

Santiago, ocho de abril de dos mil veinticinco.

Vistos y teniendo presente:

Primero: Que, en estos antecedentes Rol N° 7.558-2024, sobre recurso de ilegalidad seguidos ante la Corte de Apelaciones de Arica, la Sociedad Clínica Oftalmológica Arica Limitada, dedujo recurso de queja en contra de los Ministros señores Marco Flores Leyton, Juana Ríos Meza, y la abogada integrante de dicho tribunal, doña Sandra Negretti Castro, por las faltas y abusos graves que habrían cometido al dictar, el veinte de febrero de dos mil veinticuatro, la sentencia que rechazó el reclamo deducido en contra la Resolución Exenta N° 1320 de 4 de octubre de 2023 del Ministerio de Salud, que rechazó la impugnación administrativa interpuesta en contra de la Resolución Exenta 5P N° 1985/2023 del Fondo Nacional de Salud, en virtud de la cual se sancionó a la sociedad con la cancelación del convenio suscrito en el Rol de Prestadores de Fonasa bajo la Modalidad Libre Elección, con una multa equivalente a 500 UF y el reintegro del monto por las prestaciones objetadas al Fondo de Asistencia Médica (FAM), contemplada en el artículo 143 del D.F.L N° 1/2005 del Ministerio de Salud.

Las resoluciones reclamadas fueron dictadas en el marco de una investigación incoada por Fonasa en contra de la Sociedad Clínica Oftalmológica Arica Limitada, por



las irregularidades detectadas en su actividad como prestador bajo modalidad libre elección, formulándosele los cargos:

N°1: La emisión y cobro de 58 prestaciones no realizadas, que contemplan pago asociado a diagnóstico (PAD) contenidas en 58 Bonos de atención de salud (BAS), otorgadas a 36 beneficiarios, sin enviar las copias de las fichas clínicas.

N°2: La presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud, por cobro de doble BAS, por realizar intervenciones de dos ojos el mismo día.

N°3: Falta de concurrencia del equipo médico completo en el caso de seis beneficiarios.

Realizados los descargos, se dictó la Resolución Exenta 5P N° 1985/2023 que le impuso las sanciones ya referidas.

Recurrida que fuera ante la señora Ministra de Salud, se mantuvo la resolución sancionatoria, a través de la Resolución Exenta N° 1320/2023.

En contra de aquella decisión, la sociedad dedujo reclamo de ilegalidad, de acuerdo con lo previsto en el artículo 143 del D.F.L. N°1 del Ministerio de Salud, alegando, en síntesis, que el no envío 25 de las 112 fichas clínicas solicitadas, se justifica porque los pacientes que dan cuenta dichas fichas no otorgaron su



autorización de acuerdo con lo dispuesto en la Ley N° 20.584.

En relación con el cargo N° 2, sostuvo que, por temas de salubridad en pandemia, decidió en un mismo acto quirúrgico y con el mismo equipo médico en forma bilateral y exitosa la cirugía que conforma el PAD. Y en cuanto a la ausencia del equipo médico, ello fue desvirtuado mediante declaraciones juradas, que dan cuenta que el equipo había participado en las cirugías cuestionadas, estaba completo.

Y finalmente reprochó que la sanción aparece como desproporcionada y discriminatoria, por cuanto otra institución médica de la región fue sancionada por actos similares, sólo con una amonestación y una multa de 22 UF.

La sentencia de la Corte de Apelaciones de Arica rechazó la reclamación, teniendo para ello en consideración que de lo expuesto por la reclamante y de los antecedentes aportados por el Ministerio de Salud, no se advierten infracciones a la legalidad en el procedimiento administrativo, pues la reclamante no ha cuestionado la existencia de las faltas y la infracción de las normas que regulan la modalidad de libre elección en cuanto a los cargos N° 2 y 3.

Afirma que, las faltas efectivamente fueron cometidas en el período fiscalizado, reconociendo la



reclamante que realizaba dos intervenciones el mismo día por temas de salubridad. Por otra parte, no podrá oírse a aquélla, al intentar acreditar que en cada intervención quirúrgica estuvo presente el equipo profesional completo, pues no resulta aceptable que la falta de firma de los médicos en los registros correspondientes solo fuese un tema administrativo, y que sean prueba suficiente sobre un asunto tan técnico y complejo con las declaraciones juradas de los pacientes que aseguran haber sido atendidos por el equipo completo, pues no se demostró que se trata de personas con los conocimientos necesarios en la materia, máxime si de la lectura de la Resolución Exenta N° 1320 se desprende que el equipo médico faltante era un anestesista y un segundo médico cirujano.

Señala que es un hecho reconocido por la reclamante que no entregó la totalidad de las fichas clínicas requeridas, aduciendo la falta de autorización de sus pacientes; no obstante, y frente a la sanción de cancelación, se comunicó con ellos y obtuvo la autorización para acompañar en esta sede las 25 fichas faltantes.

Precisa que la recurrida, sobre este punto manifestó de manera clara que lo requerido en el proceso de fiscalización no era la información sensible a resguardar, sino establecer la existencia del registro



clínico con al menos el nombre completo, dirección y teléfono de los pacientes, y su ausencia al momento de ser requeridos permitió establecer la inexistencia de tales registros.

Agrega que aun cuando se hayan acompañado 25 fichas clínicas, no puede sino concluirse que tal deber debió ser cumplido en el procedimiento de fiscalización, pues la infracción aparece debidamente configurada en sede administrativa, la que, a mayor abundamiento, no ha sido subsanada en esta instancia judicial, pues la reclamante insiste en que las faltantes son 25, eludiendo hacerse cargo que las 11 que se le imputan como faltantes por sus precarias condiciones en cuanto a no reunir estándares mínimos para ser considerados como registros clínicos, además que tal discrepancia numérica aparece evidenciada en el cuadro explicativo del expediente administrativo, el que fue debidamente informado como un antecedente que respaldaba el cargo número 1 de la Resolución sancionatoria.

Sobre el deber en referencia, la Resolución Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud establece 4.b) Respaldo en ficha del paciente: La ficha clínica es un documento único, ordenado y completo, que en forma física o electrónica, consigna los antecedentes personales del paciente, su historia clínico-médica, y otros datos sensibles, que son indispensables para el



juicio acabado de la enfermedad actual, y para determinar el otorgamiento de los beneficios de salud, contemplados en el Régimen General de Prestaciones de Salud.

En ese sentido, el registro pertinente en ficha es el único instrumento con que el Fondo puede verificar la realización de las prestaciones efectuadas en cumplimiento a las normas que regulan la modalidad y la procedencia o no, del pago por prestaciones cobradas.

Concluye que, las sanciones impuestas son aquellas establecidas en el artículo 143 del D.F.L. N° 1 del Ministerio de Salud, adecuadas y proporcionales a las infracciones que dan cuenta los cargos, motivo por los cuales la cuantía de la multa impuesta y la cancelación del convenio aparecen aplicadas conforme a derecho.

Impugnando aquella decisión, la reclamante interpuso el recurso de queja que aquí se analiza, arbitrio donde se acusa que los jueces recurridos incurrieron en las siguientes faltas o abusos graves:

i) Anteponen el cumplimiento de normas reglamentaras previstas para la eficacia administrativa por sobre normas legales protectoras de Derechos Fundamentales.

ii) La negativa injustificada a valorar los antecedentes de prueba acompañados.



iii) Omite pronunciarse en torno a los vicios de procedimiento denunciados respecto de la fiscalización y sanción.

iv) No emite pronunciamiento en relación con la prueba documental acompañada en dicha sede.

v) La sentencia omite pronunciarse sobre la alegación de discriminación arbitraria.

vi) Valida un enriquecimiento injustificado al ratificar la devolución de prestaciones efectivamente realizadas.

Solicita que se acoja el recurso de queja y se enmiende la sentencia y se acoja en todas sus partes la reclamación deducida y, en definitiva, se deje sin efecto la Resolución Exenta N° 1320 de 04 de octubre de 2023, en particular la sanción aplicada de cancelación y la multa. En subsidio, solicita la cancelación y moderar la sanción económica.

Segundo: Que, en su informe, los recurridos reconocen haber concurrido a la dictación del fallo cuestionado, resumen sus fundamentos, y estiman no haber incurrido en falta o abuso grave, salvo el mejor parecer de esta Corte Suprema.

Tercero: Que el recurso de queja está regulado en el Título XVI del Código Orgánico de Tribunales, designado "De la jurisdicción disciplinaria y de la inspección y vigilancia de los servicios judiciales",



cuyo acápite primero lleva por título: "Las facultades disciplinarias". Allí se contiene el artículo 545, que lo instaura como un medio de impugnación que tiene por exclusiva finalidad corregir las faltas o abusos graves cometidos en la dictación de sentencias interlocutorias que pongan fin al juicio o hagan imposible su continuación, o en sentencias definitivas, siempre que, cualquiera sea el caso, no sean susceptibles de recurso alguno, ordinario o extraordinario.

Cuarto: Que, en el presente caso, del mérito de los antecedentes no es posible concluir que los jueces recurridos -al decidir como lo hicieron- hayan realizado alguna de las conductas que la ley rechaza y que sería necesario reprimir y enmendar mediante el ejercicio de las atribuciones disciplinarias de esta Corte, toda vez que resolvieron en el sentido expresado en lo dispositivo haciendo uso de su facultad de interpretar las disposiciones legales atinentes al caso.

Quinto: Que lo anteriormente consignado no significa necesariamente compartir la apreciación de los hechos y la aplicación del derecho efectuada por los jueces recurridos.

Por estas consideraciones y de conformidad, además con lo dispuesto en los artículos 545 y 549 del Código Orgánico de Tribunales, **se rechaza** el recurso de queja



interpuesto en lo principal de la presentación de fecha veintiséis de febrero de dos mil veinticuatro.

Sin perjuicio de lo resuelto, actuando esta Corte de oficio y teniendo en consideración:

1°- Que, de acuerdo a lo establecido en el inciso 9° del artículo 143 del DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, *"De las resoluciones que apliquen sanciones de cancelación, suspensión o multa superior a 250 unidades de fomento el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud, dentro del plazo de quince días corridos, contado desde su notificación personal o por carta certificada. Si la notificación se efectúa por carta certificada, el plazo señalado empezará a correr desde el tercer día siguiente al despacho de la carta. El Ministro de Salud resolverá sin forma de juicio, en un lapso no superior a treinta días corridos, contado desde la fecha de recepción de la reclamación. De las resoluciones que dicte el Ministro podrá reclamarse, dentro del plazo de diez días hábiles, contado desde la notificación, ante la Corte de Apelaciones correspondiente al domicilio del afectado. La Corte resolverá en única instancia y conocerá en cuenta; debiendo oír previamente al Ministro. La interposición del reclamo no suspenderá en caso alguno la aplicación de las sanciones"*.

2°- Que el mismo artículo 143 antes citado prescribe que la modalidad de "libre elección" queda bajo



la tuición y fiscalización del Fondo Nacional de Salud. Agrega que tal modalidad ha sido definida como aquella forma por la cual los profesionales o entidades del sector público o privado inscritos para tal efecto y a su vez elegido libremente por el afiliado, realizan las prestaciones que con este fin se señalan en el arancel y por la retribución que en el mismo se señala. Así pues, los profesionales que deciden otorgar las prestaciones de salud a los beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud bajo la MLE deben suscribir un convenio con Fonasa a la vez de inscribirse en algunos de los grupos del rol que para tal propósito lleva dicho órgano.

La misma norma establece que las infracciones al reglamento que fija las disposiciones sobre la modalidad de libre elección y las instrucciones que dicho órgano imparta acorde con su función tutelar y fiscalizadora, serán sancionadas por resolución fundada, con amonestación, suspensión de hasta 180 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 cual podrá acumularse a cualquiera de las otras sanciones en comento.

3°- Que del marco normativo referido en el numeral que antecede, consta en los antecedentes agregados en autos, con fecha 21 de julio de 2021, se inició una fiscalización al prestador reclamante, al advertir el



organismo público, un incremento significativo de pago por prestaciones en el año 2020 en relación al año anterior, así como la proyección del cobro para el año 2021 que superaba a la fecha de fiscalización el año anterior.

En el marco de dicha fiscalización, a través de la Resolución Exenta 5P N° 10991/2021, se requirió a la sociedad recurrente, la resolución sanitaria que autorizaba el funcionamiento de la Clínica, las copias de las fichas clínicas, de formularios de constancia GES y de los protocolos operatorios de un total de 112 beneficiarios.

En la fiscalización consta que la reclamante acompañó la resolución sanitaria que autoriza el funcionamiento del local y cambio de dominio, además de 87 fichas clínicas, faltando 25 por enviar, por cuanto -según indicó- los beneficiarios no autorizaron expresamente el envío de sus antecedentes clínicos.

De la revisión de los antecedentes acompañados, el fiscalizador advierte en el informe, que 58 prestaciones que contemplan los códigos PAD 2502005 Chalazion, PAD 2501033 Queratectomía y PAD 2501021 Cataratas, no presentan registros de respaldo en ficha ni acompaña protocolo operatorio.

El 27,67% (31/112) de los beneficiarios de la muestra fiscalizada presenta cobro indebido por doble



cobro de BAS por prestaciones PAD 2501021 Cataratas, y PAD 2501033 Queratectomía Fotorrefractiva o Queratomileusis Fotorrefractiva, habiendo sido otorgadas en forma bilateral en un mismo acto quirúrgico con el mismo equipo médico.

A razón de lo anterior se formularon los siguientes cargos en contra del prestador:

N° 1: "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, además de las Instrucciones que dicte el Fondo Nacional de Salud".

Lo anterior, al no enviar los registros de respaldo solicitados mediante la Resolución Exenta 5P N°10991/2021 correspondientes a las copias de las fichas clínicas, por lo cual, no es posible acreditar la realización de las 58 prestaciones.

N°2: Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud, por cobro de doble BAS por atención.

Lo anterior, al verificarse en ficha clínica que hay 31 beneficiarios que recibieron tratamiento bilateral en un mismo acto quirúrgico.

N°3: 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, además de las Instrucciones que dicte el Fondo Nacional de Salud.

Por no contar con equipo completo al entregar prestación 8 PAD Cataratas a 8 beneficiarios.

4°- Que mediante la Resolución Exenta 5P N° 1985 / 2023, se sancionó la reclamante por infringir las Normas Técnico-Administrativas establecidas en Resolución Exenta N° 277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud, en la especie, no contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico”.

Infracción señalada el Punto 30.1 letra g); por el doble cobro, lo que contraviene el punto 27.4 a) en los casos de PAD Cataratas y 27.6 letra g) en los casos de Queratectomía Fotorrefractiva o Queratomileusis Fotorrefractiva; y no incluir el equipo médico completo contraviniendo la composición prevista y aranceladas para prestaciones trazadoras en el Arancel respecto del equipo médico para dichas prestaciones y lo dispuesto en los puntos 19.A letra f), 27.3 letra b).

5°- Que a través de la Resolución Exenta N° 1320/2023 se rechazó el reclamo interpuesto en contra de la resolución sancionatoria, reiterando los argumentos que se esgrimieron al momento de la sanción y se agregó



en cuanto a las alegaciones relativas la falta de proporcionalidad, que revisados los antecedentes, existe constancia que la autoridad tuvo en consideración y ponderó tanto las circunstancias atenuantes como aquellas agravantes, y que la jurisprudencia administrativa ha concluido que las autoridades, al decidir aplicar una sanción, no se encuentran obligadas a rebajar la pena en consideración a las atenuantes, pues la calificación de mayor o menor gravedad de la falta cometida queda entregada a la jefatura. Lo anterior, por cierto, en el marco de un proceso administrativo ajustado a la garantía constitucional al debido proceso y a la normativa que regula la materia.

6°- Que consta a su vez, que ante la Corte de Apelaciones que la recurrente acompañó copia digital de las 25 de las 112 fichas clínicas de pacientes que no fueron enviadas a Fonasa.

Consta que en el procedimiento de fiscalización, la reclamante presentó además una carta emitida por el Director de la sociedad en que explica que la norma recomendable para la operación de cataratas bilaterales, consiste en hacerla en días distintos, sin embargo, la cirugía LASIK sí se puede realizar en el mismo acto quirúrgico, dando cuenta además que dichas prestaciones se realizaron en tiempos de pandemia en razón de lo cual se cobran dos PAD para realizar la cirugía Lasik en un



solo acto quirúrgico y así se evitaba tomar dos veces el examen PCR que exigían en la consulta; además da cuenta de las limitaciones que presentaba el sistema de prestadores, que no permitía hacer la venta de PAD y rebajar la segunda prestación al 50%.

Asimismo, en sede administrativa agregó las declaraciones de los pacientes cuyos registros médicos fiscalizados no incluían al equipo médico completo; las que indican que las prestaciones médicas que se les practicaron contaban con equipo médico completo, con indicación de sus cédulas de identidad y que reitera ante la Corte de Apelaciones.

7°- Que en relación con la Ley N° 20.584 y la imposibilidad de allegar las fichas clínicas en el proceso administrativo por contar con el consentimiento de algunos de los pacientes y los registros fiscalizados.

Que la revisión de la carpeta de investigación se advierte que la autoridad solicitó copias de las fichas clínicas, respaldos, registros o protocolos clínicos que permitan respaldar la entrega de prestaciones cobradas, es decir el ente fiscalizador no le exigió a la sociedad recurrente exclusivamente el envío de las fichas clínicas de los pacientes contenidos en la nómina en términos estrictos.

En este orden de ideas, conviene presente que el DFL N° 1/2025 del Ministerio de Salud, en su artículo 134



bis dispone expresamente que *“Los prestadores de salud, las instituciones de salud previsional, el Fondo Nacional de Salud u otras entidades, tanto públicas como privadas, que elaboren, procesen o almacenen datos de origen sanitario no podrán vender, ceder o transferir, a cualquier título, bases de datos que contengan información sensible respecto de sus usuarios, beneficiarios o pacientes, si no cuentan para ello con el consentimiento del titular de tales datos, en los términos previstos en la ley N° 19.628 o en otras normas especiales que regulen dicha materia, salvo que se trate del otorgamiento de los beneficios de salud que les correspondan, así como del cumplimiento de sus respectivos objetivos legales, para lo cual no se requerirá de dicho consentimiento”*

En consecuencia, es el propio legislador el que precisamente ha zanjado el conflicto, entre la prohibición impuesta por la Ley de divulgar los datos sensibles de sus pacientes sin previa autorización expresa, y la información que requiere la autoridad destinada a fiscalizar el uso del financiamiento que realiza a través de las prestaciones que se otorga a sus beneficiarios y la justificación de estas. En tales circunstancias, la autoridad efectivamente se encuentra para estos fines habilitada para solicitar los registros, fichas o protocolos médicos, precisamente porque sin esa



información se encuentran imposibilitada de ejercer su rol y potestades, que en la especie corresponde al orden administrativo y fundamentalmente financiero y porque tal como lo señaló en el reclamo lo solicitado no constituía información sensible, sino establecer la existencia del registro clínico con al menos el nombre completo, dirección y teléfono de los pacientes.

8°- Que, por su parte, de acuerdo con el inciso cuarto de la letra b) del artículo 50 del D.F.L. N° 1/2005 al Fondo Nacional de Salud le corresponde cuidar que el financiamiento que efectúa corresponda a las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios. Es decir, a dicho órgano le asiste el deber de velar porque el financiamiento de prestaciones médicas otorgadas en el marco de los convenios celebrados, se ajustan a la condición de salud de los pacientes y se justifican.

En esta labor dicho servicio cuenta con potestades y facultades discrecionales, que no lo exime además del deber de cumplir con las exigencias previstas en nuestra Constitución y en la ley, que en su ejercicio reconocen el respeto por las garantías procesales mínimas y el debido proceso administrativo.

9°- Que según sugieren los hechos que se han detallado y particularmente los antecedentes acompañados por las partes, se observa que la investigación y fiscalización seguida en contra de la sociedad reclamante



se ha fundado en una investigación incompleta, desde que como se ha referido, la sociedad fiscalizada allegó en sede administrativa abundantes antecedentes que permitían a la autoridad, cuya revisión permitía indagar en forma más exhaustiva y acabada, los hechos que se daban cuenta en la investigación y que formaron parte de los cargos que se le imputaron, a fin de determinar si efectivamente la recurrente incurrió en las infracciones por las cuales fue sancionada.

Dan cuenta de ello las diversas declaraciones juradas acompañadas, en las que se entrega no solo el nombre del paciente sino su cédula de identidad, de lo cual era posible que la autoridad sancionadora cotejara, con la información con que ya contaba y decidiera contactarlos con el objeto de determinar las circunstancias y detalles las prestaciones médicas que les otorgaron.

Asimismo, en el curso de la investigación la recurrente alegó razones de salubridad para disponer la realización de cirugías Lasik en un solo acto quirúrgico y con un mismo equipo médico, además de las limitaciones del sistema de prestador para la venta de PAD, adjunto informe médico emitido por el representante de la misma y pantallazos del proceso de compra bono web de las prestaciones código Fonasa N° 2501033 y N° 1202078; sin que la autoridad haya ahondado en su investigación en si



dichas dificultades efectivamente motivaron y hacían plausible precisamente por razones de fuerza mayor, que dichos procedimientos se llevasen a cabo de la manera en que lo planteó la recurrente.

Igualmente, consta como ya se ha señalado, que la reclamante allegó en definitiva las 25 fichas clínicas faltantes ante la Corte de Apelaciones, lo que da cuenta en principio que los registros médicos existían, a lo que se suma las copias de los correos y mensajes enviados a los pacientes en que manifiestan su negativa a la entregar dicha información, lo que devela el ánimo colaborativo de la fiscalizada a dar cumplimiento a lo requerido por la autoridad.

10°- Que, en concordancia con lo antes expuesto, es relevante resaltar el respeto a la garantía del debido proceso establecida en el artículo 19 N° 3 de la Constitución Política de la República, en cuanto no solo comprende el derecho de las partes a ser oídas en la tramitación de los asuntos que puedan afectar sus derechos, sino que la realización de una investigación previa exhaustiva y completa.

11°- Que, al tenor de lo concluido y por tratarse de una cuestión necesaria para una ordenada continuación del procedimiento, se deberá ordenar retrotraer el procedimiento administrativo iniciado en contra la recurrente, al estado de que el Fondo Nacional de Salud,



disponga una completa investigación en los términos en que ha expresado por funcionarios y autoridades no inhabilitadas, luego de la cual formule los cargos pertinentes, si procediere.

Por estos fundamentos, actuando de oficio esta Corte, **se invalida** la resolución dictada por la Corte de Apelaciones de Arica de fecha veinte de febrero de dos mil veinticuatro, y en su lugar se decide que se retrotrae el procedimiento administrativo en que incide la resolución objeto de ilegalidad al estado completar la investigación iniciada a través la Resolución Exenta 5P N° 10991/2021 de fecha 25 de noviembre de 2021, dictada por el Fondo Nacional de Salud.

Agréguese copia autorizada de esta resolución a la causa tenida a la vista, la que será devuelta en su oportunidad.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Redacción a cargo de la Ministra Sra. Adelita Ravanales A.

Rol N° 7.558-2024.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A. y Sr. Mario Carroza E. y por el Abogado Integrante Sr. José Valdivia O. No firman, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo de la causa, los Ministros Sr. Muñoz y Sra. Vivanco por haber cesado en funciones.



LCXSXTCRRNV

En Santiago, a ocho de abril de dos mil veinticinco, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.

