

C.A. de Santiago

Santiago, veintitrés de abril de dos mil veinticinco.

Vistos y teniendo presente:

Primero: Que don **Raúl Francisco Miranda Suarez**, en representación de **Clínica Santa María SpA.**, interpone recurso de reclamación en contra de la **Resolución Exenta SS/N° 289**, de 1 de marzo de 2024, dictada por el Superintendente de Salud, don Víctor Torres Jeldes, que resolvió rechazar el recurso jerárquico interpuesto en forma subsidiaria por su representada en contra de la Resolución Exenta IP/N° 865 de fecha 16 de febrero de 2023, de la Intendencia de Prestadores, que acogió el reclamo interpuesto en contra de su representada por trasgresión del derecho a la información financiera establecido en el artículo 8 letra a) de la Ley N° 20.584.

Pide dejar la referida Resolución Exenta sin efecto y, en definitiva, rechazar el reclamo interpuesto en contra de su representada.

En cuanto a los antecedentes, explica que los hechos que motivan la resolución respecto de la cual se recurre tienen su origen en un reclamo efectuado por don Guillermo Kittsteiner Castro, a raíz de las diferencias que estima entre el detalle de cuenta que dice haber recibido con fecha 16 de junio de 2021, correspondiente a intervención de fecha 1 de junio de 2021, la que asciende a un total de \$19.876.156, monto sustancialmente diferente, según sostiene, al presupuesto de fecha 22 de diciembre de 2020, que valorizó la prestación de salud en un total de \$4.767.979.

Refiere que el 30 de octubre de 2022 su representada dio respuesta al reclamo, precisando lo informado por el médico tratante del paciente, Dr. Felipe Corvalán, señalando que posterior al presupuesto emitido, el paciente concurrió a *dos consultas adicionales, que aportaron nueva información que había que tratar a la brevedad por el riesgo de hemorragia, ofreciéndosele al paciente la alternativa de realizar la intervención en el Hospital del Salvador.*

Agrega que, por Resolución Exenta IP/N° 865 de fecha 16 de febrero de 2022, la Intendencia de Prestadores decidió acoger el reclamo interpuesto en contra de su representada, en cuanto a una supuesta trasgresión a los derechos



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

Código: EFXWXUFLXXC

de la paciente a la información financiera oportuna, veraz, comprensible y suficiente, dispuesto en el artículo 8, letra a) de la Ley N° 20.584, ordenando reliquidar la cuenta médica de las prestaciones realizadas a la reclamante, debiendo ajustar el valor al informado en el presupuesto por \$4.767.979.

Indica que, el 20 de marzo de 2023, su representada interpuso recurso de reposición en contra de la citada resolución y recurso jerárquico en subsidio, los cuales fueron rechazados por Resolución Exenta IP/N° 1082 de 2 de febrero de 2024, de la Intendencia de Prestadores, y por Resolución Exenta SS/N° 289 de 1 de marzo de 2024, del Superintendente de Salud, respectivamente.

Puntualiza que los fundamentos de la resolución recurrida en este arbitrio son: (i) *“Que tras la revisión de los antecedentes del proceso, cabe señalar que este Superintendente concuerda plenamente con lo resuelto por la Intendencia recurrida, la que se pronunció debidamente sobre las fundamentaciones del recurso, sin que se advierta tampoco alegación alguna que permita acoger los planteamientos de la recurrente, por lo que no existe mérito para revertir lo decidido”*; (ii) *“Que, en tal sentido, sólo cabe precisar que el derecho consagrado en el artículo 8° letra a) se encuentra establecido en términos claros y directos, especialmente en relación con los cobros que efectúa el prestador respectivo, dado que el precepto alude a “información veraz”, la que incluye precisamente “el valor” de las prestaciones de salud y*; (iii) *“Que, en tal sentido, cabe insistir en que la aceptación de los servicios que ofrece el prestador, esto es, las atenciones de salud a un determinado paciente, sólo se perfecciona si el consentimiento del contratante se presta válidamente, es decir, exento de vicios. Para ello, en estos casos, resulta fundamental la extensión de un presupuesto que no sólo sea previo, sino que se ajuste al procedimiento, atenciones y cobros, que efectivamente le sean realizados al paciente, máxime cuando, como ocurrió en la especie, constaba sobrada y anticipadamente al prestador de salud que existía una modificación sustancial entre el diagnóstico original, incluyendo las atenciones que requería, y las que finalmente se le practicaron al reclamante. En tales circunstancias, dado que el paciente sólo contaba con el presupuesto originalmente emitido, sólo pueden entenderse dicho documento como el único*



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

Código: EFXWXUFLXXC

vigente y vinculante en su atención de salud, puesto que en base a aquel fue que prestó su voluntad para recibir las atenciones que le efectuaría el prestador de salud, el que, a su vez, actuó con evidente negligencia al no informar, debida y oportunamente, los cambios que experimentó el diagnóstico y procedimiento a realizar en cuanto a que significaba una modificación sustantiva (de más de cuatro veces) en los valores asociados”.

Asevera que, en primer lugar, el procedimiento se desarrolló con infracción al debido proceso, toda vez que no se le dio ninguna importancia a los consentimientos informados, consultas ambulatorias y otros antecedentes que dan cuenta que el paciente claramente tenía claro su diagnóstico e intervención a realizar.

En segundo lugar, que se han vulnerado los principios de supremacía constitucional, legalidad y juridicidad, por cuanto, se han excedido las facultades legales del recurrido, tanto en la forma como en el fondo, habiéndose hecho uso de las facultades de interpretación y aplicación en forma abusiva, toda vez que se impone una sanción a su representada lesionándose principios del ordenamiento jurídico, en concreto, el enriquecimiento sin causa.

En tercer lugar, estima que la Resolución recurrida incumple el deber de fundamentación de los actos administrativos, en cuanto nuestro marco constitucional y legal, no sólo exige un actuar legal, sino también razonable, que se concreta en el deber de fundamentación o motivación de los actos administrativos, que a su juicio no se cumple.

En cuarto lugar, estima que se han vulnerado los principios de imparcialidad y proporcionalidad que rigen el procedimiento administrativo chileno, por cuanto se ordena rebajar el valor total de la cuenta a un monto por completo arbitrario, como lo representa el hecho de acotarlo a un presupuesto otorgada para una prestación diversa.

Asevera que se debe reconocer que hubo un cambio de diagnóstico, que hizo variar más que solo los valores, sino que las prestaciones que originalmente fueron consideradas, en términos de su naturaleza, finalidad, unidad de hospitalización post operatoria, etc., de forma tal que no resulta razonable ni



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

Código: EFXWXUFLXXC

acorde a los principios del procedimiento administrativo, que se instruya que su representada sólo pueda cobrar valores determinados e informados para una prestación diversa.

De otra parte, afirma que en la resolución recurrida se alude al consentimiento válidamente prestado, exento de vicios, en alusión a la aceptación de los servicios que ofrece el prestador de salud, siendo por ello fundamental la extensión, según se dice, de un presupuesto, omitiéndose que el paciente tuvo pleno conocimiento de las intervenciones y procedimientos a los que debía someterse en base a nuevos exámenes efectuados y sus resultados, firmando los consentimientos informados, acompañados en su oportunidad como antecedente, dando cuenta de que tenía conocimiento pleno de la intervención a realizar, diagnóstico, fines, naturaleza y riesgos de la misma, al tenor del alcance y relevancia que el artículo 14 de la Ley 20.584 le da a ese consentimiento informado.

Segundo: Que, por la recurrida Superintendencia de Salud, informa el abogado Gabriel Rabanales González, solicitando el rechazo de la presente reclamación, con costas.

Explica que el 15 de septiembre de 2022, se interpuso un reclamo en contra de la actual recurrente de autos, alegando que fue operado con fecha 1 de junio de 2021 en la clínica ya individualizada, cirugía que, según protocolo operatorio, era considerada de riesgo alto. En dicho reclamo se indica que, con fecha 16 del mismo mes, se recibió el detalle de la cuenta, la cual ascendió a \$19.876.156, monto que difiere en forma sustancial del presupuesto entregado el 22 de diciembre de 2020, el cual valorizó la prestación de salud en un total de \$4.767.979. Por otro lado, manifestó que la Clínica le indicó que el presupuesto estuvo desfasado en fecha y, luego de otras consultas, el diagnóstico –al parecer- habría cambiado, lo cual no le fue informado y todo fue efectuado (ingreso y otros) con el presupuesto e intervención informado en forma preliminar. Indicó que el prestador reconoce que efectivamente se realizó otro tipo de intervención (aneurisma aórtico) y que, respecto de esta, no hay presupuesto emitido por la Clínica, argumentando que el paciente no lo solicitó, correspondiendo al prestador



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

Código: EFXWXUFLXXC

de salud, en virtud de la Ley N°20.584, el deber de aportarlo como un antecedente esencial en la protección de los derechos de los pacientes. En cuanto al tiempo transcurrido desde la emisión del presupuesto a la fecha de intervención quirúrgica, manifiesta que tampoco es su responsabilidad como paciente. Asimismo, indicó que el hecho de que la intervención estuviese programada, da cuenta de que la clínica pudo informar del valor de la intervención; distinta la situación si se hubiere tratado de una situación de emergencia, caso en el cual, sin duda, no se habría podido estimar los costos de la prestación de salud.

En cuanto a que la clínica indicó que hubo más antecedentes que obligaron a tratar la condición de crecimiento y riesgo de rotura del aneurisma, sostiene que ello ratifica que existieron antecedentes que dan cuenta de una intervención respecto de la cual no se le informó, ni los costos, ni lo que se realizaría.

Explica que, tras conferirle traslado a la clínica reclamada, la que lo evacuó oportunamente, la Intendencia de Prestadores de Salud resolvió el reclamo mediante la Resolución IP/N° 865 de 16 de febrero de 2023. En dicho acto administrativo se tuvo en cuenta que, si bien la prestación se realizó con fecha 1 de junio de 2021, tiempo después de emitido el presupuesto de fecha 22 de diciembre de 2020, dicho documento se entiende válido para la prestación otorgada, toda vez que la oportunidad y pertinencia de su vigencia es de cargo del prestador, en el entendido de que es su deber emitirlo y verificar que se encuentre vigente durante el proceso de admisión del paciente previo a la prestación; por lo tanto, se entiende validado antes del procedimiento respectivo, mas no vigente.

Refiere que se hizo presente que la inexistencia de un presupuesto vigente al momento de la hospitalización del paciente es de responsabilidad del propio prestador, como único obligado por el artículo 8°, letra a) de la Ley N° 20.584 y como parte dominante que realiza el procedimiento de preadmisión o de admisión, debiendo controlar que dichos instrumentos sean válidos, vigentes, emitidos conforme a la orden de hospitalización respectiva y por los canales formales considerados para ello, se acogió el reclamo y se ordenó al prestador reclamado que reliquidara la cuenta médica de las prestaciones realizadas al paciente, ajustando el valor total cobrado de \$19.876.156, al informado en el Presupuesto



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

Código: EFXWXUFLXXC

N° 2.247.849, por \$4.767.979, realizando, en su caso, la devolución de dinero respectiva a la parte reclamante.

Puntualiza que la clínica reclamada, en contra de la resolución antedicha, interpuso los recursos administrativos que le confiere la Ley N° 19.880, esto es, de reposición y jerárquico subsidiario, y que el recurso de reposición fue rechazado por la Intendencia de Prestadores de Salud mediante la Resolución IP/N° 1082 de 2 de febrero de 2024, mientras que el recurso jerárquico fue rechazado por el Superintendente de Salud mediante la Resolución SS/N° 289 de 1 de marzo de 2024, en contra de la que se reclama en estos autos.

En cuanto al fondo de la acción de autos, en primer lugar, sostiene que el recurso de reclamación es un recurso de legalidad, más no de mérito y por consiguiente, no puede en esta etapa alterarse lo resuelto en cuanto al fondo del proceso.

En segundo lugar, sostiene la obligación del prestador de emitir un presupuesto válido y previo a la intervención quirúrgica, de conformidad al artículo 8° letra a) de la Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes de los pacientes, lo que a su juicio basta para descartar las alegaciones de la clínica, por cuanto ella reconoce que actualizó el diagnóstico y requirió los consentimientos informados, pero omite indicar que también debió emitir un nuevo presupuesto, imputando dicha omisión al paciente, quien tiene derecho a lo contrario, esto es, que sea el prestador de salud quien le informe, oportuna y verazmente, del valor de las prestaciones que se le efectuarán.

Finalmente, sostiene que la Superintendencia cuenta con atribuciones para revisar el ajuste de una cuenta médica a la Ley, de conformidad al artículo 38 de la Ley N° 20.584.

Tercero: Que el reclamo de ilegalidad deducido lo hace en contra de la Resolución Exenta SS/N° 289 de fecha 1 de marzo de 2024 del Superintendente de Salud y la Resolución Exenta IP/N° 865 de fecha 16 de febrero de 2023, de la Intendencia de Prestadores, por las cuales se acogió el reclamo de don Guillermo Kittteiner Castro en contra de Clínica Santa Maria, por trasgresión del derecho a la información financiera establecido en el artículo 8 letra a) de la Ley N° 20.584 y le



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

Código: EFXWXUFLXXC

ordenó en consecuencia, reliquidar la cuenta médica de las prestaciones realizadas al paciente, ajustando el valor total cobrado de \$19.876.156, al informado en el Presupuesto N° 2.247.849, por \$4.767.979, realizando, en su caso, la devolución de dinero respectiva al reclamante.

Cuarto: Que la Ley N° 20.584 que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, establece en su artículo 8°: “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.”.

Por su parte, el artículo 38 de la misma ley, radica el correlativo deber, en cuanto: “Corresponderá a los prestadores públicos y privados dar cumplimiento a los derechos que esta ley consagra a todas las personas “ y también, determina el órgano fiscalizador: “La Superintendencia de Salud, a través de su Intendencia de Prestadores, controlará el cumplimiento de esta ley por los prestadores de salud públicos y privados, recomendando la adopción de medidas necesarias para corregir las irregularidades que se detecten.

En el caso de que ellas no sean corregidas dentro de los plazos fijados para este efecto por el Intendente de Prestadores, éste ordenará dejar constancia de ello al prestador en un lugar visible, para conocimiento público, dentro del establecimiento de que se trate.

Si transcurrido el plazo que fijare el Intendente de Prestadores para la solución de las irregularidades, el que no excederá de dos meses, el prestador no cumpliera la orden, será sancionado de acuerdo con las normas establecidas en los Títulos IV y V del Capítulo VII, del Libro I del decreto con fuerza de ley N°1, de 2006, del Ministerio de Salud.”.

Quinto. Que en un primer orden de cosas, el reclamante aduce la infracción de diversos principios y normas de derecho administrativo, entre ellos, el debido proceso legal; los principios de supremacía constitucional, legalidad y juridicidad;



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

Código: EFXWXUFLXXC

el deber de fundamentación; y los principios de imparcialidad y proporcionalidad, según se detalla en la expositiva.

En cuanto el debido proceso, resulta infundada la infracción que reclama, pues no aparece efectivo que el reclamante no haya tenido oportunidad de ser oído ni de presentar prueba de descargo en el respectivo procedimiento administrativo. Más bien sus alegaciones apuntan a una disconformidad con la forma y el valor que la autoridad decisora le habría otorgado a los antecedentes aportados en su defensa, relacionados principalmente con que el paciente había realizado consultas ambulatorias y otorgado consentimiento informado, que daban cuenta que el paciente claramente tenía claro su diagnóstico e intervención a realizar.

Ahora bien, dichas alegaciones no resultaban atinentes al procedimiento de reclamo en curso, toda vez que este versaba sobre el incumplimiento por parte del reclamante de los deberes sobre información financiera que le impone el artículo 8° de la Ley N° 20.584, y no de los deberes de información adecuada, suficiente y comprensible sobre el estado de salud, diagnóstico, tratamientos y riesgos y el derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, que abordan los artículos 10 y 14, por lo cual mal podría la autoridad infringir el debido proceso por esta razón, al no considerar las argumentaciones proporcionadas por el reclamante, en sentido diverso al objeto preciso del procedimiento.

En segundo lugar, tampoco resulta posible acoger sus alegaciones en cuanto la autoridad haya excedido las facultades legales de interpretación y aplicación de la normativa, pues como se ha asentado, el artículo 38 de la Ley N° 20.584, permite a la autoridad controlar el cumplimiento de la ley, ordenar las medidas necesarias y establecer plazos para corregir las irregularidades y en caso de incumplimiento, abrir un proceso sancionatorio en contra del infractor.

Que en tercer lugar, de la sola lectura de las resoluciones impugnadas, cabe descartar que estas carezcan de suficiente fundamento o motivación como se acusa, sino más bien el reproche apunta, como se dijo, a su disconformidad



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

Código: EFXWXUFLXXC

con las consideraciones que la autoridad ha tenido en vista para adoptar su decisión de fondo.

Por último, la supuesta vulneración de los principios de imparcialidad y proporcionalidad deberá ser obviada, toda vez que la reliquidación de la cuenta médica no resulta un monto determinado arbitrariamente por la autoridad como se aduce, sino que se funda en un antecedente cierto como lo es el único presupuesto propuesto por la reclamante al paciente, de lo que se deduce que la decisión es justificada y no está basada en el capricho o arbitrariedad del órgano reclamado.

Sexto. Que el artículo 38 de la Ley N° 20.584 le otorga a la autoridad facultades de naturaleza administrativa, para velar por su cumplimiento, sin perjuicio de los derechos derivados de fuente diversa como pueden ser el contrato de prestación de salud, la relación de consumo, la responsabilidad extracontractual o cualquier otro título que vinculen a un prestador con el paciente o usuario de salud.

De esta forma, en esta sede administrativa, lo que habilita la competencia de la autoridad regulatoria de salud es el correcto cumplimiento de los deberes que impone la ley al prestador de salud y en este caso concreto, ocurre que se pudo constatar fehacientemente que el prestador no entregó al paciente la información sobre el valor de las prestaciones que iba a efectuar, es decir, el presupuesto, lo cual constituye una infracción objetiva al artículo 8° de la ley que se trata.

En consecuencia, la autoridad estaba habilitada como lo hizo, para adoptar las medidas necesarias para corregir la infracción, que en el caso concreto, significó la instrucción de reliquidar la cuenta médica del paciente, al único valor conocido y proporcionado por el prestador en el curso del proceso de atención al paciente.

Dicha decisión aparece justificada y razonable, pues es aquella que más se aviene con el respeto al derecho del paciente de contar con la información que debía proporcionar el prestador, pues ésta era la única disponible al momento de efectuar o materializar la prestación médica, más aún cuando era el prestador y no



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

Código: EFXWXUFLXXC

el paciente, el que estaba en posición de haberla modificado o actualizado, si fuera el caso.

Al contrario, resulta particularmente grave la omisión al deber de proporcionar al paciente la información económica relevante, pues al proponerle un nuevo tratamiento a la postre más costoso, correspondía con mayor razón actualizarla. Y sin embargo, vulnerando de forma flagrante su deber, proporcionó sus servicios bajo completa indeterminación de sus costos para el paciente, quien en definitiva, de no mediar la intervención de la autoridad de salud en la forma reclamada, habría tenido que aceptar los resultados de ello, sin haber ejercido el derecho de evaluar o ponderar alternativas, cuestiones que precisamente la ley persigue evitar, al imponer la carga de información en el prestador, conforme las normas pertinentes.

Que con todo lo dicho, también debe ser desestimada la objeción de fondo del reclamante, quien atribuye al paciente el conocimiento de su nuevo diagnóstico y tratamiento, de manera que no puede alegarse a este respecto la vigencia del presupuesto propuesto seis meses antes, formulado para otras prestaciones. Ello, por cuanto esta alegación importaría relevar al reclamante del deber legal establecido en la ley y aun más, trasladar al paciente la carga de promover y asegurar antes de su tratamiento, la información veraz y oportuna que le corresponde al prestador, lo cual de manera evidente, desnaturaliza el régimen de derechos y deberes que al respecto regula la ley en la materia.

Séptimo. Que de acuerdo con lo razonado, se concluye que tanto la Superintendencia de Salud como la Intendencia de Prestaciones, han actuado en el marco de la legalidad y de su competencia, para velar en esta sede administrativa y en una materia sujeta a regulación, por el estricto cumplimiento del deber legal que le tocaba a Clínica Santa María, de proporcionar información suficiente, oportuna -es decir, previa a la prestación específica que se trata-, veraz y comprensible, sobre el valor de las prestaciones brindadas en el caso concreto, de manera que la instrucción de reliquidación de la cuenta del paciente resulta fundada y ajustada a la legalidad.



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

Código: EFXWXUFLXXC

Octavo. Lo anterior, sin perjuicio de los derechos que eventualmente le puedan asistir a la clínica, para hacer el cobro de las prestaciones, por las vías ordinarias que dispone el ordenamiento jurídico al efecto.

Por estas consideraciones y lo dispuesto en las disposiciones pertinentes de la Ley N° 20.584 y la Ley N°19.880, **se rechaza** el reclamo presentado por Clínica Santa María en contra de la Superintendencia de Salud por la dictación de la Resolución Exenta SS/N° 289 de fecha 1 de marzo de 2024.

Regístrese y en su oportunidad, archívese.

Redacción del abogado integrante señor Luis Hernández Olmedo.

No firma la Ministra (s) señora Jorquera, no obstante haber concurrido a la vista de la causa y al acuerdo, por haber cesado sus funciones en esta Corte.

N°Contencioso Administrativo-213-2024.



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

Código: EFXWXUFLXXC

Pronunciado por la Cuarta Sala de la C.A. de Santiago integrada por Ministro Hernan Alejandro Crisosto G. y Abogado Integrante Luis Hernandez O. Santiago, veintitres de abril de dos mil veinticinco.

En Santiago, a veintitres de abril de dos mil veinticinco, 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: EFXWXUFLXXC