

RESOLUCIÓN EXENTA.IF/N° 178

SANTIAGO, 30 ABR. 2014

VISTO:

Lo dispuesto en los artículos 110, 112, 114, 127, 189, 220 y demás pertinentes del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud; la Resolución N° 9, de 16 de enero de 2012, de la Superintendencia de Salud y la Resolución N° 1600 de 2008 de la Contraloría General de la República, 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 Fundación entre los días 14 y 18 de junio de 2013, 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 ambulatorias y hospitalarias informadas en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, correspondiente a los meses de enero a marzo de 2013, además de las simulaciones realizadas en el sistema de otorgamiento de beneficios, se constataron las siguientes irregularidades:
 - a) Respecto de doce bonificaciones realizadas, correspondientes a once cotizantes, la isapre aplicó la cobertura del plan de salud, debiendo haber otorgado la cobertura asegurada por Fonasa, que resultaba ser mayor. Es del caso señalar, que al 25 de junio de 2013 y tras efectuar algunas simulaciones, se constató que la irregularidad detectada en el marco de la mencionada fiscalización se mantenía, lo que da cuenta de la existencia de un procedimiento irregular existente en el sistema de cálculo de beneficios de la isapre.
 - b) En prestaciones que habían consumido el tope anual se constataron las siguientes irregularidades:
 - 1.- En dos casos la isapre aplicó la cobertura equivalente al 25% del plan general en lugar de la que asegura Fonasa, que resultaba ser mayor.
 - 2.- En cinco casos la isapre otorgó la cobertura Fonasa como correspondía, pero utilizando el valor arancelario del año anterior; respecto de lo cual, la isapre informó que se debió a que la actualización del arancel la realizó con fecha 29 de enero de 2013, encontrándose éste operativo, sólo a partir del día 30 de dicho mes.
 - 3.- Y en un caso, correspondiente a la prestación lentes ópticos, aplicó la cobertura Fonasa, en circunstancias que correspondía aplicar el 25% del plan de salud que resultaba ser mayor. Una vez efectuada la correspondiente simulación, se pudo comprobar que al 25 de junio de 2013 aún se mantenía la irregularidad señalada, en el sistema de cálculo de beneficios de la isapre.
 - c) Finalmente, en dos casos la isapre no otorgó la cobertura contemplada en el plan de salud. Consultada la isapre al respecto, informó que el primer caso se debió a un error de digitación, debido a que como la prestación se ingresó como honorarios médicos, el sistema informó que dicha prestación no poseía equipo

médico y no mostró valor de arancel; y que en el segundo caso no logró identificar el error.

3. Que, producto de los citados hallazgos y mediante Oficio IF/N°5194, de 12 de agosto de 2013, se impartieron instrucciones a la isapre y se le formuló el siguiente cargo: "Otorgar bonificaciones inferiores a la cobertura mínima legal o a la cobertura dispuesta en el Plan de Salud pactado, incumpliendo lo establecido en los artículos 189 y 190, del DFL N° 1, de 2005, de Salud".
4. Que mediante carta presentada con fecha 27 de agosto de 2013, la isapre evacuó sus descargos en los siguientes términos:
 - a) Respecto a las doce bonificaciones en que aplicó la cobertura del plan de salud debiendo haber otorgado la mayor cobertura que aseguraba Fonasa, reconoce una deficiencia en sus sistemas, en lo que a la validación del doble piso mínimo se refiere, la que se presenta *"cuando la bonificación otorgada coincide con el porcentaje de cobertura que establece el plan de salud y el valor facturado es lo suficientemente bajo como para que esa bonificación también resulte ser inferior al piso mínimo Fonasa"* (sic). A fin de ilustrar lo acontecido, señala que sobre un universo de 4.247 casos donde correspondía aplicar el piso mínimo Fonasa, en 3.459 de ellos se procedió a la aplicación correcta de la cobertura mínima legal, generándose en el resto de los casos y debido a la deficiencia indicada, una diferencia a favor de los cotizantes por un monto de \$1.586.389. Indica finalmente que ya procedió a corregir su rutina computacional, de modo que la condición explicada y cualquier otra situación específica, siempre estén cubiertas por la validación del doble piso mínimo.
 - b) En lo que concierne a los casos en que, habiéndose consumido el tope anual, aplicó la cobertura equivalente al 25% del plan general en lugar de la asegurada por Fonasa, que resultaba ser mayor, la isapre señala que la diferencia en la cobertura se debió a que el arancel de prestaciones médicas del Fonasa, en su modalidad de libre elección, no contempla como tal *"la consulta médica en servicio de urgencia"*, debido a lo cual, no consideró a su prestación código (propio) 01010770 como derivada de alguno de los códigos de consultas médicas contenidos en el arancel Fonasa. Indica que la referida consulta no cumpliría con las características de la consulta electiva o programada según la definición que para ese tipo de prestaciones entrega el referido arancel, esto es, *"aquella atención de salud que se realiza en la fecha y hora que el profesional o entidad acuerde con el beneficiario, y que puede ser postergada, sin afectar la evolución o estado de un paciente"*. Finalmente, y debido a que por regla general el valor en la consulta de urgencia es mayor al de una consulta electiva y que el profesional que realiza dichas prestaciones es un médico especialista, informa que a partir del 27 de febrero de 2013 considerará al código propio 01010770 *"Consulta médica en Servicio de Urgencia"* como derivado del Código 0101003 *"Consulta Médica Especialidades"*, lo que desde el punto de vista de la cobertura a otorgar, resulta ser más favorable para sus beneficiarios.
 - c) En relación a los casos en que, habiéndose consumido el tope anual, otorgó la cobertura Fonasa como correspondía, pero sobre la base del valor arancelario del año anterior (desactualizado), reitera que la actualización de su arancel (según la modificación al arancel Fonasa dispuesta mediante Resolución Exenta N°811, de 21 de diciembre de 2012, de los Ministerios de Salud y de Hacienda) terminó de materializarse durante la noche del 29 de enero de 2013, y que sólo se encontró operativo a contar del día 30 de dicho mes. Señala que aquello se debió a que el proceso computacional es de compleja realización y que su ejecución suponía detener el trabajo diario de la isapre. Indica que al momento de recibir el Oficio Circular IF/N° 4, de 31 de enero de 2013, de esta Superintendencia, que informaba la entrada en vigencia del nuevo arancel FONASA, éste ya había sido puesto en práctica por la isapre.
 - d) En cuanto al caso en que, habiéndose consumido el tope anual, otorgó la cobertura Fonasa en lugar de haber aplicado el 25% del plan de salud que

resultaba ser mayor, señala que según las condiciones del respectivo plan complementario de salud, una vez consumido el tope anual, resultaba menos favorable otorgar el 25% de cobertura del plan de salud que la cobertura garantizada por Fonasa, debido a lo cual, decidió aplicar esta última. Señala que al revisar la cobertura otorgada se constató una diferencia de -\$180, la que se originó por haber utilizado el arancel Fonasa 2012 y no el arancel 2013 que ya se encontraba vigente el día en que se realizó la bonificación (29 de enero de 2013).

- e) Respecto a los dos casos en que no otorgó la cobertura contemplada en el plan de salud, la isapre reconoce que se debió a la aplicación incorrecta de sus procedimientos internos previstos para dichos efectos. Conforme a ello, señala haber reiterado las instrucciones al personal encargado del pago de beneficios, haciéndoles presente el cuidado que deben tener en el desarrollo de su labor, para de este modo evitar la ocurrencia de este tipo de errores.
 - f) Finalmente informa que ha procedido a reliquidar no sólo las prestaciones observadas en la fiscalización, sino que todas aquellas prestaciones en las que se detectó alguna diferencia de bonificación y señala haber adoptado todas las medidas necesarias, para que situaciones como las acontecidas, no vuelvan a ocurrir.
5. Que, en relación con los citados descargos, cabe señalar en primer lugar que la isapre reconoce el hecho de haber incurrido en las irregularidades relativas a aplicar la cobertura del plan de salud en lugar de la mayor cobertura que aseguraba Fonasa, otorgar la cobertura Fonasa, pero sobre la base del valor arancelario del año anterior y no otorgar en determinadas prestaciones la cobertura contemplada en el plan de salud, tratándose por lo tanto, de infracciones efectivas, ciertas y objetivas cometidas por la isapre en contra de la normativa que rige la cobertura mínima legal, independientemente de las explicaciones o razones esgrimidas por ella en relación con los referidos incumplimientos.

No obstante lo anterior, cabe agregar que la deficiencia aludida por la isapre en relación a la validación del "doble piso mínimo", en realidad se origina en el hecho de que su sistema de cálculo de beneficios no compara la bonificación que otorga el plan, con la cobertura mínima que está obligada a conceder.

Asimismo, cabe considerar en este punto, que si bien el arancel de prestaciones Fonasa 2013 comenzó a regir a contar del 28 de enero del mismo año, no fue sino hasta que esta Superintendencia impartió las correspondientes instrucciones, esto es, más allá de 5 meses de cometida la infracción, que la isapre procedió a reliquidar y restituir las diferencias de cobertura originadas por dicha situación.

6. Que en cuanto a lo señalado por la isapre, en orden a no considerar la prestación código 01010770 como derivada de alguno de los códigos de consultas médicas contenidos en el arancel Fonasa, debido a que en el referido arancel (en su modalidad de libre elección) no se contemplaría como tal "*la consulta médica en servicio de urgencia*", cabe señalar que el Decreto Supremo N°247, de 2000, de Salud, al regular los porcentajes de bonificación que debe aplicar el FONASA a las prestaciones otorgadas en modalidad de libre elección, contempla dentro de la prestación código 0101001 a la consulta médica electiva y a la consulta médica de urgencia.

Por su parte, la letra h) del punto 28.1 de las Normas Técnico Administrativas para la aplicación del arancel FONASA en su modalidad de libre elección, indica que el cobro de las atenciones otorgadas por médico en un servicio de urgencia de establecimiento privado, en la que el profesional establece que la condición de salud o cuadro clínico del beneficiario no constituye riesgo vital y/o secuela funcional grave para la persona, debe realizarse a través del código 01-01-001 consulta médica.

Debido a lo señalado, la prestación bonificada por la isapre debió recibir, como mínimo, la cobertura dispuesta en el arancel Fonasa para la prestación código 0101001.

7. Que revisados nuevamente los antecedentes de la bonificación realizada por la isapre respecto de la prestación "lentes ópticos", que ya había consumido el tope anual pactado, se ha podido comprobar que efectivamente resultaba más favorable otorgar la cobertura garantizada por Fonasa que el 25% de cobertura del plan de salud. Sin embargo, y tal como lo reconoce en su escrito de descargos, isapre Fundación debió considerar para dichos efectos, el arancel de prestaciones Fonasa 2013, vigente a la época de la bonificación.
8. Que, por consiguiente, analizados los antecedentes y descargos de la isapre, no cabe sino concluir que la institución efectivamente incurrió en las infracciones que se le imputan, al haber otorgado bonificaciones inferiores a la cobertura mínima legal, o a la cobertura dispuesta en el plan de salud pactado, contraviniendo lo dispuesto tanto en el artículo 189, como en 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".
9. Que sin perjuicio de lo anterior, cabe indicar que algunas de las bonificaciones observadas como irregulares y que motivaron la formulación de cargos en contra de isapre Fundación ocurrieron con anterioridad al 12 de febrero de 2013, debido a lo cual, al 12 de agosto de 2013 (fecha del oficio de formulación de los cargos) ya había transcurrido el plazo de 6 meses y prescrito la acción que, por aplicación de los principios del Derecho Penal al Derecho Administrativo Sancionador, se prevé para la persecución y sanción de las mismas.
10. Que conforme a lo señalado precedentemente, y no obstante que las infracciones reprochadas no están referidas a incumplimientos específicos, sino que a la existencia de procedimientos irregulares que a la época de la fiscalización se mantenían según se pudo comprobar a través de las correspondientes simulaciones efectuadas en el sistema de otorgamiento de beneficios, sólo se considerarán para efectos de determinar la sanción aplicable a isapre Fundación, las infracciones verificadas con posterioridad al 12 de febrero de 2013.
11. 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".
12. Que, por tanto, en virtud de los preceptos legales citados y teniendo presente que la isapre ha incurrido en infracciones a la normativa vigente relativa al otorgamiento de la cobertura mínima legal y de la dispuesta en el plan de salud pactado, afectando con ello los derechos de los afiliados, esta Autoridad estima que esas infracciones ameritan la sanción de multa.
13. Que, en virtud de lo señalado precedente y en uso de las atribuciones que me confiere la ley;

RESUELVO:

1. Impónese a Isapre Fundación S.A. una multa de UF 300 (trescientas unidades de fomento) por haber otorgado bonificaciones inferiores a la cobertura mínima legal o a la cobertura dispuesta en el plan de salud pactado.
2. Se hace presente que el pago de la multa deberá efectuarse en el plazo de 5 días hábiles desde la notificación de la presente resolución, mediante depósito en la

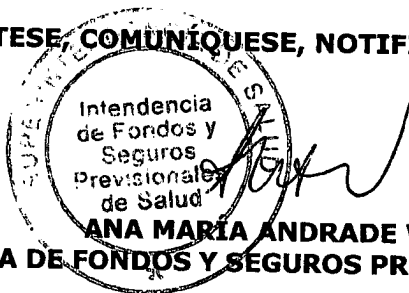
cuenta corriente N° 9019073, del Banco Estado, a nombre de la Superintendencia de Salud, Rut: 60.819.000-7.

El valor de la unidad de fomento será el que corresponda a la fecha del día del pago.

El comprobante de pago correspondiente deberá enviarse a la Tesorería del Subdepartamento de Finanzas y Contabilidad de esta Superintendencia, al correo electrónico gsilva@superdesalud.gob.cl, para su control y certificación, dentro de quinto día de solucionada la multa.

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, 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 ARCHÍVESE,



ANA MARÍA ANDRADE WARNKEN

INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD (S)

PA
MPA/LIB/HPA
DISTRIBUCIÓN:

- Señor Gerente General Isapre Fundación S.A.
- Subdepartamento de Fiscalización de Beneficios.
- Unidad de Coordinación Legal y Sanciones.
- Departamento de Administración y Finanzas.
- Oficina de Partes.

I-22-2013

Certifico que el documento que antecede es copia fiel de su original, la Resolución Exenta IF/N° 178 del 30 de abril de 2014, que consta de 5 páginas, y que se encuentra suscrita por la Sra. Ana María Andrade Warnken, en su calidad de Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud subrogante de la SUPERINTENDENCIA DE SALUD.

Santiago, abril 30 de 2014

Carolina C...
Carolina C...
MINISTRO DE SALUD
MINISTRO DE SALUD

