

# INFORME DE GESTIÓN 2010

Intendencia de Fondos  
y Seguros Previsionales de Salud

Abril de 2011



## INDICE DE CONTENIDOS

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>4</b>
<b>BALANCE 2010</b> .....	<b>5</b>
<b>En materia de Regulación</b> .....	<b>5</b>
1. <i>Emisión de los Compendios de Normas Administrativas</i> .....	5
2. <i>Emisión de instrucciones de carácter general</i> .....	5
3. <i>Otros proyectos</i> .....	7
<b>En materia de Fiscalización de las Garantías en Salud</b> .....	<b>8</b>
1. <i>Notificación de Problema de Salud GES en Prestadores de Salud</i> .....	9
2. <i>Garantía de Oportunidad en Fonasa</i> .....	11
3. <i>Urgencia Vital GES en Prestadores de Salud</i> .....	13
4. <i>Entrega de Medicamentos Garantizados en Prestadores de Salud</i> .....	14
5. <i>Garantía de Protección Financiera en Isapres</i> .....	15
6. <i>Autenticación del Archivo Maestro sobre Garantía de Protección Financiera en Isapres</i> .....	15
7. <i>Autenticación del Archivo Maestro sobre de Garantía de Oportunidad en Isapres</i> .....	16
8. <i>Deducibles GES/CAEC y CAEC en Isapres</i> .....	16
<b>En materia de Fiscalización del Régimen Complementario de Salud, Contratos y Cotizaciones</b> .....	<b>17</b>
1. <i>Cobertura Financiera de Prestaciones en Isapres</i> .....	18
2. <i>Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) en Isapres</i> ...	19
3. <i>Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral en Isapres</i> .....	20
4. <i>Contratos de Salud en Isapres</i> .....	20
5. <i>Derechos de las personas beneficiarias de Fonasa</i> .....	20
6. <i>Procesos relacionados con las Cotizaciones de Salud en Isapres y Fonasa</i> ...	21
7. <i>Regularizaciones derivadas de las fiscalizaciones</i> .....	23
<b>En materia de Fiscalización de la Información Financiera de Isapres</b> .....	<b>24</b>
1. <i>Indicadores Legales e Información Financiera</i> .....	24
2. <i>Seguimiento en línea de los traspasos correspondientes al Fondo de Compensación Solidario</i> .....	25
3. <i>Adopción de Normas Internacionales de Contabilidad (IFRS)</i> .....	25
<b>En materia de Sanciones</b> .....	<b>26</b>
1. <i>A Isapres</i> .....	26
2. <i>A Prestadores de Salud</i> .....	26
<b>En materia de Resolución de Reclamos Arbitrales</b> .....	<b>28</b>
<b>En materia de Evaluación de Riesgos y Gestión Interna</b> .....	<b>31</b>
1. <i>Análisis de información y minería de datos</i> .....	31
2. <i>Supervisión basada en Riesgos</i> .....	31
3. <i>Apoyo a la Gestión de los Procesos de la IFSP</i> .....	31
4. <i>Sistemas de Información de la IFSP</i> .....	32
<b>ANEXO 1</b> .....	<b>33</b>

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Resultados de Fiscalización sobre Garantía de Oportunidad en Nivel Ambulatorio, por Servicio de Salud.....	12
Tabla 2:	Resultados de Fiscalización sobre Garantía de Oportunidad en Nivel Hospitalario, por Servicio de Salud .....	12
Tabla 3:	Resultados de Fiscalización sobre Garantía de Oportunidad que requiere Atención de Especialista, por Servicio de Salud .....	13
Tabla 4:	Resultados de Fiscalización sobre Medicamentos Garantizados, por Servicio de Salud .....	15

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Número de Regulaciones realizadas, año 2010.....	7
Gráfico 2:	Número de fiscalizaciones sobre Garantías en Salud por Sector Fiscalizado, años 2007-2010.....	8
Gráfico 3:	Distribución de fiscalizaciones sobre Garantías en Salud, según Materia fiscalizada .....	9
Gráfico 4:	Resultados de Fiscalización sobre Notificación GES en Establecimientos de Nivel Primario de Atención.....	10
Gráfico 5:	Resultados de Fiscalización sobre Notificación GES en Prestadores Hospitalarios por Sector Fiscalizado .....	11
Gráfico 6:	Resultados de Fiscalización sobre Urgencia Vital GES en Prestadores Privados.....	14
Gráfico 7:	Número de fiscalizaciones según Tipo de Seguro e Isapres (en materias homologables), años 2009-2010 .....	17
Gráfico 8:	Distribución de fiscalizaciones sobre Régimen Complementario de Salud, Contratos y Cotizaciones, según materia fiscalizada.....	18
Gráfico 9:	Personas favorecidas y montos regularizados por materia fiscalizada ....	23
Gráfico 10:	Distribución de fiscalizaciones sobre la Información Financiera de Isapres por materia fiscalizada .....	24
Gráfico 11:	Monto de Multas (UF) a Isapres por Materia, año 2010 .....	26
Gráfico 12:	Distribución de Sanciones a Prestadores, año 2010 .....	27
Gráfico 13:	Distribución de reclamos arbitrales según tiempo de resolución, año 2010 .....	28

## INTRODUCCIÓN

La Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud (IFSP), tiene por objetivo regular y fiscalizar a los seguros de salud previsionales resguardando los derechos y garantías de las personas y promoviendo relaciones transparentes y equitativas entre sus distintos participantes.

Durante el año 2010, la IFSP se reestructura incorporando las áreas de fiscalización, evaluación de riesgos y sanciones, planteándose el desafío de lograr un trabajo coordinado y enriquecido entre las unidades de la nueva estructura. La IFSP quedó constituida por los siguientes Subdepartamentos y Unidades:

Subdepartamento de Regulación, cuyo objetivo es administrar la generación de normativa atendiendo oportunamente los requerimientos regulatorios internos y externos.

Subdepartamento de Control GES y MAI, tiene por objetivo fiscalizar al Fonasa e Isapres en el otorgamiento de las Garantías en Salud, en términos proporcionales a su población beneficiaria, y la Modalidad de Atención Institucional en el seguro público.

Subdepartamento de Control del Régimen Complementario y Financiero, tiene por objetivo fiscalizar al Fonasa e Isapres en el otorgamiento de las prestaciones y beneficios, contractuales y legales, en términos proporcionales a su población beneficiaria.

Subdepartamento de Reclamo Arbitral, cuyo objetivo es sustanciar el procedimiento y elaborar las propuestas de resolución de los reclamos arbitrales, en sus diversas etapas.

Unidad de Evaluación de Riesgos, tiene por objetivo desarrollar un proceso para la generación de información relevante que contribuya al trabajo coordinado de regulación, fiscalización y reclamo arbitral. Además esta unidad es la encargada de coordinar el desarrollo de un modelo de supervisión que permita regular y fiscalizar a los seguros en base a la gestión de riesgos.

Unidad de Coordinación Legal y Sanciones, tiene por objetivo desarrollar un proceso oportuno y transparente, para ejercer la facultad sancionatoria sobre las entidades fiscalizadas.

Entre los aspectos que caben destacar de la gestión de la IFSP en el año 2010 se encuentran:

- ❖ La emisión de los compendios de Normas Administrativas en materia de Información y Procedimientos.
- ❖ El número de fiscalizaciones realizadas que alcanzó un incremento del 16,5% respecto del año anterior. En particular, las materias de Garantías en Salud se incrementaron en un 41,7% respecto del año 2009.
- ❖ Las fiscalizaciones realizadas al Fonasa en materia de Beneficios respecto de la Modalidad de Libre Elección, Cotizaciones y Afiliación.
- ❖ El porcentaje de juicios arbitrales resueltos en un plazo inferior o igual a 180 días, el que alcanzó el 85%.
- ❖ La incorporación de Firma Electrónica Avanzada para los oficios derivados de una fiscalización.

## BALANCE 2010

### En materia de Regulación

El Subdepartamento de Regulación tiene como objetivo, generar regulación que garantice los derechos de los usuarios y promueva la competencia.

Las funciones del Subdepartamento son, por una parte, administrar la elaboración de la normativa que rige a las Isapres y al Fonasa, y por otra, estudiar las materias susceptibles de regulación, sistematizar la norma, actualizarla y difundirla, y responder las consultas sobre la normativa emitida.

### Principales resultados

#### 1. Emisión de los Compendios de Normas Administrativas

Se emitieron 2 compendios, en materia de Información y Procedimientos, concluyendo el proceso de sistematización de toda la normativa vigente aplicable a los seguros de salud iniciado el año 2005, y que incluye además otros referidos a Beneficios e Instrumentos Contractuales.

#### 2. Emisión de instrucciones de carácter general

##### a. Área Beneficios

- Elaboración de instrucciones para actualizar la normativa referida a las Condiciones Tipo<sup>1</sup>, con el propósito de mantener actualizada la normativa con motivo de la vigencia del Decreto N° 1 de 6 de enero de 2010 que Aprueba las GES.
- Elaboración de las instrucciones para actualizar la normativa referida a la obligación de los prestadores de entregar la información relacionada con las GES, con el propósito de mantener actualizada la normativa con motivo de la vigencia del Decreto N°1 de 6 de enero de 2010 que Aprueba las GES.

##### b. Área Procedimientos

- Actualización de las instrucciones sobre procedimientos contractuales, sobre suscripción, adecuación, modificación y terminación de los contratos por parte de las Isapres, con el objetivo de ajustarlas a la normativa vigente.
- Actualización de las instrucciones sobre la difusión de los nuevos problemas de salud GES y las Condiciones de Acceso a las GES, con el propósito de establecer los mecanismos y procedimientos para informar y notificar las comunicaciones y difundir los problemas de salud que contemplan las GES a contar de julio de 2010.

---

<sup>1</sup> Las Condiciones Tipo comprenden los siguientes documentos uniformes regulados y/o aprobados por la Superintendencia: a.- Condiciones Generales Uniformes del Contrato de Salud b.- Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas c.- Condiciones Particulares Plan Preventivo de Isapres d.- Condiciones para Acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud.

- Incorporación de mejoras al Modelo de Información de Planes<sup>2</sup>, para aumentar el grado de adhesión a dicho modelo por parte de las Isapres, que constituye un requisito indispensable para implementar un proceso de afiliación electrónica.
- Propuesta del texto regulatorio necesario para implementar un procedimiento alternativo de suscripción de contrato de salud a través de medios electrónicos uniforme para el Sistema Isapres, en base al modelo de afiliación electrónica propuesto por la Asociación de Isapres.
- Emisión de la circular que determina la improcedencia de compensación de deudas de cotización de empleadores públicos con el reembolso del equivalente al Subsidio de Incapacidad Laboral.

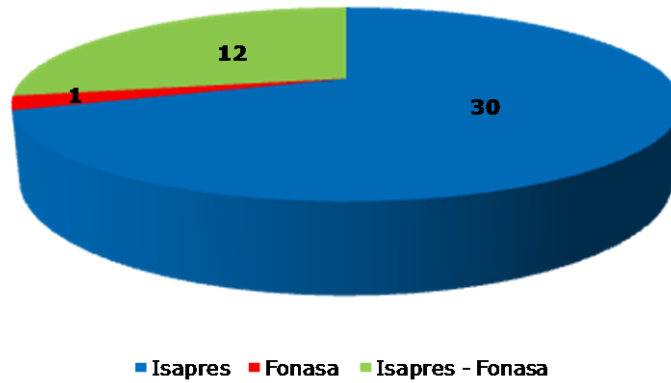
### **c. Área Información**

- Elaboración de las instrucciones para actualizar la normativa referida a la información para la fiscalización y control de las GES en las aseguradoras (Isapres y Fonasa). Esto, con el objeto de mantener actualizada la información que se requiere para la correcta fiscalización de las garantías con motivo de la vigencia del Decreto N°1 de 6 de enero de 2010 que Aprueba las GES.
- Elaboración de las instrucciones sobre el Archivo Maestro de Excedentes, con el objeto de disponer de información específica sobre la materia para efectos de fiscalización y control de las Isapres.
- Regulación sobre Información Financiera, para la elaboración de la normativa para la adopción de las IFRS por parte de las Isapres.

---

<sup>2</sup> El "Modelo de Información de Planes" tiene como finalidad incorporar en cada sitio Web de las isapres que adhieran al modelo, una herramienta para que los cotizantes, en base a parámetros de búsqueda uniformes, puedan obtener la información necesaria para realizar una comparación entre planes de salud.

**Gráfico 1: Número de Regulaciones realizadas, año 2010**



### **3. Otros proyectos**

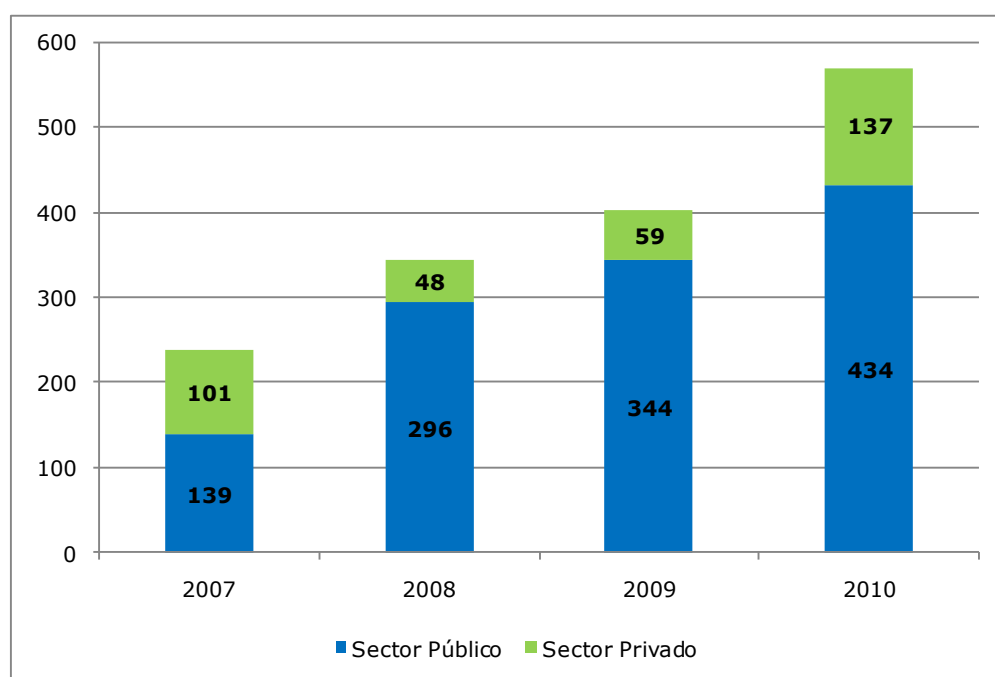
Se implementaron las mejoras al proceso de regulación en base al Estudio de Satisfacción de Entidades Reguladas realizado en el año 2009. Asimismo y con el fin de darle continuidad se prepararon las bases para la adjudicación de una tercera versión del estudio que se realizará el 2011.

## En materia de Fiscalización de las Garantías en Salud

Las fiscalizaciones en materia de Garantías en Salud programadas el año 2010, se vieron afectadas producto del terremoto ocurrido en febrero de ese año<sup>3</sup>, que implicó excluir del programa a 4 regiones, concentrándose la fiscalización en 20 Servicios de Salud.

Respecto de los resultados, se observa un incremento progresivo del número de fiscalizaciones realizadas desde el año 2007 en adelante; por otro lado, respecto de la concentración de la fiscalización entre ambos seguros, desde el año 2008 a la fecha, se ha mantenido una mayor cobertura hacia el sector público, considerando la distribución observada entre las personas usuarias de las GES, según se observa en el siguiente gráfico:

**Gráfico 2: Número de fiscalizaciones sobre Garantías en Salud por Sector Fiscalizado, años 2007-2010**

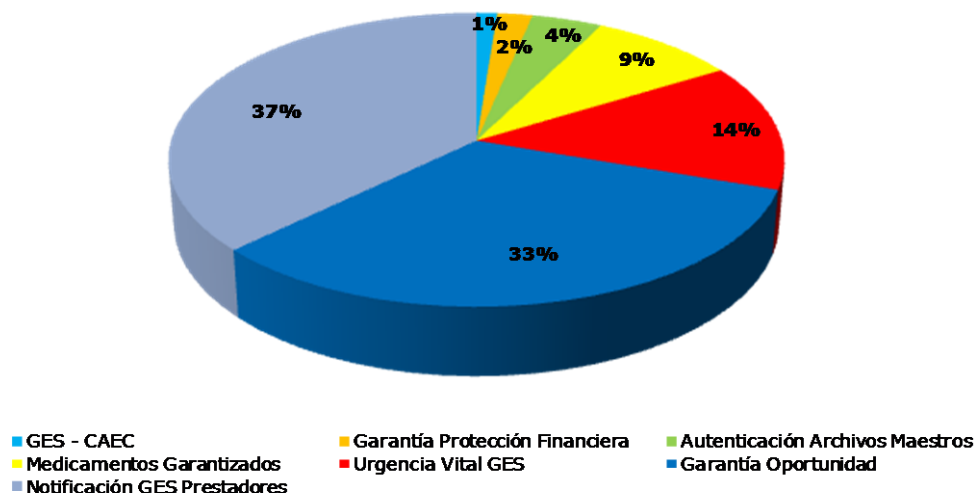


Respecto de las materias específicas fiscalizadas el año 2010, se puede señalar que éstas se concentraron en 7, las que corresponden a las que se presentan en el siguiente gráfico:

<sup>3</sup> Considerando el estado en que quedó la Red Asistencial en las zonas afectadas, y debido a que los procesos de fiscalización en el sector público son llevados a cabo mediante visitas en terreno a los establecimientos, se excluyeron del programa de fiscalización las Regiones del Libertador Bernardo O'Higgins, Del Maule, Del Bío Bío y De La Araucanía.



**Gráfico 3: Distribución de fiscalizaciones sobre Garantías en Salud, según Materia fiscalizada**



## Principales resultados

### 1. Notificación de Problema de Salud GES en Prestadores de Salud

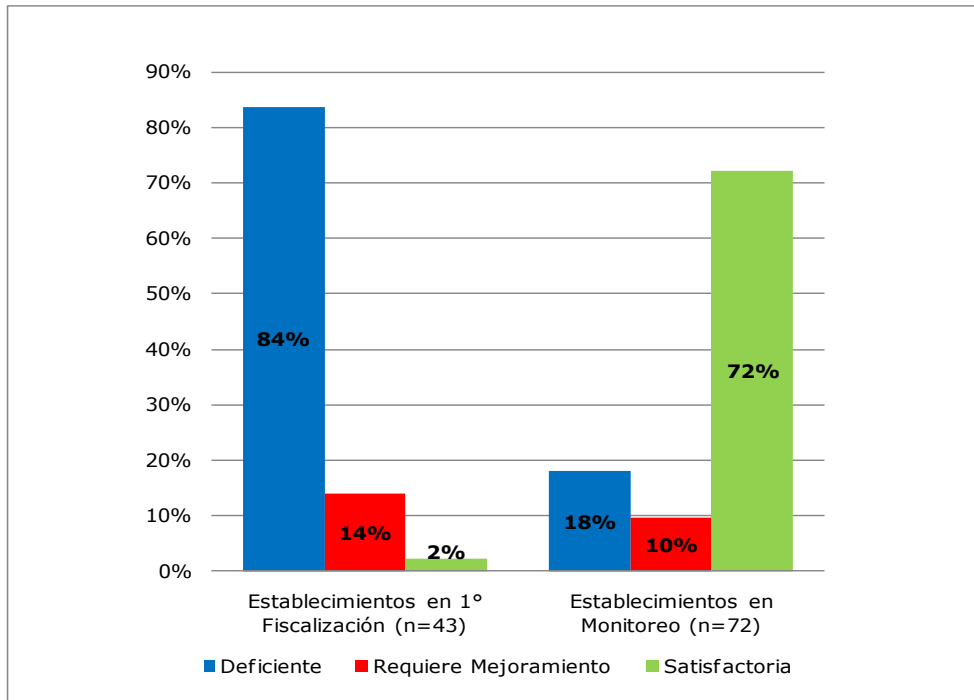
En esta materia el objetivo es verificar que el prestador informe a la persona que se ha confirmado el diagnóstico de alguno de los problemas de salud contenidos en las Garantías Explícitas en Salud (GES), momento a partir del cual tienen derecho a dichas garantías, las que deberán ser atendidas a través de la Red de Prestadores que les corresponda

#### a. Establecimientos de Nivel Primario de Atención

Se fiscalizaron 115 establecimientos, divididos según 2 criterios: aquellos fiscalizados por primera vez en esta materia, y aquellos en los cuales – en base a los resultados obtenidos el año 2009, cumplían deficientemente con la obligación de notificar o requerían mejoras – se fiscalizaba por segunda vez (monitoreo).

Los resultados obtenidos muestran una mejora en los establecimientos monitoreados, llegando a niveles de cumplimiento de un 75% en tanto que aquellos fiscalizados por primera vez, alcanzaron sólo al 2% de cumplimiento.

**Gráfico 4: Resultados de Fiscalización sobre Notificación GES en Establecimientos de Nivel Primario de Atención**

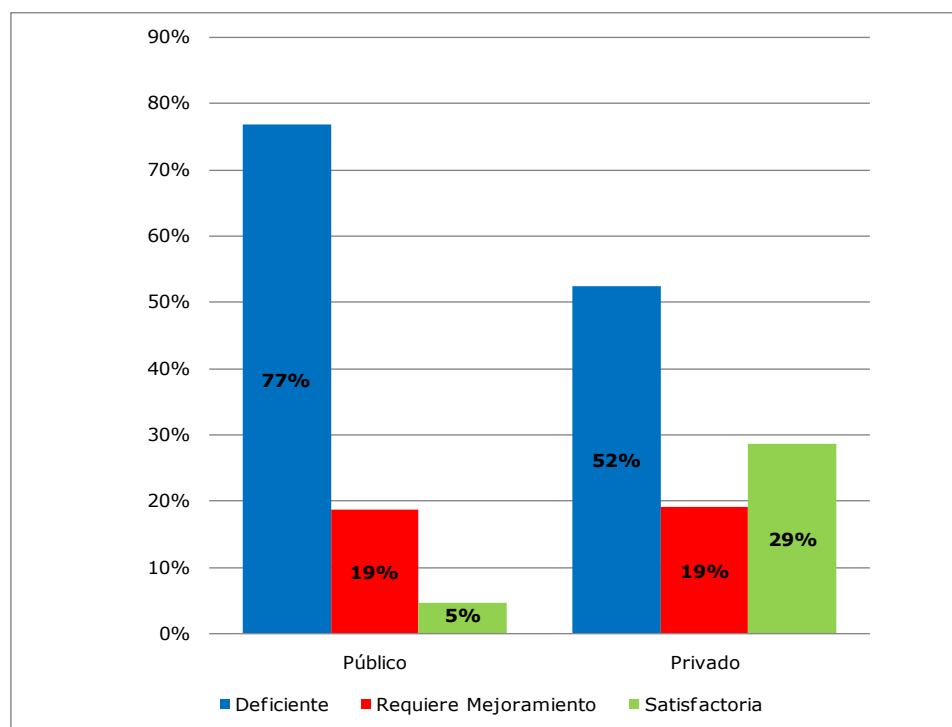


#### **b. Establecimientos de Nivel Hospitalario de Atención**

Por primera vez se fiscalizó la materia en este nivel de atención, comprendiendo un total de 87 establecimientos (44 del sector público y 43 del sector privado), en 11 regiones del país.

Los resultados son levemente mejores en los establecimientos privados, no obstante, ambos sectores presentan niveles de incumplimiento mayores al 50%.

**Gráfico 5: Resultados de Fiscalización sobre Notificación GES en Prestadores Hospitalarios por Sector Fiscalizado**



## 2. Garantía de Oportunidad en Fonasa

En esta materia el objeto es verificar el otorgamiento de las prestaciones garantizadas dentro de los plazos establecidos en el Decreto Supremo que rige las GES.

En esta materia la fiscalización tuvo 2 enfoques:

A nivel global, donde la verificación del cumplimiento de la Garantía de Oportunidad da cuenta del comportamiento del Sector Público en términos generales, realizándose a través de muestras estadísticas con selección de casos en forma aleatoria, fiscalizándose 20 Servicios de Salud (lo que implicó visitar 111 consultorios y 40 hospitales), obteniéndose los siguientes resultados:

**Tabla 1: Resultados de Fiscalización sobre Garantía de Oportunidad en Nivel Ambulatorio, por Servicio de Salud**

Servicio de Salud	N° Garantías Fiscalizadas	% Retraso
Atacama	299	0%
Metropolitano Oriente	339	0%
Metropolitano Occidente	336	1%
Antofagasta	402	1%
Osorno	259	2%
Metropolitano Norte	298	2%
Valdivia	265	2%
Viña del Mar-Quillota	282	2%
Valparaíso San Antonio	323	4%
Aysén	263	4%
Aconcagua	308	4%
Magallanes	293	5%
Metropolitano Sur	291	6%
Del Reloncaví	266	6%
Metropolitano Sur Oriente	401	6%
Coquimbo	286	7%
Metropolitano Central	329	9%
Iquique	290	10%
Chiloé	354	10%
Arica	357	16%

**Tabla 2: Resultados de Fiscalización sobre Garantía de Oportunidad en Nivel Hospitalario, por Servicio de Salud**

Servicio de Salud	N° Garantías Fiscalizadas	% Retraso
Atacama	311	1%
Metropolitano Oriente	298	1%
Valdivia	368	3%
Metropolitano Occidente	347	3%
Metropolitano Sur Oriente	333	3%
Metropolitano Norte	383	3%
Viña del Mar-Quillota	333	5%
Metropolitano Central	357	5%
Aysén	419	6%
Valparaíso San Antonio	336	7%
Arica	376	7%
Metropolitano Sur	413	8%
Antofagasta	430	12%
Aconcagua	415	15%
Coquimbo	373	19%
Magallanes	402	22%
Chiloé	395	30%
Osorno	364	30%
Del Reloncaví	332	31%
Iquique	462	45%

A nivel específico, donde se evaluó la Garantía de Oportunidad para Atención por Especialista en 4 problemas de salud, a través de visitas a 36 hospitales correspondientes a 20 Servicios de Salud, obteniéndose los siguientes resultados:

**Tabla 3: Resultados de Fiscalización sobre Garantía de Oportunidad que requiere Atención de Especialista, por Servicio de Salud**

Servicio de Salud	Nº Garantías Fiscalizadas	% Retraso
Aconcagua	124	3%
Atacama	137	3%
Del Reloncaví	177	3%
Metropolitano Oriente	118	4%
Valdivia	160	5%
Iquique	59	7%
Metropolitano Sur Oriente	658	9%
Metropolitano Sur	849	11%
Arica	38	13%
Aysén	79	13%
Valparaíso San Antonio	140	14%
Metropolitano Occidente	297	15%
Metropolitano Central	171	16%
Chiloé	83	18%
Viña del Mar-Quillota	299	25%
Magallanes	92	28%
Metropolitano Norte	309	30%
Antofagasta	127	31%
Osorno	78	33%
Coquimbo	347	41%

### 3. Urgencia Vital GES en Prestadores de Salud

El objeto de la fiscalización es verificar que el prestador que reciba un paciente con un problema de salud GES que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente de los contemplados en la Red Asistencial o del designado por la Isapre, lo informe a esta Intendencia a través de la página electrónica habilitada para estos efectos y en las condiciones que la normativa establece.

Esta materia se fiscalizó por primera vez en prestadores hospitalarios del ámbito público y privado en 11 regiones del país, en 78 establecimientos (41 públicos y 37 privados).

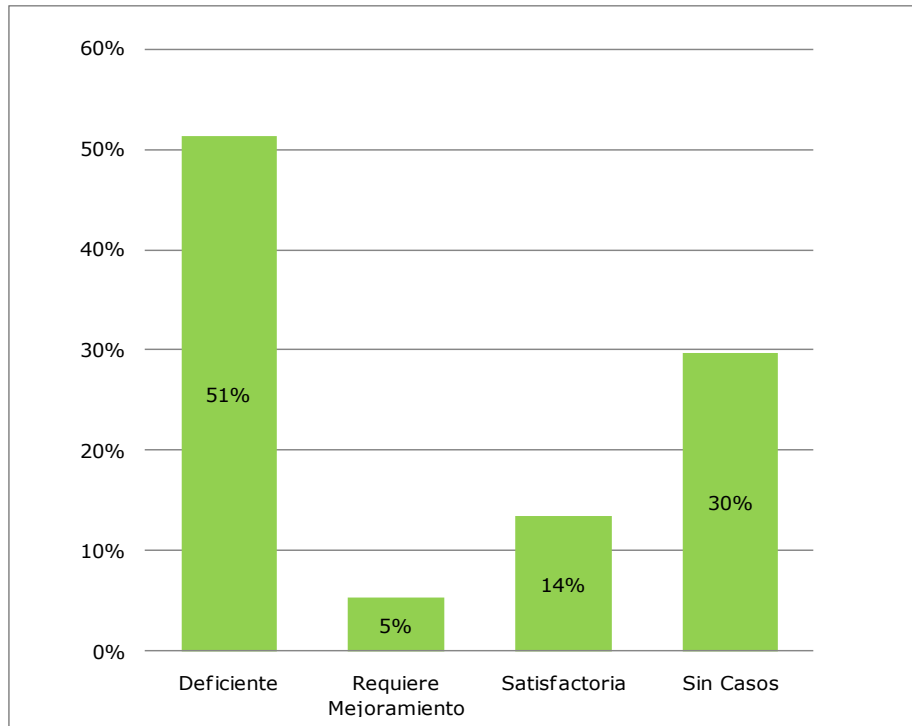
#### a. Prestadores de Salud Públicos

Si bien existe una baja casuística, se detectó un alto desconocimiento de la normativa, lo cual se traduce en que el 95% de los establecimientos no posee un procedimiento implementado para estos efectos.

### b. Prestadores de Salud Privados

Si bien se detecta una mayor casuística, los resultados entre los establecimientos son heterogéneos con un 14% de cumplimiento satisfactorio, según se indica a continuación.

**Gráfico 6: Resultados de Fiscalización sobre Urgencia Vital GES en Prestadores Privados**



### 4. Entrega de Medicamentos Garantizados en Prestadores de Salud

En esta materia, se fiscalizaron 80 establecimientos del nivel primario de salud, oportunidad en la cual se revisó la entrega efectiva del medicamento y/o insumo prescrito por el médico de la Red a más de 1.200 personas beneficiarias del Fonasa, determinándose la entrega según lo prescrito, en el 91% de los casos revisados. Respecto del 9% de los casos en los cuales no se entregó, o se hizo en una cantidad menor a la indicada, se debió a falta de stock. El detalle por Servicio de Salud se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 4: Resultados de Fiscalización sobre Medicamentos Garantizados, por Servicio de Salud**

Servicio de Salud	Cobertura Población Nacional	N° Consultorios fiscalizados	N° Personas	
			Total	Inconvenientes en la entrega
Arica	1,1%	4	60	0
Iquique	1,8%	5	77	0
Osorno	1,4%	1	15	0
Metropolitano Central	6,8%	2	30	0
Metropolitano Oriente	7,0%	1	15	0
Valparaíso - San Antonio	2,8%	2	62	0
Magallanes	0,9%	5	73	1
Coquimbo	4,2%	7	105	2
Metropolitano Occidente	6,7%	7	101	3
Metropolitano Suroriente	9,1%	8	120	3
Chiloé	1,1%	5	61	4
Valdivia	2,2%	6	82	6
Del Reloncaví	2,4%	1	15	7
Aysén	0,6%	2	30	8
Atacama	1,6%	8	109	9
Metropolitano Norte	4,5%	7	108	24
Metropolitano Sur	6,2%	9	169	45
<b>Total general</b>	<b>60,4%</b>	<b>80</b>	<b>1.232</b>	<b>112</b>

## 5. Garantía de Protección Financiera en Isapres

En esta actividad, se verificó el correcto cobro –por parte de las isapres– a un total de 6.558 copagos, determinados a través de una muestra estadística con selección aleatoria de casos, de los cuales se pudo determinar que en el 99% (6.507), se encontraba correctamente ejecutado, detectándose 51 copagos no ajustados a la normativa vigente, los cuales contabilizan un total de \$105.058 copagados en exceso, lo que equivale al 0,32% del total del monto fiscalizado.

## 6. Autenticación del Archivo Maestro sobre Garantía de Protección Financiera en Isapres

Este proceso, tuvo por finalidad verificar la calidad de la data remitida por las isapres a lo establecido en el Compendio de Normas Administrativas en Materia de Información de la Superintendencia de Salud. La metodología utilizada obedece a la verificación, a través de muestras estadísticas por isapre, de la información remitida en el archivo maestro, lo cual fue cotejado con los antecedentes de respaldo que dispone la aseguradora para cada caso. Producto de lo anterior, se verificaron 3.073 registros, los que en un 96% corresponden a datos consistentes con los respaldos, en tanto que el resto presenta problemas en el sistema de extracción de datos de una isapre en particular, aspecto que –a raíz de este proceso– se solicitó corregir.

## **7. Autenticación del Archivo Maestro sobre de Garantía de Oportunidad en Isapres**

Al igual que lo señalado anteriormente, este proceso, tuvo por finalidad verificar la calidad de la data remitida por las isapres a lo establecido en el Compendio de Normas Administrativas en Materia de Información de la Superintendencia de Salud. La metodología utilizada obedece a la verificación, a través de muestras estadísticas por isapre, de la información remitida en el archivo maestro, lo cual fue cotejado con los antecedentes de respaldo que dispone la aseguradora para cada caso. En este contexto se fiscalizó 1.318 registros de garantía de oportunidad, encontrándose que el 36% eran consistentes con los respaldos, en tanto que en el 64% restante se observaron inconsistencias de diversa etiología tales como:

- Problemas en el envío de antecedentes por parte de los prestadores.
- Falta de claridad en algunos criterios de envío de información.
- Falencias en procesos de generación y captura de datos.

## **8. Deducibles GES/CAEC y CAEC en Isapres**

En este proceso, se verifica que las aseguradoras determinen correctamente el deducible que deben completar las personas que –dentro de un mismo periodo anual– han enfrentado más de una enfermedad de tipo catastrófica, tanto por problemas de salud garantizados (GES/CAEC), como por problemas de salud no contenidos en el AUGE (CAEC). Dada la baja casuística de casos con las características antes mencionadas, se fiscalizó una muestra de 15 casos (que equivale al 10% del total de casos detectados), en 7 isapres, encontrándose situaciones de diversa etiología y magnitud, tales como:

- Aplicación de cobertura mayor a la establecida en la normativa vigente.
- Errores en la determinación de los deducibles a completar por los afiliados.
- Errores administrativos, que no obedecen a procedimientos establecidos, sino que a situaciones puntuales.

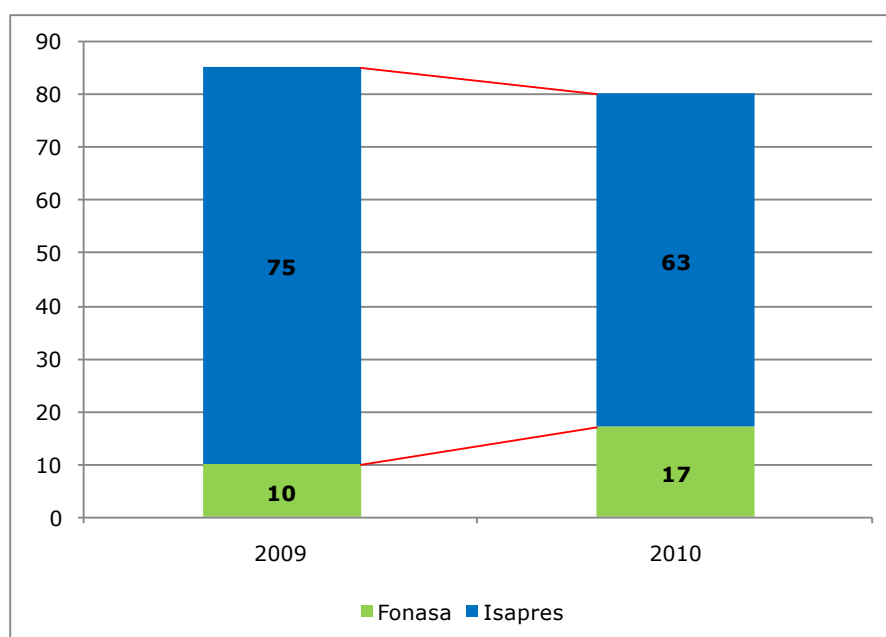
Producto de lo anterior, se pudo identificar áreas que –a la luz de los resultados– requieren una revisión de la normativa vigente, proceso que se desarrollará el año 2011.



## En materia de Fiscalización del Régimen Complementario de Salud, Contratos y Cotizaciones

En las fiscalizaciones homologables<sup>4</sup> en materia del Régimen Complementario de Salud, Contratos y Cotizaciones, se observa un incremento en el número de fiscalizaciones realizadas el año 2010 al Fonasa respecto del año anterior, incrementándose la proporción Fonasa/Isapre de un 13% a un 27%.

**Gráfico 7: Número de fiscalizaciones según Tipo de Seguro e Isapres (en materias homologables), años 2009-2010**

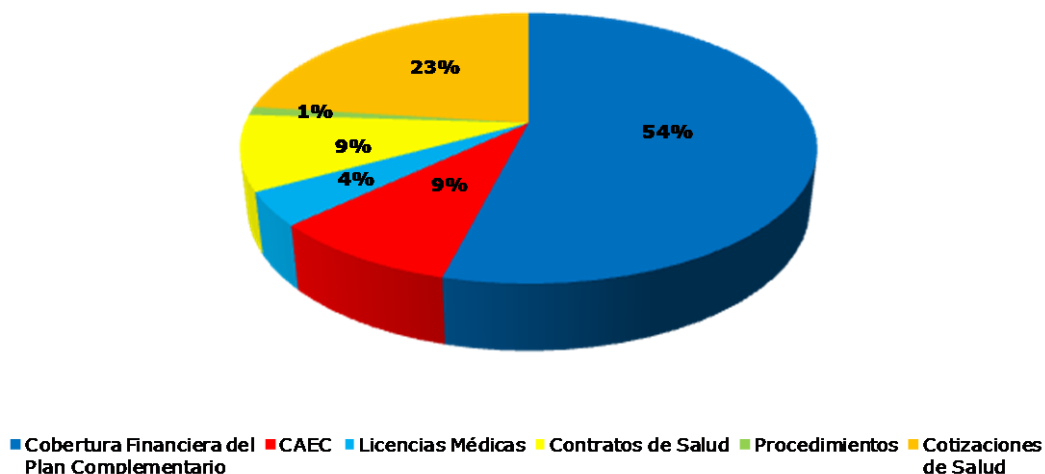


La fiscalización relacionada directamente con los beneficios, alcanzó el 67% del total ejecutado en el año: Cobertura del plan de salud (54%), Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (9%) y Subsidios por Incapacidad Laboral que derivan de las Licencias Médicas que fueron reclamadas ante la COMPIN, en uno o más períodos de reposo (4%).

Por otra parte, un 9% del programa estuvo destinado al control de aspectos relacionados con la adecuación, modificación y término de los contratos de salud, considerando tanto aquellos de tipo individual como grupal, procesos que, a su vez, tienen impacto en el otorgamiento de los beneficios. Asimismo, el 23% se de las revisiones se orientó a las cotizaciones de salud, en lo que respecta a excesos, excedentes, deudas y cotizaciones mal enteradas. Además, un 1% de las materias correspondió a exámenes relativos a la tramitación de reclamos de beneficiarios de Fonasa.

<sup>4</sup> Las materias homologables corresponden a aquellas comparables debido a que las facultades permiten fiscalizarlas tanto el seguro público como en los seguros privados. Ver Anexo N° 1.

**Gráfico 8: Distribución de fiscalizaciones sobre Régimen Complementario de Salud, Contratos y Cotizaciones, según materia fiscalizada**



## Principales resultados

### 1. Cobertura Financiera de Prestaciones en Isapres

En el año 2010 los principales resultados de la fiscalización, en términos de regularización de prácticas observadas y de devoluciones de dinero a las personas beneficiarias afectadas, se relacionaron con los siguientes tipos de prestaciones:

#### a. Cobertura preferente

El examen fue practicado en diez isapres y tuvo como objetivo verificar la correcta aplicación de la cobertura preferente dispuesta en los respectivos planes de salud, considerando prestaciones otorgadas en la modalidad ambulatoria y hospitalaria.

#### b. Cobertura de días cama

Esta fiscalización se realizó en ocho isapres y contempló la revisión de la cobertura de días cama en la modalidad de libre elección.

#### c. Bonificación de la Cirugía Refractiva Lasik

Esta materia fue fiscalizada en el año 2009, verificándose irregularidades en cuanto a la aplicación de bonificaciones en modalidad ambulatoria, en lugar de hospitalaria, aplicación de cobertura unilateral en cirugías bilaterales y aplicación de códigos propios que implican otorgar una bonificación inferior a los códigos de cirugías cobrados por prestadores.

En el año 2010 se fiscalizó esta materia en 6 isapres, en cuatro de ellas se efectuó un seguimiento con el fin de evaluar la incorporación de las correcciones instruidas.

#### **d. Cobertura de prestaciones con tope anual por persona beneficiaria**

Esta corresponde a una materia sobre la cual, en el año 2009, se verificaron irregularidades en cuanto a la aplicación de la cobertura mínima que asegura la ley, cuando se agota el tope anual por persona beneficiaria, en prestaciones de Kinesiología y Psiquiatría o Psicología.

En consecuencia, en el año 2010 se efectuó un seguimiento en tres isapres, a fin de verificar la corrección del mecanismo de cálculo. Además, se incorporó a la revisión la isapre Fusat

#### **e. Cobertura de lentes ópticos**

La cobertura de esta prestación se fiscalizó en tres isapres, los resultados obtenidos dieron cuenta que las tres instituciones otorgaron una cobertura inferior a la que asegura Fonasa.

#### **f. Bonificación de planes pactados con cobertura reducida**

El examen se realizó en 6 isapres y tuvo por objeto verificar el otorgamiento de la cobertura mínima que asegura la ley a los planes pactados con cobertura reducida, centrándose la revisión en las prestaciones de parto y cesárea.

#### **g. Cobertura de consultas médicas**

La fiscalización se realizó en 8 isapres y se orientó a verificar el cumplimiento de la cobertura mínima legal.

#### **h. Cobertura de medicamentos hospitalarios**

Esta materia se examinó en siete isapres, a fin de determinar la correcta aplicación de la cobertura establecida en el plan de salud.

#### **i. Prestaciones excluidas**

La fiscalización en este aspecto se efectuó en dos isapres y se orientó a monitorear la regularización de las observaciones constatadas en el año anterior.

### **2. Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) en Isapres**

Respecto de la CAEC, el trabajo incorporó la revisión del otorgamiento de la cobertura financiera ante la activación del beneficio, el examen de las causales de rechazo invocadas por las Isapres, en los casos en que autorizaron el beneficio, la mantención del período bienal de acumulación del deducible, en el caso de pacientes crónicos, y el otorgamiento de préstamos para financiar el deducible.

Se fiscalizó en siete isapres la correcta determinación de los montos de cargo de las afiliadas y afiliados en uso de la CAEC, conformados por el deducible y las prestaciones no bonificadas, así como el otorgamiento de los préstamos solicitados.

### **3. Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral en Isapres**

El examen de estas materias, se centró en aquellas licencias que fueron objeto de reclamos ante la COMPIN, controlando así el plazo de cumplimiento del pago, de acuerdo a las resoluciones respectivas y el cálculo de los subsidios y de las cotizaciones previsionales.

El examen de los subsidios por incapacidad laboral y de las respectivas cotizaciones previsionales, se efectuó en cuatro Isapres determinándose inconsistencias en la determinación de los subsidios y de las cotizaciones previsionales, derivadas, principalmente, de la falta de modificación de las referidas bases de cálculo, ante reconsideraciones de resoluciones de licencias anteriores.

### **4. Contratos de Salud en Isapres**

#### **a. Adecuación de Contratos de Salud**

En el año 2010 se fiscalizó la adecuación de precio en las cinco isapres que llevaron a cabo el procedimiento de modificación de precios base.

Se impartieron instrucciones relativas a corregir los precios base erróneos y reliquidar las diferencias de cotización cobradas en exceso, que se hubieren generado. Asimismo, se instruyó dejar sin efecto las adecuaciones que resultaron ineficaces y aquéllas que generaron discriminación entre afiliados a un mismo plan.

#### **b. Término de planes grupales**

Esta materia fue fiscalizada en tres isapres, con el objeto de verificar el cumplimiento de las normas que regulan este procedimiento.

El examen permitió determinar que las isapres pusieron término a planes grupales que no contaban con condiciones de vigencia, aplicando normas que no tienen vigencia actual.

### **5. Derechos de las personas beneficiarias de Fonasa**

Se incrementó el número de fiscalizaciones practicadas al Fondo Nacional de Salud pasando de un 7% el año 2009 a un 14% en el programa el año 2010.

El trabajo contempló, la revisión de coberturas en la modalidad de libre elección y aplicación de normas técnicas, la reclasificación de beneficiarios en los distintos grupos de ingreso, así como también, el examen del cumplimiento de instrucciones impartidas por esta Superintendencia en el año anterior, en materia de otorgamiento de la Ley de Urgencia y de tramitación de reclamos. Además, se revisaron los procedimientos relacionados con la cobranza de préstamos de salud.

De las materias examinadas, las siguientes fueron objeto de observaciones:

**a. Aplicación de la Ley de Urgencia**

Se examinó en las 5 direcciones regionales el cumplimiento de las resoluciones de reclamos en segunda instancia emitidas por esta Superintendencia, verificándose que, en general, el Fonasa cumple con las instrucciones impartidas, en lo relativo a la aplicación de la Ley de Urgencia, sin embargo, se determinó que, en algunos casos, la Dirección Regional Metropolitana financia dichas prestaciones emitiendo más de un Programa de Atención de Emergencia (PAE), con el consecuente efecto en el monto del copago exigido al beneficiario.

**b. Clasificación de las personas beneficiarias según grupos de ingreso**

Se examinó el procedimiento de actualización del grupo de ingreso, a solicitud de los beneficiarios, ante el cambio de las condiciones de ingreso y/o número de cargas familiares. La revisión efectuada permitió determinar que en algunos casos el sistema asignó una clasificación errónea, al considerar sólo el monto del ingreso de beneficiario, sin tener en cuenta el número de cargas familiares acreditadas.

**c. Tramitación de Reclamos**

Se monitoreó la tramitación de reclamos en la Direcciones Regionales Norte y Sur, que en la fiscalización del año anterior presentaron incumplimientos en los plazos de respuesta y deficiencias en los sistemas de registro y en la conformación de los expedientes de reclamos.

El examen realizado permitió constatar la implementación de mejoras en el sistema de registro y avances en la conformación de los expedientes, sin embargo, se verificaron respuestas emitidas fuera de plazo, así como la mantención de expedientes incompletos, que carecían de los antecedentes que respaldaran la respuesta entregada al beneficiario.

**6. Procesos relacionados con las Cotizaciones de Salud en Isapres y Fonasa**

Isapres

Respecto de los procesos correspondientes a cotizaciones, la fiscalización logró identificar en forma más precisa las áreas de riesgo que afectan la correcta determinación de excesos, excedentes, deudas de cotizaciones y cotizaciones mal enteradas, por ejemplo, errores en la cotización pactada, diferencias en los montos recaudados, diferencias entre los FUN y el sistema computacional, tratamiento de las gratificaciones, cotizaciones mal enteradas con identificación errónea y pendientes de traspaso etc.

**a. Cálculo de Excedentes y Excesos**

En estos procesos las revisiones se orientaron al seguimiento de las irregularidades observadas en el ejercicio 2009, centrándose en aquellas áreas en las que se esperaba un impacto significativo en los derechos de las personas beneficiarias.

En el examen a los procesos de cálculo de excesos correspondientes a las isapres Fusat, Chuquicamata, Cruz del Norte y Ferrosalud, se verificó que la principal desviación fue la observada en la Isapre Cruz del Norte, que omitió excesos al considerar erróneamente los pagos de gratificaciones u bonos a las personas afectadas, situación que afectó aproximadamente al 63% de sus afiliados.

En cuanto al cálculo de excedentes se fiscalizaron las isapres Consalud, Cruz Blanca, Colmena y Ferrosalud verificándose que la mayoría de los casos examinados se ajustaron a la normativa vigente.

#### **b. Procesos de cálculo y notificación de deudas**

Se impartieron instrucciones a las Isapres Cruz Blanca y Colmena, en orden a efectuar reprocesos por la cobranza irregular de deudas de cotizaciones efectuadas durante períodos de incapacidad laboral, sin vigencia en la isapre y pagos extemporáneos no imputados en la cuenta del cotizante.

#### **c. Devolución masiva de excesos**

Las principales actividades de fiscalización se orientaron al seguimiento de las principales desviaciones en los montos devueltos y sus ajustes para verificar la integridad y oportunidad de los montos regularizados en las isapres Colmena y Consalud.

Los principales incumplimientos en esta materia en la Isapre Consalud dicen relación con la omisión de devoluciones en el proceso masivo y no haber comunicado a algunos cotizantes que había emitido nuevos pagos cuando los respectivos depósitos en la cuenta corriente habían sido anulados. En cambio Colmena Golden Cross presentaba compensaciones de excesos con deudas de cotización que debieron ser acreditadas y sometidas a una nueva revisión para ajustarse a la normativa vigente.

#### **d. Notificación de los excedentes de cotización**

Las principales actividades de fiscalización se orientaron a verificar la notificación oportuna de los saldos correspondientes a los excedentes de cotización en las isapres Consalud, Ferrosalud y Colmena Golden Cross.

#### **e. Cotizaciones Mal Enteradas**

El examen de esta materia comprendió dos ciclos que abordaron la devolución masiva y las devoluciones por solicitudes directas de cotizaciones mal enteradas, incluyendo a las isapres Banmédica, Vida Tres, Colmena Golden Cross, Consalud, Ferrosalud, Cruz Blanca, Masvida, Chuquicamata y Fusat.

#### Fonasa

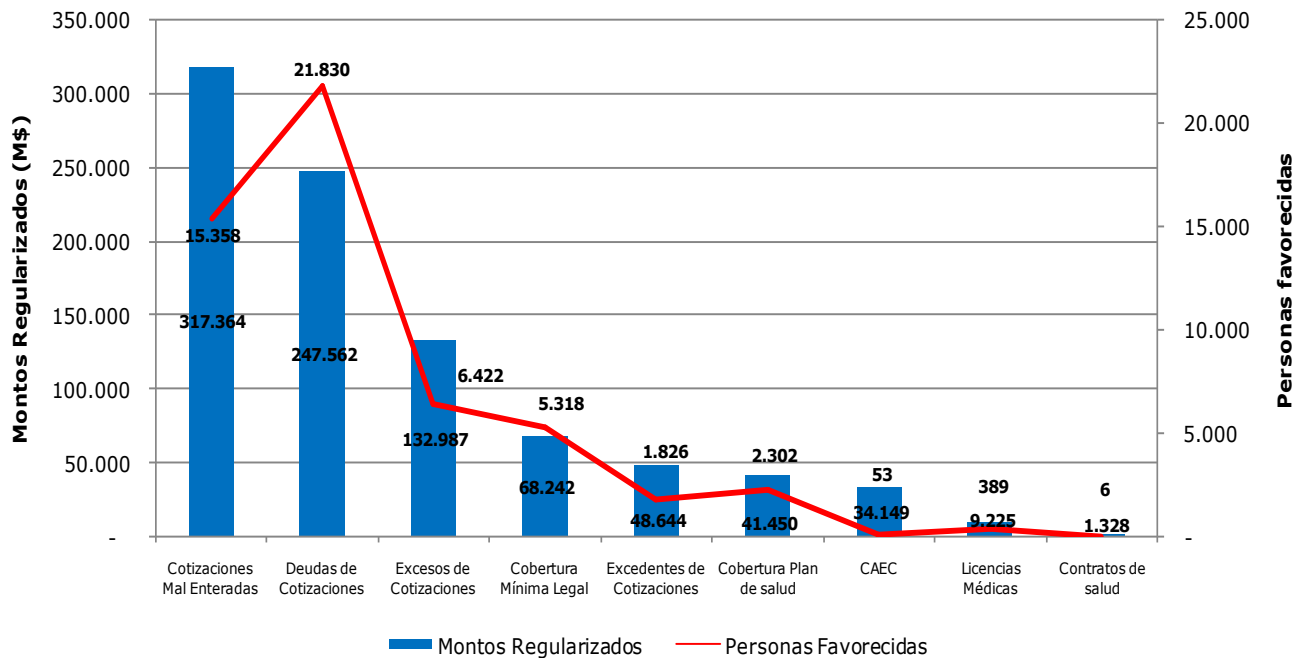
Las principales actividades de fiscalización se orientaron a efectuar un seguimiento de las modificaciones y recomendaciones efectuadas el ejercicio anterior de los procesos de cálculo y devolución directa de excesos y continuar con el reconocimiento de los procesos que interactúan en cada etapa.

Dentro de los resultados relevantes del diagnóstico destaca que no existían mayores diferencias respecto de los cálculos y sólo se impartieron recomendaciones para el análisis de los casos asociados a información insuficiente o con pagos erróneos.

## 7. Regularizaciones derivadas de las fiscalizaciones

Las instrucciones derivadas de los procesos de fiscalizaciones realizados el año 2010, beneficiaron directamente a 53.504 personas, quienes se vieron favorecidas por devolución en beneficios y/o regularizaciones por un monto total de M\$ 900.950. Las materias correspondientes a Cobertura Financiera del Régimen Complementario en Isapres, Subsidios de Incapacidad Laboral, Contratos de Salud y Cotizaciones, generaron el total del monto informado.

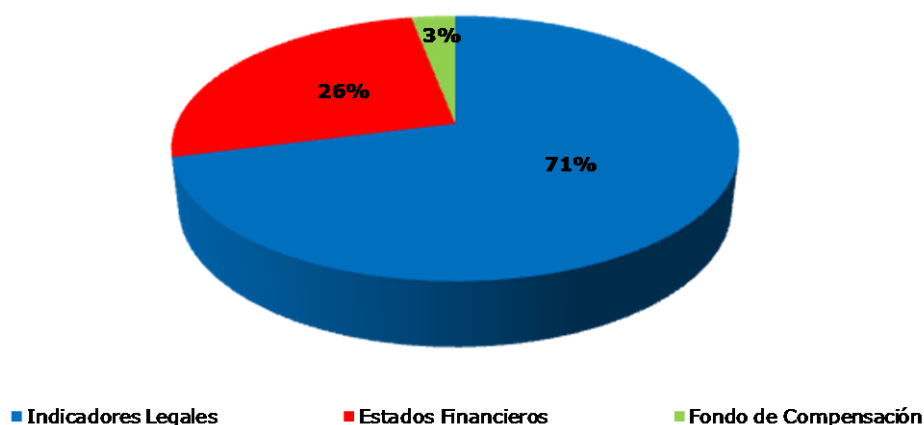
**Gráfico 9: Personas favorecidas y montos regularizados por materia fiscalizada**



## En materia de Fiscalización de la Información Financiera de Isapres

La fiscalización se concentró en todas aquellas materias directamente relacionadas con el cumplimiento de los indicadores legales establecidos en la ley (71%) - temas que deben ser fiscalizados en forma permanente -, como también aquellas relacionadas con la presentación de los Estados Financieros (26%), Archivos Maestros y Fondo de Compensación (3%).

**Gráfico 10: Distribución de fiscalizaciones sobre la Información Financiera de Isapres por materia fiscalizada**



### Principales resultados

Los exámenes realizados durante el año 2010 en materia de la información financiera de las isapres son los siguientes:

#### 1. Indicadores Legales e Información Financiera

El objetivo principal de los exámenes enfocados a controlar el cumplimiento de los indicadores legales y la información financiera, fue velar por la continuidad en el financiamiento de los beneficios, realizando el seguimiento de la información utilizada para garantizar las obligaciones de la isapre con las personas beneficiarias y las entidades prestadoras de salud.

##### a. Garantía Mínima e Indicadores Legales

Se detectó una situación de incumplimiento que fue debidamente solucionada por la isapre durante el mes de enero de 2011, sin que ello haya ocasionado algún perjuicio para las personas beneficiarias y las entidades prestadoras de salud.



### **b. Información Financiera**

Se examinó la presentación de las F.E.F.I. trimestrales correspondiente a las 14 isapres del sistema y las F.E.F.I. mensuales de las dos isapres en régimen de supervigilancia.

### **c. Examen y seguimiento del PAC**

En el seguimiento del Plan de Ajuste y Contingencia (PAC), al que fue sometida la Isapre Ferrosalud S.A., se ejecutaron múltiples acciones de fiscalización para confirmar las medidas que permitieran garantizar las obligaciones de la isapre con las personas beneficiarias y las entidades prestadoras de salud.

## **2. Seguimiento en línea de los traspasos correspondientes al Fondo de Compensación Solidario**

Se verificó que todas las isapres cumplieran en forma íntegra y oportuna con los dos traspasos establecidos (abril y octubre de 2010) para el funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario.

## **3. Adopción de Normas Internacionales de Contabilidad (IFRS)**

Durante el año 2010 se envió, para una tercera ronda de comentarios, el proyecto de normativa de acuerdo a las observaciones efectuadas por las isapres en el segundo proyecto de regulación sobre Normas Internacionales de Contabilidad en conjunto con las simulaciones de impacto de las partidas más sensibles que repercuten en la medición y presentación de los estados financieros.

Las observaciones vertidas sobre este segundo proyecto y los resultados de los impactos preliminares, permitieron definir los plazos para medir gradualmente el cumplimiento de los indicadores legales y las provisiones por prestaciones ocurridas y no liquidadas, acogiéndose en su gran mayoría las propuestas recogidas de la industria, confirmando su inicio a partir del año 2012.

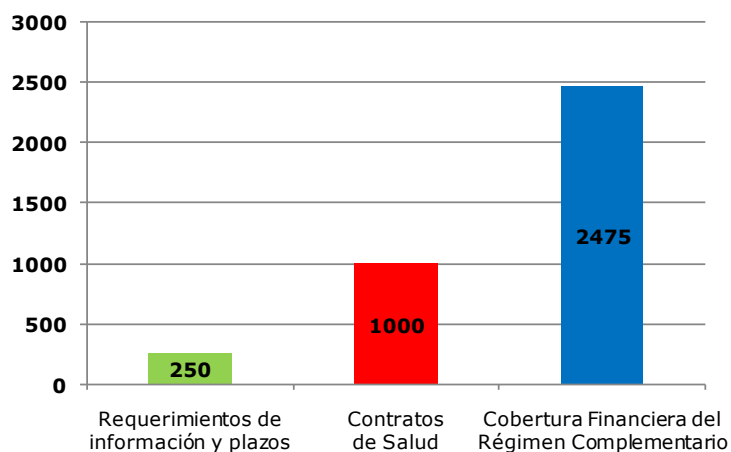
## En materia de Sanciones

### 1. A Isapres

Durante el año 2010, se tramitaron 8 procedimientos de sanciones aplicándose multas por las infracciones detectadas, las que ascendieron a **3.725 U.F.**

Al respecto, es importante señalar que el 66,4% de las multas fueron cursadas por irregularidades detectadas en materia de Cobertura Financiera del Régimen Complementario.

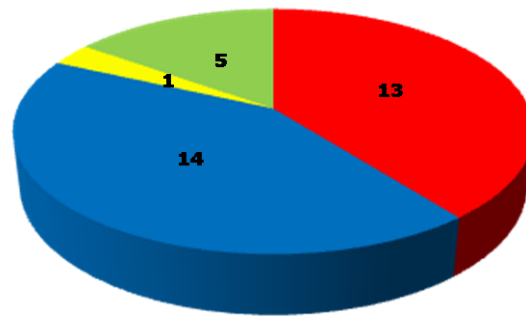
**Gráfico 11: Monto de Multas (UF) a Isapres por Materia, año 2010**



### 2. A Prestadores de Salud

Los prestadores públicos y privados también fueron objeto de sanciones el año 2010, en lo que se refiere a su obligación de notificar a las personas cuando se ha confirmado la existencia de un problema de salud que podría ser cubierto por las GES, y retrasos en el cumplimiento de la Garantía de Oportunidad.

**Gráfico 12: Distribución de Sanciones a Prestadores, año 2010**



- Amonestación Prestadores Privados
- Amonestación Prestadores Públicos
- Multa Prestadores Privados
- Sumario Administrativo Prestadores Públicos



## En materia de Resolución de Reclamos Arbitrales

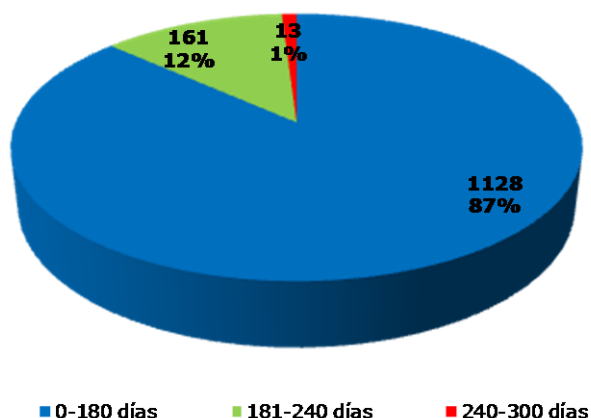
Durante el año 2010, un total de 1.418 reclamos fueron tramitados por la vía arbitral, lo que implicó una disminución, del 16 % en relación con la demanda observada en el año 2009, la que ascendió a 1.690.

Dicha disminución está centrada, fundamentalmente, en los reclamos relacionados con alzas de precios de los planes de salud<sup>5</sup>. No obstante lo anterior, en el año 2010, se advierte un aumento en aquellos reclamos, por esta misma materia, vinculados a la aplicación de la tabla de factores etarios, lo que resulta concordante con los acontecimientos, de orden judicial y constitucional, que se han venido desencadenando a partir del segundo semestre del año recién pasado. En efecto, la trascendencia de la sentencia de inconstitucionalidad, de fecha 6 de agosto de 2010, dictada por el H. Tribunal Constitucional, dio lugar a un interesante debate jurídico al interior de la Superintendencia, fundamentalmente, en relación a los alcances y efectos del mismo, en los reclamos particulares que debía conocer el Tribunal Arbitral, lo que redundó, sin embargo, en el aumento de los tiempos de resolución de este tipo de juicios.

Cabe también destacar que del total de reclamos ingresados en el año 2010, 25 corresponden a Fonasa, 24 a Isapres cerradas, mientras que 1.369 corresponden a Isapres abiertas, lo cual representa una distribución de los reclamos, por tipo de aseguradora, similar a la del año 2009.

Finalmente, en el año 2010, más del 85% de los juicios arbitrales se resolvió en un plazo inferior o igual a 180 días, dándose con ello cabal cumplimiento a los indicadores de resultado comprometidos con organismos externos.

**Gráfico 13: Distribución de reclamos arbitrales según tiempo de resolución, año 2010**



Además de la función esencial del Subdepartamento de Reclamo Arbitral, cual es, la sustanciación del procedimiento de arbitraje, durante el año 2010, también desarrollaron diversas actividades destinadas al mejoramiento del proceso de su responsabilidad, abocándose a los siguientes temas:

<sup>5</sup> En el SUR están clasificados en tres submaterias: "Cambio de tramo de edad", "Alza de precio base" y "Alza de precio base y cambio de tramo de edad"

- Al análisis y desarrollo de los criterios resolutivos de los reclamos por alzas de precio, con cambio de factor etario, a través de la elaboración de minutas de estudio y propuestas de fallo para las distintas hipótesis detectadas, con miras a colaborar con el trabajo institucional derivado de la dictación del fallo del Tribunal Constitucional, de 6 de agosto de 2010; a asegurar la correcta interpretación del mismo y dar celeridad a la resolución de los reclamos pendientes por esta materia.
- Al perfeccionamiento del flujo del proceso arbitral -atendiendo a los planteamientos formulados por el Fonasa durante el año 2010, en relación a la validez y existencia de los juicios arbitrales y a la competencia de la Superintendencia en materia relacionadas con la Ley de Urgencia- con el objeto de precaver nuevas impugnaciones de las partes, derivadas del uso de firmas delegadas en el ámbito de la resolución judicial de los reclamos y, paralelamente, a la revisión y actualización de los formatos y textos de las resoluciones judiciales, de modo que éstos se ajusten a las modificaciones que se proponen en este aspecto y sean un elemento facilitador de su implementación.

En respuesta a estos mismos planteamientos del Fonasa, a partir del 28 de diciembre de 2010, el Subdepartamento de Reclamo Arbitral se hizo cargo de la resolución de todos los reclamos ingresados a partir de esa fecha, de beneficiarios del referido Fondo, en los que se discute la procedencia y aplicación de la denominada ley de Urgencia, los que, hasta ese momento, eran resueltos por la vía administrativa. A modo ejemplar, valga señalar que el ingreso observado para esta submateria específica en los años 2009 y 2010, fue de 461 y 396 reclamos, respectivamente.

- A la puesta en marcha e implementación del denominado "Nuevo modelo de gestión de reclamos", lo que implicó la modificación del documento "Criterios para determinar la vía de tramitación de los reclamos", trasladándose a la vía arbitral la resolución de un conjunto de materias que, con anterioridad, eran conocidas y resultas por la vía administrativa. Algunas de las materias que se incorporaron durante el año 2010 a la resolución judicial fueron:
  - a) Los reclamos por adecuación de precio base más cambio de tramo de edad o sólo reclamos por cambio de tramo de edad, sea que se trate de cautivos o no;
  - b) Los reclamos por negativa de la Isapre a otorgar la cobertura preferente dispuesta en el plan de salud, cuando se verifica una hospitalización fuera del prestador preferente, en virtud de una situación de urgencia con riesgo vital o de secuela funcional grave;
  - c) Los reclamos de beneficiarios de Isapre con una patología incluida en el decreto GES, a los que se les prescribe un medicamento ambulatorio que no está incluido en el Listado de Prestaciones Específico ni en las Guías Clínicas, pero que cumpliría, de no existir este beneficio legal, las condiciones previstas en la Circular IF/Nº7 para el otorgamiento de la CAEC;
  - d) Los reclamos de beneficiarios de Isapre, que son pacientes de Cáncer y a quienes se les niega la CAEC para una droga citotóxica administrada

ambulatoriamente en el contexto del tratamiento de dicha enfermedad, en atención a que la aplicación no se efectúa en ciclos de quimioterapia, y e) Los reclamos por negativa de cobertura GES, GES-CAEC, CAEC y/o plan de salud complementario, para hospitalización domiciliaria.

- A la incorporación de 2 nuevas Isapres – Colmena Golden Cross y Masvida - al Sistema de Gestión Electrónica de Reclamos (SUR digital), lo que implica un importante avance hacia la consolidación de esta herramienta de trabajo, como una forma de contribuir a la transparencia del procedimiento y a la disminución de los plazos de tramitación. Asimismo, este Sistema está en la base de la implementación de otros proyectos institucionales, como es el caso, del Reclamo en Línea.



## **En materia de Evaluación de Riesgos y Gestión Interna**

### **1. Análisis de información y minería de datos**

En forma coordinada con las áreas de fiscalización de la IFSP, durante el año 2010 se analizaron las materias indicadas a continuación, y en base a los resultados obtenidos se ejecutaron las fiscalizaciones respectivas en 6 de éstas.

- Cálculo de Excedentes de Cotización en Isapres
- Cálculo y Devolución Masiva de Excesos de Cotización en Isapres
- Cobertura de Bonificación en Prestador Preferente en Isapres
- Subsidios de Incapacidad Laboral en Isapres
- Garantía de Oportunidad en Isapres
- Garantía de Oportunidad en Fonasa
- Garantía de Protección Financiera en Isapres
- Metas de Cobertura del Examen de Medicina Preventiva en Isapres

El proceso de análisis de información, y el uso de técnicas de minería de datos<sup>6</sup>, cuando aplica, permite reducir el número de fiscalizaciones centrándose en aquellas entidades con mayores riesgos, así como reducir los tiempos de fiscalización en terreno.

### **2. Supervisión basada en Riesgos**

En el segundo semestre del año 2010, la Intendencia inicia una serie de actividades tendientes a efectuar un cambio en el modelo de supervisión que hoy se basa en el cumplimiento normativo hacia otro basado en la gestión de riesgos.

Para ello se realiza un levantamiento los modelos de Supervisión desarrollados por otras Superintendencias con la finalidad de conocer las motivaciones que generaron el cambio de modelo, las etapas del proyecto, las dificultades, y todos aquellos aspectos relevantes para el desarrollo de este proyecto. La actividad de benchmarking se realizó con la Superintendencia de Pensiones (SP), la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), la Superintendencia de Seguros y Valores (SVS) y la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras (SBIF).

### **3. Apoyo a la Gestión de los Procesos de la IFSP<sup>7</sup>**

En esta línea de trabajo se realizaron actividades que son regulares como el monitoreo de Indicadores de Gestión y el seguimiento de los Convenios de Desempeño del Intendente y el Superintendente (en éste último en las

---

<sup>6</sup> El desarrollo de modelos de minería de datos contó con asesoría experta de la empresa proveedora del software.

<sup>7</sup> Esta línea de trabajo tuvo modificaciones en el último cuatrimestre del año debido a la reestructuración realizada en la Superintendencia y por la cual la Unidad de Evaluación de Riesgos amplió sus funciones a los procesos de Regulación y Gestión de Reclamos Arbitrales.

materias vinculadas a la IFSP); así como otras de interés de las áreas respectivas:

- Medición del Proceso de Fiscalización. Con el objetivo de determinar las materias y etapas del proceso en que se utilizan los recursos y cómo estos se distribuyen, así como identificar áreas de mejora. Esta actividad cierra un ciclo iniciado el año 2007.
- Registro de Resultados de Fiscalización. Determinada la necesidad de tener información sistematizada y comparable, se efectúa una revisión del actual esquema concluyéndose que debe simplificarse y tener registro dicotómico de cumplimiento y datos de regularizaciones (personas y montos) según aspecto fiscalizado. Las definiciones realizadas serán el insumo para modificar el ítem "Resultados" del Sistema de Fiscalización.
- Revisión de los procesos de Regulación y Resolución de Reclamos Arbitrales. Actividad necesaria para avanzar en la medición de los mismos, la que se realizará durante el año 2011.

#### **4. Sistemas de Información de la IFSP**

En materia de Sistemas de Información, durante el año se desarrolló lo siguiente:

- Incorporación de Firma Electrónica Avanzada para los oficios derivados de una fiscalización. De esta manera los oficios que informan los resultados de las fiscalizaciones al incorporar esta característica se notifica electrónicamente a la entidad<sup>8</sup>. El Módulo de Firma se complementa con Sistema de Fiscalización.
- Modificación del Sistema de Control GES. Se definen cambios para los procesos de evaluación de la Garantía de Oportunidad y de Protección Financiera, a fin de incorporar -para la primera- todas las unidades de plazo establecidas en el decreto, y -para la segunda- las periodicidades, definidas en la normativa, y la forma de cobro implementada por las aseguradoras.

En ese mismo contexto se modifican las Circulares que establecen los requerimientos de información sobre las GES en Isapres (para las garantías de Acceso, Oportunidad y Protección Financiera) y Fonasa (para las garantías de Acceso y Oportunidad), así como para ajustarlas al nuevo decreto que las rige desde Julio 2010.

---

<sup>8</sup> Bajo esta modalidad se opera con las Isapres. Fonasa y los Prestadores de salud quedaron para la siguiente etapa.



## ANEXO 1

### Facultades de fiscalización de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud

Ámbito de Fiscalización	Materia	FONASA	Isapres	Prestadores
<b>Régimen de Garantías en Salud</b>	Garantía Acceso	NO	Si	
	Garantía Oportunidad	Si	Si	
	Garantía Protección Financiera	Si	Si	
	Examen de Medicina Preventiva	NO	Si	
	Medicamentos Garantizados	Si	NO	
	Urgencia Vital GES			Si
	Notificación Diagnóstico GES			Si
<b>Régimen Complementario de Salud</b>	Cobertura Financiera de Prestaciones Modalidad Libre Elección <sup>9</sup>	Si	Si	
	Cobertura Financiera de Prestaciones Modalidad de Atención Institucional	NO		
	Clasificación de Beneficiarios Fonasa	Si		
	Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC)		Si	
	Ley de Urgencia	Si	Si	
	Contratos de Salud		Si	
	Préstamos de Salud <sup>10</sup>	Si	NO	
Condiciones de Acceso, Oportunidad y Calidad de Prestaciones <sup>11</sup>	NO			
<b>Beneficios Mínimos Legales</b>	Licencias Médicas (incluye Subsidios por Incapacidad Laboral)		Si	
<b>Derechos de las personas</b>	Tramitación de Reclamos	Si	Si	
	Cumplimiento de Resoluciones	Si	Si	
	Notificación por Contratos, Licencias Médicas, Excesos, etc.		Si	
<b>Cotizaciones de Salud</b>	Cotizaciones de Salud (Excesos)	Si	Si	
	Cotizaciones de Salud (Excedentes)		Si	
<b>Situación Financiera de Isapres</b>	Estados Financieros, Indicadores Legales y Garantía Mínima		Si	

Nomenclatura

	Existen facultades para fiscalizar
	NO existen facultades para fiscalizar

SI	Materia fiscalizada
NO	Materia NO fiscalizada en programas formales

<sup>9</sup> Para estos efectos se entiende que la Cobertura Financiera de la Modalidad de Libre Elección de Fonasa es equivalente a la Cobertura del Plan de Salud en Isapres.

<sup>10</sup> En las Isapres se otorgan préstamos para problemas de salud con Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) y Ley de Urgencia.

<sup>11</sup> El Ministerio de Salud debe definir las condiciones de Acceso, Oportunidad y Calidad de las prestaciones que no son GES.