



RESOLUCION EXENTA IF/Nº 776
SANTIAGO, 20 DIC. 2011

VISTO:

Lo dispuesto en el artículo 110, números 2, 4 y 13; 112; 127; 220 y demás pertinentes del D.F.L. Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, la Resolución Nº 1600 de 2008 de la Contraloría General de la República; la Resolución Afecta Nº 88, de 9 de noviembre de 2011 de esta Superintendencia, y

CONSIDERANDO:

1. Que, es función de la Superintendencia de Salud, a través de esta Intendencia velar por que las instituciones de salud previsional cumplan con las leyes e instrucciones que las rigen.
2. Que, en el ejercicio de tal función, entre los días 6 y 11 de abril de 2011, se efectuó una fiscalización a la Isapre Colmena Golden Cross S.A., con el objeto de monitorear la aplicación de la cobertura mínima legal, para lo cual se examinó una muestra de 27 prestaciones ambulatorias y 10 hospitalarias.

En dicho examen, esta Superintendencia pudo constatar lo siguiente:

- a.- Que, en un caso la Isapre Colmena Golden Cross S.A., bonificó la consulta médica código 0101001, aplicando la cobertura del Fonasa en razón de un 50% en lugar de un 60%, lo que además se verificó en las simulaciones efectuadas el día 8 de abril de 2011, con lo cual mantuvo la irregularidad observada en el Oficio Nº 10771, de noviembre de 2010, en respuesta del cual la Isapre informó que la situación había quedado regularizada a contar de octubre de 2010, sin embargo ello no ocurrió con el referido código.
 - b.- Que, en dos casos, no otorgó cobertura a prestaciones kinésicas, correspondiendo en uno de ellos otorgar cobertura del plan y en el otro la mínima del Fonasa. En la fiscalización la Isapre informó que se trató de errores sistémicos y que instalaría de inmediato restricciones adicionales al registro de datos. Además, en otros 4 casos, aplicó la cobertura mínima, pero usando un arancel desactualizado y en un caso aplicó la cobertura del 25% del plan, en lugar de la que asegura Fonasa que era superior.
 - c.- Que en un caso, no otorgó cobertura a exámenes de laboratorio ambulatorios requeridos por un afiliado, informando que se trataba de prestaciones derivadas de una preexistencia no declarada, sin aportar los antecedentes que acreditaran tal condición.
3. Que esta Autoridad Administrativa a través del Oficio IF/Nº 3236, de 12 de mayo de 2011, representó las situaciones detectadas, a la Isapre Colmena Golden Cross S.A., y le instruyó que corrigiera definitivamente la aplicación de la cobertura

mínima legal, además de reliquidar los casos observados y todos los demás afectados por la misma situación a contar de enero de 2010, y respecto a la negación de cobertura, se instruyó reliquidar el caso observado, en tanto no acreditara con los antecedentes médicos respectivos, la condición de preexistencia invocada.

4. Que mediante el Oficio Ord. IF/Nº 6211 de 30 de agosto de 2011, se formularon cargos a Isapre Colmena Golden Cross S.A. por no aplicar la cobertura mínima legal establecida en el artículo 190 del D.F.L. Nº 1, de Salud, de 2005, o aplicarla sobre la base de valores desactualizados y negar la cobertura a ciertas prestaciones, aludiendo errores o preexistencias no declaradas, sin contar con los antecedentes médicos que lo acrediten, vulnerando con ello los derechos emanados del contrato de salud.
5. Que estando dentro de plazo, la Isapre Colmena Golden Cross S.A., formuló sus descargos, mediante su presentación de fecha 15 de septiembre de 2011.

En cuanto a la aplicación de la cobertura del Fonasa en razón de un 50% en lugar de un 60%, aduce que el error fue corregido con motivo de lo instruido en el Oficio Nº 10771 de noviembre de 2010, pero que por una omisión involuntaria dicho porcentaje no fue actualizado para las consultas códigos 0101001 y 0101002, que no corresponden al Arancel Colmena, sino a códigos genéricos Fonasa. Agrega que dado que las bonificaciones se efectúan sólo en base al Arancel Colmena, dicha omisión no debería haber significado perjuicio alguno para los afiliados, salvo que un funcionario denominado "consultora de beneficios" no hubiese respetado la instrucción de bonificar en base al Arancel Colmena, que fue lo que finalmente ocurrió en el único caso observado.

Agrega, que el problema de dichos códigos había sido detectado y corregido con anterioridad a la fiscalización, prueba de ello es que la carta que informó el cumplimiento de las instrucciones, indicó que hubo un total de 5 casos afectados y ninguno fue reliquidado por resultar diferencias menores a 0,05 U.F.

Respecto al uso del arancel Fonasa del año anterior, explica que los cuatro casos observados habían sido detectados por sus controles y no se reliquidaron por corresponder a diferencias menores a 0,05 U.F., sin perjuicio de haber actualizado de inmediato el Arancel Fonasa y haberse adoptado las medidas para que en el futuro las actualizaciones se realicen oportunamente.

En el caso que aplicó la cobertura del 25% del plan, en lugar de otorgar la del Fonasa, señala que correspondió a una prestación tratada incorrectamente como GES, debiendo aplicarse la cobertura Fonasa, pero tampoco se reliquidó por tratarse de una diferencia menor a 0,05 U.F.

A su juicio, queda de manifiesto que los 6 casos observados por esta Superintendencia corresponden a situaciones puntuales y en ningún caso implican que la isapre no haya cumplido en forma sistemática y reiterada con el cálculo de la cobertura mínima, añadiendo que si bien ha implementado controles para asegurar la aplicación de la cobertura, siempre existe la posibilidad que se produzcan errores como los observados.

Explica, que desde el año 2010 implementó un proceso de revisión periódica de los mínimos legales, que actualmente se realiza trimestralmente, dando origen a reliquidaciones y a la detección y corrección de las causas que generan las excepciones. Dichos controles le habrían permitido disminuir a través del tiempo el número de casos con error de cobertura.

Por otra parte, respecto a los dos casos de prestaciones kinésicas que no otorgó cobertura, indica que corresponden a un error puntual del sistema de bonificación, que fue detectado y corregido de inmediato.

Por último, en cuanto a la negación de cobertura por preexistencia no declarada, señala que la emisión de bonos con bonificación "cero", se efectúa a solicitud de

los beneficiarios para que accedan a los precios convenidos entre esa institución y, los prestadores preferentes, evitando de esa forma el pago de tarifas particulares que son siempre superiores.

Los casos reliquidados corresponden a afiliados con preexistencias no declaradas, que en lugar de poner término a sus contratos, los mantuvo con exclusión de cobertura por 5 años.

Enfatiza que la reliquidación no se originó por no tener los antecedentes que permitan acreditar la preexistencia, sino, porque no guardó el respaldo de la orden médica que contiene el diagnóstico y que permite asociar las prestaciones requeridas a la preexistencia no declarada.

En atención a lo anterior, señala que no aplicará el procedimiento que había informado en respuesta a las instrucciones impartidas, conforme al cual instruiría a su personal que respaldara la negación de cobertura ambulatoria con la respectiva orden médica y, en definitiva, eliminará el beneficio de emitir bono con cobertura cero, ya que resulta prácticamente imposible que las 300 personas que actualmente emiten bonos puedan cumplir con dicha exigencia y, de esta forma, evitar futuras observaciones y formulación de cargos en esta materia.

Por tanto, solicita que sus argumentos sean tomados en consideración al momento de evaluar y decidir las acciones que corresponda.

6. Que en cuanto a las irregularidades detectadas y comunicadas, cabe hacer presente que el inciso primero del artículo 190 del D.F.L. N° 1 de Salud, de 2005, no deja dudas respecto al doble piso de cobertura mínima establecida para cualquier prestación, incluso aquellas respecto de las cuales las Isapres han consagrado un tope anual de cobertura en uso de la facultad establecida en el artículo 189 letra f) del mismo cuerpo legal. De esta forma, el mencionado artículo 190 dispone que: "No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 31 de la Ley N° 19.966, que establece el Régimen General de Garantías en Salud. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas".
7. Que, de los antecedentes antes referidos queda en evidencia que existió incumplimiento en la aplicación de la cobertura mínima legal según se pudo constatar en el caso de las consultas médicas y en las prestaciones afectadas por la aplicación de un arancel Fonasa desactualizado.

Pues bien, tratándose de una norma que se encuentra establecida en la ley, no existe justificación alguna para que Isapre Colmena Golden Cross S.A., infrinja las mencionadas disposiciones en el otorgamiento de las bonificaciones.

8. Que, para estos efectos, es preciso hacer presente que, si bien el incumplimiento de la isapre, en esta oportunidad se refiere a casos puntuales, el problema no ha sido resuelto en forma integral, atendido que trimestralmente está reliquidando casos con errores en la aplicación de la referida cobertura, lo que implica que los beneficiarios no cuenten oportunamente con los beneficios que asegura la ley.

Por consiguiente, no resulta acertado el argumento que alega la isapre en el sentido que ha cumplido en forma sistemática y reiterada con el cálculo de la cobertura mínima, toda vez que a través del tiempo se han verificado reiterados incumplimientos en esta materia.

Tampoco es efectivo, que la corrección del porcentaje de cobertura de las consultas se había efectuado con anterioridad a la fecha de la fiscalización, así como la regularización inmediata de los dos casos de prestaciones kinésicas en

que omitió la cobertura, toda vez que la regularización de la primera situación se concretó el día 8 de abril de 2011 y la segunda el día 15 del mismo mes, esto es, ambas con motivo de la fiscalización.

9. Que por todo lo expuesto, cabe concluir que existió una infracción objetiva a una norma básica de cobertura que amerita la aplicación de una sanción.
10. Que, en cuanto a negativa de cobertura por una preexistencia no declarada, se debe hacer presente que, si bien en el caso observado la Isapre contaba con el antecedente del año 2006, que indicaba que la persona tenía una enfermedad preexistente no declarada, no acreditó que las prestaciones ambulatorias requeridas por el beneficiario, consistentes en exámenes de laboratorio y solicitadas en diciembre de 2010, estaban asociadas a dicha patología, lo que contraviene las precisas instrucciones impartidas al respecto por esta Superintendencia, y que se encuentran contenidas en el punto 2, Título V, Capítulo I del Compendio de Procedimientos y en el número 3 del Título VI del Capítulo I del Compendio de Beneficios.

Cabe precisar que dicha irregularidad corresponde a una práctica habitual de la Isapre, reconocida por ella y que se confirma con la cantidad de casos afectados por la misma falta y reliquidados por iniciativa de la institución, que ascendieron a un total de 86 (66 a consecuencia de la negación de cobertura de exámenes y 20 relacionados con prestaciones de kinesiología).

Los descargos de la Isapre empeoran la falta al señalar que en adelante no emitirá bonos con cobertura cero, cuando proceda el rechazo de cobertura, puesto que le es imposible cumplir con la exigencia de guardar los respaldos de la negativa. Agrega, que de esa forma se asegurará que esta Autoridad no le formule nuevas observaciones y cargos en dicha materia. Pues bien, al respecto cabe hacer presente que lo expuesto resulta contrario a la normativa vigente que exige acreditar los rechazos de cobertura con los antecedentes médicos pertinentes, por lo tanto, esa aseguradora, en lo sucesivo, deberá adoptar las medidas necesarias, para almacenar los referidos antecedentes médicos.

Además, cabe indicar que una situación similar a la observada fue representada a la Isapre Colmena a través del Oficio SS/N° 1588, de mayo de 2009, en virtud de lo cual la Isapre informó que "exigiría obligatoriamente el chequeo por parte de la Jefa de la Sucursal para que verifique el diagnóstico dado por el médico tratante en solicitud de exámenes y, en caso de corresponder a una patología preexistente, se guardará copia de la orden médica o de los certificados pertinentes emitidos por el tratante, a fin de poder comprobar esta situación".

- 11.- Que por lo anterior, se estima que se debe aplicar una sanción a Isapre Colmena Golden Cross S.A., por no acreditar con los antecedentes médicos pertinentes, que las prestaciones rechazadas estaban asociadas a una preexistencia no declarada, lo que contraviene las instrucciones contenidas en el punto 2, Título V, Capítulo I del Compendio de Procedimientos y en el número 3 del Título VI del Capítulo I del Compendio de Beneficios, ambos de esta Superintendencia de Salud, afectando con ello a un importante número de afiliados.
- 12.- Que para determinar la sanción, se han tenido en consideración las circunstancias antes expuestas, la gravedad de las conductas constitutivas de las infracciones administrativas descritas y sus consecuencias.

Cabe hacer presente que los descargos formulados, no aportan antecedentes que sirvan para desvirtuar la responsabilidad de la Isapre Colmena Golden Cross S.A.

13. Que, en otro orden de ideas y, sin perjuicio de lo concluido anteriormente, respecto a las infracciones analizadas, es necesario hacer presente a la Isapre Colmena Golden Cross S.A. que no resulta justificado el procedimiento descrito consistente en que no efectúa reliquidaciones de cobertura tratándose de casos en que las diferencias a favor del cotizante son inferiores a 0,05 U.F., toda vez que las Instituciones de salud siempre están obligadas a reliquidar, y proceder a las

devoluciones que correspondan independientemente de que dicha operación arroje un monto inferior a 0,05 U.F.

Por consiguiente, dichas diferencias deben quedar a disposición de los beneficiarios, pudiendo aplicarse a las futuras coberturas que estas requieran.

14. Que, en mérito de lo precedentemente expuesto y en ejercicio de las facultades que me confiere la ley,

RESUELVO:

1. Impónese a la Isapre Colmena Golden Cross S.A., una multa de **400 UF** (cuatrocientas unidades de fomento), por los hechos irregulares descritos en el cuerpo de esta resolución.
2. El pago de la multa deberá efectuarse en el plazo de 5 días hábiles contado desde la notificación de la presente resolución y será certificado por la Jefa del Departamento de Administración y Finanzas de esta Superintendencia.
3. Se hace presente que en contra de esta resolución procede el recurso de reposición que confiere el artículo 113 del DFL N°1 de 2005 de Salud, el que puede interponerse en un plazo de cinco días hábiles contado desde su notificación.

ANOTESE, COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y ARCHIVASE



MPA/LLB

DISTRIBUCIÓN

- Sr. Gerente General Isapre Colmena Golden Cross S.A.
- Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud Suplente
- Subdepto. de Fiscalización de Beneficios.
- Unidad de Coordinación Legal y Sanciones.
- Departamento de Administración y Finanzas
- Oficina de Partes.

Certifico que el documento que antecede es copia fiel de su original, la Resolución Exenta IF/N°776 de fecha 20 de diciembre de 2011, que consta de 5 páginas, y que se encuentra suscrita por la Sra. María Angélica Barros Lira, en su calidad de Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud suplente de la SUPERINTENDENCIA DE SALUD.

Santiago, 20 de diciembre de 2011.

CAROLINA CANESSA
MINISTRO DE FE

