

RESOLUCIÓN EXENTA IF/N° 5665

Santiago, **15-04-2024**

VISTO:

Lo establecido en los artículos 110 N° 16, 170 letra I), 177 y demás disposiciones pertinentes del DFL N° 1, de 2005, de Salud; el punto III del Título IV del Capítulo VI del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, aprobado por la Circular IF/N° 131, de 2010, de esta Superintendencia de Salud; la Resolución Exenta RA 882/182/2023, de 7 de noviembre de 2023 y la Resolución N° 7, de 2019, de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1. Que, conforme al inciso 4° del artículo 177 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, esta Superintendencia está facultada para sancionar a las/los agentes de ventas de las instituciones de salud previsional que incurran en incumplimiento de las obligaciones que les impone la ley, instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes que pronuncie este Organismo de Control. Esta facultad la ejerce a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

2. Que, en virtud de los antecedentes que a continuación se detallan, este Organismo de Control dio inicio al procedimiento sancionatorio A-66-2023, seguido en contra de la/del agente de ventas Sra./Sr. PERSIDA ELENA CALQUÍN SILVA, en el que se le formuló los cargos que se indican:

CASO A-66-2023 (Ord. IF/N° 7160, de 8 de marzo de 2024):

Reclamo N° 4003275, de 10 de febrero de 2021

2.1.- L. H. MIRANDA C. expuso que, con motivo del alza de precio que iba a experimentar su contrato de salud previsional en Isapre CRUZ BLANCA S.A., institución a la que se encontraba afiliado desde el año 1999, concurrió a sus oficinas de Rancagua, donde la ejecutiva que lo atendió le ofreció un plan de salud diferente, supuestamente mejor que el anterior y que cubriría sus emergencias y cirugías tanto en la Región de O'Higgins, donde residía, como en Santiago.

Agregó que, en el año 2020, debido a una caída que sufrió, fue llevado de urgencia desde su residencia, en la comuna de Las Cabras, hasta un centro asistencial (FUSAT), donde fue operado. Sin embargo, su nuevo plan de salud no le cubrió los gastos de la operación, puesto que según la Isapre dicho plan cubría el 90% sólo en la Clínica Redsalud Mayor de Temuco, situación totalmente negligente, insólita y que no guarda relación con la ética, toda vez que en la reunión con la ejecutiva de la Isapre se le planteó la necesidad de un plan de salud que le protegiera de cualquier imprevisto en las regiones aledañas a su domicilio (Santiago y Rancagua), lo que se puede corroborar con su plan anterior, vigente desde el año 1999.

Por último, argumentó que las/los agentes de venta de las isapres tienen como función orientar y buscar los mejores servicios para los requirentes, sin embargo, la ejecutiva que lo atendió, a pesar de sus conocimientos y experticia, en lugar de guiarlo a una mejor solución de su problema, lo engañó al ofrecerle y hacerle suscribir un plan que no cumplía con sus requerimientos, lo que le parece totalmente contrario a la ética.

2.2.- La/el reclamante adjuntó a sus reclamos los siguientes antecedentes:

a) Copia de carta de la Isapre de 20 de noviembre de 2020, en la que se le informa que la cobertura que le fue otorgada es correcta, de acuerdo a lo estipulado en su plan de Salud "CLINICA REDSALUD MAYOR DE TEMUCO E DOBLE 90ST 219 código 3UMDE20219", que mantiene vigente desde el 1 de septiembre del 2019 y que contempla cobertura preferente para hospitalización de un 90% sin tope, en Clínica Universidad Mayor de Temuco en habitación doble, y para los prestadores no preferentes mencionados como libre elección una cobertura de un 100% con tope en Valor Arancel (VA).

b) Copia de plan de salud complementario 3UMDE20219 "CLINICA REDSALUD MAYOR DE TEMUCO E DOBLE 90ST 219", en que consta que el prestador hospitalario con cobertura preferente del 90% sin tope, correspondía a CLINICA REDSALUD MAYOR DE TEMUCO.

2.3.- A requerimiento de este Organismo de Control, la Isapre CRUZ BLANCA S.A. remitió, entre otros antecedentes, la siguiente documentación:

a) Copia de FUN de suscripción en papel de contrato de salud entre L. H. MIRANDA C. e Isapre CRUZ BLANCA S.A., de 21 de julio de 1999, en que se registra que su institución de salud anterior era el Fonasa; su fecha de nacimiento, junio de 1940 y su domicilio, la comuna de Las Cabras, Sexta Región.

b) Copia de dos FUN de modificación en papel del contrato de salud, de 16 de noviembre de 2016 (folios N° 350882028 y N°350882029), mediante los cuales la persona afiliada se cambió al plan 3MTDE20716 "RED METROPOLITANA ESPECIAL 2000", y en que consta que la persona cotizante aún registraba como domicilio, la comuna de Las Cabras, Sexta Región.

c) Copia de plan de salud 3MTDE20716 "RED METROPOLITANA ESPECIAL 2000", en que consta que los prestadores hospitalarios con cobertura preferente del 90% sin tope, correspondían a Clínica Dávila, Hospital del Profesor, Clínica Bicentenario, Clínica Avansalud y Hospital Clínico Universidad de Chile.

d) Copia de dos FUN de modificación electrónica del contrato de salud, de 11 de julio de 2019 (folios N° 351432243 y N° 351432244), mediante los cuales la persona afiliada se cambió al plan 3UMDE20219 "CLINICA REDSALUD MAYOR DE TEMUCO E DOBLE 90ST 219"; en que consta que la persona cotizante aún registraba como domicilio, la comuna de Las Cabras, Sexta Región, y en que se registra que la/el agente de ventas responsable de esta modificación fue P. E. CALQUÍN S.

2.4.- De conformidad con los antecedentes reseñados e independientemente de lo resuelto en el juicio arbitral al que dio origen el reclamo interpuesto por la persona afiliada en contra de la Isapre CRUZ BLANCA S.A., este Organismo de Control estimó que el hecho que en la modificación del contrato de salud de 11 de julio de 2019 se haya cambiado a la persona cotizante desde un plan de salud que contemplaba prestadores preferentes ubicados en la ciudad de Santiago, a 150 km de su domicilio, en la comuna de las Cabras, VI Región, a otro plan que contemplaba un solo prestador preferente ubicado a 600 km, en la ciudad de Temuco, daba cuenta de una grave falta de diligencia por parte de la agente de ventas que participó en dicha modificación contractual, y una entrega de información errónea a la persona afiliada en relación con las características del plan al que se estaba cambiando. En efecto, tal como señaló la/el cotizante en su reclamo, a las/los agentes de venta de las isapres, atendido su rol y función, les corresponde orientar adecuadamente a las personas cotizantes y ofrecerles los planes que mejor respondan a las necesidades, requerimientos y capacidad de pago de éstas. En este sentido, se estimó absurdo que la agente de ventas le haya ofrecido y haya obtenido que dicha persona suscribiera un plan de salud con un prestador preferente ubicado a 600 km de su domicilio.

2.5.- En consecuencia, sobre la base de los antecedentes señalados, se estimó procedente formular a la/al agente de ventas el(los) siguiente(s) cargo(s):

a) Falta de diligencia empleada en el proceso de modificación del contrato de salud previsual de L. H. MIRANDA C., incurriendo en lo establecido en el numeral 1.3 del punto III del Título IV del Capítulo VI del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, de esta Superintendencia.

b) Entrega de información errónea a la persona afiliada en relación con el contenido del nuevo plan de salud al que se cambió, con o sin verificación de perjuicio en el correcto otorgamiento de los beneficios del contrato, de conformidad con la letra b) del numeral 1.1 o letra a) del numeral 1.2, ambos del punto III del Título IV del Capítulo VI del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, de esta Superintendencia.

3. Que, mediante presentación efectuada con fecha 27 de marzo de 2024, la/el agente de ventas efectuó sus descargos, exponiendo, en primer lugar, que su desempeño en la Isapre fue superior y sobresaliente, y esto la llevó a asumir nuevos desafíos en Bupa Chile. Adjunta certificado emitido por su jefatura directa y mensaje enviado a esta jefatura por un afiliado que dejó constancia de la excelente atención que recibió de parte de la agente de ventas.

Cita el reclamo que interpuso la persona cotizante y destaca que ésta, consciente que iba a aumentar el precio de su plan de salud, solicitó evaluar su situación para evitar dicha alza.

Se refiere al contrato de salud que suscribió la persona afiliada en 1999 y a los movimientos contractuales que experimentó éste.

Destaca que desde el año 2016 la persona cotizante contaba con un plan cuyos prestadores preferentes se encontraban en la Región Metropolitana, de modo que teniendo residencia en la Cabras, Sexta Región, las prestaciones que utilizaría serían principalmente las de libre elección.

Adjunta anexo en el que compara los topes de libre elección entre el plan con el que contaba la persona afiliada desde 2016 y el nuevo plan al que quedó adscrita a partir del año 2019, aseverando que, en términos generales, éste presenta coberturas y topes mayores que aquél.

Adicionalmente, sostiene que el precio pactado disminuyó con el nuevo plan en 0,92 UF mensual, lo que significó un ahorro anual de 11,04 UF.

Agrega que en la asesoría personalizada que se efectuó, se hizo notar *"qué plan podría ser utilizado a nivel de libre elección, ya que el objetivo principal era disminuir precio y evitar el alza de su plan de salud por proceso de adecuación "* (sic).

Luego se refiere a las etapas de formalización de la modificación del contrato de salud acordada.

Por tanto, rechaza en todas sus partes la reclamación efectuada por la persona afiliada y solicita se acojan sus descargos, y se dejen sin efecto los cargos que se le imputan.

4. Que, en relación con los descargos del agente de ventas cabe señalar, en primer lugar, que efectivamente la persona cotizante en su reclamo indica que el motivo que tuvo para concurrir a las oficinas de la Isapre ubicadas en la ciudad de Rancagua, fue el hecho que *"el día 30 de abril del año 2019 se me informó a través de una carta certificada una adecuación de mi plan de salud de forma unilateral en donde el plan iba a subir considerablemente de precio (...)"*, y, en este sentido, efectivamente el plan que le sugirió la agente de ventas a la persona afiliada, suscrito el 11 de julio de 2019, contemplaba una cotización total pactada de 9,036 UF, inferior a la del anterior plan, suscrito el 16 de noviembre de 2016, cuya cotización total pactada ascendía originalmente a 9,956 UF y que en julio de 2017 había aumentado a 10,826 UF, y en julio de 2018, a 11,786 UF, pero que en virtud de un recurso de protección quedó en 10,826 UF.

5. Que, asimismo, es efectivo lo señalado por la agente de ventas en orden a que el anterior plan, suscrito el 16 de noviembre de 2016, sólo contemplaba prestadores hospitalarios preferentes en la Región Metropolitana (Clínica Dávila, Hospital del Profesor, Clínica Bicentenario, Clínica Avansalud y Hospital Clínico Universidad de Chile), y no en la Sexta Región.

6. Que, además, revisados los planes, se constata que efectivamente, en general, los porcentajes de bonificación y topes para la modalidad "libre elección", respecto de las prestaciones hospitalarias y ambulatorias, son mejores o más favorables en el nuevo plan que en el anterior.

7. Que, así las cosas, parece razonable lo expuesto por la agente de ventas, en el sentido que el plan que propuso a la persona cotizante, respondía a la necesidad de evitar el efecto de la adecuación de precios, al disminuir la cotización total a pagar y, además, mejoraba la cobertura en relación con la modalidad "libre elección".

8. Que, sin embargo, aparte de los dichos de la agente de ventas, no existe ningún antecedente o evidencia que indique que la persona cotizante optó por el nuevo plan propuesto en consideración a que mejoraba su cobertura "libre elección", sin importar que ya no tendría cobertura preferente en prestadores de la Región Metropolitana.

9. Que, por el contrario, en su reclamo, la persona afiliada sostiene que la ejecutiva que lo atendió en la sucursal de Rancagua *"(...) me ofreció un plan de salud diferente al que tenía, mencionando que este era un mejor plan que cubriría con todas mis necesidades y que este plan cubriría mis emergencias y cirugías tanto en la región de OHiggins donde resido y Santiago como opción ya que debido a mi edad suscribir otro tipo de plan de salud que cubriera en un lugar diferente sería rechazado rotundamente por mi persona, según mi permanencia histórica en este servicio de salud que data desde hace 20 años atrás ningún plan de salud ha sido establecido en una región diferente a las que mencione anteriormente "* (sic).

10. Que, si bien la persona reclamante incurre en un error en su reclamo, puesto que el plan que tenía desde noviembre de 2016 no contemplaba prestadores preferentes en la

Sexta Región, sino que sólo en la Región Metropolitana, es razonable lo afirmado por ella en orden a que no iba a aceptar un plan que contemplara un prestador preferente en una región más lejana que ésta.

11. Que, por consiguiente, es posible concluir que no existió mala fe de parte de la agente de ventas, puesto que desde el punto de vista de que era probable que en una urgencia la persona cotizante fuese trasladada a Rancagua y no a Santiago, como ocurrió en este caso, parecía más razonable mejorar la cobertura "libre elección", en lugar de mantener una cobertura preferente en prestadores de Santiago a un mayor precio.

12. Que, con todo, no está acreditado que ese haya sido el motivo por el cual la persona cotizante aceptó el referido plan y, tal como se indicó en el considerando décimo, parece lógico y consistente lo expuesto por la persona afiliada en su reclamo en orden a que no iba a aceptar un plan que contemplara un prestador preferente que no fuera de la Región Metropolitana o de la Sexta Región, por lo que no cabe sino concluir que a lo menos hubo una falta de diligencia por parte de la agente de ventas en la entrega de información a la persona afiliada en orden a que el nuevo plan sólo disminuía el precio y mejoraba la cobertura "libre elección", pero excluía cobertura preferente en prestadores de la Región Metropolitana o de la Sexta Región.

13. Que, por último, se hace presente que, si bien el anterior plan tampoco contemplaba prestadores preferentes en las Sexta Región, la agente de ventas no explica el motivo por el cuál no evaluó un plan de salud con prestadores preferentes en Rancagua, o en el evento que los haya evaluado, por qué los desestimó, habida consideración que, por ejemplo, en Rancagua existe el centro médico Integramédica, perteneciente al grupo Bupa, o una Clínica de Redsalud, red de prestadores que tiene convenios con la Isapre Cruz Blanca S.A.

14. Que, en consecuencia, por las razones expuestas precedentemente y de conformidad con el inciso 4° del artículo 177 del DFL N° 1, de 2005, de Salud y lo dispuesto en el punto III del Título IV del Capítulo VI del Compendio de Normas Administrativas en materia de Procedimientos de esta Superintendencia, se estima que la sanción que ameritan las situaciones acreditadas en el procedimiento sancionatorio es una CENSURA.

15. Que, en virtud de lo expuesto precedentemente y en uso de las atribuciones que me confiere la Ley,

RESUELVO:

1. Imponer a la/al agente de ventas Sra./Sr. PERSIDA ELENA CALQUÍN SILVA, RUN N° [REDACTED], la sanción de CENSURA.

2. Se hace presente que en contra de esta resolución procede el recurso de reposición, y en subsidio, el recurso jerárquico, ambos previstos en los artículos 15 y 59 de la Ley N° 19.880, los que deben interponerse en un plazo de 5 días hábiles contado desde la notificación de la presente resolución.

Estos recursos deben efectuarse por escrito, con letra clara y legible, e idealmente en formato impreso, dirigidos a la Jefatura del Subdepartamento de Sanciones y Registro de Agente de Ventas, haciéndose referencia en el encabezado al Número y Fecha de la presente resolución exenta, y al número del proceso sancionatorio (A-66-2023), y presentarse en original en la oficina de partes de esta Superintendencia (Alameda Bernardo O'Higgins N° 1449, Torre 2, Local 12, comuna de Santiago), o en la Agencia Regional correspondiente a su domicilio.

Sin perjuicio de lo anterior, se ha habilitado de forma excepcional el correo electrónico oficinadepartes@superdesalud.gob.cl, para efectos de la entrega o envío de documentación.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE,



OSVALDO VARAS SCHUDA
Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de

Salud

LLB/EPL

Distribución:

- Sra./Sr. P. E. CALQUÍN S.
- Sra./Sr. L. H. MIRANDA C. (a título informativo)
- Sra./Sr. Gerente General Isapre CRUZ BLANCA S.A. (a título informativo)
- Subdepartamento de Sanciones y Registro de Agente de Ventas
- Oficina de Partes

A-66-2023