SUPERINTENDENCIA
DE SALUD
Subdepartamento de Fiscalización de Beneficios

INFORME DE FISCALIZACIÓN N° 249

ANT.: Solicitud de Fiscalización a una muestra de reclamos de 2022 y 2023, por parte de la Intendencia de Fondos.

MAT.: Recomendaciones y acciones correctivas para la mejora del proceso de resolución de reclamos.

SANTIAGO, 01 de agosto de 2024

INTRODUCCIÓN

Este Subdepartamento programó a partir de agosto del año 2023, fiscalizaciones focalizadas en las materias más reclamadas durante el año 2022 y 2023, con el objetivo de resguardar a las personas beneficiarias, en el correcto otorgamiento de los beneficios por parte de las entidades aseguradoras y prestadores de salud.

En ese sentido, un total de 3.299 casos fueron remitidos por la Unidad de Admisibilidad de la Intendencia de Fondos, con la finalidad que el equipo de fiscalización analizara las presentaciones efectuadas por los usuarios, en materias previamente seleccionadas. En ese contexto, las materias que concentran la mayor cantidad de casos son las siguientes:

0403 Incumplimiento dictamen de la Compin	973
0499 Otras (Plazos de tramitación y/o pago de subsidios citación a peritajes etc.)	509
0179 Demora en la bonificación de Boletas y/o Programas Médicos	428
0416 Tramitación de licencias médicas	340
0115 Solicitud de revisión de bonificación	313
1310 Medicamentos GES	312
0158 Incumplimiento convenio prestador Isapre	117
0318 Solicitud desafiliación anticipada	102
0408 Notificación resolución de autorización modificación o rechazo de licencia	60
1205 Acceso a atenciones	20
0218 Negativa Isapre suscripción de contrato	15
1203 Otorgamiento préstamos médicos	12
1201 Cobertura financiera (copagos)	12
0222 Negativa reincorporación Isapre	10

En efecto, de los 3.299 casos, 3.223 (98%) de ellos se concentran en las materias antes indicadas.

Adicionalmente se han recibido 328 reclamos por acceso medicamentos Ges, de los cuales se encuentran pendientes de resolución 97 casos.

Los resultados obtenidos para cada uno de los casos examinados, fueron dados a conocer al Subdepartamento Resolución de Conflictos de la Intendencia a través de informes de fiscalización, como mediante la respectiva Resolución Exenta.

No obstante, lo anterior, a continuación, se exponen diversas situaciones encontradas durante el proceso de fiscalización, que pueden ser de utilidad para realizar acciones correctivas que permitan una mejora en el proceso de admisibilidad del reclamo. Adicionalmente, realizarán

propuestas de regulación, dado que se detectaron vacíos o inconsistencias que se podrían subsanar.

Finalmente, se detectaron nuevas materias sujetas a fiscalización en virtud del análisis realizado, o se profundizarán algunas ya programadas.

PROPUESTAS DE MEJORA ÚNIDAD DE ADMISIBILIDAD

Del análisis realizado a cada uno de los reclamos fiscalizados, se observaron ciertas situaciones que pueden ser consideradas como oportunidad de mejora en consideración a los criterios establecidos para la admisibilidad de un reclamo en esta Superintendencia, a saber:

1. Clasificación errónea o incompleta de los reclamos:
   1.1 Ingresos clasificados en materias que no corresponden
   1.2 Un mismo reclamo puede ser ingresado múltiples veces, ya que el sistema no detecta que ya existe uno en curso, lo que hace que se genere más de un reclamo por el mismo beneficiario.
   1.3 Los datos del beneficiario no siempre son proporcionados, lo que dificulta el análisis cuando el reclamo hace referencia a una carga, y existe más de una en el contrato del reclamante.
   1.4 Aseguradora mal clasificada en la carátula del reclamo, toda vez que en algunos casos se consigna la del reclamante y no la del beneficiario por el cual se efectúa el reclamo.

   SUGERENCIA:
   Aplicar los filtros y controles necesario en el sistema único de reclamos, ejemplo, no permitir más de un reclamo por la misma submateria, indicar la aseguradora de manera automática, una vez ingresado el rut, etc.

2. Información incompleta por parte de los reclamantes al momento de generar los reclamos:
   2.1 Reclamos de Licencias no informan período del reposo
   2.2 Reclamos de bonificaciones o reembolsos no indican la prestación, la fecha de la prestación o imagen de la boleta reclamada, documentos ilegibles.
   Un alto porcentaje de ellos fueron ingresados a esta Institución sólo con el folio que se genera al momento del registro del reclamo y con falta de antecedentes. Ello no permite claridad en la petición, toda vez que, además, no hay suficiente descripción de la situación que genera el reclamo.

   SUGERENCIA:
   Establecer un check list de antecedentes y documentos necesarios para resolver un reclamo, que deben ser llenados o aportados por el reclamante al momento de ingreso del reclamo o en un plazo posterior (ej, 3 días hábiles), indicando que la completitud de los datos disminuye los tiempos de respuesta.

3. Desconocimiento de los derechos y obligaciones de parte de los reclamantes, lo que da lugar a que se generan reclamos por causas no pertinentes:
   3.1 Reclamos por no pago de SIL por licencia médica menor a 3 días y ésta no es continuación de otra, o solicitud de pago de subsidio cuando no existe pago de cotizaciones.
   3.2 Reclamos por medicamentos que no se encuentran garantizados, o por problemas de salud No GES, o desconocimiento de los prestadores convenidos GES.

   SUGERENCIA: Indicar mensajes informativos en caso que la persona ingrese alguna de estas submaterias, ej. *Si su licencia es menor a tres días y usted es un trabajador del sector privado, no tiene derecho a pago de Subsidio por incapacidad laboral.*

MATERIAS SUJETAS A INSTRUCCIONES PARTICULARES

Del examen realizado se detectaron diversas irregularidades o incumplimientos que ameritan reiterar a través de instrucciones a la entidad que corresponda, respecto de la normativa vigente mediante instrucciones e incluso, en algunos casos podría ameritar la formulación de cargos.

- Una situación general y transversal en la fiscalización realizada fue la tardanza o respuesta incompleta, por parte de las isapre ante la solicitud de antecedentes. Ello, se observó principalmente, ante requerimientos relacionados con medicamentos GES, los que se encuentran sujetos a la gestión que realiza la aseguradora con la respectiva farmacia en convenio, retrasando la respuesta.
- Del mismo modo, para algunos de los casos fiscalizados, la documentación recepcionada fue incompleta o mal escaneada.
- Respecto a los topes de bonificación, la Isapre utiliza la UF del último día del mes anterior a la prestación, y no al valor que ésta tiene el último día del mes anterior a la fecha de bonificación, según lo dispuesto en la normativa.
- Se observaron solicitudes de reembolso en estado "Reingresar", en los cuales la Isapre solicita mayores antecedentes, o señala que los aportados son ilegibles, sin embargo, dicho criterio difiere del análisis realizado a los mismos documentos en virtud del proceso de fiscalización, observándose con ello una dilación innecesaria al momento de generar el reembolso.
- Para el Problema de Salud N°18, específicamente en Nueva Masvida, se solicita a los beneficiarios pagar anticipadamente en la farmacia convenida, el valor de la canasta del tratamiento farmacológico, con el fin de "asegurar" la entrega. Al respecto, la isapre informo que "El procedimiento de medicamentos a pedido es una política de Farmacias Ahumada, que antecede a nuestra estadía en ella como prestadora GES y tiene como objetivo resguardar sanitaria y económicamente, la entrega de algunos medicamentos (de baja rotación, cuya logística de distribución es muy compleja, o de muy alto costo), para asegurar distribuirlos en el momento correcto y con todas las medias de resguardo que se requieren para su mantención".
- En casos de pacientes con retiro de varios medicamentos, y pese a haber solicitado reunir las entregas en una sola fecha, se realiza la entrega en fechas distintas según cada medicamento, entorpeciendo la garantía de acceso y afectando la economía del paciente.

NUEVAS MATERIAS A FISCALIZAR

En virtud de los hallazgos en la revisión a la muestra de reclamos, se realizarán fiscalizaciones focalizadas a:

- Plazo de pago de reembolsos ambulatorios
- Solicitudes de reembolso en estado devuelto por las isapre, especialmente por prestaciones Kinesiología en los cuales solicitan la orden médica (derivación médico tratante) con el detalle de sesiones a realizar o información adicional a la señalada en la normativa que la regula.

PROPUESTAS DE REGULACIÓN

Por último, en consideración al trabajo realizado, se realizan propuestas de regulación, con el objetivo se subsanar la normativa vigente.

1. Ampliación cobertura prestaciones ambulatorias nutricionista

Objetivo: Atendida la necesidad de igualar la cobertura de las prestaciones se sugiere ampliar la normativa administrativa en materia de beneficios, con el objeto de fomentar el acceso a prestaciones ambulatorias nutricionales, y consolidar la función preventiva e integral de este tipo de consultas, no solo restringiéndolo a la patología de la obesidad.

Materia de la propuesta

La propuesta de regulación sugiere eliminar del l Capítulo I título V, punto 1.5, la letra letra ñ.1) que señala lo siguiente:

ñ.1) Acceso a la prestación Todo beneficiario que presente sobrepeso u obesidad según criterios de Indice de Masa Corporal (IMC), tendrá derecho a la cobertura de la Consulta de Nutricionista.
La primera consulta de nutricionista, dentro del año calendario, deberá ser indicada por el médico tratante.

Lo anterior, dado que, a nuestro juicio, la condición de acceso establecida en la señalada letra, implica una restricción a una serie de condiciones o patologías que podrían requerir la atención de un profesional nutricionista. Ejemplo, cáncer, desnutrición, trastornos alimenticios, depresión, enfermedades metabólicas, etc. Por lo tanto, la exigencia de cierto IMC para acceder a la consulta resulta restrictivo y discriminatorio

2. Eliminar límites de compra automáticos de bonos electrónicos en el prestador

Objetivo: dar cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 110 N° 9 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en cuanto establece como una de las funciones de esta Superintendencia de Salud: *"velar por que la aplicación práctica de los contratos celebrados entre los prestadores de salud y las Instituciones de Salud previsional no afecte los beneficios a que tienen derecho el afiliado o sus beneficiarios".*

Materia de la propuesta

Atendida la existencia de reglas de negocios de las isapres que condicionan la atención de salud estableciendo límites a la bonificación electrónica, se sugiere incorporar en el Título V "Cumplimiento del Contrato de Salud", del Capítulo I Procedimientos Relativos al Contrato de Salud, del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos de esta Superintendencia, donde establece que *"las fallas o eventos que produzcan interrupciones del servicio no podrán redundar en perjuicio de los beneficiarios, debiendo la Isapre asegurar que la bonificación otorgada corresponda a la modalidad de pago de las atenciones médicas por la que ha optado el beneficiario".*

A continuación, incorporar que este tipo de situaciones no pueden importar perjuicio a las personas afiliadas o beneficiarias, debiendo este Organismo velar por un acceso expedito y libre de entorpecimientos a los beneficios convenidos.

3. Modificar en el formato de la Declaración de Salud las patologías bulimia y anorexia

Objetivo: dar cumplimiento a lo dispuesto por la Ley 21.331 en cuanto al reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, con la finalidad de reconocer y proteger los derechos fundamentales de las personas con condiciones de salud mental, en especial, su derecho a la libertad personal, a la integridad física y psíquica y al cuidado sanitario.

Materia de la propuesta

Atendido que las patologías "bulimia y anorexia" deben ser declaradas al estar clasificadas en la pregunta N° 9 de la Declaración de Salud como *"Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas: por ejemplo, hipotiroidismo e hipertiroidismo, bocio, dislipidemia, obesidad, bulimia, anorexia, diabetes, resistencia insulínica, enfermedad de Addison, tumor de la hipófisis o tiroides, o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutricionales o metabólicas."* Se sugiere su eliminación de la Declaración de Salud, en circunstancias que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) están calificadas científicamente como Trastornos mentales

y del comportamiento, clasificados en la CIE-10 entre los códigos F00 al F99, motivo por el cual no debieran declararse.

4. Regular la trazabilidad de las solicitudes de bonificación

Objetivo: Regular la obligación de la isapre de establecer mecanismos de trazabilidad de las solicitudes de bonificación, dado que se detectó que las Isapres al devolver los programas médicos, como las solicitudes de reembolso ambulatorios, los ingresa nuevamente con un nuevo folio, sin dar continuidad a la solicitud inicial ingresada, lo que afecta la trazabilidad de los plazos establecidos en la normativa para la resolución de este tipo de beneficios.

Del mismo modo, se observaron casos que al ser re ingresados la aseguradora solicita, nuevamente, antecedentes que ya habían sido aportados en el reembolso inicial, esto debido a que se genera una nueva solicitud con un nuevo folio, perdiendo la continuidad del requerimiento original.

Saluda atentamente,

SUPERINTENDENCIA DE SALUD
Subdepto. de Fiscalización de Beneficios

Sandra Armijo Quevedo
Jefa Subdepartamento Fiscalización de Beneficios

CRN/CCS
Distribución
- ✓ Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
- ✓ Subdepartamento de Resolución de Conflictos
- ✓ Unidad de Admisibilidad
- ✓ Subdepartamento de Fiscalización de Beneficios