

RESOLUCIÓN EXENTA IF/N° 5174

SANTIAGO, 24 OCT 2023

VISTO:

Lo dispuesto en los artículos 110, 113, 114, y demás pertinentes del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; la Resolución N°7, de 2019, de la Contraloría General de la República; la Resolución RA N°882/181/2021, y

CONSIDERANDO:

1. Que, mediante la Circular IF/N°429, de fecha 9 de mayo de 2023, esta Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, impartió instrucciones generales a isapres y prestadores de salud, en relación a los procesos de tramitación y pago de cuentas médicas.
2. Que, dentro de plazo legal, las isapres Colmena Golden Cross S.A. y Cruz Blanca S.A. interpusieron recursos de reposición con jerárquico en subsidio, en contra de las instrucciones impartidas en la referida normativa.
3. Que, en primer lugar, la Isapre Colmena Golden Cross S.A., en presentación ingreso N° 7873 de fecha 16 de mayo de 2023, señala lo siguiente:

En primer lugar, indica que en el entendimiento que el espíritu de esa norma radique en que el plazo para otorgar cobertura se encuentre definido, estima que dicha disposición podría generar un potencial aumento de malas prácticas por parte de los prestadores, incrementando con ello los costos para los beneficiarios y el sistema en general.

Al respecto, refiere, que como es de conocimiento de esta Intendencia, no son pocas las ocasiones en las que las prefacturas vienen con errores o malas prácticas, por lo que son objetadas por la Isapre, siendo una gestión que sin duda alguna es de interés y beneficio para el afiliado, pues afecta su copago. Agrega, que en algunos casos ese proceso funciona con fluidez, pero en otros se entrapa, cuestión que sucede, por ejemplo, cuando no se recibe respuesta por parte del prestador o bien porque estos últimos no realizan rebajas en ciertos ítems, aumentando otros.

Por lo anterior, sostiene que esta norma deja a las isapres sin herramientas para poder hacer una correcta revisión de las cuentas, ya que entrega a los prestadores la posibilidad de dilatar resoluciones para de esta forma obligar a la isapre a realizar la bonificación con el monto definido por ellos, al existir un plazo único y fijo para proceder a la liquidación de la cuenta.

Por otra parte, manifiesta que le resulta poco clara la expresión "la isapre deberá ejecutar, ante estos, las actuaciones necesarias para agilizar la tramitación de los mismos", pues deja un espacio discrecional para calificar a qué tipo de actuaciones se refiere, pudiendo estas consistir en el mero envío de un correo electrónico en que se solicita la agilización o bien iniciar una vía legal o administrativa para esos efectos, lo que resulta inaplicable considerando el plazo con el que se dispone. Indica finalmente, que en ese caso, la Circular debiese indicar en forma clara que gestiones debe realizar la Isapre cuando un prestador dilata las respuestas a las objeciones formuladas.

Por las consideraciones que expone, solicita tener por presentado recurso de reposición en

contra de la Circular IF/Nº 429 y ajustar la redacción de la misma en base a las situaciones que expuso.

4. Que, por su parte, la Isapre Cruz Blanca S.A., en presentación Nº 7883 de fecha 16 de mayo de 2023, expone lo siguiente:

En primer lugar, sostiene que la Circular adolece de una falta grave de ecuanimidad, atentando contra los principios de eficiencia y eficacia, y con el deber de motivación suficiente que debe satisfacer un acto administrativo de carácter normativo, donde los preceptos que se introducen deben estar en íntima coherencia con el objetivo propuesto por el cuerpo normativo.

En ese sentido, señala que, la norma dispone que es de cargo de la isapre realizar las actuaciones necesarias para agilizar la tramitación de los Programas de Atención Médica u otras modalidades similares, cuya demora sea atribuible a los prestadores, trasladando a la isapre el deber de realizar las gestiones derivadas de la negligencia de los prestadores al presentar en forma incorrecta sus cuentas.

Indica que, con la norma introducida, el prestador, pese a todas las gestiones que haga la Isapre, no necesita hacer nada, ya que normativamente esta última es la que debe liquidar y pagar los respectivos Programas de Atención Médica u otras modalidades similares, dentro del plazo de 60 días corridos.

En ese sentido, señala que de no contar la cuenta presentada con los aranceles de acuerdo a convenio y con los respaldos de pertinencia, no es posible asegurar la correcta bonificación y el correcto copago de sus afiliados, así como cumplir con la contención de costos por parte de la Isapre, por lo que, a su entender, el plazo normativo de 60 días necesariamente debería contabilizarse desde el último envío correcto de los respectivos Programas de Atención Médica u otras modalidades similares.

Al respecto, refiere que la norma omite señalar la forma en que se debe contabilizar el plazo, siendo lo lógico que el mismo se cuente desde el último envío correcto de los respectivos Programas, añadiendo que dicha omisión tiene como consecuencia que la Isapre deberá conformarse con la eventualidad de que la Superintendencia de Salud fiscalice a los prestadores que no subsanaron sus cuentas pese a las gestiones desplegadas por la Isapre, y que será el beneficiario el que deberá soportar el mayor copago que de esa cuenta mal presentada resulte.

Por lo anterior, señala que la norma introducida, tal como está dictada, desmejora la posición jurídica que el beneficiario tenía, pues la Isapre no pagaba las cuentas de los Programas que estuvieran incorrectamente presentadas.

En otro orden de ideas, señala que la norma supone que la Isapre debe asignar un mismo número a los Programas de Atención Médica u otras modalidades por cada "evento hospitalario", de modo que pueda computar el plazo desde su ingreso original, lo que sería imposible pues el PAM dependerá de cómo sea ingresada o reingresada por el prestador.

Agrega, que la imposibilidad de asignar un número único, deriva del hecho de no existir un criterio único para definir que es "un mismo evento hospitalario", indicando como ejemplos que una cuenta puede ingresar con unas fechas de inicio y término de hospitalización, devolverse y reingresar con otras, el caso de las cuentas de partos separadas entre madre e hijo, cuentas de alto monto que reingresan como parcelaciones o el caso de prestadores que separan los honorarios médicos quirúrgicos.

Continúa señalando que la norma fija un plazo de 60 días en los cuales la Isapre debe bonificar prestaciones, independiente del número de reingresos que la cuenta tenga, considerando que en cada reingreso el prestador es libre de modificar a su arbitrio el contenido, cantidad y valorización de los cobros, por lo que parece poco razonable asignar un plazo real cada vez menor (en cada reingreso), siendo que en no pocos casos al ser variadas las cuentas de la forma indicada, no puede considerarse que se trate de una misma cuenta, por mucho que obedezcan a un mismo evento hospitalario.

Por lo anterior, dado que no se puede definir el momento del término de cobros de un mismo evento hospitalario, es que se hace imposible cumplir con lo instruido en ese sentido. Al respecto, hace presente que a contar de noviembre de 2021 implementó un sistema de

análisis de cuentas electrónicas (CMD), en donde todas las cuentas con diferencias en aranceles son devueltas en máximo 15 días, luego la cuenta ingresa correctamente a la Isapre y pasa al análisis de visación, que determina la pertinencia técnica de las prestaciones cobradas en base a la documentación que adjunten los prestadores, para posteriormente entrar a la etapa de liquidación en donde se validan los aranceles cobrados y se hace el cálculo de coberturas de acuerdo al plan.

Añade que se debe considerar que el sistema implementado por la Isapre permite al prestador tener conocimiento, en línea, sobre la devolución de los Programas de Atención Médica u otras modalidades y las razones fundantes que motivan la devolución, cuestión que permite su pronta corrección por parte de éstos. Luego, en caso alguno la devolución es arbitraria e infundada, sino que se encuentra motivada en razones específicas que se informan al prestador, el que tiene conocimiento de las razones y fundamentos del rechazo, siendo de su cargo las gestiones necesarias para el reingreso del programa, razón por la cual resulta indebido que la norma determine que es de cargo de la Isapre gestionar frente a la negligencia del prestador.

Continúa señalando que la Superintendencia de Salud tiene potestades legales, para controlar el cumplimiento de la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud, que establece la obligación de los prestadores de salud públicos y privados de informar sobre los mecanismos de financiamiento a los pacientes, lo que a su entender debe incluir el deber del prestador de proporcionar la información de las cuentas que generan -de un modo correcto- a las instituciones que participan del financiamiento de las prestaciones que reciben los pacientes.

Lo anterior, señala, debe engarzarse con lo dispuesto en el artículo 189, letra h), inciso 4° del DFL N° 1 de Salud, que dispone la facultad de las isapres de solicitar a los prestadores de salud la entrega de la certificación médica necesaria para decidir sobre la procedencia de un beneficio, indicando que debe entenderse por tal, toda la información asociada al cobro de la prestación concreta, de modo que la isapre tenga la certeza de que el cobro está correcto y que el copago que de este resulte para el afiliado, sea el que efectivamente corresponde.

Agrega que las cuentas inciden en los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud que la Superintendencia debe calcular, conforme a lo dispuesto en la Ley 21.350, para determinar la variación de costos de la isapre, por lo que lo instruido, a su entender, no se condeciría con la obligación de efectuar un efectivo control de costos, verificando que los Programas de Atención Médica u otras modalidades, correspondan efectivamente a las prestaciones recibidas por el afiliado y que los valores en ellos incluidos sean los procedentes.

En otro orden de ideas, plantea que los plazos deben contabilizarse desde que la cuenta ha sido ingresada en forma a la isapre, pues en caso contrario existiría un incentivo perverso para que los prestadores efectúen cobros que no corresponden, ya que los errores que se detecten en las cuentas y permanezcan hasta el vencimiento del plazo de 60 días, no serán corregidos, lo que atentaría contra los principios de eficiencia y eficacia.

Añade, que los elementos reprochados importan una ausencia de coherencia y lógica de las instrucciones, puesto que no se condicen con el fin que debe perseguir ni con el objetivo propuesto, por lo que adolece de falta de razonabilidad y en definitiva de ilegalidad, pues la Circular hace de cargo de la isapre la negligencia en que incurran los prestadores al presentar sus Programas de Atención Médica, omitiendo dictar normas que los obliguen a presentarlas de un modo correcto.

Por lo anterior, señala que la norma le impone un plazo perentorio para cancelar cuentas cuya pertinencia fundadamente se discute, generando un mayor copago para el afiliado y perjudicando sus derechos como paciente en beneficio del prestador, impidiendo, además, el control de costos que la Isapre debe efectuar, por mandato legal.

En virtud de lo señalado, solicita se acoja el recurso de reposición en contra de la Circular IF/N° 429 de fecha 9 de mayo de 2023, dejándola sin efecto.

Finalmente, en el segundo otrosí de su presentación señala que, sobre la base de las consideraciones expuestas en lo principal, y en tanto no se resuelvan los recursos que deduce, viene en solicitar se suspenda la vigencia de la Circular IF/N° 429, de fecha 9 de mayo de 2023, dado que "liquidar y pagar dichos programas médicos, no obstante estar observada la

pertinencia del cobro, lo que puede causar un grave daño a la operación de la isapre y perjudicar a sus beneficiarios”.

5. Que, en primer término, respecto a la solicitud de suspensión de los efectos de la Circular IF/Nº 429 de fecha 2 de junio de 2023, planteada por la Isapre Cruz Blanca S.A. en su recurso, debe hacerse presente que la misma fue rechazada mediante Resolución Exenta IF/Nº 243 de fecha 2 de junio de 2023, por los argumentos que en la misma se exponen.
6. Que, en cuanto al fondo del asunto, cabe referirse a la alegación planteada tanto por la Isapre Colmena Golden Cross S.A. como por la Isapre Cruz Blanca S.A., relativa al eventual perjuicio que generaría, tanto para las isapres como para las personas beneficiarias, el establecimiento de un plazo de 60 días corridos, contado desde la presentación del PAM o documento equivalente, para el otorgamiento de la cobertura requerida.

Al respecto, se debe aclarar en primer término, que el plazo que se incluyó en la normativa recurrida, es el mismo que se encuentra establecido en la letra c) del artículo 11º “Modalidades de Pago de las Atenciones Médicas”, de las Condiciones Generales del Contrato de Salud Previsional, contenidas en el Compendio de Instrumentos Contractuales de esta Superintendencia de Salud, que establece “en todo caso, la isapre deberá otorgar la cobertura requerida dentro del plazo de _____ (la isapre debe fijar un plazo igual o inferior a 60 días) corridos, contado desde la presentación del PAM”.

Por su parte, cabe recordar que dicho plazo de 60 días se encuentra contemplado en la normativa vigente desde hace largo tiempo, siendo incorporado en la las Condiciones Generales Uniformes para los Contratos de Salud Previsional, aprobadas por la Circular IF/Nº 12 de fecha 20 de enero de 2006.

En razón de lo anterior, cabe concluir, que previo a la dictación de la normativa recurrida, ya se encontraba establecida la obligación que tienen las isapres de otorgar la cobertura requerida dentro de un plazo igual o inferior a 60 días corridos contados desde la presentación del PAM, sin que la Circular recurrida haya venido a imponer un plazo distinto al que ya se encontraba establecido en las Condiciones Generales del Contrato de Salud, obedeciendo su incorporación al Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios, únicamente a razones de sistematización y coherencia normativa, a fin de contextualizar las disposiciones siguientes.

Así las cosas, debe concluirse, necesariamente, que la Circular no irroga ningún tipo de perjuicio a las recurrentes, al no importar el establecimiento de un nuevo plazo perentorio para el otorgamiento de las coberturas requeridas a través de Programas de Atención Médica u otros mecanismos equivalentes, razón por la cual se debe rechazar la alegación planteada.

7. Que, por otra parte, como es de conocimiento de las recurrentes, esta Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, mediante ordinarios IF/Nº 43965 y 43966, ambos de fecha 15 de noviembre de 2022, impartió instrucciones y formuló cargos a ambas isapres por el incumplimiento a la obligación establecida el Capítulo I, Título II, del Compendio de Instrumentos Contractuales, que contiene las Condiciones Generales del Contrato de Salud”, las que establecen que tratándose de programas médicos la cobertura requerida deberá ser otorgada dentro del plazo máximo de 60 días corridos, contados desde la presentación del PAM.

En ese sentido, dichos actos son claros al establecer que para efectos de la constatación de los incumplimientos observados se contabilizó dicho plazo considerando únicamente el tiempo en que los programas médicos estuvieron en tramitación en poder de la isapre, descontando los periodos en los que dichos documentos se encontraron en poder de los prestadores de salud.

Dicho criterio fue reiterado en la Resolución Exenta IF/Nº 39 de 2 febrero de 2023, que rechazó el recurso de reposición deducido por la Isapre Cruz Blanca S.A. en contra del citado Ordinario IF/Nº 43.965 de 15 de noviembre de 2022, estableciendo que “los plazos se contabilizan desde la fecha de recepción inicial del primer PAM hasta la fecha de resolución final del PAM solo considerando los días acumulados en tramitación en la Isapre, excluyendo o “suspendiendo” el conteo del plazo cuando se han requerido antecedentes al Prestador, es decir, no se contabilizan los días en que el PAM no se encuentra en poder de la Isapre (...) lo anterior se encuentra en concordancia con la normativa administrativa citada, ya que el plazo de 60 días es exigible a la Isapre y no al Prestador, por ser dicha institución la llamada a

cumplir con la obligación de otorgar cobertura”.

En razón de lo anterior, se debe concluir, que dicho plazo, además de encontrarse previamente establecido en la normativa, ya ha sido fiscalizado y contabilizado sin considerar las demoras atribuibles a los prestadores, por lo cual, las alegaciones efectuadas por ambas isapres en ese sentido deben ser desestimadas.

Sin perjuicio de lo señalado, se ha estimado procedente, modificar la Circular recurrida, estableciendo de forma expresa la forma en la que se contabilizará dicho plazo de 60 días, esto para efectos de las fiscalizaciones que se realicen por parte de esta Intendencia, descontándose aquellos periodos en los que los Programas Médicos se encuentren en poder de los prestadores de salud.

8. Que, adicionalmente, la Isapre Cruz Blanca S.A., ha argumentado que el plazo de 60 días indicado en la normativa iría en directo perjuicio de las personas, puesto que impediría a las isapres realizar un efectivo control de los costos asociados a las cuentas médicas, ya que se acortaría el tiempo que tienen para verificar que los PAM correspondan efectivamente a las prestaciones recibidas por las personas afiliadas o beneficiarias.

En ese mismo sentido, agrega que dicha instrucción estaría en contradicción con lo dispuesto en la Ley 21.350, que establece la obligación de las isapres de efectuar el control de costos de las prestaciones de salud.

Al respecto, esta Intendencia debe desestimar lo alegado por la isapre, toda vez que, tal como se ha señalado, dicho plazo ya se encontraba previamente establecido en la normativa, llegando a ser incluso fiscalizado.

En ese sentido, corresponde que sean las isapres las que adopten las medidas necesarias para dar cumplimiento a dicho plazo normativo, con todo lo que aquello conlleva, inclusive la revisión de las cuentas y el control de costos que se debe efectuar por mandato de la Ley 21.350, encontrándose dichas tareas incluidas dentro de lo que debe entenderse como una correcta tramitación de los PAM.

Así las cosas, cabe establecer que las isapres no pueden abstraerse de dar cumplimiento a dicho mandato, por lo que se encuentran obligadas a efectuar el control de costos de las prestaciones de salud y a otorgar las coberturas requeridas en los plazos que establece la normativa vigente, debiendo optimizar sus procesos en caso de resultar necesario, para efectos de dar cumplimiento a sus obligaciones de manera oportuna y eficaz.

9. Que, en relación con lo dispuesto en la Circular recurrida, respecto a que las isapres deberán ejecutar las actuaciones necesarias para agilizar la tramitación de los Programas de Atención Médica u otras modalidades similares, cuando existan demoras que pudiesen ser atribuibles a los prestadores de salud, debiendo llevar un registro de dichas gestiones, ambas isapres han expuesto objeciones al respecto.

Por un lado, la Isapre Colmena Golden Cross S.A. ha planteado que la instrucción no es clara, existiendo ambigüedad por lo que debe entenderse por “actuaciones”, señalando que a su entender la norma debiera indicar de forma precisa cuales son las gestiones que deben realizar las isapres.

Por su parte, la Isapre Cruz Blanca S.A. señala, en lo fundamental, que disponer tal obligación traslada a las isapres el deber de realizar las gestiones que están derivadas de la negligencia de los prestadores que presentan de forma incorrecta sus cuentas, por lo que la norma carecería de ecuanimidad.

Al respecto, se debe señalar que el propósito de dicha instrucción fue asegurar que las isapres contaran con la información necesaria relativa a aquellos casos en los que la demora en la tramitación de cuentas médicas pudiera ser imputable a los prestadores de salud, llevando un registro de las gestiones que hubieren realizado para dichos efectos, esto, a fin de facilitar la identificación de ese tipo de casos, y que dichos antecedentes pudieran ser puestos a disposición de este Organismo, con fines de fiscalización.

10. Que, sin perjuicio de lo anterior, analizadas las argumentaciones expuestas por ambas recurrentes, se ha estimado procedente eliminar de la Circular la Instrucción relativa a efectuar actuaciones de agilización ante los prestadores y llevar un registro, tanto de dichas

gestiones, como de las eventuales dificultades o inconsistencias atribuibles a dichos establecimientos que pudieran estar retrasando los procesos de tramitación de cuentas médicas.

En ese sentido, se debe aclarar que, al corresponder la alegación relativa a la demora en la tramitación de las cuentas médicas por parte de los prestadores de salud, a una argumentación que las propias isapres han esgrimido para excusar el incumplimiento del plazo de 60 días establecido en la normativa vigente, corresponderá que sean las propias instituciones las que acrediten ante este Organismo, la concurrencia de aquellas situaciones que pudieran eximir o atenuar una eventual responsabilidad administrativa, tales como las eventuales demoras en los procesos de pago de cuentas médicas atribuibles a los prestadores de salud, esto sin perjuicio de lo señalado en el párrafo final del considerando 7º precedente.

11. Que, finalmente en relación con lo alegado por la Isapre Cruz Blanca S.A., respecto a que la instrucción dictada supondría que la institución deba asignar un mismo número a los Programas de Atención Médica por cada "evento hospitalario", lo que sería imposible de cumplir, al no existir un criterio único para definir lo que es un mismo evento, se debe señalar que si bien pueden existir excepciones a la regla, lo general es que el evento hospitalario se reduzca a los costos asociados a la hospitalización del beneficiario en un centro asistencial de salud, contabilizado dentro de un periodo de tiempo, desde su ingreso, hasta su alta médica.

A mayor abundamiento, se debe mencionar, que la misma isapre en las notas explicativas del Anexo de sus planes de salud ha definido lo que constituye un evento hospitalario en similares términos.

Al respecto y a modo de ejemplo, las Notas Explicativas del Anexo del Plan de Salud Complementario Modalidad Preferente Cruz Blanca ON 68E 0420 establece que "se entiende por evento hospitalario a aquel que engloba todos los gastos en que incurre un beneficiario mientras permanece internado en un centro asistencial (público o privado) o bajo el régimen de hospitalización domiciliaria, en forma ininterrumpida, pudiendo incluso recibir las atenciones en uno o más establecimientos hasta que es dado de alta por un profesional médico. La fecha de alta o término de la hospitalización marca el término del evento".

Por otra parte, cabe señalar, que corresponde que sea la propia isapre la que establezca el mecanismo que estime pertinente para identificar cada programa médico y permitir su trazabilidad, sin que esta Intendencia le haya ordenado una forma específica de hacerlo.

Finalmente se debe hacer presente, que dichas alegaciones no resultan pertinentes, al no decir relación con el contenido de la Circular recurrida, la que en ningún caso le está instruyendo el establecimiento de un número único para los Programas de Atención Médica.

Por lo anterior, se rechazarán las argumentaciones esgrimidas por la isapre en ese sentido.

12. Que, en mérito de lo expuesto precedentemente y en uso de las facultades que la ley otorga a este Intendente,

RESUELVO:

1. **Acoger parcialmente** los recursos de reposición deducidos por las isapres Colmena Golden Cross S.A. y Cruz Blanca S.A. en contra de la Circular IF/Nº 429 de fecha 9 de mayo de 2023, sólo en cuanto se modifica el texto del punto 3.4. "Pago a través de Programas de Atención Médica u otros mecanismos equivalentes", en los siguientes términos:

1.1.- Se agrega un segundo párrafo con el siguiente texto:

"Sin perjuicio de lo anterior, para efectos de la fiscalización del cumplimiento de esa obligación por parte de la Isapre, dicho plazo se entenderá suspendido durante el tiempo en que el Programa se encontrare en poder del prestador de salud, esto en caso de haberse requerido nuevos antecedentes necesarios para la correcta tramitación del mismo, la aclaración de puntos dudosos o la subsanación de eventuales errores que dicho documento pudiera contener".

1.2.- Se elimina el último párrafo de dicho numeral, en razón de lo indicado en el considerando 10º precedente.

2. Notifíquese al resto de las isapres la modificación instruida por el numeral que antecede.
3. Remítase para el conocimiento y resolución del Superintendente de Salud los recursos jerárquicos interpuestos subsidiariamente por las isapres Colmena Golden Cross S.A. y Cruz Blanca S.A.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y ARCHÍVESE. -



SANDRA ARMIJO QUEVEDO
INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD (S)


MPA/FSF/CTU

DISTRIBUCIÓN:

- Gerente General Isapre Colmena S.A.
- Gerente General Isape Cruz Blanca S.A.
- Gerentes Generales de isapres
- Superintendencia de Salud
- Fiscalía
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Subdepartamento de Regulación
- Oficina de partes

C 9.236-2023