

RESOLUCIÓN EXENTA IF/N°

478

Santiago,

17 SET. 2008

**VISTO:**

Lo dispuesto en los artículos 110, números 2, 4 y 13; 112; 127; 220 y demás pertinentes del D.F.L. N° 1 de 2005 de Salud; la Resolución N° 520, de 1996, de la Contraloría General de la República; y la Resolución Exenta SS/N° 65 de 2006 de la Superintendencia de Salud, y

**CONSIDERANDO:**

- 1.- Que es función de la Superintendencia de Salud, a través de esta Intendencia, velar porque las Instituciones de Salud Previsional cumplan con las leyes e instrucciones que las rigen.
- 2.- Que mediante una fiscalización efectuada entre los días 31 de marzo y 4 de abril de 2008 en la Isapre Másvida S.A., con el propósito de examinar el otorgamiento de los beneficios pactados, específicamente en lo que dice relación a la cobertura de prestaciones afectas a tope anual, se detectaron dos incumplimientos, consistentes en que la mencionada Isapre otorga una bonificación inferior a la mínima legal establecida en el artículo 190 inciso primero del D.F.L. N°1 de 2005 de Salud una vez alcanzado el tope anual de una prestación y, además, consumido el tope máximo de bonificación, omite la bonificación de las restantes prestaciones realizadas en un mismo evento médico.

El primer incumplimiento dice relación con que la Isapre, una vez consumido el tope establecido en el contrato de salud para un evento, bonificaba el 25% de la cobertura establecida en el plan de salud para dicha prestación, sin comparar si la bonificación que otorgaba era inferior a la que asegura el Arancel del Fonasa en su modalidad Libre Elección, que constituye el otro piso mínimo legal.

El segundo de los incumplimientos se refiere a que una vez que el beneficiario ha consumido el tope máximo de bonificación de una prestación, la Isapre deja sin cobertura las restantes prestaciones contenidas en una misma orden de atención, sin considerar las prestaciones individualmente de acuerdo a lo pactado contractualmente.

- 3.- Que esta Autoridad Administrativa representó la situación a la Isapre Másvida S.A. mediante el Oficio Ordinario SS/N°1265 de 6 de mayo de 2008, haciendo presente que las irregularidades expuestas vulneraban lo ordenado en los artículos 189 letra f) y 190 inciso primero del D.F.L. N°1 de Salud de 2005, indicándole que la citada infracción podía ser objeto de una sanción administrativa, por lo que le requirió que formulara sus descargos dentro del plazo de 10 días hábiles contado desde la notificación del Oficio Ordinario SS/N°1265.
- 4.- Que la Isapre Másvida S.A. señaló mediante carta de fecha 22 de mayo de 2008, que las infracciones observadas por esta Entidad Fiscalizadora sólo se presentan en las prestaciones de Kinesioterapia y Rehabilitación, las que tienen topes de cobertura en todos sus planes complementarios de salud y que se encuentran identificadas en el Grupo 6 en los Códigos del Fonasa. Añade que, por lo anterior, se considera el Programa de Atención Médica como un solo evento kinésico bajo el control del tope anual y no respecto de las sesiones que el Programa incorpora, por lo que al terminar de usar el tope anual en un programa, la bonificación mínima del 25% opera a partir del próximo evento o programa.
- 5.- Que, en cuanto a la primera de las infracciones detectadas, esto es, la no aplicación de la cobertura mínima legal correspondiente al Arancel del Fonasa para la modalidad Libre Elección una vez que se alcanzaba el tope anual establecido en el contrato para una prestación determinada, cabe señalar que el claro tenor literal del inciso primero del artículo 190 del D.F.L. N°1 de Salud de 2005 no deja dudas respecto al doble piso de cobertura mínima establecida para cualquier prestación, incluso aquellas respecto de las cuales las isapre han consagrado un tope anual de cobertura en uso de la facultad establecida en el artículo 189 letra f) del mismo cuerpo legal. De esta forma, el mencionado artículo 190 dispone que: *"No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 31 de la ley N° 19.966, que establece el Régimen General de Garantías en Salud. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas."*

En este contexto, cabe hacer presente que en el punto 2.3 de la Circular IF/N°2 de fecha 27 de abril de 2005, que imparte instrucciones sobre el ajuste de los contratos de salud a la Ley N°19.966, se indicó y explicó expresamente el alcance del doble piso mínimo legal de cobertura que la Isapre incumplió en esta ocasión, indicando que: *"A contar del 1 de julio de 2005 las isapres no podrán otorgar una cobertura financiera inferior a lo otorgado por el Fonasa en su modalidad libre elección a las prestaciones del citado arancel."*, agregando: *"En consecuencia respecto de ningún plan de salud -general o con cobertura restringida- o condición particular pactada -sean estas preexistencias declaradas o embarazos en curso- se podrá convenir una cobertura inferior a los pisos mínimos señalados precedentemente, debiendo otorgarse la que resulte mayor."*

- 6.- Que, a mayor abundamiento, lo anterior fue nuevamente hecho presente a todas las Isapres del sistema a través del Oficio Circular IF/N°30 de fecha 29 de junio de 2005, que aprueba el addendum a las condiciones generales del contrato de salud, destacando las principales modificaciones introducidas por las leyes N°19.966 y N°20.015 a la ley N°18.933 actualmente contenida en el

D.F.L. N°1 antes mencionado, en el que se indicó en la letra b) del N°1 que:  
*“Las prestaciones y beneficios a los que se obliga la Isapre para con sus afiliados y beneficiarios corresponden a las contenidas en su Arancel y en los siguientes instrumentos: b) El Plan de Salud Complementario que contempla como prestaciones y cobertura financiera básica, aquella que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud ( Fonasa) de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen General de Garantías de Salud, y contempla, a lo menos el 25% de la cobertura prevista en el mismo plan para la prestación genérica correspondiente, debiendo otorgarse la cobertura que resulte mayor entre ambos mínimos de cobertura.”*

- 7.- Que, por lo anterior, tratándose de una norma legal que se encuentra claramente establecida en la ley y que fue expresamente comunicada a todas las isapre del sistema, no existe justificación alguna para haber infringido la mencionada disposición por parte de la Institución de Salud.
- 8.- Que, en relación a la segunda infracción, esto es, la cobertura otorgada a programas médicos considerados como un solo evento médico para efectos de aplicar el tope de cobertura, cabe señalar que vulnera precisamente las normas establecidas en el contrato de salud y en el Arancel de la Isapre, ya que cada prestación se encuentra arancelada y con una bonificación específica de manera individual, por lo que tampoco existe justificación para que la Institución las haya considerado como un solo evento y las bonificara como una sola prestación. Al actuar como lo hizo, la Isapre otorgaba una menor cobertura a la que correspondía, toda vez que aplicaba los topes establecidos en los contratos para la prestación específica, dejando sin bonificación aquellas prestaciones que sobrepasaban el tope anual.
- 9.- Que, a juicio de esta Intendencia, la grave irregularidad cometida por Isapre Masvida S.A., al no respetar el doble “piso” mínimo de cobertura, constituye un procedimiento que vulneró una de las garantías establecidas en la ley, en relación con la modalidad en que deben ser otorgados los beneficios pactados en los contratos de salud, derivando en perjuicios directos a los beneficiarios, quienes obtuvieron coberturas inferiores a las que les correspondían por aplicación de la ley y el contrato.

Además de lo anterior, la segunda infracción detectada - relativa a la cobertura otorgada a programas médicos considerados como un solo evento médico y no como prestaciones individualmente consideradas - viene en agravar la responsabilidad de la isapre respecto de la errónea cobertura otorgada a las prestaciones sujetas a tope anual, situación que ha sido considerada al determinar la sanción a aplicar.

- 10.- Que, en mérito de lo precedentemente expuesto y en ejercicio de las facultades que me confiere la ley,

#### **RESUELVO:**

- 1.- Impónese a la Isapre Másvida S.A. una multa de 700 U.F. (setecientas unidades de fomento), por el incumplimiento de sus obligaciones en cuanto la mencionada Isapre otorgaba una bonificación inferior a la mínima legal establecida en el artículo 190 inciso primero del D.F.L. N°1 de 2005 de Salud una vez alcanzado el tope anual de una prestación y, además, consumido el tope máximo de bonificación, omitía la bonificación de las restantes prestaciones realizadas en un mismo evento médico.

- 2.- El pago de la multa deberá efectuarse en el plazo de 5 días hábiles contado desde la notificación de la presente resolución y será certificado por el Jefe del Departamento de Administración y Finanzas de esta Superintendencia.

El valor de la Unidad de Fomento será la que corresponda al del día del pago.

- 3.- Se hace presente que en contra de esta resolución procede el recurso de reposición que confiere el artículo 113 del DFL N° 1 de 2005 de Salud, el que puede interponerse en un plazo de cinco días hábiles contado desde su notificación.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE



  
LRR/OVS

DISTRIBUCIÓN:

- Isapre Másvida
- Depto. Control Financiero y Garantías en Salud
- Subdepto. Control Financiero
- Fiscalía
- Administración y Finanzas
- Secretaría Ejecutiva
- Of. de Partes