Santiago, nueve de octubre de dos mil veinte.

Vistos y teniendo presente:

Primero: Que, debidamente representada, comparece Clínica Dávila y Servicios Médicos SpA, y reclama en contra de la Resolución Exenta IP/Nº 960, de 5 de marzo de 2020, pronunciada por la Superintendencia de Salud, notificada a esta parte el 17 de marzo de 2020, que rechazó el recurso de reposición deducido en contra de la Resolución Exenta IP/ Nº 362, de 27 de enero de 2020, de la Intendencia de Prestadores, que le impuso multas de 1.000 UTM y 400 UTM.

Señala que la Resolución Exenta IP/N° 362, de 27 de enero de 2020, la condenó al pago de una multa equivalente a 400 UTM, por un supuesto incumplimiento a lo establecido en la norma contenida en el artículo 141 bis del DFL N°1, de 2005, de Salud, y con una multa de 1.000 UTM por un supuesto incumplimiento a lo establecido en la norma contenida en el artículo 173, inciso 8°, del mismo cuerpo legal.

Precisa que mediante ordinario IP/N°5871 del 4 de diciembre de 2019, la señora Intendenta de Prestadores de Salud de la Superintendencia de Salud, le formuló los siguientes cargos:

"1. Primer Cargo: Haber infringido lo dispuesto en los artículo 141 bis y 173 bis del Decreto con Fuerza del Ley N°1 del Ministerio de Salud, de 2005, al establecer como práctica institucional, la exigencia de garantías de pago por las prestaciones que reciben sus pacientes, consistentes en la entrega de dinero en efectivo…

"2. Segundo Cargo: Haber infringido lo dispuesto en el inciso final del Artículo 141 y en el inciso octavo del Artículo 173, del Decreto con Fuerza del Ley N°1, del Ministerio de Salud, de 2005, al establecerse, como práctica institucional, la consulta de sistemas de información comercial que condiciona la atención de pacientes en situación de urgencia".

Estos cargos se basaron en el Informe de Fiscalización Extraordinaria de fecha 23 de octubre de 2019, proceso que se realizó en sus dependencias con fecha 28 de agosto de 2019.

Añade que se le confirió traslado para sus descargos; y se dictó la Resolución Exenta IP/N°362, mediante la cual se le sancionó con las multas ya referidas por las infracciones a las que ya se ha hecho referencia. En contra de esta resolución, dedujo recurso de reposición, resuelto

TEHWHCXPKN

negativamente por Resolución N° 960, en cuya contra se recurre en esta oportunidad, y, asimismo, dedujo recurso de manera subsidiaria ante el superior jerárquico.

Argumenta en cuanto al primer cargo, que la reclamante no exige garantías de pago por prestaciones de salud que no sean las permitidas por la Ley. Agrega que ha dado cumplimiento irrestricto a la normativa vigente en relación a la atención de salud de sus pacientes y a las garantías para asegurar el pago de las prestaciones que otorga, tanto en los casos observados por la autoridad, como en su práctica institucional.

Precisa que el dinero en efectivo al que hace referencia la autoridad y que, a su juicio constituiría una garantía de pago, es una modalidad de pago, consistente en un pago anticipado de la prestación de carácter voluntario, a modo de prepago a la cuenta final del paciente, tal como reconoció el mismo informe de fiscalización.

Explica que la posibilidad del prepago de la cuenta médica que se genera con cada atención de salud, se encuentra establecida claramente en el Reglamento Interno de la Clínica, artículo 1 del Reglamento: *"De conformidad a la normativa vigente, y ante la solicitud de admisión de ingreso, la clínica se reserva el derecho de solicitar en forma conjunta con la entrega de pagaré en Garantía, un pago anticipado voluntario, como prepago a la cuenta final del paciente, el que habrá de ser enterado facultativamente al momento de su ingreso..."*

Refiere que existe distinción entre garantía y pago y el elemento diferenciador entre ambas instituciones es que el dinero dejado en pago por los pacientes, tiene la aptitud necesaria para extinguir la obligación, ya sea total o parcialmente.

Sostiene que se le está sancionando por una mera suposición de que se exige el pago como garantía. La autoridad ha puesto en duda que tal pago fuese realmente voluntario, lo que resulta del todo improcedente, puesto que no se esgrimen antecedentes concretos y probados que pudiesen acreditar tal situación, de forma tal que no podría ser eventualmente sancionada por una mera suposición.

En relación al segundo cargo formulado, indica que se le imputa que en 4 casos habría revisado el boletín comercial de los pacientes, que cursaban una condición de urgencia vital, para efectos de admitir su atención.

TEHWHCXPKN

Indica que no consta en el proceso administrativo, prueba alguna que demuestre esta exigencia por parte de la Clínica. El hecho que algunos pacientes cuyos antecedentes se dice que fueron consultados no se hubiesen hospitalizado en Clínica Dávila no es demostrativo de un supuesto condicionamiento.

Precisa que la condición de urgencia, no fue establecida en la primera atención clínica otorgada en el Servicio de ese carácter, y con posterioridad a su atención, y con ocasión del proceso de fiscalización, fue la Superintendencia de Salud la que determinó que dichos pacientes se encontraban cursando una condición de urgencia, esta definición, ex post no implica que exista algún grado de culpabilidad en su actuar, puesto que, de conformidad a los antecedentes existentes al momento de dicha atención, no fue certificado el estado de urgencia por el residente del servicio de urgencia, tal como indica la legislación.

Sostiene que a contrario sensu, el prestador tiene derecho a consultar sistemas de información comercial correspondientes y relacionados con el suscriptor del pagaré respecto de sus pacientes que no se encuentran en la situación referida, y sin que ello condicione y/o restrinja la atención de urgencia.

Por último, argumenta que existe falta de proporcionalidad en la sanción aplicada, y en razón de ello, hace una petición subsidiaria de rebaja de los montos.

Segundo: Que, sobre el reclamo precedente, la Superintendencia de Salud solicita que sea declarado improcedente; indica que si bien artículo 113, del DFL de Salud 1, le habilita para impugnar el rechazo del recurso de reposición, en este caso la Clínica Dávila interpuso conjuntamente un recurso jerárquico subsidiario para que fuera conocido y resuelto por el superior jerárquico de la Intendencia de Prestadores de Salud, esto es, el propio Superintendente.

La procedencia de ambos recursos solo está regulada en el art. 59 de la Ley N° 19.880, que no contempla expresamente el de reclamación, por lo que entiende que al hacer uso de estos recursos administrativos, renunció a deducir el Reclamo de la especie del artículo 113 del DFL N° 1. Añade que sobre el recurso jerárquico, la autoridad se pronunció mediante Resolución SS/N° 317 de 23/03/2020, de modo que al presentarse este reclamo el

TEHWHCXPKN

proceso administrativo había continuado y concluido. Estima aplicable el inciso 1° del artículo 59, *“interpuesta por un interesado una reclamación ante la Administración, no podrá el mismo reclamante deducir igual pretensión ante los Tribunales de Justicia, mientas aquélla no haya sido resuelta o no haya transcurrido el plazo para que deba entenderse desestimada”.*

Sobre el fondo informa que la fiscalización se produce porque el 19 de agosto de 2019 recibieron una denuncia interpuesta por el Consejo Regional Santiago del Colegio Médico de Chile AG en contra de la Clínica Dávila, por supuestas vulneraciones a la denominada Ley de Urgencia, (exigirían garantías de pago a los pacientes o que efectuasen prepagos de las prestaciones, aun tratándose de ingresos en condición de urgencia vital, además de violación de prohibición de consultar sistemas de información comercial). Estos antecedentes habían sido aportados por una médico residente de la cínica y directora del sindicato de médicos que atienden a pacientes ambulatorios en ese recinto, quien entregó fotografías de los reglamentos disponibles para consultas del público y de letreros o pendones desplegados en la recepción, que advierten que el prestador no permite la hospitalización de pacientes morosos en los sistemas de información financiera.

Explica que tras la fiscalización extraordinaria concluyeron que la clínica mantenía una política consistente en la vulneración permanente y sistemática de los arts. 141 bis y 173 inciso 8° del DFL N° 1. Estas infracciones fueron comprobadas mediante Manuales operativos y reglamentos de la clínica; declaración de empleados y directivos de la propia clínica, quienes indicaron que en caso de hospitalización derivada de la atención de urgencia se firma un nuevo pagaré, cerrándose el de urgencia, y a los pacientes de Isapre se revisa el estado de Dicom y que la deuda no sea mayor a $400.000.- en el caso de pacientes Fonasa, estos pueden firmar si quieren un documento de acceso a sus registros clínicos, y un pagaré abierto y hacer un prepago de 2 o 3 millones cuando se ingresa a Unidad de Tratamientos Intensivos (UTI). Consigna que además se revisaron fichas clínicas de pacientes ingresados al servicio de urgencia, y se consideró una muestra de 13 pacientes ingresados en julio de 2019. De 4 pacientes, uno cumplió exigencia de prepago en dinero efectivo, los otros 3 no, y debieron retirarse de la clínica sin acceder a la hospitalización que requerían.

TEHWHCXPKN

Se concluyó que los llamados prepagos, no eran realmente voluntarios. El único objeto que podía cumplir el dinero exigido era el de garantizar una obligación indeterminada, cuyo monto solo podría conocerse al generarse la cuenta.

Señala en definitiva que el recurso carece de argumentos y medios de prueba, y por ello debe ser rechazado.

Tercero: Que, respecto de la inadmisibilidad de forma de la presente reclamación judicial, planteada por la Superintendencia de Salud, la cual funda en que, lo impugnado es una Resolución, que se pronunció sobre un recurso de reposición, con consignación previa y dentro de plazo, pero en el caso advierte, se usó la Ley 19.880, interponiéndose recurso de reposición, y jerárquico en subsidio, y por el contrario, la normativa del DFL 1 o Ley de Salud, agota la vía con el recurso de reposición, entonces indica, se mezclan normas. Señala que en su caso el recurso jerárquico se resuelve por el Superintendente de Salud, y sólo cuando haya concluido con rechazo, podría deducirse reclamación judicial. Estima entonces la reclamante que se ha recurrido en contra de una resolución contra un acto administrativo intermedio y no uno final y al respecto plantea que si se acogiera se dejaría sin efecto una Resolución intermedia y no una final, y así no puede ocurrirse a la vía judicial, contra actos intermedios.

Sobre el particular, esta Corte no puede dejar de observar, que a la data de interposición de la presente Reclamación, en verdad la vía administrativa se encontraba totalmente agotada, ello pues si bien es efectivo que la reclamante de la especie, interpuso recursos de reposición y jerárquicos, resulta ser del caso que ambos arbitrios habían sido ya resueltos por los entes administrativos respectivos. En efecto, es importante destacar, que mediante Resolución SS/N° 317 de 23/03/2020, la autoridad respectiva ya había resuelto el recurso jerárquico siendo este recurso administrativo el último que estaba pendiente, por lo que al deducirse la presente reclamación, con data 3 de abril, no existían recursos administrativos pendientes.

Conforme a lo que se viene indicando no existe en verdad el sustrato fáctico, con que se argumentaba la inadmisibilidad, y en tal escenario, lo pedido al respecto por la reclamada, será rechazado.

Cuarto: Que, en estos antecedentes, deduce Reclamo de Ilegalidad la Clínica Dávila, en contra de la Superintendencia de Salud, al haber dictado la

TEHWHCXPKN

Resolución de 5 de marzo, que rechazó reposición deducida por la resolución de enero que impuso dos multas, una de 1000 y otra de 400 UTM.

Según la reclamante, se trata de un supuesto incumplimiento del artículo 141 bis del DFL N°1, de 2005, de Salud, por solicitar garantías en atención de urgencia, no debiendo hacerlo, además de no haber respetado, la prohibición a prestadores de salud de consultar antecedentes comerciales para dar o no atención de urgencia.

Respecto del primer cargo niega los hechos, señala que el dinero en efectivo es una modalidad de pago anticipado y es un prepago voluntario a la cuenta del paciente. Este procedimiento está establecido en el reglamento de la Clínica, según el cual la misma se reserva el derecho de solicitar un prepago anticipado, que se considera como abono, en la cuenta que se elabora del paciente. Estima que este dinero es apto para extinguir deudas y no se trata, entonces, de un pago en garantía.

Según la reclamante, en cuanto al segundo cargo se trató del examen de 4 casos en que se habrían consultado antecedentes comerciales para otorgar atención de urgencia, estima que ello fue un hecho expuesto, y explica que, como prestador de salud, tiene derecho a considerar la situación comercial de suscribir pagarés, si la atención no es de urgencia.

A su turno, informando al tenor del reclamo, señala la reclamada que acá se llevó a cabo una fiscalización, la que fue provocada, por una denuncia del Colegio Médico Regional Santiago, por solicitar dineros y garantías de pago incluso en urgencia además de consultar, no debiendo hacerlo de antecedentes comerciales de concurrentes a la Clínica. En la fiscalización se concluyó que había una conducta sistemática, en exigir dineros en garantía en atenciones de urgencia, por lo cual se formularon los cargos. Explica que se analizaron Manuales de Procedimiento; se recibieron declaraciones de funcionarios de la Clínica y de atención de urgencia.

Quinto: Que para resolver lo pertinente cabe consignar el contenido de las disposiciones legales invocadas:

A saber, el artículo 113 del DFL N°1, de 2005, de Salud dispone: "*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.*

TEHWHCXPKN

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

“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.

“Evacuado el traslado, la Corte ordenará traer los autos "en relación", agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas.

“Para reclamar contra resoluciones que impongan multas, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisible o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes a la fecha de la resolución reclamada, destinándose también a beneficio fiscal, en caso de inadmisibilidad o rechazo del recurso.

“La resolución que expida la Corte de Apelaciones será apelable en el plazo de cinco días, recurso del que conocerá en cuenta una Sala de la Corte Suprema, sin esperar la comparecencia de las partes, salvo que estime traer los autos "en relación…”

En su caso las normas que se dicen infringidas por la autoridad administrativa establecen: artículo 141 bis, *“Los prestadores de salud no podrán exigir, como garantía de pago por las prestaciones que reciba el paciente, el otorgamiento de cheques o de dinero en efectivo. En estos casos, se podrá garantizar el pago por otros medios idóneos, tales como el registro de la información de una tarjeta de crédito, cartas de respaldo otorgadas por los empleadores, o letras de cambio o pagarés, los que se regirán por las normas contenidas en la ley Nº 18.092.*

TEHWHCXPKN

Sin perjuicio de lo anterior, el paciente podrá, voluntariamente, dejar en pago de las citadas prestaciones cheques o dinero en efectivo…"

A su turno el artículo 173 establece: "*Las Instituciones tendrán por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores.*

"… Con todo, los prestadores de salud no podrán consultar sistemas de información comercial de ningún tipo, ni aun con el consentimiento del paciente, para efectos de condicionar o restringir una atención de urgencia…"

Sexto: Que, de la inteligencia de las normas antedichas, es dable sostener que la acción que se consagra en el citado artículo 113, en tanto dirigida contra la decisión de un órgano que forma parte de la Administración del Estado, constituye jurídicamente un reclamo de ilegalidad que tiene por objeto controlar, por parte de la jurisdicción, la estricta sujeción a la ley de los actos administrativos, esto es, velar por la observancia del principio de juridicidad que consagran los artículos 6° y 7° de la Constitución Política. Por consiguiente, habrá de prosperar en tanto se verifique por el tribunal llamado a conocerlo, la contravención a un precepto de rango legal.

En el caso, del examen de lo obrado por la Superintendencia de Salud es posible constatar que la decisión que se impugna encuentra sustento, tanto en los antecedentes que recabó con motivo de la fiscalización que como ente regulador y fiscalizador de la reclamante llevó a cabo, como de la normativa que gobierna la materia y que por consiguiente, no ha incurrido en ilegalidad alguna.

Séptimo: Que, en la especie, se puede observar que luego de la fiscalización, proceso administrativo, formulación de cargos, su traslado y aplicación de multas y luego de recursos administrativos, se concluyó que se han violentado las normas de los artículos 141 bis y 173 inciso 8°, del DFL 1 de Salud del año 2005, en tanto los prestadores de Salud no podrán exigir como garantía de pagos cheques o dinero en efectivo.

Debe destacarse que para el caso, la prueba de las infracciones, aparece fundada, a partir de la denuncia, hecha por un médico, ante la Superintendencia de Salud, que trabaja en urgencia y es parte del sindicato de la clínica; esta denuncia motivó la fiscalización extraordinaria a las

TEHWHCXPKN

dependencias de la reclamante. Además, en el procedimiento sancionatorio que se revisa, se consideró: el Manual de la Clínica; lo declarado por los funcionarios de recaudación; la declaración de subgerenta de finanzas; la revisión de fichas clínicas de muestra. Derivado de ello se constató que por procedimiento, la clínica pide dos garantías, el pagaré y dinero en efectivo, en el manual de la clínica se señala que la clínica, se reserva el derecho de admisión y de exigir pagarés y pago en efectivo a título de pago a la cuenta final, y se señala que si la atención resulta ser de urgencia se devuelve el pagaré, y en su caso el dinero se considera prepago. Debe considerarse que el dinero solicitado es de dos o tres millones, además de la firma de un pagaré. Por lo anterior, fue del caso, que de la revisión de fichas clínicas quedó claro que aquellos pacientes que no pudieron firmar o que no pagaron, se les hizo efectiva una alta administrativa. Eso prueba que la atención resulta siempre condicionada.

Lo propio ocurre con las deudas comerciales, pues se constató que la clínica reclamante, tiene por norma, que nadie puede tener deudas pendientes con la clínica, superiores a 400 mil pesos, al efecto, en la clínica se exhibe un pendón en el que se indica que las personas que tengan deudas de más de 400 mil pesos no tendrán atención.

Debe dejarse consignado que, en materia de calificación de una atención de urgencia, lo cierto es que la Ley, a las clínicas les da la opción de calificar, en cada caso, si se está o no ante una urgencia y por ello, un organismo independiente tiene la facultad, a posteriori, para determinar si tal calificación, o más bien la falta de calificación de una atención de urgencia, fue adecuadamente ponderada. De esta manera, la Superintendencia, como órgano fiscalizador y regulador es quien tiene la facultad de, ex-post, determinar la condición de urgencia.

Octavo: Que, conforme a lo que se viene exponiendo, y habiéndose impuesto sanciones pecuniarias en un procedimiento reglado y en que se ha aplicado la normativa vigente, y en que las infracciones cometidas fueron debidamente constatadas, en la fiscalización extraordinaria de 28 de agosto de 2019, por cuanto la reclamante exigió dinero en garantía a los pacientes que se consignan en dicho informe y realizó consultas a los sistemas de información comercial (DICOM) de los pacientes, durante el curso de una condición de urgencia.

TEHWHCXPKN

Que, en cuanto a la falta de proporcionalidad en el quantum de la multa impuesta, tal alegación debe ser desestimada, ello por cuanto la cuantía fijada se halla dentro del margen que señala la ley, (Rango de multa: 10 a 1.000 UTM, según gravedad, artículo. 11), y no aparece en lo absoluto desproporcionada ni carente de racionalidad o razonabilidad, atendida, precisamente la gravedad de las infracciones constatadas.

Noveno: Que, de este modo, el contenido en los basamentos anteriores, constituyen en opinión de esta Corte razones suficientes para desestimar la reclamación deducida en estos autos.

Por estas consideraciones y de conformidad a lo dispuesto en los artículos 113, 141 bis y 173 inciso 8°, del D.F.L. número 1 del año 2005 del Ministerio de Salud, **se rechaza** el Reclamo de Ilegalidad interpuesto por Clínica Dávila y Servicios Médicos SpA, en contra de la Resolución Exenta IP/Nº 960, de 5 de marzo de 2020, pronunciada por la Superintendencia de Salud, sin costas, por estimarse que ha existido motivo plausible para litigar.

Regístrese, comuníquese y archívese en su oportunidad.

Redacción del Ministro (S), Sr. Andrade.

N° Civil (Ilegalidad) 174-2020.

Pronunciada por la **Octava Sala** de esta Corte de Apelaciones de Santiago, presidida por el Ministro señor Mario Rojas González e integrada por el Ministro señor Jaime Balmaceda Errázuriz y el Ministro (s) señor Rafael Andrade Díaz. No firma el Ministro señor Balmaceda, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo del fallo, por encontrarse ausente.

MARIO DANILO ALEJANDRO ROJAS GONZALEZ
MINISTRO
Fecha: 09/10/2020 12:27:15

RAFAEL LEONIDAS ANDRADE DIAZ
MINISTRO(S)
Fecha: 09/10/2020 16:03:08

TEHWHCXPKN

Pronunciado por la Octava Sala de la C.A. de Santiago integrada por Ministro Mario Rojas G. y Ministro Suplente Rafael Andrade D. Santiago, nueve de octubre de dos mil veinte.

En Santiago, a nueve de octubre de dos mil veinte, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.

TEHWHCXPKN

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl o en la tramitación de la causa.
A contar del 06 de septiembre de 2020, la hora visualizada corresponde al horario de verano establecido en Chile Continental. Para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar 2 horas. Para más información consulte http://www.horaoficial.cl