

C.A. de Santiago

Santiago, siete de marzo de dos mil veinticuatro.

Al folio 41: téngase presente.

Vistos y teniendo presente:

Primero: Que con fecha 2 de marzo de 2023 comparece Rodrigo Llano Moraga, ingeniero comercial, en representación de Isapre Cruz Blanca S.A., e interpone recurso de reclamación en virtud del artículo 113 del D.F.L. N° 1 del año 2005, del Ministerio de Salud, en contra de la Resolución Exenta N° SS/N° 189, dictada por el superintendente de salud, don Víctor Torres Jeldes, de 9 febrero de 2023, y notificada esa misma fecha.

Expone que la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud fiscalizó a la Isapre entre los días 22 y 25 de agosto de 2022, con el propósito de examinar el proceso de otorgamiento de los beneficios, específicamente verificar el procedimiento de tramitación y pago de los Programas de Atención Médica (PAM), en virtud de la normativa que regula la materia. Mediante el ORD. IF/N° 43965 de fecha 15 de noviembre de 2022, dictado por la señora Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud (S), impartieron instrucciones y se formularon cargos a la Isapre. Continúa señalando que la Isapre, respecto de las instrucciones impartidas, en ejercicio del derecho que la ley le concede, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 10 de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de Administración del Estado, y en el Artículo 113 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud y la Ley 19.880; dedujo recurso de reposición para ante el Señor Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, con recurso jerárquico, en subsidio, para ante el Superintendente de Salud, pues considera que tales instrucciones



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: QZKYXMWBTXE

han sido impartidas sobre la base de un criterio errado que se encuentra implícito en las instrucciones en cuestión. Finalmente indica que mediante Resolución Exenta IF/N°39 de fecha 2 de febrero de 2023 de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud se rechazó el recurso de reposición. Por su parte, el señor Superintendente de Salud, don Víctor Torres Jeldes, resolvió el recurso jerárquico rechazándolo mediante Resolución Exenta SS/N° 189, de fecha 9 de febrero de 2023, notificada a la Isapre con esa misma fecha.

Señala que los fundamentos para el rechazo de los recursos interpuestos en sede administrativa, según Resolución Exenta 39 de 2 de febrero de 2023, consistieron en que la Isapre vulneró el artículo 11 letra C) del capítulo I, Título II, del Compendio de Instrumentos Contractuales, según el cual en aquellos casos en que el prestador no entregue directamente el Programa de Atención Médica a la Isapre para su tramitación, el afiliado o beneficiario deberá presentar a ésta el Programa de Atención Médica dentro del plazo de (la isapre debe fijar un plazo igual o superior a 60 días) días corridos, contado desde la emisión del PAM o desde la facturación de las prestaciones, según sea el caso; norma que es interpretada por la autoridad en concordancia con la finalidad de las modalidades de pago de las atenciones médicas con que operará la isapre, las que se constituyen para que el afiliado y los beneficiarios puedan acceder y pagar las prestaciones y beneficios de salud, tanto hospitalarios como ambulatorios. En todo caso, la isapre deberá otorgar la cobertura requerida dentro del plazo que debe fijar un plazo igual o inferior a 60 días corridos, contado desde la presentación del PAM. Si bien la Isapre cumple con establecer ese plazo, realiza una errada



interpretación del mismo, en el sentido que dicho plazo debe contabilizarse desde el último envío correcto de la cuenta o PAM por el Prestador. Esta interpretación no es la que se encuentra recogida en el Oficio Ord. IF/N° 43.965, que recogió los hallazgos de la fiscalización practicada, por cuanto, como se observa en el desglose de los casos identificados en dicho informe, 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.

A su vez, expone que el fundamento de la resolución que en esta causa se reclama, Resolución Exenta SS/ N° 189, se resume en estimar que los fundamentos expuestos previamente son compartidos por el superintendente de salud, sin que existan argumentos que pudieran revertir lo ya decidido.

Expone el contenido del artículo 11 de las Condiciones Generales del Contrato de Salud Previsional, para luego desarrollar los vicios en que estima que incurre la resolución reclamada.

Sostiene que en los casos en que ha sido el afiliado o beneficiario, y no el prestador, quien ha ingresado el Programa de Atención Médica a la Isapre, opera el plazo de 60 días para la liquidación y pago de los beneficios. En cambio, en los casos que fueron fiscalizados por la recurrida, en que son los prestadores quienes presentaron los programas de atención médica, se genera un grave desequilibrio en la relación con los prestadores, donde la Isapre queda sometida a la decisión de éstos, ya que deberá liquidar y cancelar las cuentas



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: QZKYXMWBTXE

dentro del plazo de 60 días, sea cual sea su contenido, con grave perjuicio, no solo para la Isapre, sino que también para los afiliados.

Alega que el criterio establecido por la instrucción asume que los prestadores al ingresar un PAM lo hacen correctamente y, por lo tanto, la Isapre debe liquidar y pagar en el plazo de 60 días contados desde el primer ingreso de la cuenta. Sin embargo ello no es así, ya que de no contar con la cuenta presentada con los aranceles de acuerdo a convenio y con los respaldos de pertinencia, no es posible asegurar la correcta bonificación y asegurar el correcto copago de sus afiliados y la contención de costos por parte de la Isapre; por lo tanto el plazo normativo de 60 días, necesariamente debe contabilizarse desde el último envío correcto de la cuenta o PAM. Añade que la Isapre ha invertido en sistemas para el correcto análisis, liquidación y pago de estos programas médicos. Los análisis de los principales motivos de devolución en la 1° validación son: Convenios incorrectos según plan, 25% de los casos; precio cobrado no corresponde, 21% de los casos; prestación no informada previamente, 20% de los casos; error en la selección de régimen, 8% de los casos; código de la prestación erróneo, 8% de los casos; prestación no vigente, 5% de los casos; otros, 14% de los casos. En tanto, en la 2° validación, los principales motivos de devolución son: error de cobro arancel no convenido, 28% de los casos; respaldar y justificar cobros, 24% de los casos; falta adjuntar antecedentes mínimos, 19% de los casos; Hotelaría/ Hospitalización/ HQM separado, 10% de los casos y, error en cobro (cartera, Ges, Caec) 7% de los casos.

Se queja de que en ese contexto aplicar el criterio establecido por la Superintendencia de Salud genera un incentivo perverso al



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: QZKYXMWBTXE

correcto cobro y posterior bonificación de cuentas médicas, lo que, finalmente, terminará siendo asumido por los afiliados. En efecto, de un análisis parcial y de una muestra particular de cuentas de la Isapre, se pudo constatar que ya en el año 2021 hubo cobros improcedentes por aproximadamente \$542.913.425., cantidad que la Isapre no pagó producto de los PAM corregidos y, al mes de octubre de 2022, dichos cobros improcedentes ascienden aproximadamente a \$1.021.722.193.-. Además, alega que resulta impracticable poder dar cumplimiento a la instrucción, en el sentido de asignar un mismo número de SPM a cada “evento hospitalario”. Los ejemplos son varios, desde que no existe un criterio único para definir que es “un mismo evento hospitalario”. Ciertamente hay definición de los que es “evento hospitalario” como lo indica la resolución recurrida. Pero esa definición no permite controlar todo como un solo evento, ya que como se señaló, una cuenta puede ingresar con unas fechas de inicio y término de hospitalización, devolverse y reingresar con otras. Además, están las cuentas separadas, como el caso de las cuentas de partos separadas entre madre e hijo. También están las cuentas de alto monto que se reingresan como parcelaciones. Hay Prestadores completos que separan los HMQ como ASOMEDUC de la hospitalización. Ingresan como dos cuentas distintas, pero son un mismo evento hospitalario y nada garantiza que ambos “prestadores” ingresen los mismos datos y al mismo tiempo. La Isapre no tiene como garantizar que un prestador (o grupo de prestadores) les envíen todas las “partes de un mismo evento hospitalario” (HMQ, Clínica, Biopsias, traslados, etc.) en un mismo momento, en consecuencia, no se puede definir el momento del término de cobros de “un mismo evento hospitalario”. Todo esto hace imposible cumplir con lo



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: QZKYXMWBTXE

instruido en este sentido, porque el efecto, práctico de lo instruido, es que el primer ingreso fijará la fecha para el inicio del cómputo de los 60 días para la liquidación y pago de todas las cuentas relacionadas con el “evento hospitalario”, siendo que los prestadores parcelan sus cuentas y las ingresan en distintas fechas, y no pocas veces, de forma incorrecta como se ha hecho ver.

Como segundo vicio de la resolución reclamada, plantea que las instrucciones impartidas contravienen lo dispuesto en el artículo 189 letra h) inciso 4° del DFL N° 1 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 facultad 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.” Señala que esta norma no puede entenderse únicamente referida al diagnóstico específico, sino que a toda la información asociada al cobro por la prestación concreta, de modo que la Isapre tenga la certeza de que el cobro está correcto y que el copago que de éste resulte para el afiliado es el que efectivamente corresponde.

Como tercer vicio de la resolución reclamada, indica que las cuentas inciden en los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas 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 anterior, no se condice lo instruido por la Superintendencia de Salud con la obligación de la Isapre de efectuar un efectivo control de costos, verificando que los PAM correspondan efectivamente a las prestaciones recibidas por el



afiliado, que los valores en ellos incluidos sean los procedentes y no otros, ya que ello influirá en definitiva, de dos maneras en los afiliados, una inmediata, al tener que cancelar un mayor copago al prestador y otra, remota, en un mayor precio base, al influir en el índice de los costos de las prestaciones de salud que calculará la Superintendencia de Salud.

Como cuarto vicio de la resolución reclamada, argumenta que esta ha incurrido en un error de derecho o falsa aplicación de la ley, porque impone a la Isapre una disposición normativa que no se exigible a los casos propuestos, la letra c) del artículo 11 de la Condiciones Generales Uniformes del Contrato de Salud contenido en el Compendio de Instrumentos Contractuales, siendo que era aplicable la letra d) quedando así el plazo para liquidar y pagar los PAM ingresados por los prestadores a lo establecido en los convenios existentes con estos.

Como quinto vicio de la resolución reclamada, alega que esta no está debidamente fundamentada en los términos de los artículos 11 y 41 de la Ley N° 19.880.

Como sexto y último vicio, alega que se vulnera el principio de imparcialidad consagrada en el artículo 11 del mismo cuerpo legal, toda vez que durante el procedimiento administrativo la Isapre solicitó rendir prueba para verificar las cuestiones de hecho alegadas en relación a las liquidaciones de los programas médicos y los plazos a aplicar en cada caso, lo que fue denegado, afectándose el debido proceso.

Solicita, en concreto, se anule la Resolución Exenta SS/N° 189, de 9 de febrero de 2023, dejando sin efecto las instrucciones impartidas en el Ordinario IF/N° 43965 de 15 de noviembre de 2022.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: QZKYXMWBTXE

Para apoyar los fundamentos de su reclamo, acompañó una copia del Ordinario IF/N° 43965 de 15 de noviembre de 2022; una copia de la Resolución Exenta N° 39 de 2 de febrero de 2023, dictada por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales; y copia de la Resolución Exenta SS/ N° 189 de 9 de febrero de 2023, dictada por la Superintendencia de Salud.

Segundo: Que, informando, Gabriel Rabanales González, abogado, en representación de la Superintendencia de Salud, solicita el rechazo de la reclamación intentada, con costas.

En primer lugar, alega que la reclamación intentada es improcedente, pues el artículo 113 del DFL N° 1 del año 2005, del Ministerio de Salud, establece que la reclamación judicial puede entablarse en contra de la resolución que deniegue reposición al afectado, mientras que el acto impugnado en estos autos corresponde a una resolución que rechazó un recurso jerárquico, por lo que no se cumple la hipótesis de procedencia para la interposición del reclamo. Para apoyar su fundamento, cita diversos fallos de esta Corte en que así habría sido declarado. Estima que esto debe ser así porque, en concreto, la reclamante carece de legitimidad activa para interponer el recurso de reclamación, y la autoridad administrativa reclamada carece, en consecuencia, de legitimidad pasiva para ser reclamada. Además, esta Corte no tendría competencia para conocer del asunto que la reclamante somete a su conocimiento.

En cuanto al fondo, señala que el plazo para liquidar y pagar un programa de atención médica se encuentra expresamente regulado en la normativa vigente, esto es, el Compendio de Instrumentos Contractuales de la Superintendencia de Salud. En dicha instrucción general, dictada de conformidad a lo dispuesto en el artículo 110 N° 2



del DFL 1/2005, de Salud, se contiene el modelo de las condiciones generales uniformes que deben utilizar las isapres para sus contratos de salud, destacando para el caso su artículo 11 letra C). Estima que de la simple lectura de este precepto se desprende que el plazo máximo que contempla la norma es de 60 días corridos, y que en dicho término se debe proceder tanto a la liquidación del PAM como al pago del mismo. Es decir, la total tramitación del proceso debe realizarse dentro del término establecido, sin que pueda entenderse que parte de la determinación de los valores queda excluida del período, como pretende la recurrente. Adicionalmente, indica que el texto es claro en referir que el mencionado plazo se aplica “en todo caso”, lo que evidentemente refiere a las dos hipótesis del primer párrafo. Esto es, ya sea que el propio prestador gestione el PAM o que lo entregue al afiliado para que lo haga. De tal modo, la pretendida diferenciación de la isapre recurrente, en cuanto al inicio del proceso por el prestador o el afiliado, tampoco es atendible. Plantea que la Superintendencia, que es la autora de la norma, en ningún caso podría darle una interpretación diferente a una norma propia, ni menos ante la unívoca redacción de lo instruido, que no admite duda alguna ni interpretación en contrario.

Luego detalla que la fiscalización practicada en agosto de 2022, que concluyó con lo instruido mediante el Oficio IF/N° 43965 de 15 de noviembre del mismo año, permitió constatar que los plazos de liquidación y pago de la isapre excedían con creces el término contemplado en la norma, especificando diversos ejemplos, de los que concluye que la Isapre se toma 37, 51 ó 22 días en devolver el PAM por primera vez al prestador, sin que haya dado explicación alguna para dicha demora, que consume prácticamente la totalidad



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: QZKYXMWBTXE

del plazo conferido en la norma, limitándose a culpar a los prestadores en todos los casos, o escudándose en supuestas ambigüedades conceptuales que no son tales.

Alega que la Isapre culpa a los establecimientos de salud por la incorrecta determinación de los valores incluidos en los PAM o en la falta de antecedentes de respaldo de dichos cálculos, pero ni siquiera intenta explicar por qué dicha isapre tarda a veces más de cincuenta días en pedir esa corrección o en requerir los documentos que, como sabe, necesita para determinar la cobertura respectiva. Del mismo modo, la isapre se excusa en la falta de definición del concepto de “evento hospitalario” para justificar su tardanza, pero dicha afirmación sería falsa, puesto que en sus propios planes de salud se incluye tal definición en las notas explicativas del Anexo respectivo.

Afirma que por todo lo anterior es que el oficio ya citado instruyó que la isapre debía corregir las prácticas observadas y abstenerse de asignar un nuevo número PAM a un mismo evento médico, e implementar las medidas de control y mejora en la aplicación de sus procedimientos de revisión y evaluación de las solicitudes de cobertura, de modo de asegurar que toda las gestiones del proceso de resolución y pago de programas médicos se ejecute dentro de los plazos y condiciones establecidos en la normativa.

En un último orden de ideas, argumenta que la interpretación pretendida por la Isapre es antojadiza y abusiva, pues, no obstante la claridad de la norma, además de su larga vigencia, resulta insostenible que la isapre pretenda, a estas alturas, granjearse un plazo indeterminado, y meramente potestativo para ella, en circunstancias que es la deudora de un pago. En tal sentido, la interpretación que la recurrente pretende darle a la norma vigente es



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: QZKYXMWBTXE

de suyo imprecisa, por cuanto pretende que la constante devolución de los programas médicos que efectúa a los prestadores de salud no tenga regulación ni contabilización alguna, contando el plazo vigente de 60 días sólo desde que el PAM ingrese a la isapre en condiciones que a ella misma le parezcan satisfactorias, cuestión que, por lo demás, determinaría a su libre antojo. En tal predicamento entonces, cabe preguntarse para qué querría la isapre contar con 60 días adicionales a la extensa e indeterminada tramitación anterior, si ya el PAM habría sido definido como válido. Lo anterior sólo permite entender que tan curiosa interpretación obedece sólo a una deficiente gestión de sus operaciones internas, las que, como se aprecia de las tablas ya reseñadas precedentemente, permite concluir que muchas veces la Isapre tarda casi todo el plazo normativo en requerir, por primera vez, una corrección o antecedente al prestador. Ello deriva, a su vez, en que ciertos programas se terminen pagando casi un año después de iniciado su trámite, lo que ciertamente implica un abuso de su facultad revisora y un grave perjuicio para los afiliados que esperan la debida determinación de sus cobros y coberturas. De igual modo, la isapre ahora pretende atacar directamente las cláusulas de las condiciones contractuales, alegando que incluso pugnan con otras normas legales, pero tal aseveración es ciertamente extemporánea, puesto que en estos autos lo único impugnado es la resolución que rechazó el recurso en contra del Oficio IF/N° 43965 de 2022. Por el contrario, las condiciones uniformes contractuales, aprobadas por el Compendio respectivo, tienen más de una década de vigencia, resultando insostenible que se impugne su validez después de tanto tiempo.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: QZKYXMWBTXE

Para apoyar los fundamentos de su informe, acompaña los mismos documentos que la reclamante.

Tercero: Que al amparo del artículo 113 del DFL N° 1 del Ministerio de Salud, del año 2005, Isapre Cruz Blanca reclamó en contra Resolución Exenta N° SS/N° 189, dictada por el superintendente de salud que desestimó un recurso jerárquico luego que se rechazara la reposición ante la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales respecto de las instrucciones que le fueron impartidas en relación al procedimiento de tramitación y pago de los Programas de Atención Médica (PAM).

Cuarto: Que conviene precisar las siguientes circunstancias fácticas:

a) En el mes de agosto de 2022 la Superintendencia efectuó un proceso de fiscalización respecto del proceso de otorgamiento de los beneficios, en especial el procedimiento de tramitación y pago de los Programas de Atención Médica (P.A.M).

b) Producto de esa fiscalización se hicieron diversas observaciones a la Isapre por contravención a las instrucciones contenidas en el Capítulo I, Título II del Compendio de Instrumentos Contractuales, Condiciones Generales del Contrato de Salud, en especial al artículo 11 letra c) que establece que la cobertura de los programas de atención médica debe ser otorgada dentro del plazo máximo de 60 días corridos, contado desde la presentación de los PAM. Lo anterior derivó en una formulación de cargos mediante el ORD. IF/N° 43965 de 15 de noviembre de 2022.

c) En contra del oficio señalado en la letra precedente, la Isapre dedujo recurso de reposición que fue rechazado por la Intendenta de



Fondos y Seguros Previsionales de Salud por medio de la Resolución Exenta IF N° 39 de 2 de febrero de 2023.

d) Por Resolución Exenta SS/N° 189 de 9 de febrero de 2023 se rechazó el recurso jerárquico interpuesto por Isapre Cruz Blanca.

e) En contra de la Resolución Exenta N° 189 la Isapre deduce reclamación ante esta Corte de Apelaciones.

Quinto: Que lo primero que debe resolverse es la alegación de inadmisibilidad que plantea la parte recurrida fundado en que el artículo 113 del DFL N° 1 del Ministerio de Salud permite recurrir en contra de la resolución que deniegue el recurso de reposición y no en contra del rechazo del recurso jerárquico como ocurre aquí.

Pues bien, tal alegación será desestimada pues la circunstancia que la Isapre haya decidido perseverar en la vía administrativa, hasta agotarla, no desvanece la posibilidad de luego acudir a la acción jurisdiccional y si bien, como acto impugnado se singulariza la decisión de rechazo del recurso jerárquico, enseguida se hace referencia a la resolución que desestimó el recurso de reposición manteniéndose en definitiva el acto original que la Isapre estima agravante por lo que se emitirá pronunciamiento sobre el asunto de fondo.

I. De la primera ilegalidad

Sexto: Que como primer vicio la Isapre denuncia una vulneración al artículo 11 letra c) de las Condiciones Generales Uniformes del Contrato de Salud contenido en el Compendio de Instrumentos Contractuales, que en su párrafo segundo alude a los Programas de Atención Médica que presenta el afiliado o beneficiario operando aquí el plazo de 60 días para la liquidación y pago de los beneficios. En cambio, en lo que dice relación a los programas



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: QZKYXMWBTXE

presentados por los prestadores considera que la modalidad de pago y sus plazos se rigen por los respectivos convenios que la Isapre mantenga con esos prestadores.

De esta forma estima que acatar lo instruido provoca un grave desequilibrio en relación con los prestadores donde la Isapre queda sometida a la decisión de éstos por cuanto la Isapre debería liquidar y cancelar las cuentas dentro del plazo de 60 días, sea cual sea su contenido, generando un grave perjuicio no solo para la Isapre sino también para los afiliados. Sostiene que la instrucción parte de la base que los prestadores al ingresar el PAM lo hacen correctamente lo que no es así y por ello afirma que el plazo de 60 días debe contabilizarse desde el último envío correcto de la cuenta o PAM. Añade que tampoco es posible asignar un mismo número a cada “evento hospitalario” desde que no existe un criterio único para definir qué es un mismo evento hospitalario, ya que la definición existente no permite controlar todo como un solo evento, refiriendo que los prestadores parcelan sus cuentas y las ingresan en distintas fechas y no pocas veces de forma incorrecta.

Séptimo: Que la parte recurrida refiere que de la lectura del precepto en que se funda el reclamo se desprende que el plazo máximo que contempla la norma es de 60 días corridos y es en dicho término que se debe proceder tanto a la liquidación del PAM como al pago mismo, añade que la norma refiere que el plazo se aplica “en todo caso” por lo que se refiere a las dos hipótesis del párrafo precedente, es decir ya sea que el propio prestador presente el PAM o lo haga el afiliado.

Añade que la resolución es de autoría de la propia Superintendencia por lo que en ningún caso podría darle una



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: QZKYXMWBTXE

interpretación diferente a una norma propia, ni menos ante la unívoca redacción de lo instruido que no admite interpretación en contrario.

Octavo: Que la norma administrativa que se dice infringida, está contenida en el Compendio de Instrumentos Contractuales de la Superintendencia de Salud dictada por la Superintendencia de Salud al alero de lo dispuesto en el artículo 110 N° 2 del DFL N° 1 de Salud, del año 2005. En lo específico el precepto es el artículo 11 del referido Compendio que reza:

“ARTÍCULO 11º: MODALIDADES DE PAGO DE LAS ATENCIONES MÉDICAS

Las partes acuerdan que las modalidades con que operará la isapre para que el afiliado y los beneficiarios puedan acceder y pagar las prestaciones y beneficios de salud, tanto hospitalarios como ambulatorios, serán las siguientes: (...)

c) Programa de Atención Médica o PAM: Opera este sistema por las prestaciones otorgadas en forma hospitalaria y también respecto de algunas ambulatorias que determine la isapre.

En aquellos casos en que el prestador no entregue directamente el Programa de Atención Médica a la isapre para su tramitación, el afiliado o beneficiario deberá presentar a la isapre el Programa de Atención Médica dentro del plazo de _____ (la isapre debe fijar un plazo igual o superior a 60 días) corridos, contado desde la emisión del PAM o desde la facturación de las prestaciones, según sea el caso.

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”.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: QZKYXMWBTEXE

Noveno: De la norma transcrita precedentemente es posible observar que el párrafo a que alude la Isapre 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 el distingo que plantea la recurrente en orden a que dicho plazo solo correría para el evento en que el programa lo presente el afiliado y no cuando lo presentan los prestadores.

Corroborada dicha interpretación la circunstancia que sea el propio organismo regulador y redactor de la norma el que sostenga que el plazo máximo de 60 días es aplicable desde la presentación del programa tanto por el afiliado como por los prestadores.

En efecto, y como se dijo la Superintendencia fue la que dictó el referido Compendio conforme a las facultades que le confiere el DFL N° 1 de Salud, que en lo que importa señala como atribución de la Superintendencia en el artículo 110 la de “*interpretar administrativamente en materias de su competencia, las leyes, reglamentos y demás que rigen a las personas o entidades fiscalizadas; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento*”.

De esta forma los problemas a que alude la Isapre no tienen la fuerza para modificar la decisión cuestionada, no siendo ésta la vía para revisar la pertinencia del precepto del Compendio en el que se sustenta, pues la competencia de esta Corte está circunscrita solo a la revisión del acto administrativo reclamado que da aplicación a la mencionada norma más no la norma misma.

En el mismo sentido tampoco puede entenderse que el plazo máximo de 60 días pueda contabilizarse desde la fecha en que, según la



Isapre, ya se hubieran subsanado los errores u observaciones que ésta tenga respecto del PAM pues 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.

En consecuencia, este primer vicio debe ser desechado.

II. De la segunda ilegalidad

Décimo: Que en segundo lugar, la Isapre acusa una contravención al artículo 189 letra h) inciso 4° del DFL N° 1 del Ministerio de Salud, que permite a la ISAPRE cuando el afiliado le solicita algún beneficio requerir a los prestadores la entrega de certificación médica necesaria para decidir la procedencia de tal beneficio. Estima la reclamante que esta norma no puede entenderse únicamente referida al diagnóstico específico sino que a toda la información asociada al cobro por la prestación concreta, de manera que la Isapre tenga la certeza de que el cobro está correcto y que el co-pago es el que efectivamente corresponde.

Undécimo: Que esta alegación se enmarca dentro de lo que se denomina “evento hospitalario” pues sostiene también la Isapre que no puede garantizar que un prestador o grupo de prestadores le envíen todas las partes de un evento hospitalario en un mismo momento por lo que no podría definir la oportunidad del término de cobros de ese evento hospitalario. Por ello la norma que cita bajo este capítulo, en su concepto, le permite a la Isapre requerir información de los prestadores la que no podría entenderse referida a un diagnóstico específico sino que a toda la información asociada al cobro por la prestación concreta para adquirir certeza sobre el cobro.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: QZKYXMWBTXE

Duodécimo: Que sobre el particular debemos recordar que la Superintendencia instruyó a la Isapre sobre este punto que debía corregir las prácticas observadas y abstenerse de asignar un nuevo número PAM a un mismo evento médico, e implementar las medidas de control y mejora en la aplicación de sus procedimientos de revisión y evaluación de solicitudes de cobertura de modo de asegurar que todas las gestiones del proceso de resolución y pago de programas médicos las ejecute dentro de los plazos y condiciones establecidos en la normativa.

Al respecto, la Superintendencia estima que por lo general un evento hospitalario se reduce a los costos asociados a la hospitalización del beneficiario en un centro asistencial, dentro de un período, desde su ingreso hasta el alta médica. A ello se aúna la propia definición de “evento hospitalario” que la misma Isapre incorpora en sus Anexos de planes de salud que coincide con la dada por la autoridad, por lo que no hay sustento para los cuestionamientos que hace la Isapre respecto de esto.

Décimo tercero: Que esta Corte concuerda con la autoridad administrativa, pues los parámetros objetivos que definen lo que es un evento hospitalario impide dar cabida a la alegación de la Isapre de asignar más de un número a un mismo PAM pues bajo esa premisa se distorsiona y soslaya el plazo que otorga el regulador para pagar los beneficios.

En este sentido no se divisa cómo la Superintendencia en la instrucción que impartió pueda vulnerar el artículo 189 letra h) del DFL N° 1 de Salud en cuanto faculta a la Isapre para pedir certificaciones médicas para decidir sobre la procedencia del beneficio que se impetra, pues no se le dice que no pueda hacerlo



sino que únicamente que debe operar en los plazos y la forma que le ha dispuesto la autoridad.

En consecuencia, debe desestimarse este capítulo de ilegalidad.

III. De la tercera ilegalidad

Décimo cuarto: Que la Isapre alega también que la instrucción impartida incide en los índices de variación de costos de las prestaciones de salud y de la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y que la Superintendencia debe calcular conforme a lo dispuesto en la ley N° 21.350. Añade que la instrucción no se condice con la obligación de la Isapre de efectuar un control de costos, verificando que los PAM correspondan efectivamente a las prestaciones recibidas por los afiliados. Añade que la consecuencia es que el afiliado deberá pagar un mayor copago al prestador y un mayor precio base al influir en los costos de prestación.

Décimo quinto: Que la alegación planteada no puede ser aceptada en esta sede. En efecto, lo que en definitiva sostiene la reclamante es que en el tiempo de que dispone para revisar y pagar los programas de atención médica no podrá hacerlo de manera correcta y que ello redundará en un problema de costos. Dicha circunstancia es solo una conjetura o un anuncio de falencia en gestión sin que implique una ilegalidad que permita dejar sin efecto la instrucción, por lo que la Isapre está obligada adoptar las medidas necesarias para cumplir con sus obligaciones.

IV. De la cuarta ilegalidad.

Décimo sexto: Que en cuarto lugar, la Isapre invoca el artículo 2° de la Ley de Bases de Procedimientos Administrativos, 2° de la



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: QZKYXMWBTEXE

Ley N° 18.575 e indica que la instrucción cuestionada aplica falsamente la ley porque impone a la Isapre una disposición normativa que no le es exigible a los casos propuestos volviendo aquí a señalar que la norma del artículo 11 letra c) de las Condiciones Generales Uniformes del Contrato de Salud contenido en el Compendio de Instrumentos Contractuales, en su letra d) no es aplicable en el caso de los PAM ingresados por los prestadores.

Al respecto solo cabe desechar este argumento conforme a las mismas razones ya señaladas a propósito de la primera ilegalidad.

V. De la quinta ilegalidad

Décimo séptimo: En quinto lugar, la Isapre alude a la motivación que debe contener un acto administrativo, a la transparencia y publicidad para luego expresar que las razones argüidas por la autoridad deben hallar sustento en la realidad pues sostiene que de lo contrario se estaría dando cumplimiento de manera formal y meramente formularia aplicando normas improcedentes.

Sobre esta ilegalidad, solo cabe señalar que la reclamante únicamente hace una afirmación que no entronca con un argumento concreto, salvo considerar que la norma no se aplicaría a los PAM presentados por los prestadores, cuestión que, como ya se vio, quedó descartada.

También debe desestimarse que el acto administrativo cuestionado carezca de fundamentos, pues se ha señalado categóricamente no solo las razones de texto para desechar las alegaciones de la Isapre sino también argumentos de razonabilidad como lo es la circunstancia que atender su postura deja entregado a su arbitrio el plazo dentro



del cual debe pagar las prestaciones, aspecto que no puede ser tolerado.

VI. De la sexta ilegalidad:

Décimo octavo: Finalmente la Isapre acude a la obligación que tiene la Administración de actuar con imparcialidad conforme al artículo 11 de la ley N° 19.880 e indica que si su parte solicitó rendir prueba que permitía verificar las cuestiones de hecho alegadas en relación con la liquidación de los programas médicos y los plazos a aplicar a cada caso, su omisión afecta el debido proceso.

Sobre este aspecto, cabe indicar que la apertura de un término probatorio se solicitó con la finalidad de mostrar unas cuentas con corrección de cobros de las presentadas por los prestadores con una reducción de cobros.

Tal petición fue desechada por la autoridad administrativa pues indicó que lo que aquí se discutía era la contabilización del plazo y su determinación para el pago de las prestaciones en los PAM presentados por los prestadores cuestión que calificó de hecho público y notorio.

Pues bien, no se advierte ilegalidad en esa decisión, pues una cosa es la forma de computar el plazo, su inicio y determinación y otra es los problemas que aduce la Isapre para entenderlo así, siendo este último aspecto una cuestión que solo podría servir de base para modificar la clara norma dictada por la autoridad que no es lo que se revisa en esta sede sino la instrucción efectuada a la Isapre de ajustarse a ella.

En otras palabras, esta Corte no está revisando si la norma del Compendio contiene un plazo razonable para la revisión de los PAM presentados por los prestadores sino si la decisión de la



Superintendencia se ajustó a esa norma al ordenar la instrucción a Isapre Cruz Blanca y tal como se señaló en el fallo en forma previa, la instrucción es coincidente con lo que dispone el órgano regulador en el respectivo Compendio.

Décimo noveno: Que por todos los argumentos señalados, el presente reclamo debe ser desechado, pues no se ha detectado ilegalidad alguna en la decisión.

Por estas consideraciones y lo dispuesto en el artículo 113 del DFL N° 1, del Ministerio de Salud del año 2005, **se decide:**

1. Se **rechaza la alegación de inadmisibilidad** planteada por la parte reclamada.
2. **Se rechaza el reclamo** presentado por Isapre Cruz Blanca en contra de Resolución Exenta N° SS/N° 189, dictada por el superintendente de salud, de 9 febrero de 2023, que desestimó el recurso jerárquico en contra del ORD. IF/N° 43965 de fecha 15 de noviembre de 2022, dictado por la señora Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud (S), cuya reposición también fue desestimada.

Regístrese, comuníquese y archívese en su oportunidad.

Redactó la ministra Mireya López Miranda.

N° Contencioso Administrativo-139-2023.

No firma el abogado integrante señor de Gandulfo Ramírez, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo del fallo, por haber cesado sus funciones.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: QZKYXMWBTXE



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: QZKXMBWBTXE

Pronunciado por la Quinta Sala de la C.A. de Santiago integrada por Ministra Mireya Eugenia López M. y Ministro Suplente Manuel Esteban Rodríguez V. Santiago, siete de marzo de dos mil veinticuatro.

En Santiago, a siete de marzo de dos mil veinticuatro, 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>

Código: QZKYXMWBTXE