

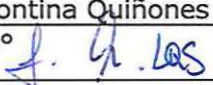
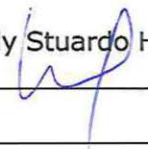
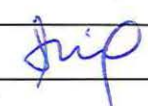
INFORME ANÁLISIS DE RESULTADOS DE FISCALIZACIÓN

"OTORGAMIENTO DE BENEFICIOS AMBULATORIOS: SALUD MENTAL Y REHABILITACIÓN "



**SUBDEPARTAMENTO DE FISCALIZACIÓN DE BENEFICIOS
INTENDENCIA DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD**

**INFORME N°156
FECHA: 17 de julio de 2025**

Elabora	Revisa	Aprueba
Analistas Subdepto Fiscalización de Beneficios	Coordinadora Subdepto. Fiscalización de Beneficios	Jefa Subdepto. Fiscalización de Beneficios
Cynthia Moreno Rojas Yasmina Lara García Leontina Quiñones San Martín	Nelly Stuardo Henríquez	Sandra Armijo Quevedo
V°B° 	V°B° 	V°B° 
JULIO 2025		

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	3
OBJETIVOS DE LA FISCALIZACIÓN	3
NORMATIVA.....	4
METODOLOGÍA.....	4
DESARROLLO	5
RESULTADOS Y HALLAZGOS DE LA FISCALIZACIÓN	6
CONCLUSIONES.....	15
MEDIDAS A APLICAR.....	16
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	16



RESUMEN EJECUTIVO

Durante los meses de mayo y junio del año 2025, el Subdepartamento de Fiscalización de Beneficios llevó a cabo un proceso de fiscalización orientado a verificar que la cobertura otorgada a prestaciones ambulatorias relacionadas con salud mental y rehabilitación, se ajuste a la normativa vigente que rige estas materias.

Esta revisión se enmarcó en las disposiciones establecidas en los **Compendios de Beneficios** y el **Compendio de Procedimientos**, así como en la normativa específica aplicable a los tipos de prestaciones evaluadas.

La fiscalización abarcó una muestra de **200 solicitudes de reembolsos**, correspondientes a **10 Isapres fiscalizadas**: Banmédica, Vida Tres, Colmena, Nueva Masvida, Consalud, Cruz Blanca, Cruz del Norte, Fundación, Esencial e Isalud. Se seleccionaron hasta 10 casos por cada una de las materias (salud mental y rehabilitación), por entidad, seleccionadas aleatoriamente según la metodología definida. El proceso incluyó visitas en terreno, revisión documental y elaboración de informes por parte del equipo fiscalizador.

Como resultado general, se determinó que el 55% de los casos revisados en salud mental y el 43% de las atenciones de rehabilitación, presentaron observaciones o inconsistencias relevantes. Las principales observaciones identificadas fueron cobertura errónea de las prestaciones, así como errores en la información consignada en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas.

La fiscalización evidenció que alrededor de la mitad de las solicitudes de reembolso presentan inconsistencias que afectan tanto a los beneficiarios como a las propias instituciones de salud previsual (Isapres). Estos hallazgos refuerzan la necesidad de establecer criterios técnicos claros, asegurar la trazabilidad documental y promover una aplicación uniforme de la normativa vigente, con el objetivo de garantizar una protección efectiva y equitativa a los beneficiarios del sistema.

OBJETIVOS DE LA FISCALIZACIÓN

Verificar el correcto otorgamiento de los beneficios ambulatorios, de acuerdo con los términos establecidos en el plan de salud de cada afiliado. Esta verificación considera la aplicación del arancel pactado, los porcentajes y topes de cobertura establecidos en el plan de salud, y el cumplimiento de los criterios definidos en la normativa vigente para prestaciones de salud mental, kinesiología, terapia ocupacional y fonoaudiología.

- **Salud Mental:** Verificar que la cobertura otorgada a las prestaciones ambulatorias de salud mental, tales como psicología, psiquiatría y psicoterapia, estén conforme a lo establecido en la Circular IF/N°396.
- **Rehabilitación: (Kinesiología, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología):** Verificar que la cobertura otorgada a estas prestaciones corresponda a la establecida en el plan de salud, y sin aplicación de tope anual respecto de aquellas requeridas para los beneficiarios menores de 6 años de edad, conforme a lo dispuesto en la Circular IF/N°390.



NORMATIVA

El objetivo de esta fiscalización es verificar la cobertura otorgada a las prestaciones señaladas en el ítem anterior, de acuerdo a la normativa vigente, la cual, se identifica a continuación:

- **Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios**, Capítulo I de los Beneficios Contractuales y de la Cobertura del Plan de Salud Complementario.
- **Compendio de Procedimientos**, Capítulo I Procedimientos Relativos al Contrato de Salud Título V. Cumplimiento del contrato de salud.
- **Circular IF/N°390 del 31 de agosto del año 2021**, establece la obligación de las isapres de aplicar la cobertura dispuesta en el plan de salud sin topes anuales por beneficiario a las prestaciones de kinesiterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional, psicología y psiquiatría otorgadas a los menores de 6 años, respecto de aquellos códigos del Arancel Fonasa de Libre Elección a los que se les haya eximido de límite financieros y en las modalidades de atención indicadas en las Normas Técnico Administrativas para la aplicación del citado Arancel.
- **Circular IF/N°396 del 08 de noviembre del año 2021**, esta normativa, en el contexto de la Ley N°21.331, dispone que las isapres no pueden comercializar planes de salud que restrinjan las prestaciones relacionadas con enfermedades mentales, discapacidades síquicas o salud mental. Asimismo, los planes de salud no pueden estipular para las prestaciones de salud relacionadas con discapacidades psíquicas o intelectuales, enfermedades mentales y con salud mental, topes de bonificación y/o topes máximos año contrato por beneficiario menores que los establecidos para las prestaciones de salud físicas. Además, esta normativa indica que se debe eliminar de la Declaración Personal de Salud las preguntas relacionadas a salud mental.

METODOLOGÍA

La metodología aplicada en esta fiscalización contempló las siguientes etapas:

- Programación de la fiscalización, definiendo objetivos, alcance y entidades a revisar.
- Revisión de la nómina de rechazos de cobertura de prestaciones de salud mental y prestaciones de kinesioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología para el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024, solicitadas a las 10 Isapres sujetas a fiscalización.
- Establecimiento de los criterios para la selección de la muestra.
- Revisión del Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas informadas por cada una de las Isapres, respecto a las prestaciones a fiscalizar. Para la selección de la muestra, se extraen 10 casos de prestaciones para salud mental y 10 casos para las prestaciones de kinesioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología, durante el periodo comprendido entre marzo del año 2024 y febrero del año 2025 por cada Isapre fiscalizada.
- Comunicación formal mediante correo electrónico a las Isapres incluidas en el proceso, informando la fecha de la fiscalización, los requerimientos de acceso a la información, así como la necesidad de contar con un espacio físico adecuado para el desarrollo de la actividad.
- Ejecución de la fiscalización, la cual se llevó a cabo durante los meses de mayo y junio de 2025.



- Revisión de antecedentes y respaldos documentales, con el fin de verificar el cumplimiento de los criterios establecidos para la fiscalización.
- Consolidación de la información recopilada en una planilla de registro en formato Excel.
- Análisis de los resultados obtenidos a partir de la muestra revisada.
- Elaboración del Informe Consolidado de Fiscalización, detallando hallazgos y conclusiones.
- Revisión y aprobación de informe de fiscalización, por la jefatura del Subdepartamento de Beneficios.
- Elaboración y envío de Oficios de Información o Resolución Exenta con instrucción, según corresponda.
- Recepción y análisis de respuestas de las entidades fiscalizadas, y confección del respectivo Informe de Verifica Cumplimiento, en caso que corresponda.

En ese contexto, este Subdepartamento analiza la información recabada en este proceso de fiscalización y genera el siguiente informe.

DESARROLLO

La fiscalización denominada "Calculo Bonificaciones Beneficios Ambulatorios", forma parte del programa de fiscalización del Subdepartamento de Fiscalización de Beneficios.

Para llevar a cabo esta fiscalización, se seleccionó una muestra aleatoria de hasta 10 casos por cada Isapre fiscalizada, obtenida del Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del periodo comprendido entre marzo de 2024 y febrero de 2025.

El examen se realizó durante los meses de mayo y junio de 2025, y consideró a las 10 isapres del sistema.

- Banmédica
- Vida Tres
- Colmena
- Nueva Masvida
- Consalud
- Cruz Blanca
- Cruz del Norte
- Esencial
- Fundación
- Isalud

La visita de fiscalización fue comunicada previamente a través de correo electrónico dirigido al encargado o coordinador designado por cada Isapre. En dicho mensaje se informó la fecha de la fiscalización, los requerimientos de información y la necesidad de contar con un espacio físico adecuado para el trabajo del equipo fiscalizador.

El equipo responsable está compuesto por fiscalizadores y fiscalizadoras del Subdepartamento de Fiscalización de Beneficios, quienes realizarán visitas en terreno con el fin de recopilar, revisar y analizar los antecedentes relacionados con los reembolsos.

Durante la reunión de inicio de la fiscalización, realizada en dependencias de la Isapre, se expone el contexto general del proceso, sus objetivos, la metodología de trabajo, así como los mecanismos mediante los cuales se darán a conocer los resultados, ya sea mediante acta de término, oficio de información o resolución exenta, según corresponda.



Como parte del proceso, se seleccionó una muestra de 10 casos por Isapre desde el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas y se requirió acceso a la documentación asociada tanto a la solicitud como a su eventual rechazo.

Una vez finalizado el análisis de los antecedentes, se elaboró un acta de fiscalización, la cual fue firmada conjuntamente con la Isapre respectiva, dando por concluida la etapa en terreno.

Asimismo, se informó a cada Isapre que los resultados finales del proceso serán comunicados a través de Oficio y/o Resolución Exenta, según lo determine el análisis posterior realizado en dependencias de la Superintendencia.

Finalmente, con base en los antecedentes recopilados y consolidados, se identificaron y analizaron un total de 200 casos de solicitudes de reembolsos, tanto de salud mental como del área de rehabilitación.

RESULTADOS Y HALLAZGOS DE LA FISCALIZACIÓN

Durante el proceso de fiscalización, se revisaron reembolsos de prestaciones de salud mental y prestaciones de kinesiología, terapia ocupacional y fonoaudiología para el periodo año 2024 presentadas ante diez Instituciones de Salud Previsional (Isapres).

En total, se analizaron 200 solicitudes de reembolsos, seleccionadas conforme a la metodología definida en el plan anual de fiscalización de la Superintendencia de Salud. De estas 200 solicitudes se dividieron en 100 reembolsos correspondientes a prestaciones de salud mental y 100 prestaciones del área de rehabilitación.

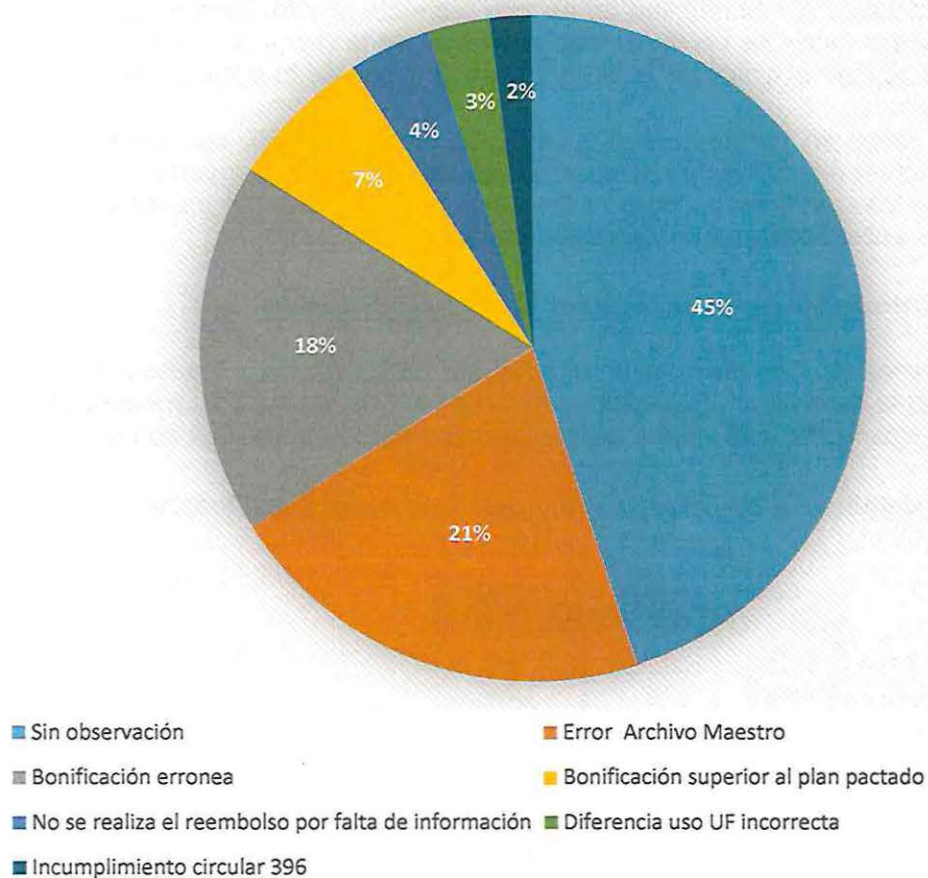
A continuación, se presentan los resultados por cada una de las áreas:



1. Prestaciones de salud mental

Tras el análisis de una muestra de 100 casos de reembolsos, se identificaron diversas observaciones que se repiten con frecuencia entre las Isapres. A continuación, se detallan las principales causas observadas y su respectiva incidencia:

Observaciones Prestaciones de Salud Mental



Tipo de observación	Nº Casos	Porcentaje
Sin observación	45	45%
Error en el Archivo Maestro	21	21%
Bonificación errónea	18	18%
Bonificación superior al plan pactado	7	7%
No se realiza el reembolso por falta de información	4	4%
Diferencia por uso UF incorrecta	3	3%
Incumplimiento Circular IF/Nº396	2	2%
TOTAL	100	100%

- ✓ El 45% de los casos no presentó observaciones, lo que indica que casi la mitad de los reembolsos fueron procesados correctamente según los criterios establecidos.
- ✓ Un 21% de los casos presentó errores en el Archivo Maestro, lo que sugiere una necesidad de revisar y actualizar dicha base de datos para evitar discrepancias en la información de los beneficiarios, así como también de las prestaciones.
- ✓ El 18% corresponde a casos mal bonificados, lo que deriva en otorgar una cobertura menor a la que corresponde.
- ✓ El 7% de los casos fue bonificado en exceso respecto al plan contratado.
- ✓ En el 3% de los casos se utiliza el valor de la UF de la fecha otorgamiento de prestación en lugar de aplicar el valor de la UF del mes anterior de la bonificación, generando una menor cobertura.
- ✓ 2% de los casos en Incumplimiento de la Circular IF/N°396, por considerar el plan de salud tope anual diferenciado entre consultas psicológicas y consulta general.
- ✓ En el 4% de los casos no se otorgó cobertura por antecedentes insuficientes, sin aportar la isapre los antecedentes que acrediten su decisión.

• Error en la información reportada en el Archivo Maestro

Se detectaron errores en la información contenida en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, ya que, al contrastar los antecedentes reportados, con la documentación de respaldo disponible en las respectivas Isapres, se verifica que los datos analizados no coinciden.

A continuación, se detalla la distribución de los casos observados por Isapre:

Isapre	N° Casos	Porcentaje
Colmena	9	43%
Esencial	4	19%
Isalud	8	38%
TOTAL	21	100%

Un ejemplo de esta inconsistencia corresponde a registros en los que el Archivo Maestro para el reembolso N°561576 de Isapre Esencial, indica un valor facturado de \$1.950.000, mientras que los documentos de respaldo evidencian un monto real de \$195.000, generando una discrepancia significativa.

La Isapre con mayor número de casos es Colmena, representando el 43% del total, seguida por Isalud con un 38% y Esencial con un 19%. Estas observaciones se relacionan con errores en el valor facturado informado, lo cual repercute directamente en el cálculo del copago reportado. Asimismo, se han detectado errores en la cantidad de prestaciones informadas.

En el caso particular de Isapre Isalud, se identificó la inclusión en el Archivo de Prestaciones Bonificadas de un beneficio complementario financiado por el empleador, lo que no se ajusta a la naturaleza de la información que debe ser reportada a través de dicho archivo.



En efecto, tratándose de prestaciones otorgadas a través de bonos, se constató el registro duplicado de las prestaciones. Específicamente, para un mismo bono, Isalud informa en una primera línea el valor facturado, la bonificación otorgada por la Isapre según plan y el copago correspondiente; y en una segunda línea, reporta nuevamente el valor total facturado y como bonificación consigna el monto del beneficio complementario financiado por el empleador, mientras que el copago informado corresponde a la diferencia entre ambos valores.

A modo de ejemplo, se presenta a continuación un caso representativo:

ARCHIVO MAESTRO PRESTACIONES BONIFICADAS								
Rut Beneficiario	Código Prestación	Fecha Bonificación	Plan	Frecuencia	Valor Facturado	Valor Bonificado	Copago	N° Bono Atención
[REDACTED]	101001	01-04-2025	GPEN03-10	1	\$11.000	\$7.700	\$ 3.300	53842295
[REDACTED]	101001	01-04-2025	GPEN03-10	1	\$11.000	\$2.640	\$8.360	53842295

En la segunda línea el valor bonificado de \$2.640 corresponde al beneficio otorgado por el empleador, como se muestra en la siguiente imagen:

 ISALUD Isapre de CODELCO
76.334.370 - 7

Orden Atención Médica
153842295@I

TRX FOLIO 53842295

Rut Afiliado [REDACTED] F. Emisión 01/04/2025

Nombre [REDACTED]

Paciente [REDACTED]

Rut Beneficiario [REDACTED] Cod Carga 00

Fecha Real 01/04/2025

Plan GPEN03-10

Prestador 61704000-K CORPORACION NACIONAL DEL COBR

Dirección AV. CHORRILLOS - HOSPITAL DEL COBRE 689 CALAMA C

Médico Tratante [REDACTED]

Emisor 0017655510-6

ModPago AMBULATORIO

Cobro del Prestador 11.000 CP2

Cod Prestación	Descripción	Cant	Valor Total	Bonif. Isapre	Cop. Plan	C.A.E.C	EMPL	Cop. Final
01 01 001	CONSULTA MEDICINA GENERAL	1	11.000	7.700	3.300	0	2.640	660

Copia: Isapre TOTAL COPAGO \$660

Uso Excedentes 0

TOTAL 11.000 7.700 3.300 0 660

No da derecho a cobro. Documento válido por 60 días desde la fecha de emisión

Firma Beneficiario

Página 0001 de 0001

 PAGADO

Esta observación ya se representó a la Isapre a raíz de una fiscalización realizada en el año 2023 y se informó en el Ordinario IF/N°15503 con fecha 11-04-2023. Posteriormente, una vez realizada la verificación del cumplimiento de dicha instrucción, la Isapre Isalud informó que: "Debido a la naturaleza de la Isapre, operan otros beneficios complementarios que contribuyen al financiamiento de las prestaciones de los beneficiarios, por lo cual, se genera el problema al registrar más de una cobertura o financiamiento, pues estas se aplican de modo simultáneo para una misma prestación. La Isapre consultó a la Unidad de Datos y Estadísticas de la SIS, cual debiese ser la forma de informar lo establecido en la Circular sin generar un doble registro, a lo cual se le respondió que por el momento siguieran informado de la misma forma, sin embargo, debería salir una aclaración oficial durante el primer trimestre".

Al respecto, se solicitará a la Unidad de Datos un pronunciamiento respecto a esta observación, para impartir las instrucciones respectivas, en caso que corresponda.



- **Bonificación errónea**

Se detectaron 17 casos en los que los reembolsos presentan discrepancias entre la cobertura otorgada por la Isapre y lo calculado por esta Superintendencia. En algunos de estos casos, la Isapre aplicó la cobertura mínima Fonasa, cuando en realidad correspondía otorgar la cobertura del 25% dispuesta en el plan de salud. En otros casos, las diferencias obedecen errores en el número de prestaciones, lo que derivó en una bonificación menor a la que correspondía.

A continuación, se presenta el desglose de los casos observados por Isapre:

Isapre	Nº Casos	Porcentaje
Nueva Masvida	9	50%
Cruz Blanca	4	22,2%
Esencial	2	11,1%
Consalud	1	5,5%
Vida Tres	2	11,1%
TOTAL	18	100%

Estos errores afectan negativamente la correcta aplicación de los beneficios y generan perjuicios económicos para los beneficiarios, por lo que se instruirá la reliquidación correspondiente.

- **Bonificación superior al plan pactado**

Los 7 casos corresponden a la isapre Cruz del Norte, en que se otorga una mayor bonificación a la calculada por esta Superintendencia.

- **No se realiza el reembolso por falta de información**

Esta observación se presenta exclusivamente en la Isapre Banmédica, con un total de 4 casos en los que los reembolsos fueron rechazados por falta de antecedentes.

Al revisar la documentación de respaldo, se constató que, en efecto, existían boletas que no incluían el detalle del código de la prestación, o bien faltaban antecedentes necesarios para proceder con la bonificación correspondiente.

En estos casos, la Isapre se limita a señalar que los beneficiarios no aportaron la información requerida, sin embargo, no acreditó las gestiones realizadas. Al respecto, se instruirá a la isapre que respalde el rechazo y en su defecto, proceda a la liquidación de las prestaciones.

- **Diferencia por uso incorrecto UF**

Esta observación corresponde a 4 casos en Isapre Fundación que, para calcular los topes por evento, utiliza la UF del mes anterior a la fecha de la prestación, sin embargo, de acuerdo a lo establecido en el Compendio de Instrumentos Contractuales, Capítulo II, Título I, numeral 3) referido a las notas explicativas del plan de salud, corresponde utilizar el valor de la UF del último



día del mes anterior al de la fecha de bonificación. Se instruirá la reliquidación de las diferencias generadas.

- **Incumplimiento Circular IF/N°396**

En Isapre Consalud se detectaron 2 casos donde el plan de salud de los beneficiarios contraviene lo establecido en la Circular IF/N°396, atendido que para las consultas psicológicas registra un tope anual por beneficiario, en circunstancias que la prestación de salud física relacionada no tiene tope por este concepto.

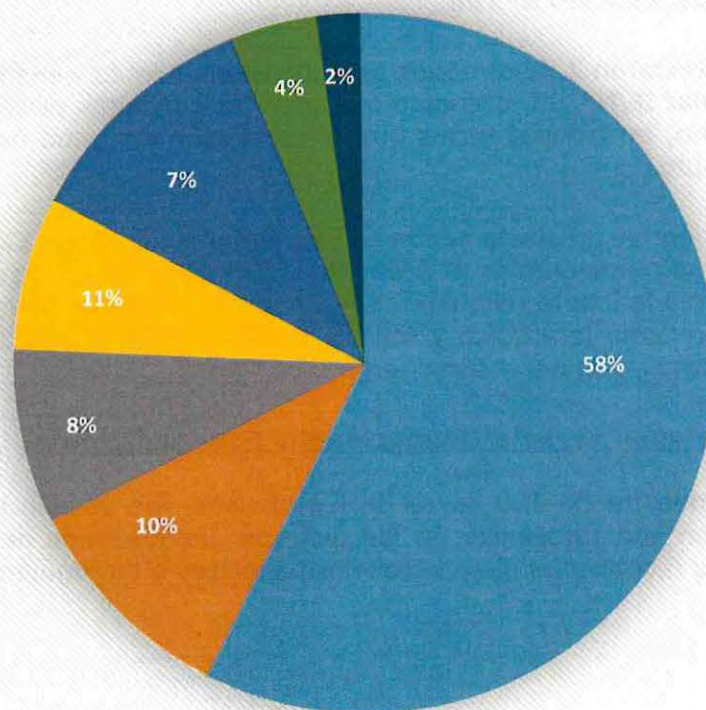
Corresponde la reliquidación las prestaciones de salud mental observadas. Cabe hacer presente que esta irregularidad ya se representó en el Ordinario IF/N°40877 del 15 de septiembre del año 2023, donde se le instruyó a la Isapre reliquidar. Sin embargo, la Isapre interpuso un recurso de reposición y en subsidio recurso jerárquico y solicitó suspensión de lo instruido. A la fecha, se encuentra en proceso la resolución del recurso jerárquico.

2. Prestaciones Kinesiología, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología

Tras el análisis de una muestra de 100 casos de reembolsos, fue posible identificar diversas situaciones que se repiten con frecuencia en las distintas Instituciones de Salud Previsional (Isapres). Las causas más recurrentes observadas corresponden a las siguientes:



Observaciones Prestaciones Kinesiología, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología



- Sin observación
- Bonificación errónea
- Bonificación superior al plan pactado
- Incumplimiento Circular IF/N° 390
- Error en la información reportada en el Archivo Maestro
- No se realiza el reembolso por falta de información
- Diferencia por UF usada

Tipo de observación	N° Casos	Porcentaje
Sin observación	58	58%
Bonificación errónea	10	10%
Bonificación superior al plan pactado	8	8%
Incumplimiento Circular IF/N°390	7	7%
Error en el Archivo Maestro	11	11%
No se realiza el reembolso por falta de información	4	4%
Diferencia por UF usada	2	2%
TOTAL	100	100%

- ✓ De los 100 casos analizados, el 42% presentó algún tipo de observación. Aunque una mayoría fue procesada correctamente (58%), la recurrencia de errores en la bonificación, el incumplimiento normativo y problemas en la base de datos (Archivo Maestro) evidencian la necesidad de fortalecer los controles internos, actualizar procedimientos y asegurar el cumplimiento normativo por parte de las Isapres.
- ✓ Respecto a los reembolsos, una de cada diez solicitudes (10%) presenta errores en la bonificación, lo cual, puede deberse a problemas en la codificación de prestaciones, en la interpretación del plan de salud o en los sistemas de cálculo automatizado. Este tipo de error afecta directamente al monto reembolsado al afiliado.
- ✓ En un 8% de los casos, la Isapre otorgó un monto mayor al estipulado por el plan correspondiente. Si bien podría interpretarse como un beneficio para el afiliado, implica una irregularidad que requiere corrección.
- ✓ Respecto al Incumplimiento de la Circular IF/N°390, en un 7% se otorgó una menor cobertura por efectos de aplicar tope anual a prestaciones de rehabilitación requeridas por beneficiarios menores de 6 años.
- ✓ Al igual que en las prestaciones de salud mental, también se evidencia errores en los Archivos Maestros de Prestaciones Bonificadas, lo cual, representa inconsistencias en la información registrada, lo que sugiere la necesidad de fortalecer los procesos de control de calidad y actualización de datos.
- ✓ Respecto a la falta de información, representa deficiencias en la documentación entregada o registrada por parte de los beneficiarios, lo que impide procesar correctamente el reembolso.
- ✓ También hay un 2% de los casos donde se aplica la UF correspondiente a la fecha de otorgamiento de la prestación y no a la fecha de bonificación.

• Bonificación errónea

Se detectaron 10 casos en los que los reembolsos presentan discrepancias entre la cobertura otorgada por la Isapre y lo calculado por esta Superintendencia. En algunos de estos casos, la Isapre otorgó el arancel Fonasa, cuando en realidad correspondía otorgar el tope por evento de la prestación. En otros casos, se observó un error en el registro del número de prestaciones, lo que derivó en una menor bonificación.

A continuación, se presenta el desglose de los casos observados por Isapre:

Isapre	N° Casos	Porcentaje
Banmedica	3	30%
Consalud	1	10%
Cruz Blanca	2	20%
Esencial	1	10%
Isalud	3	30%
TOTAL	10	100%



- **Bonificación superior al plan pactado**

Esta observación corresponde a los casos donde la Isapre otorga una mayor bonificación a la calculada por esta Superintendencia. Los casos por Isapre son los siguientes:

Isapre	Nº Casos	Porcentaje
Cruz del Norte	7	87,5%
Isalud	1	12,5%
TOTAL	8	100%

- **Incumplimiento Circular IF/Nº390**

En la totalidad de los casos observados, los beneficiarios son menores de 6 años a los cuales se le otorgó una menor cobertura por haber aplicado el tope anual, en circunstancias que la normativa eximió de dicho tope a estos beneficiarios.

Respecto a esta observación Isapre Nueva Masvida y Fundación concentran cada una el 28,6% de los casos de incumplimiento, lo que sugiere posibles deficiencias sistemáticas en la aplicación de la normativa dentro de sus procesos de reembolso.

Los casos por Isapre son los siguientes:

Isapre	Nº Casos	Porcentaje
Nueva Masvida	2	28,6%
Fundación	2	28,6%
Cruz Blanca	1	14,3%
Consalud	1	14,3%
Esencial	1	14,3%
TOTAL	7	100%

Los casos que están en incumplimiento de la Circular Nº390, detectado en cinco Isapres deberán ser reliquidados.

- **Error en la información reportada en el Archivo Maestro**

Inconsistencias entre la información reportada en el Archivo Maestro de Prestaciones y los datos contenidos en los documentos fuente.

En la Isapre Isalud, los casos corresponden a registro duplicado de reembolsos en el archivo de Prestaciones Bonificadas. Bajo un número reembolso se informan en el archivo los datos de la cobertura otorgada por la isapre (valor total, bonificación y copago) y en otro reembolso, se informa como costo total y copago el monto del beneficio complementario financiado por el empleador.

En las demás isapres, los casos corresponden a errores en el número de prestaciones o monto del costo total.



Como se indicó en el punto 1, se solicitará a la Unidad de Datos un pronunciamiento respecto a esta observación, para impartir las instrucciones respectivas, en caso que corresponda.

A continuación, se detalla la distribución de los casos observados por Isapre:

Isapre	Nº Casos	Porcentaje
Colmena	5	45,45%
Isalud	5	45,45%
Nueva Masvida	1	9,1%
TOTAL	11	100%

- **No se realiza el reembolso por falta de información**

Esta observación se presenta exclusivamente en la Isapre Banmédica, con un total de 4 casos en los que los reembolsos fueron rechazados por falta de antecedentes, al igual que en las prestaciones de salud mental.

Al revisar la documentación de respaldo, se constató que, en efecto, existían boletas que no incluían el detalle del código de la prestación, o bien faltaban antecedentes necesarios para proceder con la bonificación correspondiente.

En estos casos, la Isapre se limita a señalar que los beneficiarios no aportaron la información requerida, sin embargo, no acreditó las gestiones realizadas. Al respecto, se instruirá a la isapre que respalde el rechazo y en su defecto, proceda a la liquidación de las prestaciones.

- **Diferencia por uso incorrecto UF**

Esta observación corresponde a Isapre Fundación con 2 casos que, para calcular los topes por evento, utiliza la UF del mes anterior a la fecha de la prestación, sin embargo, de acuerdo a lo establecido en el Compendio de Instrumentos Contractuales, Capítulo II, Título I, numeral 3) referido a las notas explicativas del plan de salud, corresponde utilizar el valor de la UF del último día del mes anterior al de la fecha de bonificación. Se instruirá la reliquidar las diferencias de coberturas originadas.

CONCLUSIONES

De la muestra total de 200 casos revisados, se observó que, en promedio, un 49% de los reembolsos analizados presentaron algún tipo de observación, lo que evidencia debilidades transversales en los procesos de bonificación implementados por las Isapres fiscalizadas. Este resultado da cuenta de la necesidad urgente de revisar y reforzar los mecanismos de control, evaluación y registro de las prestaciones bonificadas.



Uno de los hallazgos más relevantes corresponde a errores recurrentes en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas. Estas inconsistencias comprometen la calidad de la información reportada, afectan la trazabilidad de los datos y reducen la transparencia del proceso, lo que puede afectar la toma de decisiones erróneas tanto a nivel institucional como regulatorio.

Asimismo, se identificaron casos de bonificaciones incorrectas, tanto por sobrecobertura respecto al plan de salud contratado como por aplicación de coberturas inferiores a las exigidas por la normativa vigente. Este tipo de errores tiene un impacto directo en los beneficiarios, pudiendo generar perjuicios económicos o distorsiones en la entrega de beneficios.

Se constataron incumplimientos a las Circulares IF/N°390 e IF/N°396 en diversas Isapres. En particular, se observaron planes suscritos desde marzo de 2022, que mantienen topes por prestación y/o topes anuales por beneficiario diferenciados entre salud física y mental, lo cual contraviene lo dispuesto por esta Superintendencia.

En algunos casos, los rechazos de reembolsos se fundamentaron en la falta de documentación por parte de los beneficiarios, sin que la Isapre acreditara haber solicitado formalmente dicha información. Esta práctica afecta el cumplimiento de las obligaciones contractuales y podría traducirse en rechazos injustificados de prestaciones legítimas.

También se detectó el uso incorrecto del valor de la UF en el cálculo de topes por evento, afectando el monto final bonificado. Esta situación, aunque de menor frecuencia, requiere ajustes inmediatos para evitar impactos financieros acumulativos.

En función de lo anterior, se debe asegurar el estricto cumplimiento de la normativa vigente. Estas medidas son fundamentales para proteger adecuadamente los derechos de los beneficiarios, garantizar la equidad en el acceso a las prestaciones y fortalecer la sostenibilidad del sistema de salud privado.

MEDIDAS A APLICAR

- ✓ Instruir la reliquidación en los siguientes casos: prestaciones que se bonificaron de forma errónea, casos donde se utilizó una UF incorrecta, incumplimiento de la Circular IF/N°396, incumplimiento de la Circular IF/N°390 y casos donde no se realiza el reembolso por falta de información.
- ✓ Instruir corrección de los parámetros de los sistemas o la aplicación de controles en los procesos manuales.
- ✓ Informar a la Unidad de Datos para que determinen las medidas que se deberán exigir en relación a las inconsistencias observadas en los Archivos Maestros.
- ✓ Solicitar pronunciamiento de Regulación sobre el ítem de cobertura que se debe aplicar a las prestaciones del grupo Terapia Ocupacional (procedimiento o kinesiología).

GLOSARIO DE TÉRMINOS

COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS: Documento que recopila toda la normativa vigente respecto a una materia en específico.

ARCHIVO MAESTRO: Corresponde a un Archivo con información de distinta índole, que las Isapres reportan a la Superintendencia de Salud.



TOPE POR PRESTACIÓN: Es el valor máximo de cobertura aplicado a una prestación o grupo de prestaciones. Puede ser en V.A, UF o pesos.

TOPE ANUAL POR BENEFICIARIO: Es el monto máximo a bonificar por beneficiario en un periodo máximo de 1 año de vigencia. Puede ser en pesos o UF.

Fisc.Reg.Nº:820,886,890,935,939,943,953,971,975,979/2025

Distribución:

-Subdepartamento de Fiscalización de Beneficios



