

## INFORME DE FISCALIZACION Nº 41

**Materia:** Evaluación del Cumplimiento de las reglas de cobro de la Garantía de Protección Financiera.

**Asegurador:** Sector Público de Salud.

**SANTIAGO, Diciembre 31 de 2007**

---

### I. ANTECEDENTES

La ley 19.966, en su artículo 4º, letra d), define la Garantía de Protección Financiera, como: “la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen”., agregando que el “Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la Ley 18.469”, esto además de los beneficiarios correspondientes a la atención primaria, adulto mayor, PRAIS y seguro catastrófico, a los cuales también el Fondo Nacional de Salud, les cubre las atenciones de salud otorgadas en establecimientos públicos.

Por lo tanto, en virtud de las atribuciones legales de esta Superintendencia, y de acuerdo a lo establecido en el Programa de Fiscalización del año 2007, se desarrolló una actividad de fiscalización, orientada a verificar el cumplimiento de las reglas de cobro de la Garantía de Protección Financiera (GPF) en los pacientes GES por parte del FONASA, a través de una fiscalización de los principales prestadores públicos de nivel hospitalario en la Región Metropolitana.

### II. OBJETIVO GENERAL

- Conocer en terreno el proceso de cobro a usuarios GES que tienen establecido los prestadores visitados.
- Verificar en algunos prestadores públicos hospitalarios del Sector Público de la Región Metropolitana, el cumplimiento de las reglas de cobro de la Garantía de Protección Financiera establecidas en la normativa vigente, aplicada en problemas de salud GES seleccionados bajo enfoque de riesgo.

## IV. METODOLOGÍA DE TRABAJO

### IV.1. Selección de Problemas de Salud

Para la selección de los problemas de salud, sobre los cuales se realizaría la revisión de la protección financiera, se cumplieron las siguientes etapas:

1.- Determinación de aquellos problemas de salud con mayor copago efectivo: para este efecto, se efectuó el cruce del copago promedio de cada problema de salud, por el número de Casos GES reportado para cada uno de ellos. El producto de esta multiplicación, se ordenó de mayor a menor.

2.- Una vez terminada la etapa anterior, se procedió al análisis de los resultados, y a la selección de los problemas de salud que serían evaluados, en base a las siguientes variables:

- Género
- Grupo Erario
- Grupos Vulnerables
- Monto total de copagos proyectados para cada problema de salud (Anexo N°1)

Del análisis en conjunto de todas las variables antes señaladas, fueron seleccionados los siguientes problemas de salud:

PROBLEMA DE SALUD	CRITERIO DE SELECCIÓN			
	Monto Copagos	Grupo Etario	Grupo de Riesgo	Género
Insuficiencia Renal Crónica Terminal.	X		X	
Cardiopatías Cong. menores de 15 años.	X	X	X	
Cá. Mama en personas de 15 años y más.	X		X	X
Tratamiento Quirúrgico de Cataratas.		X	X	
Cáncer en menores de 15 años.	X		X	
Cá.Testículo en Personas de 15 años y más.		X	X	X
Linfomas en Personas de 15 años y más.	X		X	

### IV.2. Selección de Prestadores

En esta oportunidad, se seleccionó aquellos prestadores hospitalarios por Servicio de Salud que resuelvan la mayor cantidad de Casos GES para cada problema de salud en evaluación, siendo seleccionados en total 10 establecimientos..

En el siguiente cuadro se observa la selección de prestadores en cada servicio de salud y los problemas de salud a evaluar:

PROBLEMA DE SALUD GES	PRESTADOR POR SERVICIO DE SALUD					
	Occidente	Oriente	Sur	Norte	Central	Sur Oriente
<b>Insuficiencia Renal Crónica</b>	Hosp. San Juan de Dios	Hosp. del Salvador	Hosp. Barros Luco Trudeau	Hosp. San José	Hosp. San Borja Arriaran	Hosp. Sótero del Río
<b>Cardiopatías Congénitas</b>	Hosp. San Juan de Dios	Hosp. Luis Calvo Mackenna	Hosp. Exequiel González C.	Hosp. Roberto del Río	Hosp. San Borja Arriaran	Hosp. Sótero del Río
<b>Cáncer de Mama</b>	Hosp. San Juan de Dios	Hosp. Luis Tisné	Hosp. Barros Luco Trudeau	Hosp. San José	Hosp. San Borja Arriaran	Hosp. Sótero del Río
<b>Cataratas</b>	Hosp. San Juan de Dios	Hosp. Del Salvador	Hosp. Barros Luco Trudeau	Hosp. San José	Hosp. San Borja Arriaran	Hosp. Sótero del Río
<b>Cáncer en Menores de 15 años</b>	Hosp. San Juan de Dios	Hosp. Luis Calvo Mackenna	Hosp. Exequiel González C.	Hosp. Roberto del Río	Hosp. San Borja Arriaran	Hosp. Sótero del Río
<b>Cáncer de Testículo</b>	Hosp. San Juan de Dios	Hosp. Del Salvador	Hosp. Barros Luco Trudeau	Hosp. San José	Hosp. San Borja Arriaran	Hosp. Sótero del Río
<b>Linfoma en Adultos</b>	Hosp. San Juan de Dios	Hosp. Del Salvador	Hosp. Barros Luco Trudeau	Hosp. San José	Hosp. San Borja Arriaran	Hosp. Sótero del Río
<b>Cantidad de Prestadores</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

### IV.3. Recolección de la Información

Mediante el envío de un correo electrónico se les comunicó a los Coordinadores GES de los establecimientos seleccionados, la materia de esta actividad de fiscalización, informándoles en el mismo, la fecha en que serían visitados y las etapas constitutivas de ésta.

Adicionalmente, para efectos de la revisión, se les solicitó tener los antecedentes de pago efectuado por el beneficiario correspondiente al último caso GES tratado en el mes de junio 2007, para los problemas de salud determinados en cada establecimiento.

Posteriormente, el día de la visita de fiscalización, se efectuaron las siguientes actividades:

#### IV.3.1. Entrevista Encargado de Recaudación y Coordinador GES

En cada establecimiento se efectuó una entrevista al Encargado de la Unidad de Recaudación y Coordinador GES, o en su defecto al funcionario que este designe, principalmente con el fin de conocer el procedimiento general de cobro de las cuentas de pacientes hospitalizados y específicamente el procedimiento de cobro a los beneficiarios GES pertenecientes a los grupos C y D del Fonasa, lo anterior en base a una Pauta de Entrevista, la que se adjunta en el Anexo N°2.

#### IV.3.2. Verificación de la Aplicación de las Reglas Generales y Específicas del Cobro en Casos con Garantías Explícitas en Salud.

Para la concreción de esta etapa, se debía realizar la revisión de una cuenta de paciente GES, por cada problema de salud seleccionado en cada prestador.

Para la revisión del Caso GES se definieron criterios para determinar la validez de este caso a efectos de ser evaluado. En este aspecto, se considera como válido para la evaluación un caso GES que cumpla con los siguientes aspectos:

- ✓ Corresponde a un beneficiario del Fonasa del grupo C o D.
- ✓ Efectivamente es un paciente atendido bajo la modalidad de GES.
- ✓ Cumple con los criterios de acceso según problema de salud.
- ✓ Cumple con los criterios establecidos en las Normas Técnicas, para el problema evaluado.

Una vez validado el Caso GES, se debía proceder a la verificación de las Reglas de Cobro sujetas a evaluación; éstas son:

- ✓ Aplicación del arancel establecido en el D.S N° 228/2006.
- ✓ Cobertura de las prestaciones GES.
- ✓ Prestaciones catalogadas como no GES → verificar que efectivamente no sean GES (por cobertura o Frecuencia).
- ✓ Reglas de cobro en los Grupos de Fonasa C y D.
- ✓ Gratuidad para los beneficiarios Fonasa mayores de 60 años y para los beneficiarios Fonasa grupos A y B.
- ✓ Lo estipulado en las Normas Técnicas, para algunos problemas de salud, en lo relativo a la Garantía de Protección Financiera

#### IV.4. Ficha Resumen Metodología

- Tipo de Fiscalización: En terreno
- Periodo de Aplicación: Las actividades en terreno se realizaron en el período comprendido entre los días 20 al 26 de noviembre de 2007.
- Instrumentos y Técnicas:
  - ✓ Pauta de Entrevista ( Anexo >> )
  - ✓ Reconocimiento de los Sistemas Computacionales de cada establecimiento
  - ✓ Análisis de documentación física
  - ✓ Revisión de cuentas corrientes

#### IV.5. Análisis de los Resultados

Posteriormente, los datos e información recolectada fue consolidada y tabulada para cada prestador en las oficinas de la Superintendencia.

## V. RESULTADOS

### A.- DEL CUMPLIMIENTO DE LA GARANTIA DE PROTECCION FINANCIERA:

Se verificó que a los pacientes ingresados, no se les efectúa cobros ni se les solicita garantías de pago por las prestaciones otorgadas, bajo el Régimen de Garantías Explicitas en Salud. Lo anterior, sustentado en instrucción emanada desde la Dirección del FONASA en cuanto a que será esta Institución la encargada de dicha materia.

Con el fin de materializar esta instrucción, el FONASA, emanó el año 2005 el Ordinario N° 001279 del 01/07/05 el cual ratifica a través del Ordinario 2E/N° 000769 del 05/04/2006 el cual en su punto 3, señala lo siguiente:

“..... me permito informar que esta institución en conjunto con las autoridades del sector han definido que el procedimiento de recaudo y registro de los copagos GES lo efectuará **el FONASA, en su Red propia más aquellas entidades con las que suscriba convenios de recaudación, en la oportunidad que indique el Estado de Pago** que se enviará al domicilio del beneficiario.

A lo anterior, y para minimizar cobros indebidos y/o duplicidad de éstos, se agregan todos aquellos copagos que resulten de prestaciones necesarias para la resolución de un problema de salud incluido en las GES, **sean estas garantizadas o no.**

De lo anterior, se deduce que los prestadores de la Red Publica **deben abstenerse, a partir del 1° de Julio de 2005, de efectuar los cobros antes descritos, debiendo derivar a los beneficiarios-pacientes GES a las dependencias que FONASA habilite al efecto.**”

Además, nos señalaron que el FONASA les paga las prestaciones GES a través de la modalidad de Pago de Prestaciones Institucionales (PPI).

### B.- DEL PROCESO:

Si bien es cierto, se constató que no se efectuaba cobro a los beneficiarios, en el desarrollo de la actividad de fiscalización, se solicitó información general acerca de 2 aspectos en cuanto a procesos:

- Mecanismo para identificar a beneficiarios GES a los que según lo señalado anteriormente, debe ser el Fondo Nacional de Salud el que debe cubrir las prestaciones otorgadas.
- Flujos de Información para la obtención de datos en cuanto a facturación de prestaciones a pacientes hospitalizados.

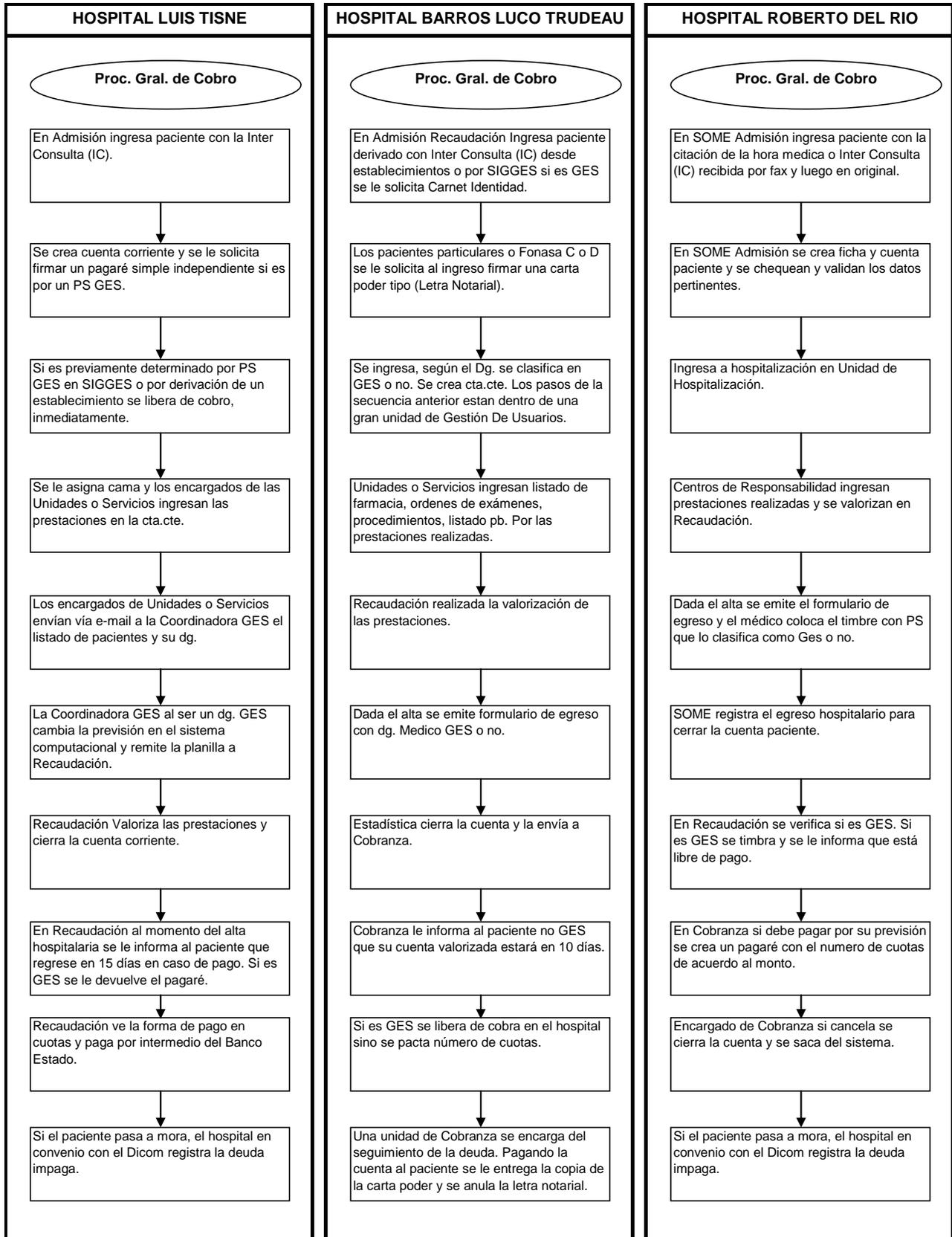
**Verificación de Mecanismo de Control para la Garantía de Protección Financiera:**

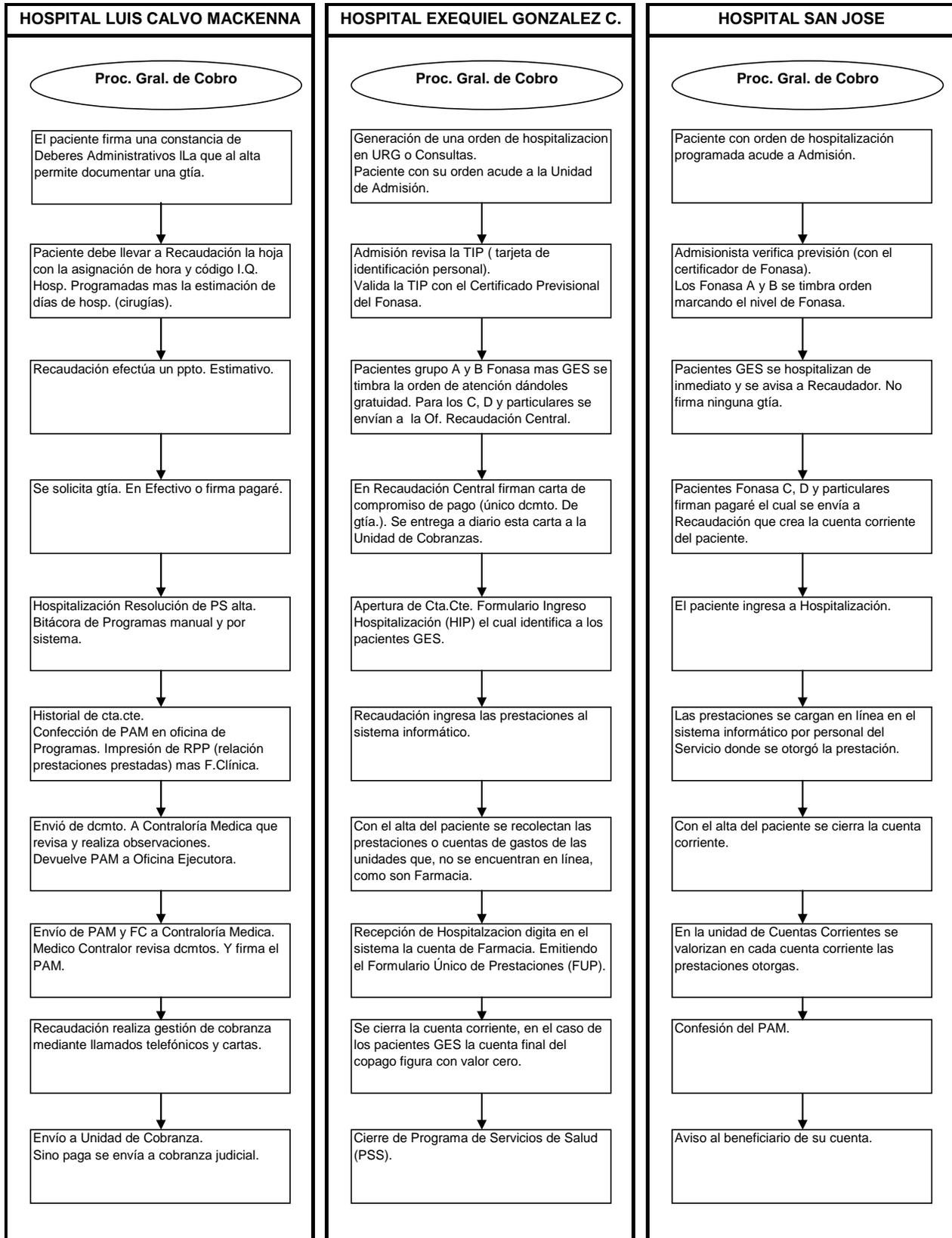
A través de la visita de fiscalización, se pudo determinar que las unidades administrativas establecen una serie de mecanismos, con el fin de reconocer y discriminar si un paciente está siendo tratado por un problema de salud GES, las cuales son diferentes entre los distintos establecimientos. En cuanto a estas medidas, se pueden mencionar:

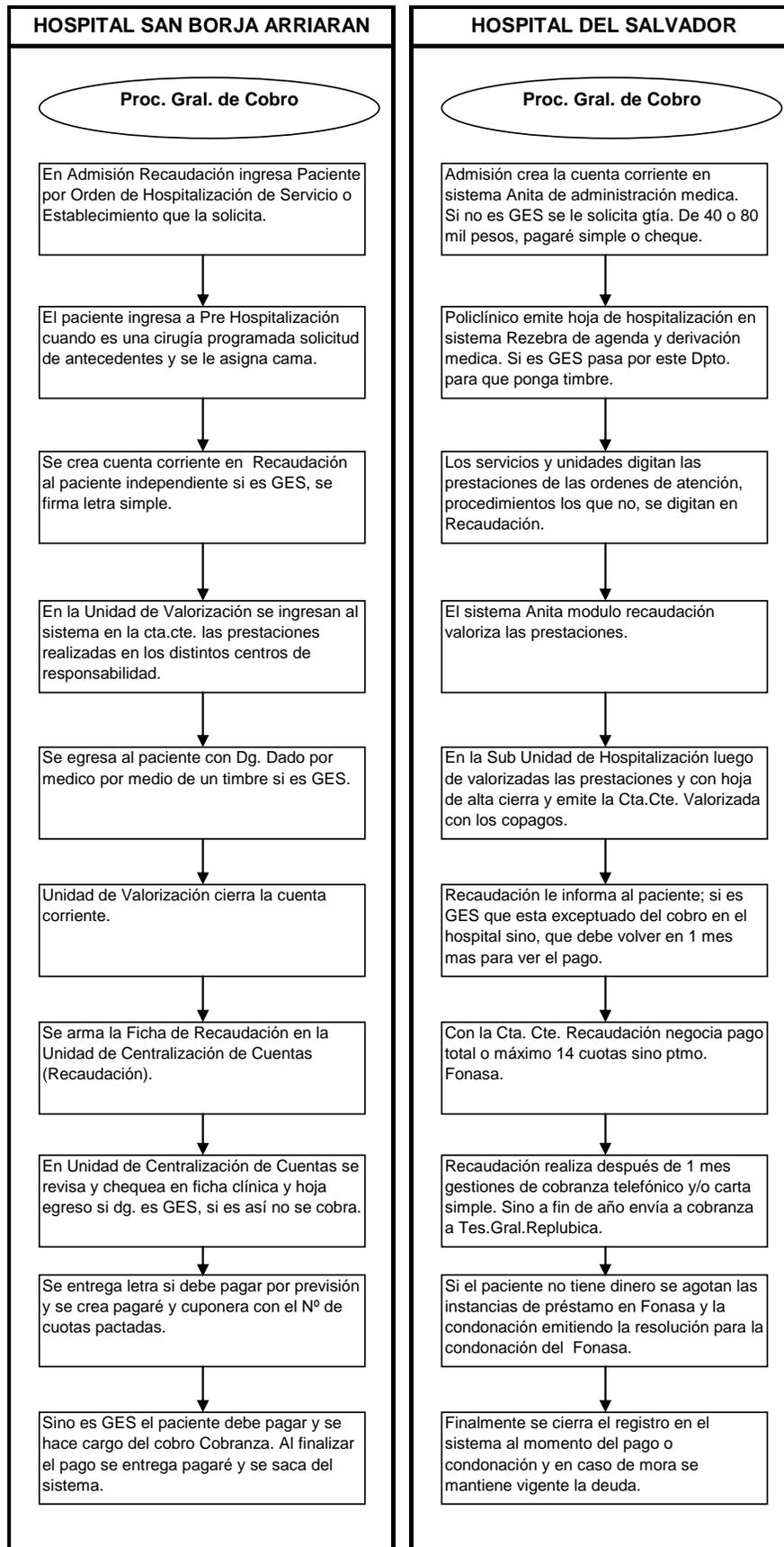
- Filtro informático: confirmar al ingreso de una hospitalización si el paciente es efectivamente beneficiario del FONASA. Para esto, utilizan el sistema del FONASA “CERTIFICACION PARA ATENCION DE SALUD”.
- Registros en sistemas computacionales de resúmenes de prestaciones, otorgadas, los que se presentan en una cuenta corriente del paciente por el problema de salud atendido.
- Uso del registro SIGGES, para verificar si el problema de salud atendido en esa oportunidad corresponde a uno de los garantizados.
- Adicionalmente, en algunos prestadores se observó el uso de documentos tales como:
  - Interconsulta (IC)
  - Informe de Proceso Diagnostico (IPD)
  - Timbres con el logo GES
  - Otros

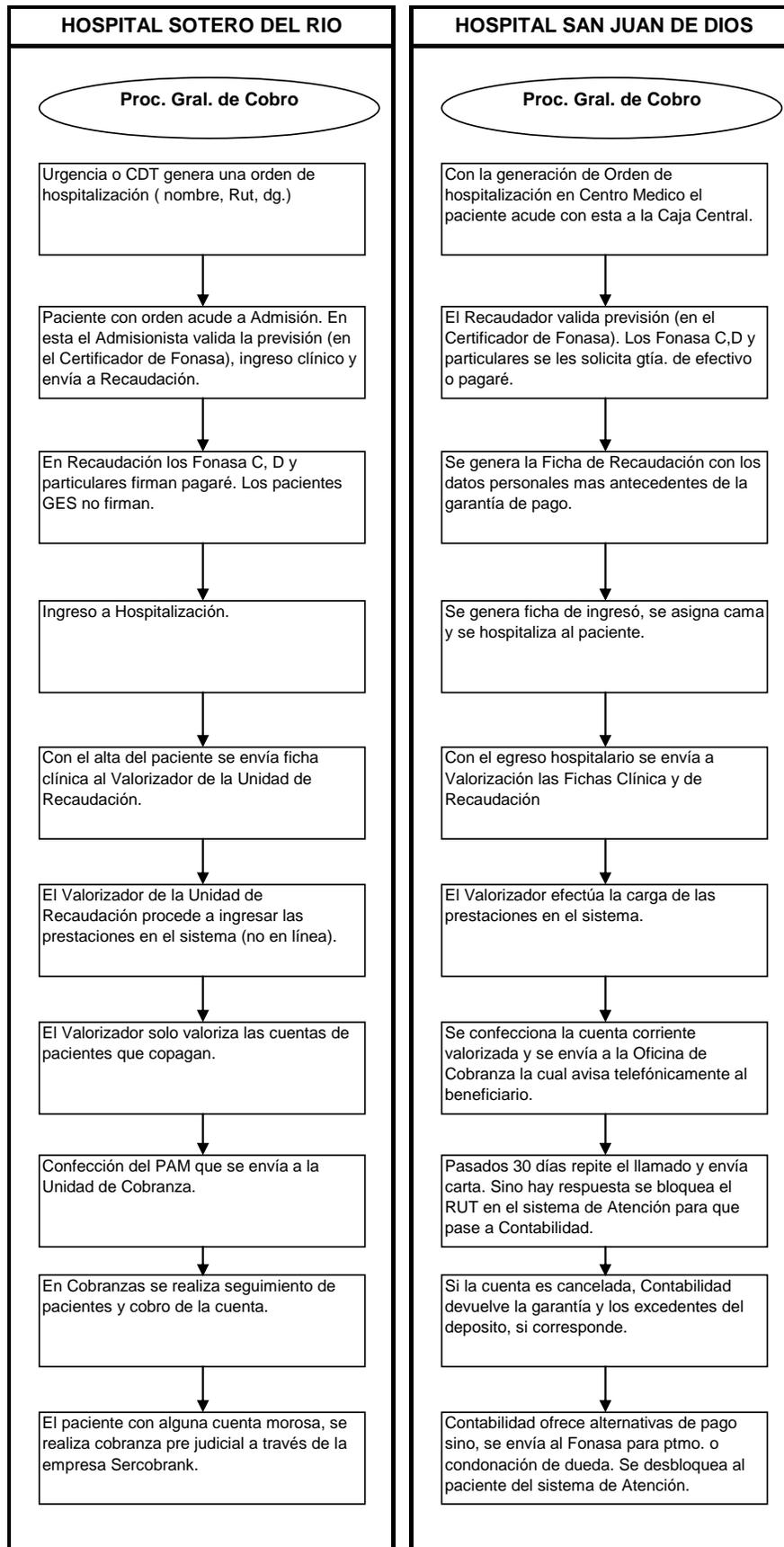
**Flujos de Información:**

Por otro lado, en los establecimientos visitados, se pudo establecer los flujos de información y unidades responsables de su generación, cuyo detalle es el siguiente:









## **VI. CONCLUSION**

De acuerdo a los antecedentes recabados a la fecha en los distintos prestadores de salud, no se efectúa ningún cobro a los beneficiarios GES por las prestaciones recibidas a raíz de un problema de salud garantizado, independientemente si éstas se encuentran garantizadas o no. Lo anterior bajo una instrucción de Fonasa.

Miguel Urzúa Urzúa.

**ANEXO N° 1**

<b>PROBLEMA DE SALUD</b>	<b>Promedio Copagos Estimado</b>
14. Cáncer en Menores de 15 Años	\$3,871,560
02. Cardiopatías Congénitas Operables	\$3,275,414
10. Escoliosis ***	\$3,210,547
12. Artrosis de Cadera ***	\$2,897,930
01. Insuficiencia Renal Crónica Terminal	\$2,682,072
17. Linfoma en Adultos .	\$2,286,502
33. Hemofilia	\$2,056,669
09. Disrrafias Espinales	\$1,814,578
25. Marcapaso	\$1,769,642
40. Síndrome De Dificultad Respiratoria	\$1,344,388
08. Cáncer de Mama	\$1,006,726
15. Esquizofrenia .	\$667,931
06. Diabetes Mellitus Tipo 1	\$628,914
32. Desprendimiento de Retina	\$610,790
16. Cáncer de Testículo (Adultos)	\$606,147
11. Cataratas	\$504,645
37. Accidente Cerebrovascular	\$495,735
27. Cáncer Gástrico	\$490,923
28. Cáncer De Próstata ***	\$475,009
26. Colectomía Preventiva	\$459,654
13. Fisura Labiopalatina	\$443,724
35. Hiperplasia de Próstata	\$438,409
03. Cáncer Cervicouterino	\$408,555
05. Infarto Agudo del Miocardio	\$367,162
04. Alivio del Dolor ***	\$333,943
31. Retinoptia Diabética	\$283,173
24. Prematurez (Prevención parto prematuro)	\$242,753
24. Prematurez (Hipoacusia)	\$199,650
34. Depresión	\$161,114
24. Prematurez (Retinopatía)	\$147,815
30. Estrabismo	\$130,218
38. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	\$104,377
22. Epilepsia No Refractaria ***	\$79,081
36. Órtesis ***	\$69,168
07. Diabetes Mellitus Tipo 2	\$49,703
23. Salud Oral ***	\$49,553
21. Hipertensión arterial esencial	\$44,965
24. Prematurez (Displasia Broncopulmonar) ***	\$44,514
39. Asma Bronquial	\$38,911
19. Infección Respiratoria Aguda . ***	\$21,895
29. Vicios de Refracción	\$18,663
20. Neumonía	\$9,046
18. VIH (Tratamiento triterapia) *	\$0
<b>Totales</b>	<b>\$34,842,168</b>

## **ANEXO N° 2**

### **“ENTREVISTA A JEFE / ENCARGADO DE RECAUDACION”**

1. ¿Qué unidad es la responsable del cobro al usuario?
2. ¿Cómo es el proceso de elaboración de cuenta corriente o cuenta de hospitalización? ( Flujograma con etapas y unidades responsables )
3. ¿Cómo se estructura la facturación y cobro al beneficiario?
4. ¿Se solicita documento de respaldo al momento del ingreso?...¿en qué situaciones?
5. ¿Se utiliza un procedimiento de cobro diferenciado al usuario AUGE?
6. ¿Cómo se estructura una cuenta de hospitalización de un usuario GES?
7. En cuanto al copago:
  - ¿Cómo se hace efectivo el cobro?
  - ¿Se solicita un documento de respaldo al momento del alta?
  - ¿Existe un procedimiento establecido para pactar un cobro en cuotas?
  - ¿Cómo se hace efectivo el cobro en cuotas?
  - ¿Cuál es el procedimiento en caso que un beneficiario señale no tener dinero para efectuar el pago?