

GOBIERNO DE CHILE  
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

## RESOLUCIÓN EXENTA IF N° 34

Santiago, 19 ENE 2010

### VISTO:

Lo dispuesto en los artículos 110, 112, 114, 115, 220 y demás pertinentes del DFL N°1, de Salud, de 2005; la Resolución N°1600, de 2008, de la Contraloría General de la República y la Resolución N°58 de 2009, de esta Superintendencia.

### CONSIDERANDO:

- 1.- Que es función de esta Superintendencia velar porque las Instituciones de Salud Previsional cumplan las normas que las rigen y las instrucciones que este Organismo emite.
- 2.- Que el artículo 189 del D.F.L N°1, de 2005, de Salud, establece la obligación de contemplar en el plan de salud complementario, a lo menos, las prestaciones y cobertura financiera que fije como mínimo el Fondo nacional de salud para la modalidad de libre elección.

Por su parte, el artículo 190 del D.F.L N° 1, de 2005, de Salud, establece que no se podrá convenir la exclusión de prestaciones, salvo las que se indican expresamente en dicha disposición.

- 3.- Que mediante una fiscalización efectuada a la Isapre Consalud S.A. los días 28 y 30 de abril del año 2009, respecto de 50 prestaciones que no registran bonificación en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas -de un universo depurado de 768 códigos informados entre octubre de 2008 y febrero de 2009- se pudo determinar que el 80% de las exclusiones de cobertura informadas no se ajustan a la normativa, toda vez que se trata de prestaciones cuyos códigos se encuentran contemplados en el Arancel del Fonasa en la modalidad de libre elección.

Al efecto, cabe señalar que en 2 casos se constató la falta de cobertura del "día cama de observación", sin establecerse la causa.

Luego, 25 prestaciones hospitalizadas -días cama, consultas, imagenología y procedimientos diagnósticos- quedaron sin cobertura, por cuanto se digitaron erróneamente los códigos de prestaciones ambulatorias a las que no les correspondía bonificación.

Finalmente, hubo 12 casos en que no se otorgó la cobertura a prestaciones de psiquiatría, psicología clínica, glicemia y anestesia local, sin que se pudiera explicar la causa.

- 4.- Que a través del Oficio Ordinario SS/N° 1765, del 4 de junio de 2009, se formularon cargos en contra de Isapre Consalud S.A., por la exclusión de cobertura de prestaciones que se encuentran contempladas en el Arancel Fonasa en la modalidad de libre elección.

Al mismo tiempo, se le señaló a la isapre que tales irregularidades podían ser objeto de una sanción administrativa.

- 5.- Que, dentro de plazo, la Isapre formuló sus descargos, señalando lo siguiente:

1) En relación a los "días cama observación", que no fueron cubiertos respecto de 2 beneficiarios en el año 2008, manifestó que durante el año 2009 no se registraron situaciones similares, por lo que se entiende que el problema ha sido subsanado definitivamente.

2) Respecto a las 25 prestaciones que no fueron bonificadas debido a que se digitaron los códigos para el otorgamiento de cobertura ambulatoria, en vez de hospitalizada, como correspondía, señaló que una vez revisados los códigos de tales prestaciones otorgadas durante el año 2009, se determinó que habían 137 que estaban en una situación similar. Sin embargo, califica los hechos como aislados, e indeseados por la institución, sosteniendo que corresponden a errores particulares generados en el proceso de bonificación, dada la alta cantidad de transacciones diarias; precisó que representan el 5% de las transacciones totales de esos códigos y agregó que se trata de prestaciones con poca frecuencia de uso. Señaló que al hacer una simulación de bonificación, la prestación resultó correctamente determinada, con lo que intenta demostrar que efectivamente lo sucedido correspondió a un error.

3) En cuanto a las prestaciones que no fueron cubiertas, como psiquiatría, psicología y anestesia local, indicó que, habiendo efectuado una revisión de frecuencia de esas prestaciones emitidas entre enero y mayo de 2009, sólo detectó 8 casos más en que no fueron bonificadas, lo que representa un 0,4 % de las transacciones de esos códigos, por lo que se trata de situaciones ajenas a su voluntad. Al igual que en la situación anterior, la isapre indicó que al hacer una simulación, de bonificación, la prestación resultó correctamente determinada, lo que demostraría que no es su intención generar esas lamentables diferencias de cobertura.

Consalud señaló en sus descargos que tomará las medidas necesarias para evitar que se repitan los errores aislados detectados en la fiscalización.

Finalmente, entregó estadísticas que representan el porcentaje real de situaciones particulares en que no se ha bonificado correctamente, respecto del universo de prestaciones que maneja la institución y señaló que espera que sus descargos desvirtúen una posible infracción a la normativa vigente. Por último, describió su misión y manifestó la total ausencia de interés en perjudicar a sus beneficiarios.

- 6.- Que los argumentos expuestos por la Isapre Consalud S.A. no tienen el mérito de desvirtuar las irregularidades cometidas, por cuanto las situaciones observadas no fueron rebatidas por esa institución de salud, quien se limitó a dar argumentos para minimizar su importancia, sosteniendo que representaban un bajo número en el universo de prestaciones que paga y argumentando en ciertos

casos, una supuesta baja frecuencia de uso de las prestaciones afectadas, lo que en nada excusa las faltas.

Tampoco sirve para justificar los incumplimientos, lo manifestado por la isapre en cuanto a su intención de otorgar la mejor y oportuna cobertura a sus beneficiarios.

En definitiva, no ha resultado excusada ni justificada la conducta de la institución de salud.

- 7.- Que, sobre el particular, cabe manifestar que lo señalado por la isapre respecto a que el número de casos observados no sería relevante en relación a la cantidad de bonificaciones que otorga correctamente, no considera que tras cada incumplimiento suyo hay beneficiarios que se han visto afectados en sus derechos, sufriendo en su oportunidad una merma económica que no es posible menospreciar y que sólo se corrigió por la intervención de la autoridad.

Al respecto, hay que tener presente que a los beneficiarios no les interesa el comportamiento global de la empresa ni la ponderación relativa que se le dé a su caso al analizarse los errores cometidos, sino el tratamiento que se les da a cada uno de ellos, a quienes la incorrecta bonificación de sus prestaciones puede afectar en forma importante, debiendo esta institución velar por el resguardo de sus derechos.

- 8.- Que, en el mismo contexto, cabe señalar que tampoco constituye un argumento válido, aquél relativo a que las irregularidades detectadas constituyen hechos aislados.

Se debe tener presente que la propia institución ha admitido que, en la práctica, el número de casos irregulares fue superior al observado por esta Superintendencia. Así, en el caso del segundo grupo de prestaciones no bonificadas, donde se mencionan 25 atenciones hospitalarias no bonificadas en el año 2009, la institución de salud determinó que hubo 137 prestaciones en similar situación. Asimismo, en el caso del tercer grupo, en que se mencionan 12 prestaciones sin bonificar, la isapre constató la existencia de 8 más, que tampoco fueron bonificadas.

- 9.- Que, por otra parte, resulta inaceptable el argumento de la isapre en cuanto a que las prestaciones mencionadas en el segundo grupo (25 prestaciones hospitalarias no fueron bonificadas) tienen poca frecuencia de uso, toda vez que ello no es efectivo, por cuanto figuran entre tales prestaciones, consultas médicas, día cama, imagenología y procedimientos diagnósticos, todas prestaciones de uso frecuente.
- 10.- Que, dado que el contrato asegura a los beneficiarios el otorgamiento de todas aquellas prestaciones que no están afectas a exclusiones de cobertura -las que están señaladas taxativamente en la ley y por lo tanto son excepcionales- es un deber de la isapre adoptar todos los resguardos para observar el correcto cumplimiento de su obligación de otorgar la cobertura pactada.
- 11.- Que, en ese orden de ideas, cabe señalar que no ha sido posible identificar, ni en la fiscalización, ni en la formulación de descargos de la isapre, una línea de acción o una propuesta suya que, además de explicar la ocurrencia de las faltas, indique con claridad que existe una probabilidad cierta de corrección de los procedimientos de bonificación, que aminore el riesgo de reiteración de los errores respecto de las omisiones de cobertura observadas.
-

- 12.- Que, en ese contexto, cabe destacar que, tal como se indicó anteriormente, sólo en virtud de la fiscalización practicada por este organismo la Isapre Consalud procedió a efectuar las reliquidaciones correspondientes a sus beneficiarios, lo que demuestra que no están implementados los procedimientos internos de control y corrección, que permitan a la institución de salud corregir sus errores por sí misma, en forma eficaz.
- 13.- Que esta materia es un aspecto especialmente sensible para los beneficiarios afectados, toda vez que, aparte de causarles un daño económico -reparado en la especie, sólo en virtud de la intervención de la autoridad- les crea inseguridad respecto a la corrección de los procedimientos empleados por su institución de salud en el otorgamiento de los beneficios pactados, todo lo cual redundará, además, en un daño para el Sistema de Salud Privado en general.
- 14.- Que, lo expuesto, amerita la imposición de una sanción relevante, que debe considerar el hecho que el 80% del universo de las prestaciones excluidas de cobertura, analizadas por este organismo, carece de justificación legal.

En mérito de lo expuesto y en uso de las facultades que detenta este Intendente,

#### RESUELVO:

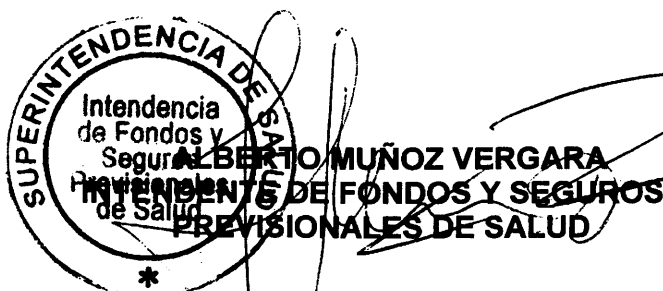
- 1.- Impónese a la Isapre Consalud S.A. una multa a beneficio fiscal, ascendente a 700 (setecientas) Unidades de Fomento, por las infracciones descritas en la presente resolución, consistentes en no bonificar prestaciones incluidas en el Arancel de Libre Elección del Fonasa.
- 2.- El pago de la sanción impuesta deberá efectuarse dentro del quinto día hábil contado desde la notificación de la presente resolución y será certificado por la Jefa de Administración y Finanzas de esta Superintendencia.
- 3.- En contra de la presente resolución procede el recurso de reposición del artículo 113 del DFL N°1, de Salud, de 2005, el que podrá ser interpuesto dentro del plazo de 5 días hábiles contado desde la notificación de la presente resolución.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE

LRR/MABL

#### DISTRIBUCIÓN:

- Isapre Consalud S.A.
- Unidad de Fiscalización Legal
- Depto. de Administración y Finanzas
- Secretaría Ejecutiva
- Oficina de Partes



Certifico que el documento que antecede es copia fiel de su original, la Resolución Exenta IF N° 34 de fecha 19 de enero de 2010, que consta de 4 páginas, y que se encuentra suscrita por el Sr. Alberto Muñoz Vergara en su calidad de Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud de la Superintendencia de Salud.

Santiago, 19 de enero de 2010

MARTA SCHNETTLER  
MINISTRO DE FE