación de la resolución o Instrucción"*

Noveno: Que evidencia, lo consignado en la motivación que precede que en el presente arbitrio, los recurrentes señalan que *"deducimos reclamación especial establecida en el artículo 113 del DFL 1 del año 2005 del Ministerio de Salud (...) solicitando que se deje sin efecto la Resolución Exenta SS/N°917, de fecha 25 de julio de 2022 (en adelante, la "Resolución" o la "Resolución Impugnada") por medio de la cual el señor Superintendente rechazó el recurso jerárquico deducido subsidiariamente"*, y no en contra de la resolución del Intendente de Prestadores de Salud que rechazó su recurso de reposición.

Décimo: Que, atendido que la Clínica recurrente dedujo un recurso jerárquico subsidiario a la reposición presentada en contra de Resolución Exenta IF/No.1820, de 2022, de la Intendencia de Prestadores de Salud, permite concluir que la propia afectada renunció expresa y definitivamente a



ejercer la acción jurisdiccional en contra de la resolución que rechazó su reposición, radicando en ese momento en el Superintendente, como última instancia el conocimiento de la impugnación, toda vez que tanto el recurso jerárquico como la reclamación judicial, nacen del mismo acto, a saber, el rechazo del recurso de reposición y, además, buscan el mismo objetivo, esto es, que una autoridad superior y distinta revise la legalidad del acto impugnado.

Undécimo: Que, tratándose de una reclamación especial, no resulta posible obviar los términos en que el legislador la consagra, esto es, en contra de la decisión que “deniegue la reposición”, lo que no acontece en la especie, toda vez que -como se señaló- se reclamó de la resolución que rechazó el recurso jerárquico, es decir uno de naturaleza jurídica diferente al contemplado por la ley, por lo que se acogerá la alegación de improcedencia interpuesta por la autoridad recurrida.

En cuanto al fondo:

Duodécimo: Que, enseguida, entiende esta Corte que aún de considerar que el recurso se encuentra bien interpuesto, en cuanto se ha dirigido en contra de una decisión que lo hace procedente, el reclamo igualmente no puede prosperar, por no advertirse infracción legal en la decisión adoptada.

Decimotercero: Que de acuerdo a los antecedentes que se tuvieron por ciertos en sede administrativa, se acreditó que con fecha 27 de febrero de 2021, doña Aileth Tenjo Vásquez interpuso un reclamo en contra de la Clínica Las Condes S.A. por eventuales vulneraciones a las normas de la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, fundado en que desde finales del año 2019, estuvo en un proceso de fertilización asistida en el recinto de salud antes indicado, el que comenzó con dos tratamientos de baja complejidad, sin éxito. Para tal efecto, luego de iniciar la pandemia, se realizaría un tratamiento de fertilización asistida de alta complejidad, consultándose en diversas oportunidades acerca de si dicho procedimiento tiene cobertura Fonasa con bono PAD ante lo cual siempre recibió respuestas afirmativas. En este contexto y, después de diversos episodios producto de la pandemia, se realizó con éxito y que una vez que fue a pagar



la cuenta, le informaron que surgieron dos más, una de las cuales no tiene cobertura, entregándole un bono PAD para la segunda cuenta. Con ese documento la paciente acudió a Fonasa y le indicaron que los códigos señalados en el documento emitido por la Clínica no estaban habilitados para el prestador. Inmediatamente, la paciente le escribió a la Sra. Claudia Maturana, misma persona que le habla contactado para el retiro del bono PAD, quien en una sola línea y sin ningún tipo de explicación le indicó que de acuerdo al requerimiento informa que la prestación no tiene convenio con Clínica por lo tanto no se venderá bonos y debe acercarse a cancelar ambas cuentas.

Decimocuarto: Que una vez analizados los antecedentes aportados por las partes, la Intendencia de Prestadores de Salud resolvió el reclamo mediante la Resolución IP/No.1820, de 20 de mayo de 2022.

Decimoquinto: Que, los actos administrativos están revestidos de la presunción de legalidad, de acuerdo a lo prescrito por el artículo 3° de la Ley N° 19.880, que establece las bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos del Estado, presunción de carácter legal que puede ser desvirtuada, siendo de carga de la reclamante acreditar la ilegalidad invocada.

En este sentido, el control que en esta sede se puede realizar, sólo se basa en la legalidad o no del acto reclamado, sin poder modificar lo resuelto en caso de que el acto impugnado se ajuste al derecho vigente.

Decimosexto: Que la Superintendencia de Salud cuenta con facultades legales para regular y fiscalizar el cumplimiento de la Ley N° 20.584 y es la propia ley la que señala que dichas funciones incluyen la recomendación de medidas correctivas; en este caso, la instrucción de emitir presupuestos a los pacientes que serán intervenidos en dicho establecimiento, en relación con el deber de información del artículo 8°.

Asimismo, el Reglamento sobre el Procedimiento de Reclamo de la Ley N° 20.584, contenido en el Decreto Supremo N° 35, de 2012, de Salud, señala en su artículo 19: *"Corresponderá a la Intendencia de Prestadores de Salud, resolver los reclamos que se le presenten, pudiendo recomendar a los prestadores reclamados, la aplicación de las medidas necesarias para la*



solución de las irregularidades detectadas, y fijar un plazo para su corrección, el que no podrá exceder de dos meses".

Decimoséptimo: Que, por otro lado, se advierte que lo instruido se ajusta al mérito del caso y al objetivo del deber legal de información de la paciente respecto de los procedimientos que se le realizarían, el valor de éstos, y las demás coberturas que pudieran resultar aplicables; y que aquélla debe ser proporcionada en forma obligatoria por el prestador de salud y de manera previa a la realización de las atenciones, como señala expresamente el artículo 8° letra a) de la Ley N° 20.584: *"Toda persona tiene derecho a que el prestador institucional le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, sea en forma visual, verbal o por escrito, respecto de los siguientes elementos:*

a) Las atenciones de salud o tipos de acciones de salud que el prestador respectivo ofrece o tiene disponibles y los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a dichas prestaciones, así como el valor de las mismas".

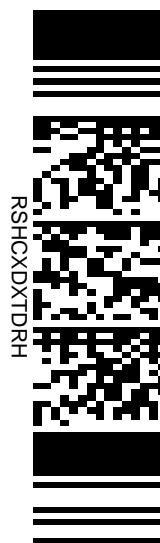
Afirma que, a su turno, la letra b) del mismo precepto también obliga a los prestadores a proporcionar información previsional, lo que tampoco se verificó en la especie:

"b) Las condiciones previsionales de salud requeridas para su atención, los antecedentes o documentos solicitados en cada caso y los trámites necesarios para obtener la atención de salud."

Luego, el inciso segundo del artículo 11 de la misma ley precisa:

"El prestador deberá entregar por escrito la información sobre los aranceles y procedimientos de cobro de las prestaciones de salud que le fueron aplicadas, incluyendo pormenorizadamente, cuando corresponda, los insumos, medicamentos, exámenes, derechos de pabellón, días-cama y honorarios de quienes le atendieron, antes del pago, si éste correspondiere".

Decimoctavo: Que, en este orden de ideas, se colige que la clínica reclamante no cumplió -en la especie- con ninguno de los preceptos indicados con antelación, impidiendo que la paciente aceptara los procedimientos clínicos con claridad respecto a su situación previsional y cobros asociados en base a la entrega de información previa de carácter financiera y previsional, establecida en la normativa legal, siendo deber de



los prestadores su cumplimiento, aunado además, su posición dominante dentro de la relación específica que se trata.

Decimonoveno: En este escenario, no es posible dirigir un reproche de ilegalidad a la actuación de la Superintendencia, ni observar arbitrariedad en su proceder, en tanto los hechos que motivaron este arbitrio se encuentran ajustados a derecho y facultados expresamente por la ley, aunado a que la resolución recurrida se encuentra debidamente fundada desde los presupuestos fácticos tenidos por ciertos y la normativa aplicable en la materia.

En razón de lo anterior el reclamo interpuesto debe ser necesariamente desestimado.

Por estas consideraciones y conforme lo dispuesto en los artículos 113, 121 y 123 del D.F.L. N° 1 del año 2005 del Ministerio de Salud, se decide **rechazar** la reclamación de ilegalidad administrativa interpuesta por don Sebastián Oddo Gómez y don Martín Coronado Atenas, en representación de la Clínica Las Condes S.A., en contra de la Resolución Exenta SS/N° 917, de 25 de julio de 2022 que, rechazó el recurso jerárquico deducido subsidiariamente a la reposición rechazada por Resolución Exenta IP/No. 2714, de 11 de julio de 2022 dictado por el Superintendente de Salud don Víctor Torres Jeldes.

Regístrese, comuníquese y archívese en su oportunidad.

Contenciosos Administrativo N° 404-2022



Pronunciado por la Sexta Sala de la Corte de Apelaciones de Santiago integrada por Ministra Veronica Cecilia Sabaj E., Fiscal Judicial Ana Maria Hernandez M. y Abogado Integrante Cristian Luis Lepin M. Santiago, diecisiete de enero de dos mil veintitrés.

En Santiago, a diecisiete de enero de dos mil veintitrés, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.

