



RESOLUCIÓN EXENTA IF/Nº

275

SANTIAGO, 19 ABR. 2013

VISTO:

Lo dispuesto en los artículos 110, 112, 114, 127, 190, 220 y demás pertinentes del DFL Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud; la Resolución Nº 1600 de 2008 de la Contraloría General de la República; y la Resolución Exenta Nº 2064, de 24 de diciembre de 2012, de la Superintendencia de Salud, y

CONSIDERANDO:

1. Que, es función de esta Superintendencia velar porque las Instituciones de Salud Previsional cumplan las leyes e instrucciones que las rigen.
2. Que, en ejercicio de dicha facultad, con motivo de una fiscalización efectuada a Isapre Consalud los días 20 a 22 de agosto de 2012, destinada a examinar el otorgamiento de beneficios pactados en lo relativo a la aplicación de la cobertura mínima legal, y sobre una muestra de 30 prestaciones médicas informadas en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, correspondiente a los meses de enero a junio de 2012, además de las simulaciones realizadas en el sistema de otorgamiento de beneficios, se constataron las siguientes infracciones:

- a) En las consultas médicas de pediatría y ginecología se otorgaba la cobertura mínima FONASA sobre el valor asignado a la consulta médica electiva o de urgencia (código 0101001) en lugar de hacerlo sobre el valor de la consulta de especialista (código 0101003), otorgando una cobertura inferior a la que correspondía.

Al respecto, la Isapre reconoció que las especialidades básicas (pediatría y ginecología) se asociaban al código 0101001, encontrándose incorporado en el sistema de cálculo de beneficios y, además, constaba en el listado denominado "Agrupación de consultas médicas" aportado por la institución, lo que da cuenta que dicha irregularidad constituía un procedimiento de carácter general.

Además, en las simulaciones efectuadas, se verificó que al 30 de agosto de 2012 aún se mantenía la mencionada irregularidad en el sistema de cálculo de beneficios.

- b) En un caso de consulta médica electiva o de urgencia, aplicó el "copago fijo" dispuesto en el plan, resultando una cobertura inferior a la de FONASA. Al respecto, la Isapre señaló que ello se ajustaba a lo dispuesto en la Circular Nº 151 de mayo de 2011, aseverando que esta le permitía respetar el "copago fijo" por sobre el mínimo FONASA.
 - c) Por último, se constató que en dos casos de prestaciones que habían consumido el tope anual, se otorgó una cobertura inferior a la mínima FONASA. Sobre este punto, la Isapre informó que revisaría los topes utilizados.
3. Que, producto de los citados hallazgos y mediante Oficio IF/Nº 9492, de fecha 14 de diciembre de 2012, se impartió instrucciones a la isapre y se le formuló el siguiente

cargo: "Otorgar bonificaciones inferiores a la cobertura mínima legal, incumpliendo lo establecido en el artículo 190 del DFL N° 1, de 2005, de Salud".

4. Que mediante carta de 2 de enero de 2013, la Isapre evacuó sus descargos en los términos que se indican a continuación:

a) Respecto de las consultas de pediatría y ginecología, señala que históricamente las ha considerado dentro de las consultas médicas básicas asociadas al código 0101001, con el fin de ofrecer un menor copago a los afiliados respecto del resto de las especialidades. Así, en los planes de salud se ha establecido esta distinción y los valores asignados a los copagos se han hecho en función de dicha clasificación.

Agrega que hasta la fecha se han realizado numerosas fiscalizaciones al otorgamiento de beneficios y a su cobertura, como también a los planes de salud, sin que esta Superintendencia haya hecho reparo alguno sobre la mencionada clasificación, por lo que era de presumir, de absoluta buena fe, que se estaba actuando correctamente, y, a su entender, no ha existido incumplimiento alguno de la normativa.

En cuanto a la Circular IF/N° 168, sostiene que ésta sólo indica que para todas las especialidades correspondientes al código 0101002 (consulta médica de neurólogo, neurocirujano, otorrinolaringólogo, geriatra u oncólogo) se debe aplicar, cuando corresponda, la cobertura mínima FONASA del código 0101003, por lo que dicha circular no ayuda a clarificar el tema.

b) En relación con el caso de la consulta médica en que se aplicó el "copago fijo" dispuesto en el plan, resultando una bonificación inferior a la cobertura mínima FONASA, reconoce que la respuesta dada por el funcionario de la Isapre en la etapa de fiscalización fue inadecuada, toda vez que sostiene que en el sistema de beneficios sí se ha aplicado la regla del mínimo FONASA, y lo que ocurrió en el caso observado fue un error que se produjo al momento de la bonificación, la que que se efectuó en forma manual.

c) Respecto de los dos casos de prestaciones que habían consumido el tope anual y en los que se otorgó una cobertura inferior a la mínima FONASA, señala que se trató de un error, que no debiera volver a suceder, toda vez que los sistemas están bien configurados y aplican las reglas correspondientes.

5. Que, en cuanto al primer descargo, cabe señalar que lo reprochado a la Isapre no es que en sus planes de salud incluya a las especialidades de pediatría y ginecología dentro de las consultas médicas básicas asociadas al código 0101001, para los efectos de proporcionar un copago inferior al de las restantes especialidades; sino que el hecho de no haber otorgado la cobertura mínima legal que corresponde a dichas prestaciones, y que de conformidad con la Circular IF/N° 168, es la cobertura mínima FONASA prevista para el código 0101003.

6. Que, por tanto, la circunstancia que esta Superintendencia haya fiscalizado con anterioridad, tanto el otorgamiento de beneficios y su cobertura como los planes de salud de la Isapre, y que no haya efectuado observaciones o reparos al hecho que en dichos planes y en los valores asignados a los copagos, se considere a las especialidades de pediatría y ginecología dentro de las consultas médicas básicas, sólo da cuenta que no existe irregularidad en la estructura de cobertura definida en los planes de salud para dichas prestaciones, pero ello no implica que la Isapre no haya contravenido la cobertura mínima legal que correspondía aplicar a las mencionadas especialidades.

7. Que, por otro lado, no es efectivo lo aseverado por la Isapre en orden a que la Circular IF/N° 168 sólo haría aplicable la cobertura mínima FONASA del código 0101003 (consulta médica de especialidades), a las especialidades correspondientes al código 0101002 (consulta médica de neurólogo, neurocirujano, otorrinolaringólogo, geriatra u oncólogo).

Por el contrario, dicha Circular establece de manera clara, precisa e inequívoca, que "cualquiera sea la especialidad del médico", la cobertura mínima FONASA que se debe otorgar corresponde a la del código 0101003 (consulta médica de especialidades).

8. Que, en efecto, la Circular IF/N° 168, de 28 de marzo de 2012, dispone textualmente que: "Tratándose de consulta médica de especialidades, las isapres deberán otorgar, como mínimo, la cobertura financiera que asegura Fonasa en la Modalidad de Libre Elección para el código 0101003 del arancel respectivo. En consecuencia, no se podrá convenir, cualquiera sea la especialidad del médico y aun cuando ésta esté mencionada en el código 0101002 de dicho arancel, una bonificación inferior al mínimo señalado."
9. Que, en cuanto al segundo descargo, referente al caso en que se aplicó el copago fijo convenido en el plan de salud, resultando una bonificación inferior a la cobertura mínima FONASA, efectivamente la respuesta dada por el funcionario de la isapre en la etapa de fiscalización fue inadecuada, toda vez que la Circular IF/N° 151, de 23 de mayo de 2011, derogó la norma de excepción de cobertura mínima que afectaba a los planes de salud con copago fijo o garantizado, y que permitía aplicar una cobertura inferior al referido mínimo en determinados casos.

A mayor abundamiento, aun en el evento que dicha norma de excepción hubiese estado vigente a la fecha de otorgarse la prestación, tampoco habría sido aplicable al caso observado, en razón que una de las condiciones que exigía aquélla para que operara la excepción, era que la inferior cobertura fuera consecuencia de menores precios convenidos con el prestador en relación a los valores contemplados en el arancel FONASA, y en el caso observado, el valor cobrado por el prestador era mayor al de FONASA.

10. Que, por otro lado, la referida Irregularidad ya había sido representada a la Isapre en mayo de 2011 y sancionada mediante Resolución Exenta IF/N° 702, de 24 de octubre de 2011, oportunidad en que se detectaron diez casos de prestaciones de afiliados adscritos a planes con copago fijo, en los que se aplicó éste sin verificar que la cobertura resultante era menor a la mínima que asegura FONASA.
11. Que, además, el hecho que la señalada infracción sea atribuida por la isapre a un error que se produjo al momento de bonificarse la prestación en forma manual, da cuenta de la falta de implementación oportuna de medidas que aseguren la correcta aplicación de la cobertura mínima, dado que transcurrido poco más de un año desde la anterior fiscalización, se constató nuevamente la misma irregularidad.
12. Que, respecto del tercer descargo, relativo a dos casos de prestaciones que habían agotado el tope anual y en los que se otorgó una cobertura inferior a la mínima FONASA, a pesar que la isapre sostiene que verificó que sus sistemas de bonificación estaban bien configurados y aplicaban las reglas correspondientes, reconoció que en los casos observados se produjo un error, lo que da cuenta que sus sistemas sí presentan fallas en la aplicación de la cobertura mínima.

Es más, en la fiscalización del año 2011, que motivó la aplicación de una multa a la Isapre mediante Resolución Exenta IF/N° 702, se constataron ocho casos de prestaciones que habían consumido el tope anual y en los que se otorgó una bonificación inferior a la mínima FONASA, por lo que se trata de irregularidades que han persistido en los sistemas de bonificación, no obstante haberse representado esta situación a la isapre con anterioridad.

13. Que, por consiguiente, analizados los antecedentes y descargos de la isapre, no cabe sino concluir que ésta efectivamente incurrió en las infracciones que se le imputan, al haber otorgado bonificaciones inferiores a la cobertura mínima legal, contraviniendo el artículo 190 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, el que en su inciso primero dispone: "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”.

14. Que, además, en relación con los casos del copago fijo y de las prestaciones que consumieron el tope anual, cabe subrayar que ha existido un reiteración de procedimientos por parte de la isapre, que ya le fueron observados el año 2011, pero que no fueron corregidos de manera adecuada o eficaz, y que además afectaron a un gran número de afiliados, toda vez que como consecuencia de dicha fiscalización, la isapre debió reliquidar un total de 217 prestaciones.
15. Que el inciso 1° del artículo 220 del DFL N°1, de 2005, de Salud, dispone que: “El incumplimiento por parte de las Instituciones de las obligaciones que les impone la Ley, Instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes que pronuncie la Superintendencia, será sancionado por esta con amonestaciones o multas a beneficio fiscal, sin perjuicio de la cancelación del registro, si procediere”.
16. Que, por tanto, en virtud del precepto legal citado y teniendo presente que la isapre ha incurrido en faltas graves y reiteradas en cuanto al otorgamiento de la cobertura mínima legal, afectando con ello los derechos de los afiliados, esta Autoridad estima que esas infracciones ameritan la sanción de multa.
17. Que, en virtud de lo señalado precedente y en uso de las atribuciones que me confiere la ley;

RESUELVO:

1. Impónese a la Isapre Consalud S.A. una multa de 800 UF (ochocientas unidades de fomento) por haber otorgado bonificaciones inferiores a la cobertura mínima legal.
2. Se hace presente que en contra de esta resolución procede el recurso de reposición que confiere el artículo 113 del DFL N°1, de 2005, de Salud, y en subsidio, el recurso jerárquico previsto en los artículos 15 y 59 de la Ley N° 19.880, los que deben interponerse en un plazo de cinco días hábiles contado desde la notificación de la presente resolución.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHIVASE,



INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD (S)

MPA/HRA/EPL
DISTRIBUCIÓN:

- Señor Gerente General Isapre Consalud S.A.
- Subdepartamento 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°275 del 19 de abril de 2013, que consta de 4 páginas, y se encuentra suscrita por la Sra. Ana María Andrade Warnken, en su calidad de Intendenta de Fondos y Seguros Previsionales de Salud (S) de la SUPERINTENDENCIA DE SALUD.

Santiago, 22 de abril de 2013.

Carolina Canessa Méndez
MINISTRO DE FE