

C.A. de Santiago

Santiago, veinte de agosto de dos mil veinticuatro.

Vistos y teniendo presente:

Primero: Comparece doña María José Luna Bravo, abogada, en representación de **Instituto Europeo del Sueño S.A.**, quien dedujo recurso de reclamación judicial conforme al artículo 143 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, en contra de la Resolución Exenta N° 1862, de 27 de diciembre de 2023, del **Ministerio de Salud**, que a su vez se pronunció acerca de la impugnación administrativa interpuesta por el prestador contra de la Resolución Exenta 3E N° 2764 del año 2023 del **Fondo Nacional de Salud**, y que fue notificada a su parte con fecha 09 de febrero de 2024.

Pidió acoger su reclamación, dejando sin efecto la sanción impuesta, o, en su defecto, rebajar la multa al monto mínimo permitido por ley. Simultáneamente, solicitó levantar la cancelación del convenio suscrito con el Instituto en el rol de prestador del Fondo Nacional de Salud (FONASA), bajo la Modalidad de Libre Elección (MLE), y corregir el monto que se le ha ordenado reintegrar al Fondo de Ayuda Médica (FAM).

En cuanto a los antecedentes de su reclamación, expresó que el Instituto Europeo del Sueño es una institución de origen español, liderada por el médico de esa nacionalidad Dr. Diego García-Borreguero, especializada en investigar, diagnosticar y tratar las patologías del sueño que puedan afectar a sus pacientes. Adujo que el año 2018 el Instituto instaló una clínica en la comuna de Vitacura.

Manifestó que en sus primeros años, el Doctor García-Borreguero y su equipo de Madrid administraban directamente el establecimiento, viajando con gran frecuencia a Chile desde



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: TRFFXPXGSBM

España, para poder monitorear el correcto funcionamiento del Instituto. No obstante, dio cuenta de las dificultades para ingresar al país que les significó la pandemia de Covid-19, en particular con el cierre de fronteras desde el 18 de marzo de 2020 (Decreto N° 102 de 17 de marzo de 2020 del Ministerio del Interior y Seguridad Pública).

Dadas las trabas de ingreso al país, agravadas con la necesidad de efectuar largas “cuarentenas”, el único contacto que la Dirección del Instituto mantuvo con sus empleados y administrativos situados en Chile, entre los años 2020 y 2022, fue a través de videoconferencias. Afirmó que en dicho contexto el nombre del Instituto fue mal utilizado por sus entonces empleados, quienes idearon un mecanismo para cobrar prestaciones a FONASA, que no se habrían realizado. Explicó que este método permitió a varios empleados de la Clínica adjudicarse grandes cantidades de dinero y con ello enriquecerse personalmente, al tiempo que todo ello se organizó de manera que los administradores de Madrid no pudieran enterarse.

Detalló que recién se enteraron de dicha situación al notificárseles del Oficio Ordinario 3E N° 20272/2022, de fecha 05 de diciembre de 2022, firmado por el Jefe del Departamento de Contraloría de la Modalidad Libre Elección de FONASA, don Boris Morales Lineros, en que se les formuló cargos y se dio inicio a un procedimiento administrativo sancionatorio en contra del Instituto. Los cargos fueron los siguientes: a. “Cobro de prestaciones no realizadas” respecto a 16 prestaciones por un monto de \$4.271.740 emitidas a nombre de 04 beneficiarios (Cargo N° 1); b. “No contar con los registros de respaldo de las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico” (Cargo N° 2); c. “Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y



arancelarias que rigen la Modalidad de Libre Elección y regulan la aplicación de su arancel”, respecto a 04 prestaciones (Cargo N° 3); d. “Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud”, respecto a 10 prestaciones (Cargo N° 4); y e. “Falta de actualización de lugares de atención y otros antecedentes” (Cargo N° 5).

Afirmó que se presentaron descargos sobre las maniobras y ardides llevadas a cabo por un grupo de empleados del Instituto en Santiago que ahora han sido desvinculados, aclarando que como institución no hubo participación alguna en dichas actuaciones ilícitas ni previamente se había tenido ningún conocimiento de ellas. Se singularizó querrela criminal incoada al efecto contra la exempleada Marlene Ivonne Fuentealba Spezzie, en el Cuarto Juzgado de Garantía de Santiago (RIT N° 685-2023).

Agregó que en los descargos se dio cuenta también de la actitud colaborativa del Instituto, pues se entregó oportunamente toda la información disponible y se trabajó por conseguir el resto.

Recriminó que dichos planteamientos no fueron considerados, notificándosele, con fecha 18 de abril de 2023, la Resolución Exenta 3E N° 2764/2023, emanada del señor Director Nacional de FONASA don Camilo Alejandro Cid Pedraza, en la que se resuelve condenar al Instituto con las máximas sanciones que contempla el inciso 8° del artículo 143 del DFL N°1/2005 del MINSAL, esto es, con la cancelación del convenio del Instituto en el rol de prestadores de FONASA bajo la Modalidad Libre Elección, multa de 500 UF y el reintegro de la suma de \$51.308.400 al FAM.

Aseveró que presentaron recurso administrativo de reclamación en contra de la indicada resolución, planteando una serie de antecedentes y argumentos que explican por qué la



decisión de FONASA de sancionar al Instituto es arbitraria e ilegal. Al efecto, sintetizó que no se encuentra debidamente acreditada la responsabilidad del Instituto pues no hay pruebas que puedan sostener la participación o el ánimo defraudatorio.

Sostuvo que los cargos que dieron origen a la resolución sancionatoria adolecen de un problema de motivación, pues no existe un reproche concreto y preciso sobre la conducta que se está sancionando y las disposiciones que habrían sido vulneradas. Ello vulneraría, además, la presunción de inocencia.

Manifestó que el Instituto acompañó debidamente documentación y antecedentes que dan cuenta y justifican un importante número de prestaciones. Sin embargo, precisó que debido al volumen de los documentos solicitados, no fue posible acompañar toda la información requerida, pese a la actitud colaborativa del Instituto que hizo todo lo posible por recolectar y entregarla en el escaso margen de tiempo otorgado para ello (05 días).

Indicó que cuando los representantes legales y directivos del Instituto no se encontraban impedidos de estar presentes en la Clínica -antes y después de la pandemia-, no se produjo ninguna irregularidad, lo que reafirma que los ilícitos fueron cometidos solo por ciertos funcionarios, ya desvinculados y actualmente querellados.

Añadió que su parte presentó un téngase presente, invocando alegación de caso fortuito, además de desarrollar el argumento de la ausencia de culpabilidad por parte del instituto y la falta de proporcionalidad en la sanción impuesta.

Adujo que ello se recogió por el MINSAL al advertir una conducta resiliente de su parte, concluyendo que *“no se visualiza una proporcionalidad entre la entidad de las infracciones*



cometidas y la multa impuesta al prestador, por existir una causal aminorante de responsabilidad, al haber reparado parte del mal causado, logrando justificar parte de las prestaciones que se le imputaron en principio, además del hecho de tener una conducta anterior libre de reproches de acuerdo a lo señalado en Resolución Exenta N° 7 artículo 28 letra b), las que resultan suficientes para reconsiderar parcialmente lo resuelto". Ello conllevó la rebaja de la multa, pero manteniendo la cancelación del convenio, medida más gravosa.

Complementó que a pesar de que señaló que existía un error matemático al calcular el monto a restituir por concepto de Fondo de Ayuda Médica por las prestaciones realizadas, esto no fue considerado por el MINSAL y ni siquiera mencionado en la Resolución N° 1862.

Como vicios, invocó la falta de motivación, en tanto estima que el MINSAL no se pronunció adecuadamente sobre cada uno de los argumentos esgrimidos por su parte, a saber: formulación de cargos imprecisos, indeterminados e improcedentes, existencia de comisión especial que paralelamente investigó los hechos y falta aparente de fundamentos en los reproches formulados en su contra. Únicamente se habría pronunciado sobre uno de ellos, que se relaciona con la falta de proporcionalidad de la sanción administrativa. Ni siquiera se mencionan algunos de los argumentos que fueron incorporados al expediente a través un Téngase Presente, como lo es la existencia de un caso de fuerza mayor o la falta de culpabilidad como elemento de la sanción administrativa.

Reclamó que es imposible saber si la autoridad verdaderamente ponderó todos los antecedentes al momento de tomar su decisión, lo que vulnera lo establecido en los artículos 11



y 41 de la Ley de procedimientos administrativos N° 19.880, citando jurisprudencia sobre el tópico.

En definitiva, planteó que hay una imposibilidad para que cualquier lector pueda comprender cuál es la lógica y la razonabilidad empleada por la autoridad para tener por acreditada la responsabilidad del Instituto sobre los hechos sancionados, lo que torna la resolución en ilegal y arbitraria.

Adicionalmente, reprochó que no existiera coherencia entre la parte considerativa y lo finalmente resuelto por el Ministerio de Salud, al haber mantenido la desproporcionada sanción de cancelación de su inscripción en el rol de prestadores de FONASA, explayándose al efecto en relación con la razonabilidad.

Luego, sobre la gravedad de la sanción impuesta y su falta de proporcionalidad, profundizó diciendo que la cancelación de la inscripción del prestador en el rol de prestadores de FONASA afecta el derecho a la libertad económica del Instituto, resguardado en el artículo 19 N° 21 de la Constitución Política de la República, pues el inciso 11 del artículo 142 del D.F.L. prohíbe a la institución sancionada atender a cualquier paciente afiliado a FONASA por el lapso de 05 años, tiempo que empezaría a computarse cuando recién quede firme la sentencia que resuelva esta reclamación, lo que conlleva un daño económico gigante. Si bien es cierto que los pacientes podrían pagar de manera particular el costo de sus prestaciones, al no poder optar por la cobertura de la Modalidad de Libre Elección de FONASA, sin duda pone al Instituto en una posición de desventaja frente a otras instituciones, dificultando el acceso al servicio, afectando a terceros ajenos al procedimiento sancionatorio.

Apuntó que la suspensión de la inscripción fue aplicada como una medida provisional en contra del Instituto en la



formulación de cargos, de fecha 11 de agosto de 2022, y que desde entonces no se ha levantado. Destacó que en caso de confirmarse la sanción interpuesta, el Instituto estaría condenado a pasar más de 08 años sin poder atender a pacientes de FONASA, con lo que se vería obligado a cerrar sus puertas para siempre, no obstante que la investigación penal en progreso podría terminar por establecer la inocencia de la administración directiva del Instituto frente a los hechos sancionados.

Concluyó que lo que correspondía era no solo rebajar la multa interpuesta en contra del Instituto, sino que, además, levantar la sanción de cancelación por completo, considerando que el Instituto ya lleva más de un año fuera del sistema.

Finalmente advirtió un error matemático en el que incurre la Resolución N° 2764, y que no fue debidamente corregido por el MINSAL en la Resolución impugnada, a pesar de que se le hizo presente tal situación.

Explicó que en el numeral 8 de la Resolución N° 2764 se señala que no se encontró registro de respaldo para 542 prestaciones, contenidas en 461 BAS por un monto bruto de \$107.398.420 y un FAM de \$51.762.630. Sin embargo, FONASA ordena al instituto, reintegrar por concepto de FAM, la cantidad de \$51.308.400, en circunstancias que debió ordenar el reintegro de \$49.204.930, atendida la circunstancia de que el segundo cargo fue parcialmente desvirtuado, tal como se reconoce en el numeral 15 de la resolución sancionatoria, en que se admite la acreditación de 25 prestaciones por un monto bruto de \$5.270.720 y un FAM de \$2.557.700.

Segundo: Evacuó informe doña Yasmina Viera Bernal, abogada, Jefa de la División Jurídica del Ministerio de Salud, solicitando que se rechace en todas sus partes la presente



reclamación judicial interpuesta en contra de la Resolución Exenta N° 1862 de 2023 del Ministerio de Salud, que rechazó los descargos alegados en contra Resolución Exenta 3E N° 2764 del año 2023 del Fondo Nacional de Salud.

Primeramente, explicó que las prestaciones de salud se llevan a cabo mediante dos modalidades de atención, a saber: la Modalidad de Atención Institucional y la Modalidad de Libre Elección. La Modalidad de Libre Elección, también conocida como “red privada del Fondo Nacional de Salud”, que incide en la especie, es aquella en virtud de la cual los profesionales o entidades del sector público o privado se inscriben dentro de un registro y son elegidos libremente por el afiliado. El profesional ejecuta las prestaciones, por la retribución que en el arancel se determina.

Precisó que para ello se debe suscribir un convenio con el Fondo Nacional de Salud e inscribirse en alguno de los grupos del rol que para estos efectos lleva el seguro público de salud. La inscripción en un grupo obliga a los profesionales o entidades asistenciales a proporcionar las prestaciones por los valores que correspondan. Los afiliados y los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, para hacer uso de esta Modalidad de Libre Elección, deben pagar el porcentaje que corresponda al valor asignado a la prestación respectiva en el arancel, según el grupo de inscripción del profesional o entidad de que se trate. El remanente de la prestación del valor, debe serle pagado al profesional por parte del Estado.

Destacó que esta Modalidad de Libre Elección no está concebida en ningún caso para ser una oportunidad para obtener un lucro mayor que el señalado en el arancel respectivo, ni tampoco para hacer uso indebido de venta electrónica de bonos o



prestaciones para incrementar los cobros por sobre los aranceles establecidos. Sostuvo que dicha modalidad está bajo la tuición y fiscalización del Fondo Nacional de Salud, quien puede sancionar las infracciones al Reglamento que fija normas sobre la Modalidad de Libre Elección.

Respecto del reclamante, expresó que se le fiscalizó en virtud de una denuncia derivada desde la Intendencia de Prestadores de Salud de la Superintendencia de Salud, mediante el Oficio Ordinario IP 11887, de fecha 13 de septiembre de 2022, relativa a una eventual emisión fraudulenta de Bonos de Atención de Salud, el que se acompañó.

Adicionalmente, enunció que al inicio del proceso de fiscalización, a través de la Resolución Exenta 3E N° 13532/2022 del 08 de noviembre de 2022, se suspendieron de forma transitoria la inscripción en el Rol MLE del prestador y el pago de los montos correspondientes al Fondo de Ayuda Médica asociados a los bonos de atención cobrados, ambos mientras esté en tramitación el proceso de fiscalización.

Relató que se requirió al prestador remitir copia de registros de respaldo y/o informes de exámenes que dieran cuenta de las prestaciones efectuadas a 329 beneficiarios, la prescripción médica de derivación en las prestaciones que correspondiera y la orden médica de compra PAD (Pago Asociado a un Diagnóstico) en los casos que proceda de los beneficiarios que se señalan.

Debido a los hallazgos detectados durante la fiscalización llevada a cabo por FONASA, se estableció un incumplimiento a la normativa que regula la Modalidad de Libre Elección, lo que ameritó que mediante Oficio Ordinario 3E N° 20272/2022 de fecha 05 de diciembre de 2022, de FONASA, se formularan los cinco cargos que transcribe.



Agregó que el prestador presentó descargos a dicho oficio, planteando que respecto al cargo cobro de prestaciones no realizadas, presentaron una querella en contra de la antigua administración, por ser objeto de daño y estafa, en particular en contra de Marlene Fuentealba, quien fue la jefa de administración desde agosto de 2020 hasta 2022, incrementándose los ingresos por el aumento de emisiones de bonos FONASA, por paciente.

En cuanto a no contar con los registros de respaldo por las prestaciones en físico o electrónico, acompañaron los documentos que permiten respaldar los registros pero fuera de plazo, lo que permitió desvirtuar parcialmente el cargo.

Respecto a los cargos 3, 4 y 5, manifestó que reconocen la responsabilidad de los hechos, señalando actuar fue de buena fe, siendo víctimas de un engaño por parte de los extrabajadores.

Pormenorizó que el prestador hizo entrega de 331 registros de respaldo, correspondientes a 130 beneficiarios de la muestra fiscalizada, logrando acreditar prestaciones realizadas que desvirtuaron parcialmente el cargo N° 2, esto es, no contar con los registros de respaldo, quedando asociado a un total de 517 prestaciones, contenidas en 438 BAS, por un monto bruto de \$102.127.700 y un FAM de \$49.204.930.

Luego, agregó que en sesión efectuada el día 25 de enero de 2023, la Comisión Nacional de Fiscalización y Reclamos de MLE, teniendo a la vista los antecedentes del proceso de fiscalización, determinó que de los antecedentes que constan en el proceso y considerando que el prestador presentó descargos que permitieron desvirtuar parcialmente el cargo N° 2, mantienen firme los cargos N°s 1, 3, 4 y 5, concluyendo que las prestaciones cobradas por el prestador no cumplen con las normas legales,



reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad de Libre Elección y aquellas que regulan la aplicación de su arancel.

Concluida la investigación, se verificaron las infracciones tipificadas en las normas técnico-administrativas establecidas en Resolución Exenta N° 277, de 2011, del Ministerio de Salud, y sus modificaciones, aplicándose al prestador, mediante resolución exenta 3E N° 2764/2023 de fecha 05 de abril de 2023, de FONASA, las sanciones de cancelación del convenio en el rol de Prestadores del Fondo Nacional de Salud y al pago de una multa 500 UF, medidas contempladas en el inciso 8° del artículo 143 del D.F.L N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que regula la Modalidad de Libre Elección. Junto con lo anterior, se dispuso el reintegro del valor correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM), por un monto equivalente a \$51.308.400, medida contemplada en el Decreto Supremo N° 369/1985, del Ministerio de Salud.

Ante ello, detalló que el prestador interpuso recurso de reclamación en contra de la indicada resolución. En ella, manifestó, respecto al cargo N° 1 “cobro de prestaciones no realizadas”, que se encuentra vigente un proceso penal iniciado por querrella deducida en contra de los administradores de la empresa; respecto del cargo N° 2, “no contar con los registros de respaldo de las prestaciones realizadas en físico o en electrónico”, el prestador desvirtúa parcialmente el cargo acompañando respaldo de parte de las prestaciones solicitadas; y respecto de los cargos N°s 3, 4 y 5, reconoce la responsabilidad sobre estos cargos, sin perjuicio de haber actuado siempre de buena fe.

Enseguida, razonó sobre el convenio MLE, recordando que en conformidad a lo dispuesto en el artículo 46 del Decreto



Supremo N° 369/1985, del Ministerio de Salud, *“por el solo hecho de inscribirse, se entiende que las personas y entidades indicadas, aceptan la incorporación al convenio de todas aquellas normas legales, reglamentarias o del Ministerio que posterioridad a la inscripción se dicten o establezcan en la materia”*.

Sobre las alegaciones relativas al cargo por cobro de prestaciones no realizadas y la invocación de haberse presentado una querrela criminal, puntualizó que no es posible considerar este argumento para poder rebajar los cargos que se imputan al prestador ni mucho menos desvirtuarlos, ya que el responsable de dicho convenio es quien lo suscribe.

Sobre el cargo N° 2, omite referirse, por haber sido desvirtuado parcialmente.

En cuanto el cargo N° 3, esto es, incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad de Libre Elección, regulan la aplicación de su Arancel, incluyendo en ellas las resoluciones dictadas por el Ministerio de Salud y publicadas en el Diario Oficial, además de las instrucciones que dicte el Fondo Nacional de Salud, se determinó la existencia de emisión de 04 prestaciones con códigos 0101210 y 0101209 contenidas en 4 BAS, por un monto bruto de \$89.920 y un FAM de \$32.600, evidenciando el incumplimiento a la normativa legal dispuesta, al no encontrarse los registros de respaldo, identificación del profesional tratante, infringiendo el punto 4 c.2 de la Resolución Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones, que dispone que las fichas de atención permiten registrar e identificar al beneficiario fecha de atención, identificación completa del profesional que otorga la prestación y el tipo de prestación de salud otorgada (...).



En relación al cargo N° 4 “presentación para el cobro o cobro indebido de ordenes de atención de salud y programas de atención de salud, pudiéndose distinguir: por homologación de códigos por prestaciones existentes en el arancel, para cobrar prestaciones no autorizadas al prestador”, se evidenciaron 10 prestaciones con códigos 1101043 y 1101046, contenidas en tres BAS, por un monto bruto de \$547.590 y un FAM de \$171.120, cuyos registros de respaldo corresponden a informes de ecografía transcraneana que coinciden con la fecha de emisión del BAS pero no a los informes relacionados a las prestaciones código 1101043 o 1101046, indicando que este centro no tiene autorización para realizar la prestación 0404120, por lo que no procede homologar los códigos para el cobro de esta prestación.

Sobre el cargo N° 5, esto es, “falta de actualización de lugares de atención y otros antecedentes”, señaló que el prestador tenía autorizado en su Convenio MLE atenciones a domicilio en la Región Metropolitana y de acuerdo con la cláusula cuarta del convenio suscrito por el prestador, éste queda obligado a mantener debidamente actualizada la información presentada con su solicitud de inscripción, incluida la documentación legal y técnica. En caso de producirse cambios en la información, el prestador deberá dentro de los 30 días siguientes de producido el cambio remitir al Fondo los antecedentes que acrediten dichos cambios bajo apercibimiento. Acota que es el propio reclamante quien manifiestamente asume su “error al no actualizar datos y lugares de trabajo”, infringiéndose el punto 30.1 letra h) de la Resolución Exenta N° 277, de 2011 del Ministerio de Salud, y sus modificaciones, señalando que ha actuado siempre de buena fe, argumento que no es suficiente por sí sólo para disminuir o eliminar las sanciones aplicadas.



En definitiva, insistió que el prestador no acompañó en sus descargos, documentos o antecedentes que desvirtúen las denuncias y cargos efectuados, los cuales se encuentran debidamente acreditados durante el proceso de fiscalización llevado a cabo por FONASA, razón por la cual se estima procedente rechazar los descargos del reclamante.

Concluyó que de los antecedentes que constan en el expediente, tanto en la tramitación del proceso administrativo como en la imposición de las sanciones, se cumplieron absolutamente todas las exigencias legales, respetándose en todo momento el debido proceso. Las sanciones impuestas se estimaron del todo justificadas y proporcionadas en atención a la gravedad de las faltas detectadas, pues la Modalidad Libre Elección implica un inmenso volumen de gasto de recursos públicos empleados en su materialización, lo que exige un nivel de diligencia y transparencia altísimo de parte de cada prestador, pues salvo que se lleven a cabo fiscalizaciones como la de marras, los recursos públicos no permiten hacer un control más permanente respecto de los prestadores, por lo que la fe pública descansa de forma importante en la corrección de sus actuaciones.

Tercero: En lo pertinente, el artículo 143 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, estipula que *“Los profesionales y establecimientos o las entidades asistenciales de salud que decidan otorgar prestaciones de salud a los beneficiarios del Régimen, en la modalidad de “libre elección”, deberán suscribir un convenio con el Fondo Nacional de Salud e inscribirse en alguno de los grupos del rol que para estos efectos llevará el Fondo (....).*



Los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales inscritos quedan obligados, por la sola inscripción, a aceptar, como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo grupo, salvo que, para determinadas prestaciones, el Ministerio de Salud, mediante decreto supremo, autorice, respecto de ellas, una retribución mayor a la del arancel.

La modalidad de "libre elección" descrita en este artículo quedará bajo la tuición y fiscalización del Fondo Nacional de Salud.

Las infracciones del reglamento que fija normas sobre la modalidad de libre elección y de las instrucciones que el Fondo Nacional de Salud imparta de acuerdo a sus atribuciones tutelares y de fiscalización serán sancionadas por dicho Fondo, por resolución fundada, con amonestación, suspensión de hasta ciento ochenta días de ejercicio en la modalidad, cancelación de la respectiva inscripción o multa a beneficio fiscal que no podrá exceder de 500 unidades de fomento. La sanción de multa podrá acumularse a cualquiera de las otras contempladas en este artículo.

De las resoluciones que apliquen sanciones de cancelación, suspensión o multa superior a 250 unidades de fomento el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud, dentro del plazo de quince días corridos, contado desde su notificación personal o por carta certificada. Si la notificación se efectúa por carta certificada, el plazo señalado empezará a correr desde el tercer día siguiente al despacho de la carta. El Ministro de Salud resolverá sin forma de juicio, en un lapso no superior a treinta días corridos, contado desde la fecha de recepción de la reclamación. De las resoluciones que dicte el



Ministro podrá reclamarse, dentro del plazo de diez días hábiles, contado desde la notificación, ante la Corte de Apelaciones correspondiente al domicilio del afectado. La Corte resolverá en única instancia y conocerá en cuenta; debiendo oír previamente al Ministro. La interposición del reclamo no suspenderá en caso alguno la aplicación de las sanciones.

Un extracto de la resolución a firme será publicado en un diario de circulación nacional cuando haya cancelación de la inscripción.

El profesional, establecimiento o entidad sancionada con la cancelación del registro en la modalidad de libre elección sólo podrá solicitar una nueva inscripción al Fondo Nacional de Salud una vez transcurridos cinco años, contados desde la fecha en que la cancelación quedó a firme. El Fondo Nacional de Salud podrá rechazar dicha solicitud mediante resolución fundada. De esta resolución se podrá apelar ante la Corte de Apelaciones respectiva. Si el registro fuere cancelado por segunda vez, cualquiera que sea el tiempo que medie entre una y otra cancelación, el profesional, establecimiento o entidad no podrá volver a inscribirse en dicha modalidad.

Sin perjuicio de las sanciones establecidas en este artículo, el Fondo Nacional de Salud estará facultado para ordenar la devolución o eximirse del pago, de aquellas sumas de dinero que hayan sido cobradas por prestaciones, medicamentos o insumos no otorgados, estén o no estén contenidos en el arancel de prestaciones de que trata el artículo 159 de esta ley, como, asimismo, la devolución o exención del pago de lo cobrado en exceso al valor fijado en el referido arancel. En los casos señalados precedentemente, procederá el recurso a que se



refiere el inciso noveno de este artículo. Las resoluciones que dicte el Fondo Nacional de Salud en uso de esta facultad tendrán mérito ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se encuentren a firme.

Cuarto: De acuerdo a los antecedentes reunidos en sede administrativa, se acreditó que, estando el Instituto Europeo del Sueño S.A., RUT N° 76.743.690-4, inscrito en el Rol de Prestadores de la Modalidad de Libre Elección, como entidad de primera categoría, desde el 30 de mayo de 2008, autorizado para realizar una serie de prestaciones con códigos determinados, en el proceso de fiscalización de FONASA a la entidad, se corroboraron:

a) El cobro de 16 prestaciones no realizadas (códigos 0101209, 01101046 y 2502008), contenidas en 15 Bonos de Atención de Salud (BAS), por un total bruto de \$4.271.740 y FAM de \$2.103.470;

b) No contar con los registros de respaldo por 517 prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico, contenidas en 438 BAS, por un monto de \$102.127.700 y FAM de \$49.204.930;

c) Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad de Libre Elección y regulan la aplicación de su arancel, incluyendo en ellas las resoluciones dictadas por el Ministerio de Salud y publicadas en el Diario Oficial, además de las instrucciones que dicte el Fondo Nacional de Salud, en la emisión de 04 prestaciones con códigos 0101210 y 0101209, contenidas en 04 BAS, por un monto bruto de \$89.620 y FAM de \$32.600, sin respaldo de identificación del profesional tratante;



d) Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud, pudiéndose distinguir por homologación de códigos por prestaciones existentes en el arancel, para cobrar 10 prestaciones no autorizadas al prestador, con códigos 1101043 y 1101046, contenidas en 03 BAS, por un monto bruto de \$57.590 y FAM de \$171.120; y

e) Falta de actualización de lugares de atención y otros antecedentes, al evidenciar que dos profesionales médicos que realizaron e informaron las prestaciones fiscalizadas no se encuentran incorporados en la planta profesional de su convenio.

Quinto: No obstante los actos administrativos están revestidos de la presunción de legalidad, de acuerdo a lo prescrito por el artículo 3º de la Ley N° 19.880, que regula las bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos del Estado, ha sido el propio reclamante quien ha ratificado la veracidad de los enunciados fácticos, no disputándolos mediante la rendición de antecedentes destinados a desvirtuarlos.

En dicho sentido, el control que en esta sede jurisdiccional únicamente se centrará en determinar la legalidad o no del acto reclamado, esto es, si se ajusta al derecho vigente, sin revisar los hechos dados por acreditados.

Sexto: Correspondiendo la tuición de la Modalidad de Libre Elección al Fondo Nacional de Salud, será esta entidad la encargada de fiscalizar a las instituciones que prestan servicios de salud con arreglo al convenio suscrito, contando con las facultades y atribuciones legales estipuladas en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, para decretar las sanciones por contravenciones al Reglamento que fija normas sobre la referida modalidad y de las instrucciones impartidas, sin



perjuicio de las normas contenidos en el Decreto Supremo N° 369/1985 del Ministerio de Salud y Resolución Exenta 277/2011 de la misma cartera ministerial.

Séptimo: Una vez analizados los antecedentes, el Ministerio de Salud resolvió rechazar el reclamo del Instituto Europeo del Sueño contra las sanciones impuestas por el Fondo Nacional de Salud, mediante la Resolución Exenta 3 E N° 2764 del año 2023.

Octavo: En lo resuelto por la autoridad administrativa, tanto del FONASA como MINSAL, se advierte que lo instruido se ajusta al mérito del caso y al objetivo de resguardar las arcas fiscales, frente a la actuación irregular de un prestador de servicios de salud, que se ha acogido a un convenio que lo obliga a cumplir la normativa legal vigente, controlando eficientemente su gestión interna, de tal forma de prevenir y evitar actos defraudatorios y contra de la fe pública.

Noveno: Esta Corte no observa una falta de motivación de la resolución administrativa objetada -Resolución Exenta N° 1862, de 27 de diciembre, del Ministerio de Salud- ni la falta de coherencia entre las partes considerativa y resolutive, existiendo un conjunto de reproches concretos y precisos, que se tradujeron en los cargos específicos atribuidos y la consecuente sanción.

En efecto, la circunstancia que los Directores del Instituto Europeo del Sueño hayan sufrido incomodidades para viajar al país durante la pandemia mundial de los años 2020-2022, dificultando las inspecciones internas, no es suficiente obstáculo para la adopción de las medidas preventivas de actos tan graves como el cobro al Estado de prestaciones de salud no realizadas o presentación para el cobro indebido de órdenes y programas de atención de salud, aumentando indebidamente las emisiones de bonos FONASA por paciente, justificándose no solo la



proporcionalidad de la sanción de la cancelación sino también de la multa impuesta y el deber de reintegrar el dinero al Fondo de Apoyo Médico, en conformidad con el artículo 143 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud.

Desde luego, la interposición de una querrela criminal dirigida contra la exadministradora de la institución, la colaboración con la investigación y la reestructuración de la empresa, no exime al prestador de la responsabilidad administrativa, la que no requiere de dolo. Tan solo corrobora los ineficaces procedimientos internos implementados para detectar el engaño de sus propios empleados, pudiendo tan solo ser consideradas circunstancias atenuantes que la autoridad administración ponderó de acuerdo a las atribuciones que le competen.

Habiendo además el reclamante logrado justificar parte de las prestaciones que originalmente se le imputaron y tenido una conducta pretérita irreprochable anterior, se redujo la multa de 500 a 300 Unidades de Fomento, estando las demás sanciones -cancelación del convenio en el rol de prestadores del Fondo Nacional de Salud y el reintegro de dinero al Fondo de Ayuda Médica- dentro de los parámetros del inciso octavo del artículo 143 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, y del Decreto Supremo N° 369/1985, ambos del Ministerio de Salud.

Décimo: Finalmente, en cuanto al supuesto error de cálculo en el monto de restitución al FAM, debe tenerse presente que la Resolución Exenta N° 1862 de 27 de diciembre de 2023 del Ministerio de Salud, efectivamente tuvo en cuenta la acreditación de las 25 prestaciones por un monto FAM de \$2.557.700, lo que rebajó del cómputo de FONASA, dando la cifra de \$49.204.930.



Sin embargo, a dicha cifra debe sumarse el FAM de \$2.103.470 por el primer cargo, lo que da el total de \$51.308.400, sin considerar los FAM de \$32.660 y \$171.120, por los cargos 3 y 4, respectivamente.

Décimo primero: En este escenario, no es posible dirigir un reproche de ilegalidad a lo decidido por el Ministerio de Salud, ni observar arbitrariedad u abuso en su proceder, en tanto los hechos que motivaron este arbitrio se encuentran ajustados a derecho, habiéndose cerciorado esta Corte que el Fondo Nacional de Salud fiscalizó y sancionó al Instituto Europeo del Sueño, amparado en las facultados que expresamente le consigna la ley, aunado a que la resolución recurrida del Ministerio de Salud 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 lo dispuesto, además, en el artículo 143 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del año 2005, **se rechaza**, sin costas, el recurso de reclamación interpuesto por el Instituto Europeo del Sueño S.A., en contra de la Resolución Exenta N° 1862, de 27 de diciembre de 2023, dictada por el Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese en su oportunidad.

Redacción del Ministro (S) señor Guzmán Fuenzalida

N°Contencioso Administrativo-139-2024.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: TRFFXPXGSBM



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: TRFFXPXGSBM

Pronunciado por la Segunda Sala de la C.A. de Santiago integrada por Ministra Mireya Eugenia López M., Ministro Suplente Fernando Guzman F. y Abogado Integrante Renee Rivero H. Santiago, veinte de agosto de dos mil veinticuatro.

En Santiago, a veinte de agosto de dos mil veinticuatro, 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>

Código: TRFFXPXGSBM