



RESOLUCIÓN EXENTA IF/N° 421

SANTIAGO, 25 NOV. 2015

VISTO:

Lo dispuesto en los artículos 110, 112, 114, 127, 220 y demás pertinentes del DFL N° 1, de 2005, de Salud; Título V y Título VII del Capítulo I del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, de esta Superintendencia; Anexo Condiciones Generales Uniformes para el Contrato de Salud Previsional, del Capítulo III del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Instrumentos Contractuales, de esta Superintendencia; la Resolución N° 1600, de 2008, de la Contraloría General de la República; y la Resolución N° 19, de 24 de marzo de 2015, 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 y con motivo de la denuncia efectuada por el prestador de salud Centro Médico Skinmed, esta Superintendencia fiscalizó a la Isapre Vida Tres S.A., entre los días 7 y 11 de agosto de 2014, con el fin de revisar el procedimiento de tramitación y pago de reembolso de prestaciones dermatológicas, para lo cual se examinó una muestra de 20 reembolsos, de un universo de 45, pagados en el mes de junio de 2014, asociados al referido prestador, y además, una muestra de 20 solicitudes de bonificación, de un total de 62, rechazadas en el mes de julio, seleccionándose en estos casos los prestadores en forma aleatoria. Del examen efectuado, se constataron las siguientes irregularidades:
 - a) La Isapre negó cobertura a tratamientos fundándose en que correspondían a prestaciones cosméticas con fines de embellecimiento, sin aportar los antecedentes que acreditaran su negativa a dar cobertura, y, además, en las cartas remitidas a los afiliados, omitió la información pormenorizada sobre los antecedentes que le permitieron tener por establecidos los hechos en que se fundó el rechazo.
 - b) En el caso de reembolsos solicitados a través de la página web, la negativa de cobertura se notificaba vía correo electrónico, en lugar de hacerlo personalmente o por correo certificado como lo establece la normativa, y, además, el tenor de dicha comunicación tampoco se ajustaba a las instrucciones vigentes, ya que no informaba al beneficiario sobre su derecho de recurrir a la Isapre, en primera instancia y, en caso de disconformidad con lo resuelto, solicitar la intervención de la Superintendencia.
 - c) El procedimiento de reembolso descrito en un documento aportado por la Isapre durante la fiscalización, respecto de prestadores y sociedades no acreditadas, no

se ajusta a las instrucciones vigentes, puesto que por una parte no cumple con el plazo máximo de 30 días hábiles con que cuenta la Isapre para proceder al pago del reembolso, y, por otro lado, condiciona la recepción de la solicitud de reembolso a la acreditación del prestador.

3. Que, producto de los citados hallazgos y mediante Oficio Ord. IF/Nº 6255, de 2 de septiembre de 2014, se impartieron instrucciones a la Isapre y se le formularon los siguientes cargos:
 - a) Negar la cobertura a prestaciones dermatológicas, aludiendo al carácter cosmético con fines de embellecimiento de las mismas, sin aportar los antecedentes médicos que le permitieron tener por acreditada tal situación, y omitir en la carta de rechazo remitida al afectado, la información pormenorizada sobre los antecedentes que le permitieron tener por establecidos los hechos en que se fundó su proceder, todo lo cual contraviene lo establecido en el punto 2), Título V, Capítulo I, del Compendio de Procedimientos.
 - b) Notificar los rechazos de cobertura de las prestaciones requeridas a través del sistema de reembolso web, solamente al correo electrónico del solicitante, omitiendo además en la comunicación remitida en estos casos, la información sobre el derecho que le asiste de reclamar en primera instancia a la Isapre y, en caso de disconformidad con lo resuelto por la institución, solicitar la intervención de la Superintendencia de Salud, lo que no se ajusta a las instrucciones contenidas en el citado punto 2, Título V del Compendio de Procedimientos.
 - c) Condicionar la recepción de la solicitud del reembolso a la acreditación del prestador, requisito no contemplado en la normativa, postergando con ello el pago del reembolso más allá del plazo de 30 días hábiles, establecido en el artículo 10 del Anexo Condiciones Generales del Contrato, contenido en el Capítulo III del Compendio de Instrumentos Contractuales.
4. Que en su presentación efectuada con fecha 22 de septiembre de 2014, la Isapre expone, en relación con el primer cargo, que cada una de las negativas de cobertura observadas, se realizaron bajo un estricto control médico y que en ningún caso se trató de decisiones injustificadas.

Al respecto, señala que las causales de rechazo se indicaron en las cartas remitidas a los afiliados, sin perjuicio que el motivo de la negativa se desprende inequívocamente del propio diagnóstico consignado en las boletas, sin que se requiriesen antecedentes adicionales al análisis médico efectuado por la Contraloría Médica de la Isapre.

Por otro lado, hace presente que en todos los casos en que existe una duda razonable sobre la procedencia de la cobertura, solicita antecedentes y certificaciones a los profesionales que otorgaron las prestaciones, documentos que en la mayoría de los casos no son remitidos a la Isapre dentro del plazo de 20 días dispuesto en la normativa para responder al afiliado, situación que imposibilita a la Isapre adjuntar a la carta de respuesta, la documentación que respalde la negativa.

Por lo anterior, explica que en muchos casos no dispone de los antecedentes que permitan acreditar la procedencia del beneficio, ante lo cual sólo le queda la opción de rechazar la cobertura, en espera de los antecedentes solicitados, y al respecto, alega que no corresponde que otorgue cobertura si no cuenta con la documentación médica que acredite su procedencia, toda vez que si posteriormente recibe la certificación médica que avala la negativa aplicada, resulta inviable para la Isapre recuperar lo pagado erróneamente.

Por lo tanto, arguye que resulta injustificado que se la obligue a otorgar cobertura a prestaciones excluidas por ley y contrato, más aún cuando habiendo solicitado a los prestadores los antecedentes médicos de respaldo, éstos no han sido aportados, privando a la Isapre de su facultad de evaluar la procedencia o improcedencia de otorgar una determinada cobertura.

5. Que, en cuanto al segundo cargo, señala que desde el año 2013 comenzó a implementar el sistema de reembolso web, por el cual todos los beneficiarios de la Isapre, previa aceptación de los términos y condiciones de uso, y mediante un simple procedimiento computacional, pueden obtener el reembolso de sus boletas o facturas, a través del depósito directo en su cuenta corriente.

Agrega que dicho sistema de reembolso, incorpora el correo electrónico como campo obligatorio que debe suministrar el afiliado, quien autoriza expresamente a la Isapre para notificarlo por dicha vía, respecto de cualquier información que deba entregársele en relación con su solicitud de reembolso.

De este modo, considerando que los afiliados que utilizan este sistema consintieron expresamente en ser notificados vía correo electrónico, y que se trata de un mecanismo mucho más rápido y eficiente, carece de toda lógica exigir el envío de una carta certificada a dichos afiliados.

Con todo, señala que actualmente está enviando la información a los afiliados, a través de correo electrónico y mediante carta certificada, con las menciones exigidas por la normativa.

A mayor abundamiento, hace presente que el sistema de reembolso web es alternativo a las modalidades de pago tradicionales, y que para que el afiliado pueda acceder al uso del reembolso web, debe aceptar expresamente los términos y condiciones bajo los cuales opera este mecanismo.

6. Que, en relación al tercer cargo, la Isapre aduce que está obligada a financiar las prestaciones de salud, en la medida que éstas tengan cobertura y sean realizadas por facultativos autorizados, y acreditados para otorgarlas, siendo clave la confirmación de la calidad del facultativo para evitar fraudes y riesgos sanitarios.

Al respecto, señala que cuando se presentan boletas de prestadores no acreditados ante esta Superintendencia, procede a la devolución de los antecedentes al afiliado, con el fin que éste los presente a los 30 días hábiles siguientes a la emisión de la boleta, y durante este período la Isapre pueda efectuar las gestiones tendientes a acreditar al prestador. Con todo, sostiene que de no lograrse la acreditación, y pese a que en estos casos la procedencia del reembolso podría parecer dudosa o cuestionable, igualmente procede a efectuar el reembolso respectivo, dentro del plazo de 30 días hábiles establecido en el contrato de salud.

Sobre el particular, agrega que el manual interno de procedimientos que la Isapre remitió a esta Superintendencia, establece un plazo de 30 días hábiles contados desde la emisión del documento para efectuar el reembolso, en circunstancias que el contrato de salud señala que el plazo de 30 días hábiles se cuenta desde la solicitud de reembolso efectuada por el afiliado, por lo que sostiene que no se ha apartado de la normativa vigente ni del contrato de salud.

Arguye que esta Superintendencia interpretó en forma equivocada la información del citado manual, toda vez que cuando éste indica que los reembolsos siempre son aprobados con posterioridad al plazo de 30 días hábiles por el área de convenios médicos, se refiere al plazo que se cuenta desde la emisión del documento y no al indicado en el contrato de salud, el que se cuenta desde la presentación de la solicitud.

Por tanto, solicita que se acojan sus descargos, desestimando la aplicación de cualquier tipo de sanción contra la Isapre, atendidos los argumentos expuestos.

7. Que, en relación con el primer descargo de la Isapre, cabe señalar que durante la fiscalización se le solicitaron los antecedentes en los que se fundó para dar por establecido que se trataba de prestaciones de carácter estético o cosmético con fines de embellecimiento; sin embargo, dichos antecedentes no fueron aportados por la Isapre en esa oportunidad, ni tampoco los acompañó en sus descargos.

Al respecto, hay que tener presente que en los formularios de evaluación emitidos por la Contraría Médica de la Isapre en relación con algunos de los casos observados, no se hace referencia a antecedente alguno que fundamente el rechazo, registrándose en la mayoría de ellos en blanco la sección "observaciones de la visación", o bien sólo se indica "sin cobertura", sin ninguna explicación o referencia a algún documento que acredite la condición de estética o cosmética de la prestaciones cuya cobertura fue rechazada.

Por lo tanto, la Isapre no acreditó causales de rechazo, contraviniendo con ello lo establecido en la normativa, en orden a que las negativas de cobertura deben fundarse en antecedentes médicos o de otra índole que obren en poder de la Isapre, y que le hayan permitido tener por establecidos los hechos en que fundó su proceder

8. Que, por otra parte, tampoco es efectivo que las causales de rechazo se hubiesen indicado en las cartas remitidas a los afiliados, como asevera la Isapre. En efecto, la normativa indica que la comunicación se "deberá invocar claramente los fundamentos que expliquen la determinación de la isapre, haciendo referencia específica a la o las cláusulas que justifican la no cobertura, así como alusión pormenorizada a los antecedentes médicos y de otra índole que obren en su poder y que le hayan permitido tener por establecidos los hechos en que se funda su proceder".

Sin embargo, la carta tipo remitida por la Isapre a los afiliados se limita a señalar que "se informa que de acuerdo a las Condiciones Generales y particulares que rigen su Contrato de Salud y luego de evaluar los antecedentes en poder de nuestra Isapre, se ha determinado no acceder a la bonificación solicitada, toda vez que el tratamiento indicado se considera prestación cosmética con fines de embellecimiento, excluida contractualmente de cobertura".

Asimismo, en el correo electrónico que comunica la negativa de cobertura en el caso de reembolsos solicitados bajo la modalidad de reembolso web, se informa sucintamente que la solicitud "ha sido rechazada debido a que el tratamiento indicado se considera prestación cosmética con fines de embellecimiento" y que "al respecto, le recordamos que de acuerdo a las condiciones generales y particulares que rigen su Contrato de Salud, este tipo de prestaciones se encuentran excluida de cobertura contractual".

9. Que, en lo que atañe al segundo descargo, hay que tener presente que la normativa que regula el procedimiento de negativa de cobertura, establece expresamente que la notificación de dicha comunicación al afiliado, debe realizarse personalmente o por carta certificada. Al respecto, la Circular IF/Nº 178, de 2012, que reguló la notificación por correo electrónico, indica taxativamente las actuaciones respecto de las cuales puede notificarse alternativamente vía correo electrónico, y dentro de estas situaciones excepcionales no se encuentra la notificación de la negativa de cobertura.

En efecto, dicha modalidad de notificación, prevista en los términos y condiciones de uso del reembolso web, puede ser empleado en forma complementaria a los mecanismos de notificación establecidos en la normativa, pero en ningún caso reemplazarlos.

Además, en la citada comunicación vía email, no se informa al afiliado sobre su derecho a reclamar, ante la Isapre en primera instancia, y en caso de disconformidad con lo resuelto por ésta, ante esta Superintendencia.

10. Que, en cuanto al tercer descargo, la Isapre reconoce que devuelve las boletas de solicitudes de reembolso correspondientes a prestadores que no figuran acreditados en el registro que lleva esta Superintendencia, lo que no se ajusta a las instrucciones vigentes, toda vez que la acreditación del prestador no es un requisito contemplado en la normativa para efectos del otorgamiento de las prestaciones y, por otro lado, al hacerse devolución de las boletas para que sean presentadas por el beneficiario dentro de los 30 días siguientes, no queda registro de la fecha en que las coberturas fueron solicitadas a la Isapre, vulnerándose de esta manera los plazos con que cuenta la institución para resolver y pagar las coberturas solicitadas.

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 e instrucciones citadas, y teniendo presente la entidad y naturaleza de las infracciones constatadas, esta Autoridad estima que estas faltas ameritan una multa de 600 unidades de fomento.
13. Que, en virtud de lo señalado precedentemente y en uso de las atribuciones que me confiere la ley,

RESUELVO:


1. Impónese a la Isapre Vida Tres S.A. una multa de 600 UF (seiscientas unidades de fomento) por los hechos irregulares descritos en el cuerpo de esta Resolución Exenta.
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.

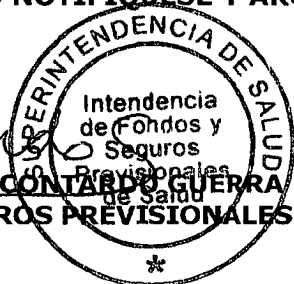
El valor de la unidad de fomento será el que corresponda a la fecha del día del pago.

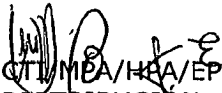
El comprobante de pago correspondiente deberá enviarse a la Tesorería del Subdepartamento de Finanzas y Contabilidad de esta Superintendencia, al correo electrónico gsilva@superdesalud.gob.cl, para su control y certificación, dentro de quinto día de solucionada la multa.

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,


NYDIA PATRICIA CONTARDO GUERRA
INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD (TP)





GTI/MBA/HCA/EPL
DISTRIBUCIÓN:

- Señor Gerente General Isapre Vida Tres S.A.
- Subdepartamento de Fiscalización de Beneficios.
- Unidad de Coordinación Legal y Sanciones.
- Subdepartamento de Finanzas y Contabilidad.
- Oficina de Partes.

I-40-2014

Certifico que el documento que antecede es copia fiel de su original, la Resolución Exenta IF/N° 421 del 25 de noviembre de 2015, que consta de 5 páginas, y que se encuentra suscrita por la Sra. Nydia Contardo Guerra en su calidad de Intendenta de Fondos y Seguros Previsionales de Salud de la SUPERINTENDENCIA DE SALUD.

Santiago, 26 de noviembre de 2015


MINISTRO DE FÉ
Carolina Canessa Méndez
MINISTRO DE FÉ

