

RESOLUCIÓN EXENTA IF/N° 7905

Santiago, 30-05-2024

VISTO:

Lo dispuesto en los artículos 107, 110, 112, 114, 127, 220 y demás pertinentes del DFL N° 1, de 2005, de Salud; el artículo 11 "Modalidades de pago de las atenciones médicas", de las "Condiciones Generales del Contrato de Salud Previsional", previstas en el Título II del Capítulo I del Compendio de Instrumentos Contractuales de esta Superintendencia; ; 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, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón, y

CONSIDERANDO:

1. Que es función de esta Superintendencia velar porque las Instituciones de Salud Previsional cumplan las leyes e instrucciones que las rigen.

2. Que, en ejercicio de dicha facultad, este Organismo de Control fiscalizó a la Isapre CRUZ BLANCA S.A., durante el mes de agosto de 2022, con el objeto de examinar el proceso de otorgamiento de beneficios y, específicamente, verificar el procedimiento de tramitación y pago de los Programas de Atención Médica (PAM).

3. Que, para tal efecto, se examinó una muestra de 40 casos (extraída de universo de 55.685 PAM tramitados entre los meses de enero y abril de 2022), conformada por 15 PAM informados como autorizados, 15 como devueltos y 10 como anulados.

4. Que, del examen efectuado y sólo considerando el tiempo que los PAM estuvieron en poder de la Isapre, se pudo constatar lo siguiente:

a) Tratándose de los PAM "autorizados", en 11 casos el otorgamiento de la cobertura se efectuó fuera del plazo de 60 días corridos, habiendo transcurrido desde su primer ingreso entre 90 y 310 días de tramitación en la Isapre. En todos estos casos, la Isapre asignó un nuevo folio de PAM a un mismo evento hospitalario, cada vez que el PAM reingresó a la Isapre luego que ésta lo devolvió al prestador para que aportara antecedentes que la Isapre le solicitaba.

b) En cuanto a los PAM informados como "devueltos": i) En 8 casos se les otorgó cobertura, pero fuera de plazo, habiendo transcurrido entre 77 y 258 días de tramitación en la Isapre desde su primer ingreso, y ii) En 7 casos estaba pendiente la bonificación al término de la revisión (25 de agosto de 2022), llevando a la sazón entre 42 y 181 días de tramitación en la Isapre desde su primer ingreso.

c) Con respecto a los PAM informados como "nulos", en 9 casos existía PAM de reemplazo: i) En 7 casos se les otorgó cobertura entre 68 y 182 días corridos desde su primer ingreso, y ii) En 2 casos estaba pendiente la bonificación al término de la fiscalización, llevando a esa fecha 219 y 213 días de tramitación en la Isapre desde su primer ingreso, respectivamente.

5. Que, en virtud de lo anterior y mediante el Oficio Ord. IF/N° 43.965, de 15 de noviembre de 2022, se instruyó a la Isapre que corrigiera las prácticas observadas, se abstuviera de asignar un nuevo número PAM a un mismo evento médico, implementara medidas que aseguraran que todas las gestiones del proceso de resolución y pago de PAM se ejecutaran dentro de los plazos y condiciones establecidas en la normativa, y procediera a la bonificación de los PAM pendientes de pago. Además, se formuló el siguiente cargo a la Isapre:

"Incumplimiento de la obligación establecida en el Capítulo I, Título II, del Compendio de Instrumentos Contractuales, "Condiciones Generales del Contrato de Salud", en su artículo 11 "Modalidades de pago de las atenciones médicas", letra c) que establece que tratándose de programas médicos la cobertura requerida deberá ser otorgada dentro del plazo máximo de 60 días corridos, contado desde la presentación del PAM".

6. Que, a través de presentación de 22 de noviembre de 2022 la Isapre interpuso recurso de reposición con jerárquico en subsidio en contra del Oficio Ord. IF/N° 43.965, de 15 de noviembre de 2022, solicitando que éste fuese dejado sin efecto y exponiendo, entre otras argumentaciones, que lo instruido traería como consecuencia un grave desequilibrio en la relación con los prestadores, puesto que la Isapre quedaría sometida a la decisión de éstos, dado que debería liquidar y cancelar las cuentas dentro del plazo de 60 días, sea cual sea su contenido, con grave perjuicio, no solo para la Isapre, sino que también para las personas afiliadas. Agregó que este criterio asumía que los prestadores al ingresar un PAM lo hacían correctamente y que, por tanto, la Isapre debía liquidar y pagar dentro del plazo máximo de 60 días contados desde el primer ingreso. Sin embargo, sostuvo que ello no era así, puesto que de no contar con la cuenta presentada con aranceles acordes al convenio y con los respaldos de pertinencia, no era posible asegurar la correcta bonificación, el correcto copago y la contención de costos por parte de la Isapre y, por tanto, el plazo de 60 días necesariamente debía contabilizarse desde el último envío correcto de la cuenta o PAM.

7. Que, los referidos recursos de reposición y jerárquico fueron rechazados por la Res. Ex. IF/N° 39, de 2 de febrero de 2023 y Res. Ex. SS/N° 189, de 9 de febrero de 2023, respectivamente. Sin embargo, con fecha 2 de marzo de 2023 la Isapre interpuso reclamación de ilegalidad en contra de las Res. Ex. SS/N° 189 ante la Corte de Apelaciones de Santiago, en virtud del artículo 113 del DFL N° 1, de 2005, de Salud. Esta reclamación finalmente fue rechazada por la Corte de Apelaciones a través de sentencia de 7 de marzo de 2024, y este fallo fue confirmado por la Corte Suprema mediante sentencia de 9 de abril de 2024.

8. Que, por otro lado paralelamente, mediante presentación de 29 de noviembre de 2022 la Isapre formuló descargos respecto del cargo formulado en su contra en el Oficio Ord. IF/N° 43.965, de 15 de noviembre de 2022, argumentando, en primer lugar, que el criterio asumido en el oficio de cargos suponía la obligación de la Isapre de liquidar y pagar los PAM dentro del plazo máximo de 60 días corridos contados desde la fecha de su presentación inicial, presumiendo que los prestadores los ingresaban correctamente y que, por tanto, la Isapre, desde ese momento, estaba en situación de liquidarlos y pagarlos dentro de plazo.

Agregó que tal criterio tenía como consecuencia un grave desequilibrio en la relación con los prestadores, puesto que la Isapre quedaría sometida a la decisión de éstos, dado que debería liquidar y cancelar las cuentas dentro del plazo de 60 días, sea cual sea su contenido, con grave perjuicio, no solo para la Isapre, sino que también para las personas afiliadas.

Además, adujo que tal criterio era nuevo y desconocido, toda vez que hasta la emisión del Oficio Ord. IF/N° 43.965, la contabilización del plazo para liquidar y pagar los PAM, empezaba a correr desde la fecha de ingreso correcto del PAM.

En efecto, aseveró que de no contar con la cuenta presentada con los aranceles de acuerdo a convenio y con los respaldos de pertinencia, no era posible asegurar la correcta bonificación, el correcto copago y la contención de costos por parte de la Isapre y, por tanto, el plazo de 60 días necesariamente debía contabilizarse desde el último envío correcto de la cuenta o PAM, como vendía ocurriendo hasta el 15 de noviembre de 2022, momento en que esta Intendencia habría cambiado ese criterio, sin dar fundamento alguno.

Explicó las mejoras que habría implementado a contar de noviembre de 2021 al seguimiento y control del plazo de liquidación de los PAM, que permitirían a los prestadores tener conocimiento en línea sobre la evolución del PAM y las razones fundantes que motivasen su devolución, para su pronta corrección por parte de éstos, por lo que sostuvo que en caso alguno las devoluciones han sido arbitrarias e infundadas, y aseveró que los mayores tiempos de liquidación son siempre atribuibles a cuentas que ingresaron en papel, cuyo tratamiento es más engorroso porque importan aplicar procedimientos manuales, pero que en todo caso han sido liquidadas y pagadas dentro del plazo de 60 días corridos desde la fecha de presentación correcta a la Isapre.

En cuanto a la situación específica de los 35 casos observados en el oficio de cargos (11 PAM autorizados, 8 PAM devueltos bonificados, 7 PAM devueltos no bonificados y 9 PAM nulos), incluyó en sus descargos tablas o cuadros con la información de las observaciones efectuadas por la Isapre a los PAM ingresados, el monto inicial cobrado, el monto final y las diferencias que se habrían producido como consecuencia de dichas observaciones. Sólo respecto de casos de PAM devueltos no bonificados la Isapre aseveró que 3 se encontraban dentro de plazo (casos 19, 27 y 30), y que uno (caso 25) no correspondía bonificación porque se determinó que la prestación era estética. En resumen, concluyó que los procedimientos y observaciones de la Isapre eran pertinentes y razonables.

Luego, se refirió a los motivos de devolución en primera y segunda validación, y argumentó

que el cambio de criterio de esta Intendencia generaría un incentivo perverso al correcto cobro y bonificación de las cuentas médicas, puesto que los prestadores no tendrían ningún incentivo para corregir las observaciones de la Isapre, al estar ésta obligada a pagar dentro de 60 días lo que haya sido presentado por el prestador, generando un perjuicio directo a las personas afiliadas y también a la Isapre.

Por otra parte, alegó que los cargos contravendrían lo dispuesto en el artículo 189 letra h) inciso 4° del DFL N° 1, de 2005, de Salud, que dispone: "*Cada vez que un afiliado o beneficiario solicite a una Institución de Salud Previsional un beneficio cualquiera en virtud de un contrato de salud, se entenderá que la faculta para requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de tal beneficio*".

Argumentó que dicha norma no podía entenderse únicamente referida al diagnóstico específico, sino a toda la información asociada al cobro por la prestación concreta, de modo que la Isapre tuviese la certeza que el cobro estaba correcto y que el copago que de éste resultara para la persona afiliada era el que efectivamente correspondía.

Por otro lado, adujo que estas cuentas incidían en los índices que esta Superintendencia debe calcular conforme a lo dispuesto en el Ley N° 21.350 para determinar la variación de los costos de las isapres, por lo que resultaba particularmente grave que esta Intendencia interpretara en perjuicio de las personas afiliadas el artículo 11 letra c) de las Condiciones Generales del Contrato de Salud, en orden a que la Isapre debía liquidar y pagar los PAM dentro del plazo de 60 días corridos desde que el prestador efectuó el primer ingreso de la cuenta, toda vez que ello no sólo importaba mayores copagos para la persona afiliada e impedía la contención de costos por parte de la Isapre, sino que redundaba, eventualmente, en una mayor alza de los precios bases de los planes de salud.

Por último, señaló que los mayores tiempos que importaban la liquidación y pago a los prestadores se debían a causas imputables a éstos.

Además, de conformidad con el artículo 41 de la Ley N° 19.880, solicitó la apertura de un período de prueba para aportar antecedentes que demostraran los menores copagos y la contención de costos efectuada por la Isapre.

En mérito de lo expuesto, solicitó tener por formulados sus descargos, que éstos sean acogidos y que la Isapre sea absuelta del cargo que se le imputa o, en subsidio, que sólo se le imponga una amonestación.

9. Que, habiéndose accedido a la apertura de un término probatorio, pero sólo para los efectos de la rendición de documental que comprobara las fechas de reingreso de los PAM de remplazo emitidos en cinco casos, la Isapre mediante presentación de 23 de octubre de 2023 adjuntó un anexo con el detalle de los casos y documentación de respaldo.

10. Que, se hace presente que dado que la reclamación de ilegalidad interpuesta por la Isapre ante la Corte de Apelaciones de Santiago con fecha 2 de marzo de 2023, impugnaba el criterio de contabilización del plazo para la liquidación y pago de los PAM en que se fundaban las instrucciones y el cargo formulado en el Oficio Ord. IF/N° 43.965, de 15 de noviembre de 2022, fue necesario esperar que recayera sentencia judicial ejecutoriada respecto de dicha cuestión, antes de dictar la presente resolución.

11. Que, en lo que atañe a los descargos efectuados por la Isapre, en primer lugar, cabe señalar que no es efectivo que haya existido un cambio de criterio o interpretación por parte de esta Intendencia, en cuanto al momento a contar del cual se cuenta el plazo de 60 días corridos para otorgar cobertura a los PAM.

12. Que, en efecto, a modo de ejemplo, en el Oficio Ord. IF/N° 3290, de 23 de mayo de 2016, que impartió instrucciones y formuló cargos a la Isapre CRUZ BLANCA S.A., en relación a la fiscalización que se efectuó en regiones entre el 25 de abril y 9 de mayo de 2016, se dejó constancia que en un caso observado en la sucursal de Puerto Montt, N° SPM 5014671, que registraba fecha de recepción de la solicitud el 5 de enero de 2016 y fecha de liquidación o pago el 7 de abril de 2016, la Isapre informó por correo electrónico que el PAM 5014671 había sido devuelto por cobros de valores erróneos, siendo reingresado corregido con el PAM 5090463 el 25 de febrero de 2016 y liquidado el 7 de abril. Sin embargo, en el mismo oficio este Organismo de Control precisó que de acuerdo con la historia resolutive del PAM 5014671, éste había sido devuelto el 18 de febrero de 2016, luego de transcurridos 44 días desde la fecha de su recepción, liquidándose en definitiva fuera de plazo. Por tanto, queda claro que el criterio o interpretación de esta Intendencia era que el plazo se contaba desde el primer ingreso de la cuenta o PAM, y no desde que éste fue reingresado con las correcciones requeridas.

13. Que, en cuanto a los fundamentos expuestos por la Isapre para defender su criterio o interpretación de que el plazo de 60 días para el otorgamiento de cobertura a los PAM debe contabilizarse desde el último envío correcto de la cuenta o PAM, se hace presente que, tal como expresó la Corte de Apelaciones de Santiago en el considerando noveno de la sentencia de 7 de marzo de 2024, dictada en el rol contencioso administrativo 139-2023, la norma administrativa en cuestión, esto es, la letra c) del artículo 11 de las Condiciones Generales del Contrato de Salud", en el párrafo que alude a la isapre (*"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"*), parte con la expresión *"En todo caso (...)"* por lo que resulta palmario que la isapre se encuentra obligada a otorgar la cobertura en un plazo máximo de 60 días contados desde la presentación del PAM, no siendo posible hacer distinciones como los que plantea la Isapre CRUZ BLANCA S.A., ni entenderse que el plazo máximo de 60 días pueda contabilizarse desde la fecha en que, según esta Isapre, ya se hubieran subsanado los errores u observaciones que ésta tenga respecto del PAM, puesto que aquello dejaría entregado a la Isapre el inicio del cómputo, pudiendo ocurrir incluso que pasare mucho tiempo en que la Isapre comience la revisión, cuestión que no puede aceptarse pues de esta forma el plazo quedaría sujeto a su propio arbitrio.

14. Que, a mayor abundamiento, tal como señala la misma Corte en el referido considerando, fue esta misma Superintendencia la que dictó la referida norma, conforme a las facultades que le confiere el DFL N° 1, de 2005, de Salud, en su artículo 110 N° 2, en orden a *"interpretar administrativamente en materias de su competencia, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen a las personas o entidades fiscalizadas; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento"*, de manera que no cabe un criterio o interpretación diferente al sostenido por este Organismo de Control, salvo que se modificara expresamente dicha normativa en los términos planteados por la Isapre.

15. Que, en cuanto a la situación específica de los 35 casos observados en el oficio de cargos, analizados nuevamente los antecedentes, así como la documentación aportada por la Isapre en el término probatorio, se estima procedente excluir de reproche los siguientes casos de PAM devueltos no bonificados:

a) Caso 19, PAM 27480017, ingresó el 10-03-2022 y fue devuelto el 02-05-2022, acumulando 53 días. Luego reingresó el 16-11-2022 y fue liquidado el 21-11-2022, 5 días después. Por tanto, sólo completó 58 días.

b) Caso 25, PAM 21697532, si bien llevaba 140 días acumulados, fue rechazado en definitiva por tratarse de prestación estética.

c) Caso 30, PAM 2657439, llevaba sólo 42 días acumulados, fue devuelto por diferencia de arancel y no registraba reingreso por parte del prestador con la cuenta corregida.

16. Que, asimismo, procedente excluir de reproche los siguientes casos de PAM anulados observados:

a) Caso 41, PAM 22053933, el original fue anulado porque el afiliado había enterado el copago en el prestador y se emitió nuevo PAM por el monto de cobertura al prestador.

b) Caso 44, PAM 20386351, devuelto por disconformidad de arancel y no reingresado por el prestador.

c) Caso 45, PAM 21237409, anulado al día 46 de tramitación y luego del reingreso se liquidó al día siguiente, dentro del plazo de 60 días.

d) Caso 46, PAM 25944377, anulado al día 30 de tramitación y luego del reingreso se liquidó al día siguiente, dentro del plazo de 60 días.

17. Que, por el contrario, en cuanto al caso 27, uno de los 3 casos de PAM devueltos no bonificados respecto de los cuales la Isapre alegó que se encontraban dentro de plazo, lo cierto es que ingresó el 22-03-2022 y fue devuelto el 13-05-2022, acumulando 52 días. Luego reingresó el 06-06-2022 y fue liquidado el 25-07-2022, 49 días después. Por tanto, se excedió el plazo máximo de 60 días.

18. Que, en relación con las mejoras que habría implementado la Isapre a contar de noviembre de 2021, cabe señalar que se enmarcan dentro de la obligación permanente que tienen las isapres de adoptar medidas y controles que les permitan ajustarse a la normativa e instrucciones impartidas por esta Superintendencia, y, por tanto, no alteran la responsabilidad de la Isapre respecto de las faltas reprochadas.

19. Que, en consecuencia, por las razones expuestas precedentemente, se concluye que los argumentos y antecedentes aportados por la Isapre no permiten eximir la responsabilidad respecto de las infracciones constatadas, salvo respecto de los 7 casos aludidos en los considerandos décimo quinto y décimo sexto.

20. Que, el inciso 1° del artículo 220 del DFL N°1, de 2005, de Salud, dispone que: *"El incumplimiento por parte de las Instituciones de las obligaciones que les impone la Ley, instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes que pronuncie la Superintendencia, será sancionado por esta con amonestaciones o multas a beneficio fiscal, sin perjuicio de la cancelación del registro, si procediere"*.

Además, el inciso 2° del mismo artículo precisa que: *"Las multas a que se refiere el inciso anterior, no podrán exceder de mil unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado"*.

21. Que, por tanto, en virtud de los preceptos legales y normativa citada, y teniendo presente la gravedad y naturaleza de las infracciones acreditadas, así como el hecho que los 28 casos de incumplimientos establecidos representan el 70% de la muestra examinada, pero considerando los eventuales errores en los cobros efectuados por los prestadores y demás circunstancias no imputables a la Isapre que pudieron dificultar o ralentizar la liquidación de los PAM (situaciones que en todo caso no eximían a la Isapre de su obligación de dar cumplimiento al plazo previsto para el otorgamiento de las coberturas), esta Autoridad estima que la sanción que procede imponerle es una multa de 500 UF.

22. Que, en virtud de lo señalado precedentemente y en uso de las atribuciones que me confiere la ley,

RESUELVO:

1. Imponer a la Isapre CRUZ BLANCA S.A. una multa de 500 UF (quinientas unidades de fomento) por incumplimiento del artículo 11° de las "Condiciones Generales del Contrato de Salud Previsional", en lo que respecta al plazo para el otorgamiento de cobertura a los programas de atención médica.

2. Se hace presente que el pago de la multa deberá efectuarse en el plazo de 30 días hábiles contados desde la notificación de la presente resolución, o de la resolución que recaiga en los eventuales recursos que se deduzcan en contra de aquella, a través del sitio web de la Tesorería General de la República (www.tgr.cl), sección "Pago de Impuestos Fiscales y Aduaneros", Formulario de Pago 107, el que estará disponible a partir del vigésimo día hábil, desde practicada la respectiva notificación.

En caso que se requiera efectuar el pago de la multa con anterioridad a la referida fecha, se solicita informar de dicha situación al siguiente correo gduran@superdesalud.gob.cl.

El valor de la unidad de fomento será el que corresponda a la fecha del día del pago.

El comprobante de pago correspondiente deberá ser enviado a la casilla electrónica acreditapagomultaIF@superdesalud.gob.cl para su visado y control, dentro del plazo de 3 días hábiles de efectuado el pago.

3. Se hace presente que en contra de esta resolución procede el recurso de reposición que confiere el artículo 113 del DFL N°1, de 2005, de Salud, y en subsidio, el recurso jerárquico previsto en los artículos 15 y 59 de la Ley N° 19.880, los que deben interponerse en un plazo de cinco días hábiles contado desde la notificación de la presente resolución.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE,



OSVALDO VARAS SCHUDA
Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de
Salud

SAQ/LLB/EPL

Distribución:

- Sra./Sr. Gerente General Isapre CRUZ BLANCA S.A.
 - Subdepartamento Fiscalización de Beneficios
 - Subdepartamento de Sanciones y Registro Agente de Ventas
 - Oficina de Partes
- I-21-2022