SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

INFORME DE FISCALIZACIÓN
COBERTURA DE PRESTACIÓN
ATENCIÓN NUTRICIONISTA



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

INFORME N°252

FECHA 29 de septiembre de 2026

Elabora	Revisa	Aprueba
Analista Subdepto. Fiscalización de Beneficios	Coordinadora Subdepto. Fiscalización de Beneficios	Jefa Subdepto. Fiscalización de Beneficios
Gabriela Peña Castillo	**Claudia Román Navarro**	**Sandra Armijo Quevedo**
V°B°	V°B°	V°B°
	Septiembre 2026	

ÍNDICE

Contenido

GLOSARIO DE TÉRMINOS 3

RESUMEN EJECUTIVO 4

INTRODUCCIÓN 5

METODOLOGÍA 6

RESULTADOS Y HALLAZGOS DE LA FISCALIZACIÓN 7

1. **Cumplimiento de la bonificación dada por las Isapres** 7
2. **Principales errores de bonificación detectados – Casos No Conformes** 7
3. **Cálculo de reliquidación por los casos no bonificados por las Isapres** 10
4. **Casos detectados de negativa de cobertura** 11
5. **Inconsistencias de registro de Isalud en el Archivo Maestro** 12

CONCLUSIONES 13

ACCIONES A REALIZAR 14

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Isapre: Institución de Salud Previsional, entidad privada que administra los fondos de salud de sus afiliados y afiliadas, otorgando cobertura financiera a las prestaciones contempladas en el respectivo plan de salud.

Consulta de Nutricionista: Prestación de atención integral otorgada por un profesional nutricionista, identificada en el Arancel de Modalidad Libre Elección de FONASA bajo los códigos 26-02-001 (presencial) y 26-08-201 (tele consulta), ambos con glosa "por sesión".

Modalidad Libre Elección (MLE): Modalidad de atención en la cual la persona beneficiaria elige libremente al prestador de salud, financiándose la prestación conforme al Arancel FONASA de dicha modalidad.

Valor Arancel Isapre (VA): Valor de referencia que cada Isapre asigna a una prestación específica en su propio arancel, sobre el cual se aplica el porcentaje de bonificación contratado en el plan de salud.

Bonificación: Monto que la Isapre financia a la persona beneficiaria por una prestación de salud, establecido en el plan de salud pactado entre la Isapre y el afiliado. Se expresa como Porcentaje de bonificación, el cual debe indicarse en el plan de salud, junto con los Topes de Bonificación, en caso de haberlos, aplicables a las distintas prestaciones.

Copago: Diferencia entre el valor de la prestación y el monto efectivamente bonificado por la Isapre, la cual es de cargo de la persona beneficiaria.

Archivo Maestro (AM): Archivo de información periódica que las Isapres deben remitir a la Superintendencia de Salud, conteniendo el detalle de las prestaciones otorgadas y bonificadas a sus beneficiarios.

Plan cerrado: Plan de salud que restringe la cobertura contratada a una red determinada y exclusiva de prestadores, fuera de la cual no corresponde bonificación o esta se reduce a las condiciones de un plan abierto.

Tope por evento / tope anual: Límites máximos de bonificación, expresados en pesos o UF, que el plan de salud establece para una prestación específica (por evento) o para el conjunto de prestaciones de una misma naturaleza dentro de un período anual. Sólo podrán expresarse en pesos ($), Unidades de Fomento (U.F.) o número de veces el valor asignado a esa prestación en el arancel del plan (V.A.).

Cobertura mínima: La cobertura del Plan de Salud Complementario no podrá ser inferior al 25% de la prevista en el mismo plan para la prestación genérica correspondiente, ni a la cobertura financiera que asegura el Fonasa en la modalidad de libre elección a la respectiva prestación contemplada en el arancel, debiendo otorgarse la que resulte mayor entre ambas.

Mínimo FONASA: Concepto utilizado para referirse a la situación en donde la cobertura mínima otorgada corresponde a la cobertura financiera que asegura Fonasa en el arancel libre elección.

Índice de Masa Corporal (IMC): Indicador antropométrico utilizado para clasificar el estado nutricional de una persona a partir de su peso y talla, y que hasta la dictación de la Circular IF/N°508 constituía el único criterio para acceder a la cobertura de consulta de nutricionista.

RESUMEN EJECUTIVO

En el marco de las atribuciones conferidas por los artículos 110 N°2 y 114 del DFL N°1 de 2005, y en cumplimiento de las instrucciones impartidas mediante la Circular IF/N°508, del 8 de septiembre de 2025, que ordenó a las Isapres ampliar la cobertura de la Consulta de Nutricionista a toda persona beneficiaria que la requiera, eliminando la restricción de acceso basada exclusivamente en el Índice de Masa Corporal (IMC); este Subdepartamento realizó una fiscalización orientada a verificar el correcto otorgamiento de dicha bonificación por parte de las Isapres del sistema.

La fiscalización revisó una muestra de 92 casos de bonificación de consulta de nutricionista, distribuidos en 10 Isapres (Banmédica, Colmena, Consalud, Cruz Blanca, Cruz del Norte, Esencial, Fundación, Isalud, Nueva Masvida y Vida Tres), contrastando la bonificación efectivamente pagada informada por las mismas Aseguradoras con el cálculo que corresponde aplicar conforme a las condiciones del respectivo plan de salud y a la Cobertura Mínima que establece la Ley.

Del total de casos evaluados, 57 resultaron **conformes (62%)**, esto es, con una bonificación correctamente calculada y pagada. Por otra parte, 32 casos resultaron **no conformes (34,8%)**, detectándose sub bonificación respecto de lo que correspondía otorgar. Paralelamente, 2 casos (2,2%) quedaron pendientes de revisión adicional por insuficiencia de antecedentes, y 1 caso (1,1%) fue descontado del universo por corresponder a un bono anulado por la propia Isapre.

El nivel de cumplimiento presenta una alta heterogeneidad entre instituciones. **Colmena y Vida Tres registran el desempeño más deficiente, con solo un 10,0% de casos conformes cada una**, seguidas de Esencial (55,6%), Banmédica y Consalud (60,0% cada una) y Cruz Blanca (70,0%). En el extremo opuesto, Fundación, Isalud y Cruz del Norte alcanzaron un 100% de cumplimiento, y Nueva Masvida un 90,0%. El cumplimiento global de la muestra fiscalizada es de 62,0%.

Como resultado de los 32 casos no conformes confirmados, se determinó un monto total a reliquidar en favor de las personas beneficiarias de **$272.734**, concentrado principalmente en Colmena ($78.250), Esencial ($61.010) y Consalud ($50.489). Adicionalmente, existen 2 casos de Banmédica por $26.110 pendientes de la revisión de antecedentes adicionales, monto que podría sumarse a la reliquidación total una vez obtenida dicha información.

Se identificó, además, un número significativo de casos (13) en que las Isapres negaron cobertura a la prestación de nutricionista. En la revisión de éstos, se detectó que 6 de ellos (46,1%) corresponden a denegaciones justificadas por restricciones de red explícitas de los planes cerrados de los afiliados. Destaca, además, 1 caso en Isapre Esencial con denegación indebida por exigencia de requisitos ajenos a la normativa (7,6%).

Finalmente, se constató en Isapre Isalud un error sistémico y recurrente en el reporte de sus prestaciones al Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, consistente en informar como monto bonificado la cobertura de un beneficio adicional o seguro complementario, distinto de la bonificación que corresponde por el plan de salud contratado, e invirtiendo en dichos registros los campos de "Monto Bonificado" y "Copago". Dicha situación, ya detectada en fiscalizaciones anteriores, no afectó el monto bonificado a la persona beneficiaria, pero compromete la calidad y confiabilidad de la información reportada a esta Superintendencia.

En conclusión, se constata un nivel de incumplimiento significativo (38%) respecto a la aplicación de la Circular N°508, que afecta el acceso oportuno y completo a la cobertura de consulta de nutricionista, lo que amerita la adopción de medidas correctivas y de reliquidación por parte de las Isapres fiscalizadas.

INTRODUCCIÓN

La normativa que regulaba históricamente la cobertura de la Consulta de Nutricionista, contenida en el Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios de esta Superintendencia, condicionaba la bonificación de dicha prestación a la existencia de sobrepeso u obesidad, determinado exclusivamente según el Índice de Masa Corporal (IMC) de la persona beneficiaria.

Esta restricción dejaba fuera de cobertura a una serie de problemas de salud de igual o mayor relevancia sanitaria, tales como los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como la anorexia nerviosa y la bulimia, que afectan principalmente a adolescentes; y los cuadros de desnutrición en personas mayores, que según un estudio del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile afecta a un 32,4% de las personas de 65 años o más en el país.

A ello, se suma que la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 evidenció que un 27,6% de la población chilena presenta hipertensión arterial y un 12,3% padece diabetes mellitus tipo 2, condiciones crónicas que requieren manejo nutricional, aun en ausencia de sobrepeso.

En este contexto, la Superintendencia de Salud dictó la Circular IF/N°508 el 8 de septiembre de 2025, que modificó la Circular IF/N°77 de 2008, instruyendo a las Isapres que todo beneficiario tendrá derecho a la cobertura de la Consulta de Nutricionista, con independencia de su IMC, considerando, como mínimo, la cobertura contemplada en el Arancel de Modalidad Libre Elección de FONASA para los códigos 26-02-001 ("Atención integral de Nutricionista, por sesión") y 26-08-201 ("Teleconsulta: Atención integral de Nutricionista, por sesión"), según corresponda.

Las Isapres registran a la fecha más de 2,5 millones de personas beneficiarias, quienes desde la entrada en vigencia de la Circular IF/N°508 cuentan con el derecho a acceder a la consulta de nutricionista sin las restricciones que regían con anterioridad. La correcta y oportuna implementación de esta instrucción por parte de las Isapres resulta, en consecuencia, un asunto de especial relevancia para el ejercicio efectivo de los derechos de las personas beneficiarias, particularmente en materia de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la alimentación.

Siendo así, y en ejercicio de las facultades que la ley le confiere, esta Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, a través del Subdepartamento de Fiscalización de Beneficios, desarrolló una fiscalización orientada a verificar el cumplimiento de las instrucciones contenidas en la Circular IF/N°508 por parte de todas las Isapres del sistema, evaluando el correcto cálculo y pago de la bonificación de la Consulta de Nutricionista, conforme a las condiciones de cada plan de salud.

El presente informe da cuenta de los resultados de dicha fiscalización, identificando el nivel de cumplimiento de cada Isapre, los principales errores de bonificación detectados, el monto que corresponde reliquidar en favor de las personas beneficiarias afectadas, y otros hallazgos relevantes relativos a la denegación de cobertura y a la calidad de la información reportada por las Isapres.

METODOLOGÍA

La muestra fiscalizada se conformó a partir de 92 casos de bonificación de la prestación "Atención Integral de Nutricionista" (códigos FONASA 26-02-001 y 26-08-201), otorgados por las 10 Isapres del sistema entre los meses de diciembre de 2025 y febrero de 2026, seleccionados a partir de la información contenida en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas. Se revisaron 10 casos por cada una de las Isapres Banmédica, Colmena, Consalud, Cruz Blanca, Esencial, Fundación, Isalud, Nueva Masvida y Vida Tres, y 2 casos de Isapre Cruz del Norte.

Para cada caso se solicitó y verificó la siguiente información:

- Identificación del plan de salud y su arancel
- Fecha de la prestación y de la bonificación
- Valor de la prestación, Bonificación pagada y Copago informado por la Isapre
- Porcentaje de bonificación contratado según plan de salud
- Tipo y monto de los topes de cobertura por evento y anuales (en pesos o en UF)
- Valor Arancel Isapre (VA) o, en su defecto, el valor FONASA de referencia.

Con dichos antecedentes, el equipo fiscalizador recalculó la bonificación que correspondía otorgar en cada caso, aplicando sucesivamente:

1. El porcentaje de bonificación según el plan de salud
2. Los topes por evento y anuales indicados en el plan, cuando resultaban aplicables
3. El mínimo FONASA como piso de cobertura, conforme a lo instruido por la Circular IF/N°508 y a la normativa general de bonificaciones.

El resultado de este recálculo se contrastó con la bonificación efectivamente pagada por cada Isapre, determinando la diferencia en pesos y en términos porcentuales.

A partir de dicha diferencia, cada caso fue clasificado automáticamente en una de las siguientes categorías de resultado: "Cobertura correcta" (sin diferencia relevante), "Sub bonificación" (bonificación pagada inferior a la que corresponde) o "Sobre bonificación" (bonificación pagada superior a la que corresponde). Sobre esta base, y una vez analizados los antecedentes de cada caso, se asignó una conclusión final: "Conforme", "No conforme" o "Requiere revisión adicional" (cuando los antecedentes disponibles resultaban insuficientes para una conclusión definitiva.

Adicionalmente, se solicitó a las Isapres pronunciarse respecto de los casos en que no se otorgó bonificación, con el objeto de verificar si dicha negativa obedecía a restricciones legítimas contempladas en el plan de salud, a la falta de documentación de respaldo por parte del beneficiario, o a la aplicación de requisitos no contemplados en la normativa vigente.

Finalmente, en las dependencias de la Superintendencia de Salud se consolidó, validó y analizó la totalidad de los casos, sistematizando los hallazgos y generando la información técnica que sustenta el presente informe y las acciones de fiscalización que de él derivan.

RESULTADOS Y HALLAZGOS DE LA FISCALIZACIÓN

1. Cumplimiento de la bonificación dada por las Isapres

La Tabla N°1 presenta el resultado de la fiscalización para cada una de las 10 Isapres evaluadas, distinguiendo entre casos "Conforme", "No conforme", "Requiere revisión adicional", además del porcentaje de cumplimiento.

Isapre	Conforme	No conforme	Requiere revisión adicional	Descontado	Total evaluable	% Cumplimiento
Banmédica	6	2	2	0	10	**60%**
Colmena	1	9	0	0	10	**10%**
Consalud	6	4	0	0	10	**60%**
Cruz Blanca	7	3	0	0	10	**70%**
Cruz del Norte	2	0	0	0	2	**100%**
Esencial	5	4	0	1	9	**55,6%**
Fundación	10	0	0	0	10	**100%**
Isalud	10	0	0	0	10	**100%**
Nueva Masvida	9	1	0	0	10	**90%**
Vida Tres	1	9	0	0	10	**10%**
Total general	**57**	**32**	**2**	**1**	**92**	**62%**

Tabla N°1: Resultado de la fiscalización de bonificación de Consulta de Nutricionista por Isapre. (Elaboración propia)

El cumplimiento global de la muestra alcanza un 62% (57 de 92 casos conformes). **Colmena y Vida Tres presentan el desempeño más crítico, con un 10% de cumplimiento cada una** (1 de 10 casos conforme en ambas), seguidas de Esencial con 55,6% (5 de 9 casos evaluables, tras descontar 1 bono anulado). Banmédica y Consalud registran un cumplimiento de 60% cada una, y Cruz Blanca de 70%.

En contraste, **Fundación, Isalud y Cruz del Norte alcanzaron el 100% de cumplimiento** en la muestra revisada, seguidos de Nueva Masvida que registró un 90% de cumplimiento, con un único caso no conforme.

2. Principales errores de bonificación detectados – Casos No Conformes

A continuación, se detallan los principales tipos de error identificados en los casos no conformes de cada Isapre:

Colmena (9 casos no conformes)

Se detectó un error sistémico en el cálculo del tope de cobertura, ya que en planes cuya cobertura de nutricionista correspondía bonificación por Modalidad Libre Elección (MLE), la Isapre otorgó de forma reiterada solo el mínimo FONASA, en circunstancias que, no encontrándose agotado el tope anual del plan, correspondía aplicar el porcentaje de bonificación contratado hasta dicho tope o hasta el tope por evento, según el caso.

Este error se encontró en 9 de los 10 casos revisados.

Vida Tres (9 casos no conformes)

Se detectó una falta repetida de la aplicación del mínimo FONASA en planes antiguos que no contemplaban una línea de cobertura específica para consulta de nutricionista, escenario en el cual, conforme a la Circular N°508, correspondía bonificar como piso el mínimo FONASA.

La Isapre no otorgó la bonificación mínima que correspondía, pagando un monto fijo de $1.563 por prestación en todos los casos revisados.

Como antecedente de la fiscalización, Isapre Vida Tres, dio respuesta con correo enviado el día 6 de agosto de 2026, señalando que la revisión de los casos observados permitió constatar la existencia de diferencias en la bonificación otorgada respecto del mínimo FONASA que correspondía aplicar. Según informó la Isapre, **dicha situación se originó por una parametrización incompleta asociada a la actualización del Arancel FONASA 2025 para el código 2602001 "Atención Integral de Nutricionista (por sesión)", lo que impidió aplicar correctamente el cambio de valor mínimo a bonificar.**

La Isapre informó, además, haber efectuado una revisión integral de la prestación 2602001 a nivel de todo su universo de beneficiarios, identificando que **264 casos adicionales presentaban la misma situación de sub bonificación**, comprometiéndose a reliquidar y regularizar la totalidad de dichos casos, gestionando el pago de las diferencias a los beneficiarios afectados.

Esencial (4 casos no conformes)

Se detectaron tres tipos de error en las bonificaciones realizadas por Isapre Esencial.

En primer lugar, se detectó un cálculo incorrecto de la bonificación una vez alcanzado el tope anual de la prestación, puesto que, en estas situaciones, no corresponde dejar sin bonificación a las prestaciones que exceden dicho tope, sino más bien, entregar la cobertura mínima. Dicho piso mínimo de cobertura, se establece mediante la comparación del 25% de la bonificación por Plan de Salud Complementario y la cobertura financiera que asegura Fonasa en la modalidad de libre elección a la respectiva prestación contemplada en el arancel, debiendo otorgarse la que resulte mayor entre ambas.

Como segundo error detectado, se evidenció que la Isapre dio bonificación a solo una de dos prestaciones registradas para un mismo beneficiario dentro del período, debiendo bonificar ambas.

Por último, y como error más significativo, se detectó la denegación total de cobertura en un caso, en donde se exigió al beneficiario una derivación médica previa como condición de acceso a la consulta de nutricionista, requisito no contemplado en la Circular N°508 y que se calificó como una transgresión directa a dicha normativa.

Como antecedente de la fiscalización, respecto de este último caso, Isapre Esencial dio respuesta mediante correo enviado el día 16 de septiembre de 2026, señalando que la prestación evaluada no cumplía con los requisitos de acceso definidos para el plan cerrado "Alemana Integral" (plan AI70500625), modelo de atención que exige la derivación previa por parte del médico de cabecera (Medicina Familiar), y que en el caso revisado la consulta nutricional fue gestionada de forma directa, sin registrar dicha derivación.

La Isapre indicó haber validado lo anterior con el equipo del prestador (Clínica Alemana de Santiago), integrante de la mesa técnica de revisión de solicitudes de reembolso asociadas a este plan, quienes confirmaron que la prestación se encuentra fuera del flujo de atención requerido según el contrato.

Sin perjuicio de lo informado por la Isapre, este Subdepartamento mantiene la calificación de "No conforme" respecto de dicho caso, por cuanto la exigencia de una derivación médica previa como condición de acceso a la cobertura de consulta de nutricionista no se encuentra contemplada en la Circular IF/N°508, la cual establece que todo beneficiario tendrá derecho a dicha cobertura, sin condicionarla a requisitos adicionales de derivación que no emanan de dicha instrucción ni de la normativa general de beneficios.

Consalud (4 casos no conformes)

Los errores detectados corresponden a falta de aplicación del mínimo FONASA en los planes sin línea de cobertura para nutricionista y error en el cálculo del 25% de la bonificación del plan en un caso con tope anual, monto que resultaba superior al mínimo FONASA y que no fue considerado.

Cruz Blanca (3 casos no conformes)

Se detectó como error el monto del Valor Arancel Isapre (VA) considerado para el cálculo de la bonificación. En los 3 casos pesquisados, el valor utilizado por la Isapre ($6.824) es inferior al valor vigente informado en el Archivo Maestro de Arancel de la Isapre ($13.654), generando una sub bonificación sistemática por aplicación de un arancel desactualizado o erróneo.

Banmédica (2 casos no conformes y 2 casos en revisión adicional)

En 2 casos, la Isapre no otorgó bonificación alguna pese a que la atención se realizó con un prestador incluido en la oferta cerrada del plan, no correspondiendo la denegación aplicada.

Adicionalmente, se identificaron 2 casos en que el beneficiario presentó la prestación como reembolso, en circunstancias que el plan exigía la emisión de bono en el prestador al momento de la atención para acceder a la cobertura. Dado que la falta de emisión del bono no es atribuible de forma clara al beneficiario, dichos casos quedaron pendientes de revisión adicional, requiriéndose a la Isapre mayores antecedentes.

Entre las posibles causas de que la prestación haya sido presentada como reembolso en lugar de bono, no puede descartarse una eventual caída o indisponibilidad del sistema de emisión electrónica de bonos (I-Med) al momento de la atención del beneficiario, situación que impediría la emisión del bono en el prestador y obligaría a la persona beneficiaria a optar por la vía de reembolso.

En consecuencia, la eventual indisponibilidad del canal I-Med no es imputable a la persona beneficiaria y no puede, por sí sola, constituirse en negativa de cobertura, lo que refuerza la necesidad de que la Isapre remita los antecedentes que permitan esclarecer si dicha circunstancia explica la falta de emisión de bono en los 2 casos observados.

Nueva Masvida (1 caso no conforme)

Se detectó error en la bonificación entregada, en circunstancias que la prestación poseía tope por evento y tope anual, siendo ambos alcanzados. En este escenario, no corresponde dejar sin bonificación a las prestaciones que exceden dicho tope, sino más bien, entregar la cobertura mínima. Dicho piso mínimo de cobertura, establecido mediante la comparación del 25% de la bonificación por Plan de Salud Complementario y la cobertura financiera que asegura el Fonasa en la modalidad de libre elección a la respectiva prestación contemplada en el arancel, correspondió al primer escenario (25% del plan), según lo pesquisado por esta fiscalización.

3. Cálculo de reliquidación por los casos no bonificados por las Isapres

A partir de los 32 casos calificados como "No conforme", se calculó el monto que cada Isapre deberá reliquidar en favor de las personas beneficiarias afectadas.

La Tabla N°2 presenta dicho monto por Isapre, ordenado de mayor a menor monto.

Isapre	N° de casos no conformes	Monto a reliquidar
Colmena	9	$78.250
Esencial	4	$61.010
Consalud	4	$50.489
Banmédica	2	$30.166
Vida Tres	9	$28.143
Cruz Blanca	3	$24.320
Nueva Masvida	1	$357
TOTAL A RELIQUIDAR	**32**	**$272.734**

Tabla N°2: Monto de reliquidación por Isapre, determinado sobre los casos confirmados como no conformes.

El monto total a reliquidar por las Isapres fiscalizadas asciende a **$272.734**, concentrándose el 71,4% de dicho monto en tres instituciones: Colmena, Esencial y Consalud.

Adicionalmente, existen 2 casos de Banmédica, por un monto conjunto de $26.110, que se encuentran pendientes de revisión adicional (ver sección 4) y que, de confirmarse la sub bonificación, deberán sumarse al monto total a reliquidar, elevando la recaudación potencial en favor de los beneficiarios a $298.844.

Isapre	Caso Reembolso N°	Diferencia detectada
Banmédica	381233659	$4.690
Banmédica	386002343	$21.420
TOTAL PENDIENTE	**2 casos**	**$26.110**

Tabla N°3: Casos de Banmédica pendientes de revisión adicional.

Se suma al monto de la reliquidación, los 264 casos informados por Isapre Vida Tres, que fueron reprocesados en contexto de la fiscalización, mencionados en el punto 2 de este Informe.

Considerando que la diferencia en pesos detectada en la muestra fiscalizada es uniforme ($3.127 por caso, correspondiente a la brecha entre el monto fijo de $1.563 pagado por la Isapre y el mínimo FONASA de $4.690 que correspondía aplicar), se estima que la reliquidación de esos 264 casos adicionales, representaría una recaudación adicional en favor de los beneficiarios cercana a **$825.528.**

Este monto no se incluyó en el total a reliquidar informado en la Tabla N°2, por no formar parte de la muestra de 92 casos evaluada en la fiscalización. Sin embargo, siendo también un hallazgo de la fiscalización, puede establecerse que, el monto de reliquidación por concepto de bonificaciones mal ejecutadas en la prestación de nutricionista, asciende a $1.098.259.-

Se deja constancia, asimismo, de la existencia de 2 casos de sobre bonificación (pagos superiores a lo que correspondía, en Cruz Blanca y Nueva Masvida), los cuales fueron calificados como

"Conforme" por tratarse de diferencias explicadas y respaldadas, sin que de ellos derive una obligación de restitución hacia la Isapre.

4. Casos detectados de negativa de cobertura

Se identificaron 13 casos, equivalentes al 19,6% de la muestra, en que las Isapres no otorgaron bonificación alguna a la consulta de nutricionista. Cabe mencionar que las Isapres no los clasificaron como casos con "negativa de cobertura" (salvo 3 casos, mencionados a continuación), siendo ingresados en sus sistemas como bonificaciones o reembolsos por $0 (cero pesos).

Del análisis de dichos casos con negativa de cobertura, se desprenden dos situaciones claramente diferenciadas que constituyen un hallazgo relevante para efectos de este informe.

Restricciones legítimas de red en planes cerrados (6 casos)

En 6 de los 13 casos (2 en Consalud y 4 en Banmédica), la denegación de la bonificación se encuentra justificada por corresponder a planes cerrados. En esta situación, las personas beneficiarias se atienden con un prestador que no forma parte de la red exclusiva contratada, lo que constituye una restricción contractual válida y previamente informada al beneficiario.

Para efectos del Informe, estos casos fueron calificados como "Conformes" (Tabla N°1).

A pesar de ello, este Subdepartamento estima pertinente que las Isapres refuercen la información entregada a sus beneficiarios respecto de la red de prestadores válida para cada plan, con el objeto de prevenir la ocurrencia de este tipo de situaciones, que va en desmedro de los mismos afiliados.

Negativa de cobertura por error en la documentación presentada por el beneficiario (2 casos)

Los 2 casos de Banmédica, clasificados como "Revisión adicional" y que fueron descritos en el punto 2 de este Informe, obedecen a la calificación de negativa de cobertura, puesto que, en primera instancia, los beneficiarios presentan documentación de reembolso que no es aceptable bajo las condiciones establecidas en sus planes de salud.

Al no contarse con antecedentes suficientes para determinar si la falta de emisión del bono es atribuible al prestador o al beneficiario, se esperan los antecedentes de la Isapre que permitan esclarecer las razones por las cuales no se emitió el bono correspondiente en el punto de atención.

Negativa de cobertura por exigencia de requisitos no contemplados en la normativa (1 caso)

Se calificó como hallazgo de especial gravedad el caso de Esencial ya referido en la sección 2, en que la Isapre denegó el pago íntegro de la bonificación ($23.733) exigiendo al beneficiario una derivación médica previa para acceder a la cobertura de consulta de nutricionista.

La Circular N°508 no contempla dicho requisito como condición de acceso a la prestación, por lo que la exigencia impuesta por la Isapre transgrede directamente la normativa vigente y debe ser objeto de instrucción correctiva específica.

Otros casos no bonificados por razones de error en los criterios de cobertura (4 casos)

Se detectaron 4 casos no bonificados en los cuales la Isapre aplica criterios de cobertura que son erróneos a la luz de la revisión hecha en la fiscalización.

En Isapre Consalud (3 casos), se detectó 1 caso sin bonificación sin justificación aparente, 1 caso en donde se aplicó incorrectamente el criterio de mínimo de cobertura luego de alcanzado el tope

anual y 1 caso en donde, por la antigüedad del plan, la línea de prestación de nutricionista no existía, situación en la cual correspondía aplicar el mínimo Fonasa y no negar cobertura.

Por su parte, en Isapre Banmédica se detectó 1 caso en donde la Isapre invoca la legítima negativa de la cobertura por tratarse de un plan cerrado, sin embargo, el afiliado utiliza correctamente su red de atención, por lo que no corresponde la denegación de bonificación observada.

En síntesis, de los 13 casos sin bonificación, 6 casos corresponden a denegaciones justificadas por restricciones de red (46,1%), 2 casos se encuentran pendientes de documentación adicional (15,3%), 4 casos no fueron bonificados por aplicación incorrecta de los criterios de bonificación (30,7%), y 1 caso corresponde a una denegación indebida por exigencia de requisitos ajenos a la normativa (7,6%).

5. Inconsistencias de registro de Isalud en el Archivo Maestro

Se constató en 6 de los 10 casos revisados de Isapre Isalud un error sistémico en el reporte de la información al Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, que se describe a continuación.

En dichos casos, el plan de salud no contempla una línea específica de cobertura para consulta de nutricionista, por lo que Isalud bonifica la prestación utilizando la línea de consulta médica general contratada en el plan (70% sin tope anual).

Sobre dicha bonificación, la Isapre aplica adicionalmente un seguro complementario de salud, con una cobertura del 80% y un tope de 0,23 UF por evento, que reduce el copago real del beneficiario a un monto menor. **Sin embargo, en el Archivo Maestro remitido a esta Superintendencia, Isalud informa como "Monto Bonificado" el valor correspondiente a la cobertura del seguro complementario adicional y no la bonificación que corresponde por el plan de salud, además de invertir los campos "Monto Bonificado" y "Copago" respecto de lo que efectivamente ocurrió con la prestación.**

Esta situación, que ya había sido detectada en la fiscalización del año anterior sin que se advierta una corrección por parte de la Isapre, no genera un perjuicio económico para los beneficiarios, quienes recibieron la cobertura que les correspondía, pero sí compromete la calidad, exactitud y comparabilidad de la información que Isalud reporta periódicamente a esta Superintendencia a través del Archivo Maestro, dificultando las labores de fiscalización y de generación de estadísticas del sistema.

Se estima necesario instruir a la Isapre la corrección de su proceso de reporte, de manera que el Archivo Maestro refleje fidedignamente el monto bonificado por el plan de salud y el copago real del beneficiario, informando la cobertura del beneficio complementario en el campo o registro que corresponda.

CONCLUSIONES

Los resultados del presente informe evidencian un nivel de cumplimiento insuficiente respecto de las instrucciones impartidas por la Circular N°508 en materia de cobertura de la Consulta de Nutricionista.

De los 92 casos fiscalizados, **solo un 62% presenta una bonificación correctamente calculada** y pagada, en tanto un 34,8% (32 casos) presenta sub bonificación, cifra que se eleva a un 37% al considerar los casos aún pendientes de revisión adicional.

El desempeño por Isapre resulta particularmente preocupante en Colmena y Vida Tres, ambas con solo un 10% de cumplimiento, lo que da cuenta de errores sistémicos y no de situaciones aisladas: en el caso de Colmena, la aplicación reiterada del mínimo FONASA en circunstancias que correspondía aplicar el porcentaje de bonificación según el plan de salud contratado; y en Vida Tres, la falta de aplicación del mínimo FONASA como piso de cobertura en planes antiguos sin línea específica para nutricionista. Ambos patrones son atribuibles a una incorrecta o nula actualización de los sistemas de liquidación de dichas Isapres conforme a las instrucciones dictadas.

En términos económicos, la fiscalización determinó un monto de **$272.734 que las Isapres deberán reliquidar en favor de las personas beneficiarias afectadas**, cifra que podría incrementarse en $26.110 adicionales una vez resueltos los casos de Banmédica pendientes de revisión.

Dado que la muestra fiscalizada constituye solo una fracción del universo de prestaciones de consulta de nutricionista bonificadas desde la entrada en vigencia de la Circular N°508, los patrones de error sistémicos identificados, hacen presumible la existencia de un universo de sub bonificación significativamente mayor al detectado en la presente muestra, lo que justifica instruir a dichas Isapres la revisión y reliquidación del universo completo de casos afectados.

Asimismo, se constató que la negativa de cobertura no siempre obedece a causas justificadas, destacando la identificación de al menos un caso en donde Isapre Esencial exigió un requisito no contemplado en la normativa, lo que constituye una transgresión directa a dicha instrucción y respecto del cual corresponde adoptar una medida correctiva específica, dada la gravedad que implica condicionar el acceso a un beneficio esencial a exigencias no normadas.

Por último, la observación relativa a Isalud da cuenta de que el cumplimiento formal del pago de la bonificación no es suficiente si la información reportada por la Isapre no refleja fidedignamente las condiciones reales de la cobertura de prestación, lo que afecta la capacidad de esta Superintendencia de fiscalizar adecuadamente el sistema y de generar estadísticas confiables sobre el acceso a esta prestación.

En consecuencia, los hallazgos descritos configuran un escenario que amerita la adopción de medidas correctivas diferenciadas por Isapre, instrucciones de reliquidación de los montos determinados, y un seguimiento focalizado respecto de aquellas instituciones que presentan errores sistémicos en la aplicación de la Circular N°508.

ACCIONES A REALIZAR

Acciones derivadas de la fiscalización de bonificación

En base al análisis de los resultados obtenidos en esta fiscalización, se impartirán instrucciones a las isapres en orden a:

- Efectuar las reliquidaciones que correspondan, en favor de las personas beneficiarias afectadas;
- La revisión y reliquidación del universo completo de casos afectados por los patrones de errores en los sistemas, particularmente respecto de Colmena, Vida Tres, Esencial y Cruz Blanca, informando a esta Superintendencia el resultado de dicha revisión;
- El cese inmediato, por parte de Esencial, de la exigencia de derivación médica previa u otros requisitos no contemplados en la Circular N°508, como condición de acceso a la cobertura de consulta de nutricionista;
- La corrección de la denegación indebida de cobertura, por exigencia de requisitos ajenos a la normativa.
- Y, finalmente, la corrección por parte de Isalud de su proceso de reporte al Archivo Maestro, de manera que se informe correctamente el monto bonificado por el plan de salud y el copago real del beneficiario, evitando el registro invertido de dichos campos y la sustitución de la bonificación del plan por la cobertura de beneficios complementarios.

Adicionalmente, se efectuará un seguimiento del cumplimiento de las instrucciones impartidas, a fin de verificar la corrección de los patrones de error detectados y la efectiva reliquidación de los montos adeudados a las personas beneficiarias.

Reg:

608, 613, 644, 646, 661, 663, 669, 670, 671, 672 - 2026