



GOBIERNO DE CHILE  
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

RESOLUCIÓN EXENTA I.F. N° 249

SANTIAGO, 07 ABR. 2006

**VISTO:** Lo dispuesto en los artículos 5°, 6°, 7°, 45 y demás pertinentes de la Ley N°18.933; ley orgánica de la Superintendencia de Salud, contenida en el artículo 6° de la Ley N°19.937; lo establecido en la Resolución N° 520, de 1996, de la Contraloría General de la República; y teniendo presente la Resolución N°1, de 2005, 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.- Durante los días 20 y 26 de enero de 2006, el Departamento de Control Financiero y Garantías en Salud de esta Superintendencia, realizó una fiscalización aleatoria, destinada a verificar la incorporación en los planes de salud especiales, de las prestaciones y cobertura financiera contempladas en el Arancel de la Modalidad Libre Elección de FONASA, de conformidad a lo dispuesto por la ley N°19.966, publicada en el Diario Oficial el 3 de septiembre de 2004.
- 3.- A raíz de esa fiscalización, se constató que isapre BANMÉDICA S.A. mantenía vigentes a enero del año en curso, 21 planes de salud sin cobertura de parto, situación que afectaba contractualmente a 1.237 afiliados, habiendo rechazado 2 programas médicos por parto o cesárea, presentados el 22 de julio y el 9 de septiembre, ambos de 2005, por falta de cobertura maternal. Dichos programas médicos correspondían a los afiliados respectivamente.
- 4.- Por otra parte, efectuada una simulación de beneficios pecuniarios entre idénticos planes de salud especiales, se advirtió disparidad en la cobertura financiera de éstos, pues en algunos se otorgaba la cobertura mínima legal, y en otros, procedía la cobertura general del respectivo plan de salud contratado.

Incluso, al 30 de enero de 2006, BANMÉDICA S.A. remitió a esta Superintendencia, cartillas (listado de prestaciones valorizadas) que establecían cobertura reducida de parto y cesárea, antecedente contrario al presunto cumplimiento alegado por la isapre durante la fiscalización, de

haber incorporado a sus planes especiales la cobertura sanitaria y financiera mínima impuesta por la ley N°19.966.

- 5.- Finalmente, esta fiscalización permitió tomar conocimiento, que las cartas enviadas por la isapre a los afiliados adscritos a planes especiales, con ocasión de la publicación de la ley N°19.966, sólo comunicaban los ajustes que debían realizarse en virtud de esta ley, pero no informaban, en términos íntegros y comprensibles para estos cotizantes, la nueva cobertura sanitaria y financiera mínima, haciendo sólo una referencia genérica a la ley.

El envío de la carta en los términos señalados, importa un incumplimiento de la obligación lega.

- 6.- Dado que las situaciones constadas en la fiscalización de enero pasado, configuraban incumplimientos a la ley N°19.966, e infracciones a las instrucciones impartidas por la Circular IF/N°2, de 27 de abril de 2005, de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, éstas fueron representadas a la isapre a través del ORD. SS/N°491, de 13 de febrero recién pasado.

- 7.- Con fecha 28 de febrero de 2006, isapre BANMÉDICA S.A., presentó sus descargos, los cuales pueden sintetizarse en 3:

a) Los beneficios introducidos por la ley N°20.015, sólo regían para los contratos de salud celebrados a contar del 1° de julio de 2005, ya que de conformidad a las normas legales, esos beneficios no tenían efecto retroactivo;

b) A contar del 1° de julio de 2005, y por efecto de la ley N°20.015, no era posible realizar un proceso de adecuación contractual de beneficios, por lo que sólo procedía aplicar la cobertura mínima establecida en el inciso final del punto 3 de la Circular IF/N°2, para las prestaciones sin cobertura o con cobertura restringida; y

c) Los afiliados que suscribieron contratos de salud con planes especiales sin cobertura para embarazo, lo hicieron con pleno conocimiento, y para obtener un precio menor.

- 8.- Asimismo, hizo presente que interpuso reposición contra la citada Circular IF/N°2, recurso que fue rechazado por Resolución Exenta IF/N°338, de 24 de mayo de 2005.

- 9.- En primer lugar, y del tenor de la presentación de 28 de febrero último, se advierte que isapre BANMÉDICA S.A., no controvertió ni desvirtuó los hechos constatados en la fiscalización, y que sus descargos apuntan a justificar las situaciones representadas, sin fundamento alguno.

- 10.- En efecto, los términos en que la ley N°19.966 estableció la obligatoriedad de incorporar, al menos, las prestaciones contempladas en el arancel Libre Elección de FONASA, son claros e imperativos, y se desprenden del inciso 4° del artículo 2° de este cuerpo legal, que señala: *"Las Instituciones de Salud Previsional estarán también obligadas, a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y de la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 31 de esta ley"*.

El citado artículo 31 establece, que la cobertura financiera de la modalidad de libre elección que administra FONASA, se determinará conjuntamente con las Garantías Explícitas en Salud, y tendrán la misma vigencia, la que comenzó a regir el 1° de julio de 2005.

- 11.- En similares términos, el inciso 2° de la letra a) del artículo 33 de la ley N°18.933, prescribe que el plan de salud complementario a las Garantías Explícitas en Salud, *"deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen General de Garantías en Salud"*, es decir, a la ley N°19.966.

De conformidad a la letra k) del artículo 2° de la ley N°18.933, debe entenderse por plan de salud convenido, plan de salud, plan complementario o plan, *"cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativa a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud"*.

- 12.- Para dar cumplimiento a esta obligación legal, esta Intendencia emitió la Circular IF/N°2, en cuyo punto 3.3 estableció reglas precisas para la adecuación de los planes especiales, explicitando la prohibición de comercializar este tipo de planes, a contar del 1° de julio de 2005, y exigiendo la regularización de aquellos celebrados con anterioridad a esa fecha.

De acuerdo a estas reglas, los planes individuales deben incorporar los nuevos beneficios, a más tardar, en la primera anualidad que se produzca con posterioridad al 1° de julio de 2005; y los planes grupales deberán ajustarse, en la primera modificación que tenga lugar, de acuerdo a las normas de la ley N°18.933.

- 13.- Con respecto a la imposibilidad de adecuar o modificar beneficios, a raíz de la prohibición impuesta por la ley N°20.015, publicada en el Diario Oficial de 17 de mayo de 2005, y contenida en el artículo 38 de la ley N°18.933, es preciso hacer presente que se trata de una norma de protección para los afiliados, destinada a evitar la modificación unilateral de los beneficios pactados en el plan complementario.

Los incisos 3° y 4° del citado artículo 38 prescriben, que anualmente la isapre sólo podrá modificar el precio base del plan contratado, en la forma regulada por el artículo 38 bis, debiendo en la misma carta en que comunique la adecuación, ofrecer a todos los afiliados cuyo plan se adecua, planes alternativos en condiciones equivalentes en cuanto al precio base, para el caso que no se acepte la modificación propuesta, pudiendo también el cotizante desafiliarse de la isapre. Asimismo, toda modificación de beneficios debe hacerse por mutuo acuerdo, procediendo la suscripción de un nuevo plan, de entre los que esté comercializando la isapre.

La restricción del artículo 38, está referida a impedir la imposición unilateral de modificaciones contractuales, que tienen su origen en la voluntad de una de las partes, lo que no es obstáculo para que se eliminen del contrato, las restricciones que ya no son toleradas por el mismo cuerpo legal modificado.

Las modificaciones impuestas por la ley N°19.966, además de obligatorias para todas las isapres, a contar del 1° de julio de 2005, sin excepción, no implican una adecuación contractual, en los términos establecidos por el citado artículo 38, por lo que su incorporación a todos los planes de salud, con arreglo a la Circular IF/N°2, constituye la forma de cumplimiento del mandato legal, con plena observancia de las normas sobre adecuación, establecidas en la ley N°18.933.

La inclusión de beneficios mínimos obligatorios en todos los planes de salud, es una circunstancia que no está entregada a la voluntad de los contratantes, sino que impuesta por la ley N°19.966, cuyo íntegro y oportuno cumplimiento debe ser regulado y fiscalizado por la Superintendencia de Salud, en uso de sus atribuciones legales.

- 14.- Sin perjuicio del claro tenor legal, la Circular IF/N°2 explicitó la incorporación obligatoria, a contar del 1° de julio de 2005, de esta cobertura sanitaria y financiera mínima a los planes especiales, aún sin haberse formalizado su incorporación, para impedir que los cotizantes se vean privados de este beneficio, por el cumplimiento de plazos que sólo pretenden regular un procedimiento, pero que no suspenden los efectos y exigibilidad de una obligación legal plenamente vigente.

Es así, como el inciso final del punto 3 de la Circular IF/N°2, de 2005, dispone: *"Con todo, en el evento que antes del ajuste del plan a las estipulaciones de la ley un cotizante o beneficiario adscrito a alguno de estos planes, sean individuales o grupales, requiera de la isapre la bonificación de una prestación de aquellas no contempladas en el plan, la Institución estará obligada a otorgarle a ésta, la cobertura financiera mínima a que se refiere el N°2.3, de la presente circular"*.

- 15.- Por último, la circunstancia que los afiliados hayan aceptado y suscrito contratos con planes sin cobertura de embarazo, en conocimiento de sus restricciones, no es un argumento plausible para incumplir el mandato de la ley N°19.966, ya que a contar del 1° de julio de 2005, esta situación quedó expresamente prohibida, haciéndose obligatoria la cobertura que otorga la ley N°18.469 en su modalidad de libre elección, debiendo todos los planes de salud ajustarse a esta nueva imposición legal.
- 16.- No obstante lo señalado precedentemente, cabe hacer presente que BANMÉDICA S.A., tiene conocimiento desde antes de la fiscalización en comento, de la obligatoriedad de incorporar la cobertura financiera de la modalidad de libre elección de FONASA a todos sus planes especiales, pues por Resolución Exenta IF/N°338, de 24 de mayo de 2005, que rechazó la reposición mencionada en el N°8 precedente, se precisaron los efectos y alcances de esta obligación legal, estableciendo que su incorporación a los planes de salud no constituía una adecuación contractual.
- 17.- Los hechos constatados en la fiscalización verificada entre los días 20 y 26 de enero del año en curso, son graves e importan un incumplimiento flagrante a la ley N°19.966, por cuanto vulneran los derechos de sus beneficiarios, al no incorporar ni otorgar la cobertura financiera mínima que exige la ley, equivalente al arancel del Régimen de Prestaciones de la ley N°18.469, en la modalidad de libre elección, en abierto incumplimiento a las a las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Salud; contenidas

en la Circular IF/N°2, de 27 de abril de 2005, de esta Intendencia de Fondos, por lo que en mérito de lo precedentemente expuesto, y virtud de las facultades de que se encuentra investido este Intendente,

### RESUELVO:

1.- **MULTAR** a la Institución de Salud Previsional **BANMÉDICA S.A.**, con **700 Unidades de Fomento**, a beneficio fiscal, por no incorporar a sus planes especiales, la cobertura financiera establecida por el arancel del Régimen de Prestaciones de la ley N°18.469, en la modalidad de libre elección, persistiendo en mantener vigentes planes con restricción de cobertura, con posterioridad al 1° de julio de 2005, fecha a contar de la cual dichos planes están prohibidos, lo que constituye una infracción a las leyes N°19.966 y N°20.015, y a las instrucciones impartidas por esta Intendencia, contenidas en la Circular IF/N°2, de 27 de abril de 2005.

2.- El pago de la multa impuesta, deberá hacerse dentro del quinto día hábil, contado desde la notificación de la presente Resolución, circunstancia que será certificada por el Jefe del Departamento de Administración y Finanzas de esta Superintendencia.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFIQUESE Y ARCHÍVESE,**



**RAÚL FERRADA CARRASCO**  
Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud

**FMVICVA**  
**DISTRIBUCIÓN**

- Sr. Gerente General Isapre BANMÉDICA S.A.
- Fiscalía
- Secretaría Ejecutiva
- Subdepartamento Control Régimen Complementario
- Departamento de Administración y TIC
- Oficina de Partes.

Certifico que el documento que antecede es copia fiel de su original, la Resolución Exenta IF N°249 de 7 de abril de 2006, que consta de 5 páginas y que se encuentra suscrita por la Sr. Raúl Ferrada Carrasco, en su calidad de Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

SANTIAGO, 7 de abril de 2006.



**MARTA SCHNETTLER W.**  
Jefe  
MINISTRO DE FE