

C.A. de Santiago

Santiago, once de mayo de dos mil veintiuno.

Vistos y considerando:

Primero: Que comparece don Boris Paredes Bustos, abogado, en representación convencional de don Michel Dangelo Herrera, sancionado en Oficio Ordinario 1E N°16786/2020, quien interpone de recurso de reclamación del artículo 143 del DFL N° 1 de 2005, en contra de Resolución Exenta N°1068, del 10 de diciembre de 2020, dictada por el Ministro de Salud don Enrique Paris Mancilla, en la cual se confirma lo resuelto en Resolución Exenta 3E N°15.407 de Fonasa, en Oficio Ordinario 1E N°16786/2020.

Pide que se declare la nulidad del procedimiento sancionatorio, debido a la falta de notificación válida por cuanto asegura que no se ajustó al derecho que tiene su representado a ser sancionado en un proceso legalmente tramitado, que se rebaje el monto que debe reintegrarse por concepto de FAM al efectivamente percibido por su representado y respecto de aquellas prestaciones que no tengan un sustento acreditado, que se rebaje la multa proporcionalmente a la cantidad que debe ser reintegrada, ajustándose a la tabla establecida en la Resolución Exenta 911 del 2017, y que se establezca un plazo prudente para realizar el reintegro y pago de la multa en casos que procedan, y se fijen cuotas razonables, entendiendo que su representado tiene toda la intención de colaborar con la reparación que por ignorancia se ha originado.

Argumenta que el día 15 de junio de 2020, se formulan cargos en proceso administrativo sancionatorio en contra de su representado el señor Michel Herrera buscando establecer responsabilidad por infracciones al convenio de Modalidad Libre Elección de profesionales de salud, solicitándose las fichas clínicas que respaldaran las prestaciones que él habría realizado dentro del periodo de tiempo que habría formado parte del centro médico. Su representado presenta en sus descargos las fichas clínicas de respaldo con las que contaba en ese momento, que representan el 71% de las fichas solicitadas, argumentando adicionalmente que habría existido una delegación de funciones, en la administración del centro médico, consistente en el

registro de las prestaciones realizadas y emisión de bonos, en conjunto con el arriendo del box para realizar dichas prestaciones, todo esto a cambio de la contraprestación de transferir el 60% de todas las transferencias realizadas por Fonasa a su cuenta. Explicó en sus descargos que una vez que ingresó al centro médico le solicitaron las claves de Fonasa y del Servicio de Impuestos Internos, para los fines contractuales convenidos con el centro médico y poder emitir los bonos.

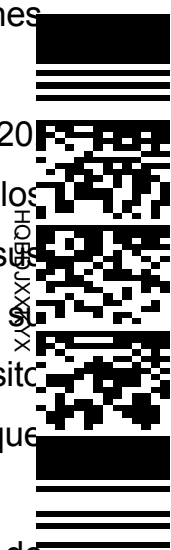
Ante esto, el ente fiscalizador da por acreditado el incumplimiento contractual de registro y respaldo de las prestaciones, decretando la suspensión provisional de su representado del Fondo Nacional de Salud en lo que respecta a la Modalidad de Libre Elección, resolviendo además que el monto final que debe ser reintegrado por concepto de FAM asciende a la suma de \$5.872.120 (cinco millones ochocientos setenta y dos mil ciento veinte), y aplicándose a su respecto una multa a beneficio fiscal de 500 UF. Dentro de plazo, se presenta recurso de reclamación en contra de la resolución administrativa, debido a que no se habría considerado ninguno de los argumentos exculpatorios que habría expuesto su representado en sus descargos, los cuales darían cuenta del origen de la infracción contractual, que se resumen en los siguientes: 1) En el año 2018 a su representado se le reconoce la calidad de kinesiólogo, acreditándose la falta de experiencia profesional de la cual se habrían valido los administradores del centro médico para realizar la actividad defraudatoria, de la cual fue víctima; 2) El centro médico no contaba con autorización de funcionamiento, situación que era desconocida por la mayoría de los profesionales que allí trabajaban pues éste generaba la apariencia de completa legalidad para su funcionamiento; 3) No se exigía copago para realizar las prestaciones, por ende, las prestaciones que se entregaban a los usuarios resultaban ser gratuitas; 4) Su representado sólo habría permanecido 1 mes prestando sus funciones en el centro médico y, una vez toma conocimiento que algunas de las prestaciones no tendrían una base real, decide renunciar a su puesto; 5) El sueldo que se habría ofrecido a su representado sería de aproximadamente 2 millones de pesos, que a su juicio estaba por sobre las demás ofertas del mercado representando una excelente oportunidad laboral para alguien que estaba comenzando su carrera profesional, pero que no alcanzaba a generar sospechas sobre el carácter

ilícito del funcionamiento del centro; 6) La cantidad de profesionales de la salud que se encuentran en la misma situación de su representado, que dan cuenta del carácter generalizado y sistemático para defraudar al Estado por interpósita persona, con la característica común de ser todos profesionales recién titulados.

Agrega que se solicitó la absolución de los cargos formulados, relativo al reintegro de los 5,8 millones a Fonasa entendiendo que la naturaleza de ellos consisten en la omisión de respaldo de las prestaciones realizadas, que tendrían su origen en un error o ignorancia de una situación fáctica que no era posible prever, debido a que se constituye como un elemento consustancial de la organización ilícita del centro médico el hecho que los profesionales que prestaban sus servicios en él no se enteraran de la finalidad defraudatoria. En subsidio, se solicitó rebajar el monto total que debe reintegrarse a lo efectivamente percibido por su representado correspondiente al 40% de los 5.8 millones de pesos, que ascendería al monto total de dos millones de pesos, para el caso de que el Señor Ministro estimase que se trata de una situación previsible, dejando subsistente la negligencia de mi representado al momento de contratar con el centro médico. Se solicitó concesión de plazo y parcialización de la devolución del reintegro en caso de que se rechacen los argumentados presentados por su parte. Respecto a la multa se planteó la desproporción del monto máximo de 500 UF entendiéndose que no dice ninguna relación con la infracción y el perjuicio ocasionado a Fonasa, puesto que en concreto su representado habría percibido solo 5,8 millones de pesos, correspondiente al FAM.

El Ministro de Salud, por su parte en Resolución Exenta N°1068 de 2020 confirma los cargos formulados en contra de su representado, desechando los argumentos planteados en los descargos, ya que según su criterio escapa de sus facultades administrativas integrar en la investigación antecedentes de hecho que a su juicio configuran ilícitos, y que debe valorarse en sede penal, escapando del propósito de la investigación administrativa. Aseguró que la multa de 500 UF se ajusta a lo que establece la normativa, en atención al monto que debe reintegrarse y la reiteración.

En cuanto a los fundamentos de su reclamación, afirma: 1) que existe nulidad de emplazamiento, y de formación de la relación jurídico procesal, según lo prescrito el



DFL 1 del año 2005, prescribiendo que la notificación debe hacerse por vía carta certificada o personalmente; la misma exigencia se establece en la resolución exenta 911. *“4.0 Notificación de cargos: De acuerdo con el artículo 143 del DFL N° 1, de 2005, la notificación del Oficio Ordinario de Formulación de Cargos al prestador podrá realizarse de manera personal o por carta certificada.”* La notificación de los cargos formulados en contra de su representado se habría efectuado por vía correo electrónico, argumentándose la validez de la notificación debido a que el Contralor de la Republica habría emitido el dictamen N°3.610, denominado *“Sobre medidas de gestión que pueden adoptar los órganos de la Administración del Estado a propósito del brote de COVID-19.”* autorizando la entrada en vigencia anticipada de la ley 21.180, que se refiere a la transformación digital del estado. El dictamen N°3.610 se ha utilizado como fundamento para justificar la aplicación de un procedimiento administrativo que atenta contra el derecho humano al debido proceso, se encuentra viciado en sus bases, ya que en la práctica lo que hace es atentar contra la legalidad del proceso establecido por el legislador en virtud de la delegación soberana que realiza el pueblo sobre sus hombros, pretendiéndose que el Contralor tenga las facultades para alterar la entrada en vigencia de las leyes a su antojo, lo que transforma en inconstitucional el presente proceso sancionatorio, entendiendo especialmente que en el caso particular, aplicación de la potestad administrativa, donde el ente administrativo es juez y parte, la exigencia de respeto a los derechos humanos cobra una mayor relevancia.

2) Aspectos formales de formulación de cargos: en cuanto a este punto, la resolución exenta 911 del 2017 establece precisamente que *“5. En el caso específico de las infracciones por inexistencia de registro, se efectuará un solo cargo que sume el número de prestaciones por falta de fichas y el número de prestaciones que teniendo ficha no tienen respaldo de registro.”* Esta exigencia dice relación con evitar la doble sanción por un mismo hecho, cuestión que se da en este caso particular por cuanto los dos cargos N°1 y 2 tienen su origen en la misma omisión de respaldo.

3) En cuanto a la actividad investigativa y su conclusión: señala que el ente fiscalizador dice haber solicitado a su representado una muestra de 74 fichas clínicas, equivalente a 6822 prestaciones clínicas, de las cuales su representado sólo le envió 68 fichas clínicas equivalente a

6270 prestaciones, formulándose el cargo N°1, imputándose la inexistencia de 12 fichas clínicas, que representarían a 522 prestaciones. Respecto a la inexistencia de fichas clínicas, sostiene que debe atenderse precisamente a la situación que su representado manifiesta en sus descargos, en cuanto habría sido víctima de un abuso por parte del centro médico, por cuanto el administrador delegado habría emitido bonos por prestaciones clínicas que no se realizaron, para posteriormente solicitar el 60% de lo que se transfiriera desde Fonasa. El monto FAM de estas prestaciones equivale a \$479.680 pesos. Por otra parte, asegura que para la formulación del cargo N°2, se afirmó por el ente fiscalizador que su representado no cuenta con respaldo de las órdenes médicas que hubiesen solicitado las prestaciones kinesiológicas, lo anterior para 1564 prestaciones, y aquellas que sí tenían respaldo no eran válidas debido a que se habrían desconocido las firmas y timbres por los médicos que figuraban en dicha orden, lo anterior para 3940 prestaciones. Respecto a este cargo, sostiene que no se acredita de ninguna forma material en el expediente dicha afirmación, pues no consta en el expediente el procedimiento por el cual se efectuó un reconocimiento de las firmas en las órdenes médicas, no es posible el controlar, ni el cómo, ni el dónde, ni el cuándo, transformándose en una suposición completamente arbitraria, por lo que asegura que no se ha respetado el derecho de su representado de conocer las declaraciones de los médicos donde aseguran la falsedad de las firmas, no existe ninguna constancia en el expediente de haberse realizado alguna pericia a las órdenes médicas o adjuntar las declaraciones escritas de los médicos en los cuales efectúan el desconocimiento, punto que estima sumamente relevante debido a que las 3490 prestaciones representan el 71% de las prestaciones kinesiológicas que conforman el cargo N°2.

Manifiesta que el hecho que los médicos no hayan reconocido la firma, no implica necesariamente que las firmas hayan sido alteradas o falsificadas, tampoco significa que la alteración haya sido realizada por el señor Michel Herrera, puesto que como ya dijo, la administración de las prestaciones radicaba en funcionarios del centro. Y una vez se le exigen por parte de Fonasa las fichas clínicas, el señor Herrera se dirige a solicitar las fichas clínicas, pero sólo logra conseguir algunas de todas las fichas

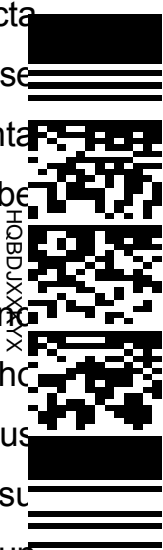
clínicas con prestaciones que efectivamente realizaba, puesto que en el mes que permaneció en el centro, él trabajó constantemente atendiendo gente real.

Recalca que la defensa planteada por su representado en sus descargos no dice relación con exigir a la administración que se realice una investigación penal, sino que se solicitó una valoración íntegra del contexto en el cual se desarrolla el incumplimiento del convenio, y así como se tomó en consideración la supuesta falsedad de las firmas de los médicos en las ordenes médicas, utilizándose como un motivo para entender que las fichas clínicas no estaban completas; también debe tomarse en consideración los demás elementos de contexto, antes esbozados, que sostiene disminuyen considerablemente el grado de culpabilidad y por ende de sanción de las infracciones normativas supuestamente cometidas por su representado.

Hace ver que en la actividad investigativa de quien es juez y parte, pesa sobre el ente administrativo una mayor diligencia y precisión en la formulación de los cargos, pero no sólo eso, sino que deben tener un sustento probatorio adecuado, dejando precisa constancia de la forma y modo en el cual se dan por acreditados ciertos hechos.

Sostiene que la formación del proceso sancionatorio no se ajustó a la normativa vigente, realizándose una interpretación amplia del dictamen N°3610 emitido por el Contralor, denominado *“Sobre medidas de gestión que pueden adoptar los órganos de la Administración del Estado a propósito del brote de COVID-19.”* que afecta directamente el derecho de su representado para defenderse correctamente. No se cumplió con lo establecido en el DFL1, del año 2005, artículo 143, y Resolución Exenta 911, de 2017, donde se establece precisamente que la formulación de los cargos debe hacerse por la notificación personal o por carta certificada.

Indica que la interpretación es ilegal por cuanto se extiende a un ámbito que no dice relación con el motivo del dictamen de Contraloría, puesto que dicho pronunciamiento del Contralor dice relación con las funciones administrativas de sus funcionarios y la necesidad de realizar ciertas actividades de forma no presencial. A su juicio, no basta un dictamen emitido por un contralor para justificar la vulneración a un derecho humano, esencial para preparar una buena defensa. Todo proceso tramitado



por el Estado, más aún si es juez y parte, debe someterse al respeto irrestricto de los derechos humanos, siendo el proceso un reflejo del estado democrático en el cual se justifica su existencia.

Señala que la formulación de cargos no se ajusta a derecho por cuanto no se adecúa a las exigencias de la resolución exenta N° 911 de 2017, la que establece precisamente que: *“5. En el caso específico de las infracciones por inexistencia de registro, se efectuará un solo cargo que sume el número de prestaciones por falta de fichas y el número de prestaciones que teniendo ficha no tienen respaldo de registro.”* Esta exigencia dice relación con evitar la doble sanción por un mismo hecho, cuestión que se da en este caso particular por cuanto los dos cargos N°1 y 2 tienen su origen en la misma omisión de respaldo.

Agrega que en cuanto a la sanción de multa de 500 UF, deben aplicarse los criterios generales y específicos establecidos en la Resolución exenta 911, en disposiciones generales, criterio número *“3- su monto deberá ser proporcional a la infracción cometida, de manera que su pago no resulte más beneficioso para el infractor, que el cumplimiento de las normas infringidas.”* Respecto a este punto es necesario precisar que el centro médico en su funcionamiento no cobraba copago, sumado al hecho de que se determinó en la investigación que la suma que debe reintegrarse por concepto de FAM asciende a un monto de 5,8 millones de pesos aproximadamente, si se descuentan las fichas clínicas objetadas por desconocimiento de firma de los médicos tratantes, el monto descendería a 1,7 millones de pesos aproximadamente. Transcribe lo siguiente: *“7.0 Presentación a la Comisión Zonal o de Nivel Central, por Relator: El fiscalizador, actuando como relator, iniciará su exposición con la lectura del documento fundante del procedimiento administrativo (acta de inspección) y hará referencia a los cargos notificados en el ordinario de formulación de cargos, el sustento jurídico (pruebas), los descargos presentados, las sanciones anteriores si las hubiere (reporte de sistemas informáticos disponibles). Finalmente entregará opinión profesional respecto de los cargos, descargos y las pruebas allegadas al expediente, proponiendo fundadamente la absolución del prestador o la sanción que estime pertinente. Es imprescindible que la propuesta de sanción, en su*

donde deben considerarse el contexto en el cual se desarrolla la infracción del convenio, ya que existen una serie de antecedentes que acreditan la veracidad del relato de su representado, sobre todo aquello que dice relación con la permanencia de su representado en el centro (1 mes) y el hecho de que ingresa al centro médico luego de haber egresado de la universidad, donde no se le enseñó la forma administrativa de registrar las prestaciones que realizaba. El hecho de que el ente fiscalizador toma conocimiento de la situación irregular de su representado por haber fiscalizado a un centro médico que no se encontraba con resolución sanitaria de funcionamiento.

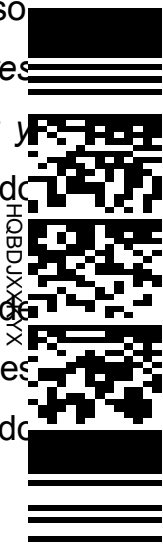
Segundo: Que, comparece don Jorge Hubner Garretón, abogado, Jefe de la División Jurídica del Ministerio de Salud, quien evacúa informe solicitando el total rechazo de la presente reclamación.

Sobre la supuesta nulidad del emplazamiento y de la relación procesal que alega el reclamante y consecuente falta de formación de la relación jurídico-procesal, en atención a que se le habría notificado la Resolución Exenta que lo sancionó por correo electrónico, sostiene que esta cuestión carece de asidero pues la forma de notificación practicada está aceptada en el Dictamen N° 3610 de 17 de marzo de 2020 de Contraloría General de la República, adelantándose así la nueva forma de notificación contemplada en la Ley N° 21.180 sobre transformación digital del Estado, cuyo artículo 1 modifica precisamente las formas de notificación respecto de los Administrados, por lo que el reproche carece de asidero. Pero más importante que lo anterior, señala que no existió perjuicio alguno respecto del reclamante, en atención a que se impuso válidamente de todas las notificaciones y actuó en consecuencia, presentando sus Descargos en tiempo y forma, e interviniendo durante todo el proceso sin haber reclamado esta cuestión. Hace ver que, como se sabe, no existe nulidad sin perjuicio por lo que esta alegación debe ser rechazada.

En relación a la supuesta falta de contradictoriedad en el procedimiento sancionatorio, atendido lo alegado por el reclamante en cuanto a que el procedimiento además adolecería de vicios por una supuesta doble sanción, pues (i) en su concepto el Cargo N° 1 y el Cargo N° 2 reprochan la misma conducta; y (ii) además hubo vicios en la actividad investigativa desarrollada y su conclusión, tanto en relación a que el

Prestador no habría sido responsable de los cobros indebidos realizados; como en relación a que el Prestador supuestamente no habría sabido que los antecedentes que justificaron las derivaciones de otros profesionales para que los atendiera el reclamante, no eran verdaderas, sostiene que nada de lo anterior es efectivo, en razón de que respecto de la primera cuestión, el disvalor que se reprocha en los Cargos N° 1 y N° 2 es totalmente distinto, pues el primero reprocha que no se adjuntaron las fichas clínicas de ciertos pacientes, y el segundo, que respecto de las fichas acompañadas, las derivaciones que supuestamente habrían hecho otros profesionales, a efecto que se atendieran con el Prestador, no fueron reales; y en relación a la segunda imputación, indica que no existió vicio alguno, pues en sustancia esta reclamación se basa en que la Administración no habría atendido los argumentos dados por el Prestador, relativo a que supuestamente *“habría sido víctima de un abuso por parte del centro médico, por cuanto el administrador delegado habría emitido bonos por prestaciones clínicas que no se realizaron, para posteriormente solicitar el 60% de lo que se transfiriera desde FONASA. El monto FAM de estas prestaciones equivale a \$479.680 pesos”*. Como es claro, esta cuestión no es un vicio procedimental, sino que una cuestión que atañe al fondo de la reclamación, y en particular, se desestimó dicha defensa porque el primer y único responsable del correcto uso del Perfil de Fonasa es el propio Prestador, y si entregó tanto su nombre de usuario como su clave, a efecto de que un tercero ingresara datos de pacientes, el Prestador es el único responsable de su mal uso en la circunstancia que reconoció en sus descargos (*“Antes de comenzar mis labores profesionales, en la segunda entrevista con administradora, me solicitaron mi Rut y clave de FONASA”*, pág. 26 del Expediente Administrativo), por lo que lo alegado carece de asidero.

Y respecto del segundo reproche formal, el Prestador es el único responsable de comprobar la veracidad de las derivaciones que otros profesionales hagan, pues es obligación del Prestador velar por la correcta atención de sus pacientes, no pudiendo otorgar prestaciones a pacientes que no lo necesitan.



Asegura entonces que no ha existido contravención alguna a las reglas del debido proceso como erróneamente se señala de contrario, por lo que dichas alegaciones deben ser desestimadas.

Hace ver que son elementos de la esencia de la Modalidad de Libre Elección, como bien lo dice su propio nombre, el hecho que los afiliados puedan elegir libremente a los profesionales o entidades del sector público o privado inscritos para el efecto, los cuales brindan la prestación requerida por ellos y reciben la retribución en dinero fijada en el arancel respectivo.

Hace hincapié que esta Modalidad de Libre Elección no está concebida en ningún caso para ser una oportunidad para obtener un beneficio 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.

Agrega que en virtud de lo dispuesto en el artículo 143 letra c) del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; la Modalidad de Libre Elección se encuentra 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, y las instrucciones que ese mismo Fondo imparte de acuerdo a sus atribuciones tutelares y de fiscalización, con sanciones que van desde la amonestación, la suspensión de hasta ciento ochenta días de ejercicio en la modalidad, y la cancelación de la respectiva inscripción; pudiendo además sancionarse con una multa a beneficio fiscal de hasta 500 unidades de fomento, según la gravedad de la falta; y que el ejercicio de las facultades aludidas precedentemente, la Fiscalizadora del Departamento de Regulación de Prestaciones analizó la cobranza del Prestador en el periodo de enero a febrero de 2020, y en base a ello se observaron ciertas irregularidades que llevaron a esa repartición a formular los siguientes cargos, y en definitiva a aplicar las respectivas sanciones.

Señala que en cuanto Cargo N° 1: “*No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico*”, esta cuestión se verificó en razón de que no existió registro en las Fichas Clínicas acompañadas respecto de 552

prestaciones, comprendidas en 12 BAS, otorgadas a 6 beneficiarios, al no presentarse la correspondiente Ficha Clínica ni la respectiva orden médica, la cual debe ser parte integral de la documentación de cada paciente. Al respecto, indica que en sus descargos el Prestador señaló que aun cuando desconoce las causas del por qué figuran a su nombre más Fichas Clínicas que los pacientes que atendió, indica que todo lo relativo a la gestión de las órdenes médicas, Fichas Clínicas y cobro de los BAS estaba a cargo de la división administrativa del Centro Médico donde trabajaba. Pero sobre esta cuestión, aun cuando el profesional se encuentra abierto para la entrega de información y colaboración, se debe considerar que el profesional que otorga las prestaciones y que cobra los bonos es el único responsable del resguardo de los antecedentes clínicos de cada uno de sus pacientes, lo que llevó a desestimar el descargo formulado en sede administrativa, respecto de las prestaciones no realizadas. Esta cuestión es de la mayor gravedad, en atención a que el actuar del Prestador contraviene el punto 30.1 letra g) de la Resolución Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones, refiriendo al efecto la norma que *“(p)ara los efectos del ejercicio de la Modalidad de Libre Elección, de la aplicación del Arancel y de las Normas Técnico Administrativas, constituyen infracciones las siguientes: g) No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico”*. Agrega que al efecto, la Resolución Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones señala expresamente en la letra c.3) del punto 30.1 que *“(l)os profesionales y entidades deberán conservar las fichas clínicas que contengan las atenciones, por un plazo a lo menos cinco años, a contar de la última atención efectuada a un paciente. En caso de no disponerse de este documento, las prestaciones se entenderán por no efectuadas, salvo que el prestador acredite fehacientemente que las prestaciones fueron realizadas”*.

De esta manera, no siendo presentado el correspondiente documento, la ley presume que no se llevaron a cabo estas prestaciones, y la única manera que existe para desvirtuar dicha presunción es, tal como refiere la norma, que *“el prestador acredite fehacientemente que las prestaciones fueron realizadas”*, lo que implica que pone en su lado la carga de la prueba, en términos que si no acompaña prueba, o ella

no acredita fehacientemente la realización de las prestaciones, se presumirá que ellas no fueron otorgadas. Y eso fue precisamente lo que ocurrió en el presente caso, pues el Prestador no acompañó las Fichas Clínicas respecto de todas las atenciones que desarrolló, ni tampoco acreditó de manera alguna que haya realizado las prestaciones que cobró a la Administración. Como se colige claramente, esta es una presunción simplemente legal que debe ser desvirtuada por el Prestador, en términos que no es la Administración la que debe acreditar que la prestación se realizó, sino que es el prestador quien debe acreditar que efectivamente prestó los servicios que pretende cobrar.

Por último, y en relación a que el Prestador *“habría sido víctima de un abuso por parte del centro médico, por cuanto el administrador delegado habría emitido bonos por prestaciones clínicas que no se realizaron, para posteriormente solicitar el 60% de lo que se transfiriera desde FONASA”* (pág. 6 de la Reclamación), se indicó que se rechazó esta alegación en razón de que el único responsable del correcto uso del Perfil de Fonasa es el propio Prestador, y si éste entregó voluntariamente tanto su nombre de usuario como su clave, a efecto de que un tercero ingresara datos de pacientes, con su conocimiento y consentimiento, el Prestador es el único responsable de su mal uso, circunstancia que reconoció en sus descargos (*“Antes de comenzar mis labores profesionales, en la segunda entrevista con administradora, me solicitaron mi Rut y clave de FONASA”*, pág. 26 del Expediente Administrativo). Al respecto, el uso correcto de la clave y usuario es responsabilidad exclusiva del prestador, el cual debe asegurarse de presentar a cobro lo realmente realizado, cuestión referida en la Resolución Exenta N° 277, punto 3.1 letra a), al señalar que *“(e)l profesional o representante legal de una entidad, que firma un documento, es responsable de su contenido, ya sea para solicitar una prestación, valorizar un programa médico o presentar a cobro las órdenes de atención correspondiente”*.

Al respecto y derivado de lo anterior, estima necesario mencionar además que el punto 6.2 de la misma Resolución Exenta señala, en relación a las prestaciones que se cobran, que *“(e)l profesional o entidad que cobra la prestación, es responsable de los documentos que llevan su firma”*; y agrega que *“(e)l prestador será responsable de la*

correcta ejecución de los procesos, uso y funcionamiento de lectura biométrica de beneficiarios y cajeros, aperturas y cuadraturas de caja, registro y pago de las prestaciones y el uso de claves autorizadas". En este sentido, el Prestador intenta eximir su responsabilidad en el hecho de que voluntariamente entregó su rut y clave personal a su empleador, pero tal como reza el tenor de la resolución citada, cada Prestador es el único responsable de su clave, siendo el único que puede operar su usuario en el Portal de Fonasa, precisamente para prevenir cuestiones de este tipo.

En razón de todo lo expuesto, y siendo además la sanción una cuestión de carácter infraccional, sostiene que ella solamente puede y debe aplicarse respecto de quien haya incurrido en la conducta que se reprocha, no pudiendo en ningún caso alegar desconocimiento de esta situación.

En relación al cargo N° 2: "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." Esto, al no dar cumplimiento al punto 12.1 letra 'c', de las Normas Técnicas Administrativas, resolución 277 del 06/05/2011 y sus modificaciones, el cual establece que "los médicos tratantes que indiquen prestaciones para este grupo arancelario (kinesiología), lo harán derivando a los pacientes mediante prescripción médica en la que se identificará al beneficiario, además de consignar el diagnóstico y la indicación de tratamiento, no siendo imprescindible el detalle de cada terapia a realizar", señala que esto se verificó respecto de 5504 prestaciones, que se desglosan según indica.

Hace ver que, con respecto a este Cargo, el Prestador planteó lo siguiente: 1) centro médico era el responsable del resguardo de las órdenes médicas, y profesional nunca tuvo acceso a ellas hasta que iniciaron todos los procesos de fiscalización tanto al centro como a los profesionales que trabajaban allí; 2) La entidad tenía un desorden administrativo, por lo que no se pudo recopilar la totalidad de las órdenes médicas.

Al respecto, en sus descargos el Prestador señaló que las órdenes médicas nunca estuvieron en su poder, por lo que desconocía las características de éstas, ni



que ellas hubieran incumplido con la normativa, todo en razón de que la documentación la manejaba el Centro Médico en el que se desempeñaba, pero aun cuando el profesional no tuvo acceso a la documentación, él es el único responsable del resguardo de la documentación clínica de los beneficiarios y del correcto manejo de la documentación, precisamente debido a que los BAS son cobrados por él, razón por la cual se mantuvo, en sede Administrativa, el cargo imputado. Sobre el punto, las órdenes médicas supuestamente emitidas por la Dra. Patricia Gómez Castillejo, Rut N° 26.256.604-8, y que están contenidas en las Fichas Clínicas que fueron presentadas para justificar los cobros realizados, no emanan de ella, según señaló en el correo electrónico de fecha 3 de abril del 2020: *“Buenos días, revisando el correo enviado confirmo que ese es mi timbre y esta en mi poder nunca se me ha perdido, trabajo únicamente en el Cesfam N°1 del SSMC, y no es mi letra esa que sale en esa orden. Continuando con la información anterior verificando bien las imágenes, no es ni mi firma ni mi timbre”* (pág. 45 del Expediente Administrativo).

Con respecto al Dr. Samuel Yary ocurre lo mismo (págs. 48-50 del Expediente Administrativo), según correo de fecha 19 de agosto de 2020: *“Saludos. Eso no lo he hecho yo. No es mi firma ni letra”*. (pág. 50 del Expediente Administrativo).

Por lo demás, hace ver que esta cuestión se encuentra implícitamente reconocida en los descargos, al referir el Prestador que *“(u)na vez que ustedes como FONASA realizaron la fiscalización al Centro de Salud ubicado en comuna de La Florida, administración tomó medidas para respaldarse, acto seguido cada profesional Kinesiólogo tuvo la labor de buscar los bonos emitidos, las ordenes médicas, y respaldo de fichas, ya que en ningún momento estuvieron en nuestro poder. Estos documentos ya se encontraban firmados y timbrados por los profesionales médicos detallados, no teniendo yo ninguna injerencia en las ordenes médicas. No pude hacer entrega de totalidad de las ordenes médicas, ya que el centro de salud tenía un desorden administrativo, con pérdida de documentación”* (pág. 27 del Expediente Administrativo).

Así, tanto de las propias declaraciones de los profesionales que supuestamente hicieron las derivaciones, como del tenor del descargo, es claro que las firmas de los profesionales que figuran en las Fichas Clínicas presentadas no son verdaderas, y por

lo mismo no justificaron en situaciones médicas reales, de forma tal que sólo cabe concluir que se incurrió en la hipótesis del punto 30.1 letra c) de la Resolución Exenta N° 277/2011 del MINSAL y sus modificaciones. Al respecto, señala que no puede soslayarse de forma alguna la relevancia de la imputación, en términos que el Prestador presentó, dentro de sus antecedentes, derivaciones que los propios médicos que ahí figuraban señalaron que no eran reales. Sobre el punto, el Prestador se limitó a referir en sus descargos a referir que no tuvo injerencia en el tema administrativo. De esta manera, dado que las derivaciones no fueron hechas por médicos, lo que implica en definitiva la prescripción para la emisión de órdenes de atención con fines distintos a los señalados en la ley, es decir, vulnerando los principios de la modalidad de libre elección cuando no se refieren a prestaciones que requieran los beneficiarios, lo que implica una inducción de demanda, cuestión exigida en punto 12.1 letra c) de la Resolución Exenta N° 277/2011 del Minsal y sus modificaciones, que dispone que *“(l)os médicos tratantes que indiquen atenciones para este grupo arancelario, lo harán derivando a los pacientes mediante prescripción médica en la que se identificará al beneficiario, además de consignar el diagnóstico y la indicación de tratamiento, no siendo imprescindible el detalle de cada terapia a realizar”*, lo que en definitiva implica una inducción a la demanda, sancionado en el punto 30.1 letra c) de la misma normativa, al referir que *“(p)ara los efectos del ejercicio de la Modalidad de Libre Elección, de la aplicación del Arancel y de las Normas Técnico Administrativas, constituyen infracciones las siguientes: c) Prescripción para la emisión de órdenes de atención o emisión de programas médicos, con fines distintos a los N° 1, 12 señalados en la ley, es decir, que vulneren los principios de la modalidad de libre elección cuando no sean prestaciones que requieran los beneficiarios (inducción de demanda)”*.

Por todo lo expuesto, sostiene que la Reclamación deducida no tiene la aptitud para desvirtuar los cargos formulados, lo que hace totalmente procedente rechazar la Reclamación y mantener la sanción de (i) la Cancelación de su Convenio en el rol de la Modalidad de Libre Elección (MLE); una multa de 500 unidades de fomento; y la orden de reintegrar al Fondo de Ayuda Médica (FAM) la suma de \$5.872.120; solicitando desde ya su total rechazo, en virtud de las siguientes consideraciones.

En este sentido, estima que la sanción impuesta es del todo justificada y proporcionada en atención a la gravedad de las faltas descubiertas, 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 del 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.

Por ello, en caso de verificarse cualquier irregularidad grave, como en el presente caso, es obligación del Fondo Nacional de Salud, en primer lugar, y en seguida del Ministerio de Salud en su calidad de ente rector del sistema público de salud, velar porque los recursos públicos se empleen con eficiencia y eficacia, a fin de que ellos no se desvíen en objetivos ajenos a los que la ley prevé, de forma tal que la sanción aplicada se estima del todo justificada y proporcionada.

Tercero: Que, en primer lugar, para dilucidar y resolver la cuestión *sub lite*, se hace necesario revisar aquella normativa aplicable al caso de marras, para cuyos efectos es menester referirse al artículo 143 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud, en lo pertinente.

En primer término, los incisos primero y segundo del citado artículo establecen lo siguiente: *“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. Dicha modalidad se aplicará respecto de prestaciones tales como consultas médicas, exámenes, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y obstétricas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y demás que determine el Ministerio de Salud, formen parte o no de un conjunto de prestaciones asociadas a un diagnóstico”.*

Luego, el inciso tercero del mismo artículo señala, en lo pertinente, que *“Estas prestaciones serán retribuidas de acuerdo con el arancel a que se refiere el artículo 159 ...”.*

Por su parte, los incisos sexto y séptimo del mismo artículo establecen lo siguiente: *“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”*.

Finalmente, el inciso octavo reza como sigue: *“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”*.

Cuarto: Que, establecido el marco legal, corresponde abocarse a la revisión de las argumentaciones en las que se funda la reclamación de marras para impugnar lo resuelto por la Resolución Exenta N°1068, del 10 de diciembre de 2020, dictada por el Ministro de Salud don Enrique Paris Mancilla, que confirmó lo resuelto en Resolución Exenta 3E N°15.407 de Fonasa, en Oficio Ordinario 1E N°16786/2020.

En lo pertinente, la referida Resolución Exenta N° N°15.407 de Fonasa, de fecha 14 de octubre de 2020, aplicó al reclamante, como consecuencia de los dos cargos precedentemente referidos, las siguientes sanciones: 1) la cancelación de inscripción en el rol de la MLE, medida contemplada en el inciso 8° del artículo 143 del D.F.L. N° 1 de 2005 que regula la Modalidad Libre Elección; 2) el pago de una multa de 500 U.F., medida contemplada en la misma norma ya citada; y 3) la reintegración por el prestador del valor correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM), de las prestaciones objetadas, que equivalen a \$ 5.872.120.-, reintegro que deberá efectuarse



dentro de un plazo de 15 días desde notificada la dicha Resolución, de la forma que señala.

La propia Resolución ordenó notificar al prestador vía correo electrónico al e-mail inscrito en su convenio, de acuerdo a lo dispuesto en el Oficio 3610 de 17 de marzo de 2020 de la Contraloría General de la República, que señala *“medidas de gestión que pueden adoptar los órganos de la administración del estado a propósito del brote de Covid-19”*, la que se considerará notificada desde su despacho.

Atendido lo anterior, don Boris Paredes Bustos, en representación convencional de Michel Dangelo Herrera, reclamó ante esta Corte, según es su derecho en mérito de lo establecido en el inciso noveno del artículo 143, impugnando lo resuelto por la referida Resolución Exenta N°1068, del 10 de diciembre de 2020.

Quinto: Que, revisada la Resolución Exenta 3E N°15.407, confirmada por la Resolución Exenta N°1068 que la reclamante impugna, y los fundamentos esgrimidos en aquella para resolver como lo hizo, resulta evidente que las infracciones que se le imputan a la reclamante quedaron debida y oportunamente acreditadas en el procedimiento de fiscalización que el citado Fondo siguió en su contra.

Así lo expresan los puntos 5 al 15 de la referida Resolución Exenta N° 3E N°15.407, a saber:

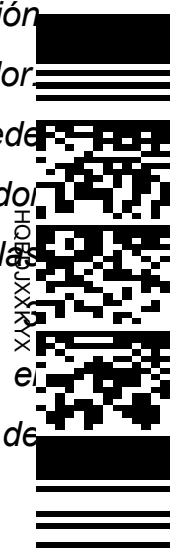
“5.- Que, analizados los antecedentes de la cobranza obtenida por sistema, además de los antecedentes disponibles en nuestra base de prestadores, el prestador, presentó: - Emisión constante de BAS durante el período, cuya cantidad no se correlacione a con la capacidad técnica del profesional, considerando que este solo realiza atenciones en domicilios, según lo registrado en su convenio - De acuerdo a la información recopilada, en una fiscalización realizada a otro prestador, se constató que el profesional efectuó prestaciones en un lugar de atención establecido, el cual corresponde a Salud Integral K & C SpA, ubicado en Avda. Vicuña Mackenna Poniente N° 7255, Of. 815, La Florida. Esto implica que el profesional no mantiene actualizado su convenio. Cabe señalar que dicho centro médico no cuenta con Resolución Sanitaria, de acuerdo a lo señalado por la SEREMI de Salud Metropolitana”.

“6.- Que, en base al análisis de la cobranza se seleccionó la totalidad del universo a fiscalizar, el cual consta de 74 beneficiarios con 151 bonos de atención de salud (BAS) asociados, que comprenden 6822 Prestaciones, códigos correspondientes al grupo 06 del Arancel Fonasa, por un Monto Bruto Total de 18.852.380.-, con un FAM (Fondo de Ayuda Médica) asociado de \$5.872.380.-“.

“7.- Que, mediante Oficio Ordinario 3E N° 10595/2020 del 09/04/2020 se le solicitaron antecedentes de 75 beneficiarios”.

“8.- Que, el Oficio Ordinario de Solicitud de Antecedentes 3E N° 10595/2020 del 09/04/2020, se envía de forma electrónica, al correo inscrito por el prestador en su convenio, notificándose una vez realizado el despacho el día 09/04/2020 de acuerdo a lo dispuesto en el Oficio 3610 de 17.03.2020 de la Contraloría General de la República, que señala “medidas de gestión que pueden adoptar los órganos de la administración del estado a propósito del brote de Covid-19”.

“9.- Que, transcurridos 5 días hábiles desde la notificación de OFICIO ORD. 3E 10595/2020, el prestador envió antecedentes, en formato digital, cuyo análisis arrojó lo siguiente: - De las 74 fichas clínicas solicitadas, el prestador hace entrega de 68. - Las 68 fichas clínicas presentadas comprenden 6822 prestaciones. De estas fichas clínicas solo 51 presentan las respectivas órdenes de atención emitidas por médico tratante, lo cual, según normativa, es un requisito para poder otorgar estas prestaciones. - Por otra parte, existen prestaciones otorgadas las cuales requieren de un lugar de atención establecido, lo que no se correlaciona con los antecedentes del convenio del prestador. - Ninguna ficha clínica consigna la firma del profesional tratante, por lo que no se puede establecer si las prestaciones fueron debidamente otorgadas por el prestador fiscalizado. - Con respecto a las órdenes médicas presentadas, las cuales indican las prestaciones de kinesiología, estas consignan los nombres y las firmas de profesionales, de los cuales 2 declaran no haberlas emitido, desconociendo la letra, el timbre como la firma. - No todas las órdenes médicas se encuentran completas de acuerdo a lo que establece la normativa vigente”.



“10.- Que, de acuerdo a los antecedentes del proceso, se decide aplicar la medida provisional de Suspensión Administrativa del convenio, mediante Resolución Exenta 3E N° 9539/2020 del 09/04/2020”.

“11.- Asimismo, se instruyó la formulación de cargos, mediante Oficio Ordinario 1E N° 16786/2020 del 15/06/2020 en los siguientes términos: CARGO 1: “No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico”, infracción señalada en el punto 30.1 letra ‘g’ de las Normas Técnicas Administrativas que rigen la Modalidad de Libre Elección, Resolución Exenta 277 del 06/05/2011 y sus modificaciones. Lo anterior para 552 prestaciones, comprendidas en 12 BAS, otorgadas a 6 beneficiarios, al no presentarse la correspondiente ficha clínica ni la respectiva orden médica, la cual debe ser parte integral de la documentación de cada paciente. CARGO 2: “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.” Esto, al no dar cumplimiento al punto 12.1 letra ‘c’, de las Normas Técnicas Administrativas, resolución 277 del 06/05/2011 y sus modificaciones, el cual establece que “los médicos tratantes que indiquen prestaciones para este grupo arancelario (kinesiología), lo harán derivando a los pacientes mediante prescripción médica en la que se identificará al beneficiario, además de consignar el diagnóstico y la indicación de tratamiento, no siendo imprescindible el detalle de cada terapia a realizar”. Lo anterior para 5504 prestaciones que se desglosan de la siguiente manera:

- 1564 prestaciones, distribuidas en 34 BAS, recibidas por 17 beneficiarios, de las cuales no se presentó la respectiva orden médica que fundamenta la prestación otorgada.*
- 3940 prestaciones, distribuidas en 86 BAS, recibidas por 43 beneficiarios, de las cuales, aun cuando existen las órdenes médicas que las fundamentan, estas no son validadas al presentar firma y timbre de profesionales que desconocen haberlas emitido. Cabe señalar que la orden médica, al formar parte de la documentación clínica, al ser adulterada, se está transgrediendo lo que establece el punto 4 letra ‘b’ de las Normas Técnicas Administrativas ya señaladas, que establece en su segundo párrafo:*

“Este documento en ningún caso podrá ser adulterado, quedará en poder del prestador y debe estar permanentemente a disposición del Fondo cuando le sea requerido”. Por otra parte, tampoco se da cumplimiento al punto 3.1 letra ‘b’, de las Normas ya señaladas, el cual indica que “El médico tratante u otros profesionales autorizados, que soliciten a un beneficiario, exámenes de laboratorio, imagenología, anatomía patológica, procedimientos diagnósticos o terapéuticos u otras prestaciones, lo harán en formularios propios o del centro asistencial en que se desempeñan, en el que constará, al menos, nombre, dirección, RUT, timbre, fecha y firma del profesional, señalando expresamente el nombre y apellidos del paciente e identificación de las prestaciones requeridas”. Esto, para 766 prestaciones (19 BAS), otorgadas a 8 beneficiarios, cuyas órdenes se encuentran incompletas, no consignando su fecha de emisión. Por lo tanto, este cargo formulado comprende un total de 6270 prestaciones comprendidas en 139 BAS”.

“12.- Que, el Oficio Ordinario de Cargos 1E N° 16786/2020 y la Resolución Exenta 3E N° 9539/2020, se envían de forma electrónica, al correo inscrito por el prestador en su convenio, notificándose una vez realizado el despacho el día 17/06/2020, de acuerdo a lo dispuesto en el Oficio 3610 de 17.03.2020 de la Contraloría General de la República, que señala “medidas de gestión que pueden adoptar los órganos de la administración del estado a propósito del brote de Covid-19”.

“13.- Que, con fecha 20/06/2020, cumpliéndose el plazo reglamentario que señala la ley, el prestador presenta una carta a modo de descargos a través de correo electrónico, en el cual señala en resumen lo siguiente: - Desempeño de su actividad profesional en la entidad CENTRO INTEGRAL SpA, basado en un contrato de palabra con la administradora de ese centro.- Todas las gestiones administrativas (manejo de las órdenes médicas y fichas clínicas, cobro de BAS a través del sistema PORTAL) estaban a cargo de la administración del centro, por lo que el profesional no tenía acceso a la verificación de las órdenes que respaldaban las prestaciones efectuadas. No realizó actualización de su convenio, declarando lugar de atención, por ignorancia. No pudo recopilar la totalidad de la documentación solicitada para la fiscalización, debido a que esta se encuentra bajo resguardo del centro médico ya mencionado”.

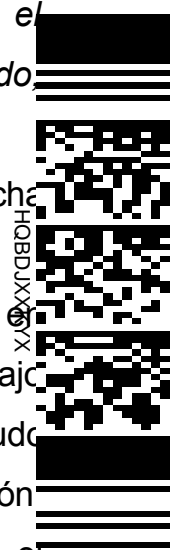
“14.- Que, del análisis de los descargos se desprende lo siguiente: Para el cargo N° 1 “No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico”, el profesional indica que el resguardo y la gestión de la documentación clínica se encontraba bajo responsabilidad del centro médico en donde se desempeñaba. Debido a esto, no pudo recopilar la totalidad de la documentación. Considerando que el prestador debe ser el responsable del resguardo y la administración de la documentación clínica, en la cual se registran las prestaciones que se otorgan, respaldando así los BAS cobrados, el prestador no presenta antecedentes que desvirtúen este cargo, por lo que se mantiene. Para el cargo N° 2 “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”, el profesional presenta un descargo similar al indicado al Cargo N° 1. Además, indica que la administración de las órdenes médicas estaba bajo la responsabilidad de la sección administrativa del Centro Médico. Considerando que el profesional debe ser el responsable del resguardo y manejo de la totalidad de la documentación clínica que respalda las prestaciones otorgadas, y a que no presenta fundamentos que desvirtúen el cargo formulado, este se mantiene”.

“15.- Que, en sesión del 18/08/2020, la Comisión Nacional de Fiscalización y Reclamos MLE, visto los antecedentes descritos en esta fiscalización, concluyó que las ordenes de atención y consecuentes prestaciones cobradas por el prestador, no cumplen con las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad de Libre Elección y regulan la aplicación de su arancel; ya que, el prestador, no aporta antecedentes que contribuyan a desvirtuar los cargos formulados. Por lo tanto, se verifican las siguientes infracciones tipificadas en las Normas Técnico - Administrativas establecidas en Resolución Exenta N° 277/2011 y sus modificaciones, todas del Minsal, infringiendo los siguientes puntos: - “No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico”, infracción señalada en el punto 30.1 letra ‘g’ de las Normas Técnicas Administrativas que rigen la Modalidad de Libre

Elección, Resolución Exenta 277 del 06/05/2011 y sus modificaciones. A esta infracción se le asocia un Monto Bruto de \$1.540.400.-, con un FAM de \$ 479.680.- “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.” Esto, al no dar cumplimiento al punto 12.1 letra ‘c’, de las Normas Técnicas Administrativas, resolución 277 del 06/05/2011 y sus modificaciones. Esto, debido a las irregularidades detectadas en el ámbito de las órdenes médicas que respaldan las prestaciones otorgadas. A esta infracción se le asocia un Monto Bruto de \$17.311.980.-, con un FAM de \$5.392.440.- Lo anterior, con el agravante que el prestador señala haber realizado su actividad profesional en la entidad “CENTROINTEGRAL SpA”, basado en un contrato de palabra con la administradora de ese centro, recinto que no cuenta con Autorización Sanitaria, según lo señalado por la SEREMI de Salud Metropolitana, quienes confirman con fecha 04 de junio del 2020, mediante correo electrónico recibido de Unidad de Fiscalización de Establecimientos de SEREMI de Salud, en el que se indicó que no existe autorización sanitaria correspondiente a a la dirección Vicuña Mackenna Poniente N°7255, oficina 815, La Florida. Atendido los antecedentes, y la gravedad de las irregularidades acreditadas durante el procedimiento, la comisión propuso a la autoridad aplicar la sanción de Cancelación del convenio MLE que mantiene el prestador con el FONASA y aplicar una multa acorde al monto bruto total infraccionado, sanción que este Jefe de Servicio comparte ... ”.

Sexto: Que, la propia Resolución, en su punto 13, deja constancia que con fecha 20 de junio de 2020 la reclamante presentó sus descargos.

En cuanto al primer cargo que se le formuló, el reclamante intenta excusarse que el resguardo y la gestión de la documentación clínica se encontraban bajo responsabilidad del centro médico en donde se desempeñaba, debido a lo cual no pudo recopilar la totalidad de la documentación. Yerra la reclamante en su argumentación. Esta Corte comparte lo señalado en la mentada Resolución en cuanto a que es el propio prestador quien debe ser el responsable del resguardo y la administración de la



documentación clínica, en la cual se registran las prestaciones que se otorgan, respaldando así los BAS cobrados, por lo que no logró desvirtuar el primer cargo que se le imputó.

En relación al segundo cargo imputado, el reclamante presentó un descargo similar al ya referido para el primer cargo, señalando asimismo que la administración de las órdenes médicas estaba bajo la responsabilidad de la sección administrativa del Centro Médico. Una vez más, esta Corte comparte lo razonado en dicha Resolución en cuanto a que es el profesional el responsable del resguardo y manejo de la totalidad de la documentación clínica que respalda sus prestaciones otorgadas, y no presentó fundamentos que desvirtúen este segundo cargo imputado.

Séptimo: De lo señalado, queda claro que no es efectivo lo que asevera la reclamante en cuanto a la ausencia de antecedentes que fundamenten los cargos y falta de determinación de su participación, por cuanto quedó acreditado precisamente lo contrario, como se evidencia de lo precedentemente transcrito.

En este sentido, la reclamante no entrega una explicación satisfactoria, es más, no da ninguna, para desvirtuar aquello que quedó debidamente acreditado según ya se dijo.

Así las cosas, nada de lo que afirma la reclamante se ajusta a la realidad, según se constata de la mera lectura de los puntos 5 al 15 de la Resolución Exenta 3E N°15.407 de Fonasa, confirmada por la Resolución Exenta N°1068, del 10 de diciembre de 2020, dictada por el Ministro de Salud don Enrique Paris Mancilla, que la reclamante impugna en marras, puntos todos ya transcritos, en los que queda claro que los cargos que se le formularon se fundan en hechos debidamente acreditados en el proceso sancionatorio seguido en su contra.

Octavo: Que, yerra entonces la reclamante cuando afirma que la Resolución impugnada, al confirmar la Resolución Exenta 3E N°15.407, realiza una errónea aplicación de las normas infringidas, por cuanto, al contrario de lo que pretende, se comprobó fehacientemente las infracciones que cometió, en mérito de lo cual la Autoridad no hizo más que aplicársele las sanciones que tales infracciones ameritan, como es su obligación legal.

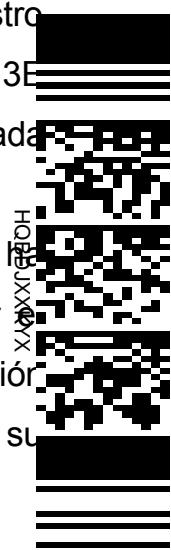
Yerra asimismo cuando sostiene que la forma de notificación empleada, esto es, vía correo electrónico, no es válida por cuanto, tal como lo señala la recurrida en su informe, la forma de notificación practicada está aceptada en el Dictamen N° 3610 de 17 de marzo de 2020 de Contraloría General de la República, adelantándose así la nueva forma de notificación contemplada en la Ley N° 21.180 sobre transformación digital del Estado, cuyo artículo 1 modifica precisamente las formas de notificación respecto de los administrados, por lo que el reproche carece de fundamento. Por lo demás, la reclamante no tuvo perjuicio alguno por cuanto se impuso válidamente de todas las notificaciones y presentó sus descargos en tiempo y forma, interviniendo durante todo el proceso sin haber reclamado esta cuestión.

Consecuente con lo que se viene razonando, se ha dado cumplimiento al debido proceso, en cuyo contexto la reclamante hizo sus descargos según ella misma lo reconoce, por lo que no se vislumbra de qué forma pudo habersele infringido su derecho a defensa.

Noveno: Que, lo mismo ocurre en relación a la pretendida vulneración del principio *non bis in idem*, por cuanto hubo 2 cargos que protegen 2 bienes jurídicos distintos, según se contempla en el undécimo inciso del artículo 141 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, de lo que se concluye que no existió tal vulneración.

Décimo: Que, consecuente con lo que se viene razonando, no cabe sino concluir que la Resolución Exenta N°1068, del 10 de diciembre de 2020, dictada por el Ministro de Salud don Enrique Paris Mancilla, que confirmó lo resuelto en Resolución Exenta 3E N°15.407 de Fonasa, en Oficio Ordinario 1E N°16786/2020, se encuentra dictada conforme a derecho.

Undécimo: En cuanto a la multa aplicada de 500 U.F., no cabe duda que ella ha sido aplicada en correcto ejercicio de las facultades legales de las que es titular el Fondo Nacional de Salud en esta materia, siendo acumulable a cualquier otra sanción que se aplique en mérito del propio artículo 143, y por tanto no se discute su procedencia.



Con todo, atendido precisamente que ella no es la única sanción aplicada a la reclamante, esta Corte estima gravoso en exceso el *quantum* fijado de la señalada multa, por lo que la rebajará a 250 U.F.

Duodécimo: En consecuencia, el recurso de reclamación será acogido únicamente en cuanto se rebajará la multa impuesta a 250 U.F., no pudiendo prosperar en lo demás.

Y visto, además, lo dispuesto en el artículo 143 del DFL N° 1 del Ministerio de Salud, **se acoge, sin costas**, el recurso de reclamación interpuesto por don Boris Paredes Bustos, en representación convencional de don Michel Dangelo Herrera, en contra de Resolución Exenta N°1068, del 10 de diciembre de 2020, dictada por el Ministro de Salud don Enrique Paris Mancilla, que confirmó lo resuelto en Resolución Exenta 3E N°15.407 de Fonasa, únicamente en cuanto se rebaja la multa impuesta a la reclamante a 250 U.F., rechazándose en todo lo demás.

Regístrese y notifíquese

Redacción del Abogado Integrante señor Jorge Benítez Urrutia

Contencioso Administrativo- N°797-2020.



Pronunciado por la Segunda Sala de la C.A. de Santiago integrada por los Ministros (as) Maria Soledad Melo L., Gloria Maria Solis R. y Abogado Integrante Jorge Benitez U. Santiago, once de mayo de dos mil veintiuno.

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



Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en <http://verificadoc.pjud.cl> o en la tramitación de la causa.
A contar del 04 de abril de 2021, la hora visualizada corresponde al horario de invierno establecido en Chile Continental. Para la Región de Magallanes y la Antártica Chilena sumar una hora, mientras que para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar dos horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>