



RESOLUCIÓN EXENTA IF/Nº 477

Santiago, 17 SET. 2008

**VISTO:** Lo dispuesto en los artículos 110, números 2, 4 y 13; 112; 127; 189; 190; 220 y demás pertinentes del D.F.L. Nº 1 de 2005 de Salud; la Resolución Nº 520, de 1996, de la Contraloría General de la República; y la Resolución Exenta SS/Nº 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, en el contexto de verificar la bonificación de las prestaciones afectas a tope máximo anual por beneficiario; entre los días 1º y 16 de abril de 2008, se realizó una fiscalización a Isapre CONSALUD S.A., examinándose la cobertura otorgada durante el año 2007, a 70 beneficiarios, de los cuales 55 requirieron prestaciones kinésicas, y 15 correspondían a prestaciones psiquiátricas o psicológicas.

Se constató, que en 26 casos, una vez cumplido el tope anual, esta Isapre otorgó a dichas prestaciones la cobertura del 25% del plan general, en circunstancias que la cobertura que otorgaba el Fondo Nacional de Salud, FONASA, en su Modalidad de Libre Elección, era superior.

También se advirtió en 24 casos, algunos de ellos comprendidos en la situación anterior, que cuando este tipo de prestaciones alcanzaban el tope máximo anual, y se otorgaron conjuntamente con otro tipo de prestaciones en un mismo grupo o evento médico, la Isapre dejó sin cobertura las restantes prestaciones contenidas en una misma orden de atención, sin considerarlas individualmente, de acuerdo a lo pactado contractualmente, asumiendo que el grupo de prestaciones había alcanzado el tope máximo pactado.

Es decir, ambas situaciones demostraron que isapre CONSALUD S.A., había otorgado a este tipo de prestaciones, una bonificación inferior a la cobertura mínima legal obligatoria.

- 3.- Que, estas irregularidades se representaron a Isapre CONSALUD S.A., mediante el Oficio Ordinario SS/Nº1318, de 14 de mayo del año en

curso, haciendo presente que las mismas vulneraban lo prescrito en los artículos 189 letra f) y 190 inciso primero del D.F.L. N°1 de Salud de 2005, y podían ser objeto de una sanción administrativa. Por lo anterior, se otorgó plazo de 10 días hábiles, a contar de la notificación del mencionado Oficio, para presentar sus descargos, defensas y alegaciones.

- 4.- Que, Isapre CONSALUD S.A. por carta de 29 de mayo de 2008, contestando el Oficio SS/N°1318, en forma previa afirmó, que ha dado cumplimiento a la normativa legal, ya que todos sus planes de salud contemplan las coberturas mínimas legales, y por tanto, la fiscalización sólo está referida a si el cálculo de las respectivas bonificaciones, se encuadra en las aludidas normas legales.

En lo tocante al otorgamiento de la bonificación del 25% de la prestación genérica correspondiente, sin considerar la cobertura de FONASA en su Modalidad de Libre Elección, señaló tener implementado en sus sistemas ambas coberturas mínimas, y que esas situaciones *"responden a casos en los que había alguna otra variable que no se habría contemplado en la regla de negocio traspasada a los sistemas"*, y *"se trata de errores puntuales y en casos específicos"*.

Respecto de la bonificación de las prestaciones cuando éstas forman parte de un grupo o se realizan con otras en un mismo evento médico, la Isapre reconoció de modo expreso, que aplicaba erróneamente la cobertura, pues consideraba la transacción y no el número de prestaciones registradas, pero ahora que estaba aclarado, había corregido este error.

Finalmente señala, que no comparte la calificación de ser una situación de gravedad, ya que las personas afectadas y los montos involucrados es menor en términos porcentuales; que ha corregido el sistema de cálculo de bonificación; que no ha existido la intención o ánimo de incumplir; y que los errores detectados han sido muy limitados en número y monto, por lo que solicita no ser sancionada, o a lo más, ser objeto de una amonestación.

- 5.- Que, para analizar adecuadamente los descargos presentados y el alcance de las situaciones representadas, es menester precisar que la cobertura financiera mínima, a que están legalmente obligadas las isapres desde el año 2005, y cuyo incumplimiento se detectó en la fiscalización mencionada, se consagra en el artículo 189 letras a) y f); y en el artículo 190, ambos del DFL N°1 de Salud, de 2005. Estas disposiciones prohíben el otorgamiento de una bonificación inferior al 25% de la cobertura establecida por ese mismo plan para la prestación genérica correspondiente, o una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura en la Modalidad de Libre Elección.

En efecto, el inciso primero del 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."**

A su turno, la parte final del inciso segundo de la letra a) del artículo 189 del mismo cuerpo legal, dispone, **"Este plan 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."**

En complemento, y referido a las estipulaciones que debe contener el contrato de salud previsional, la letra f) de este mismo artículo prescribe, **"f) Montos máximos de los beneficios para cada beneficiario, si los hubiere, o bien, montos máximos establecidos para alguna o algunas prestaciones, si fuere del caso, siempre con la limitación establecida en el inciso primero del artículo 190."**

- 7.- A mayor abundamiento, el punto 2.3 de la Circular IF/N°2, de 27 de abril de 2005, que impartió instrucciones sobre el ajuste de los contratos de salud a la Ley N°19.966, se explicitó el alcance del doble piso mínimo legal de cobertura, en los siguientes términos: **"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."**

Esta instrucción fue reiterada a todas las Isapres, a través del Oficio Circular IF/N°30, de 29 de junio de 2005, que aprobó el addendum a las condiciones generales del contrato de salud, destacando las principales modificaciones de la Ley N°18.933, introducidas por las leyes N°19.966 y N°20.015. En la letra b) del N°1 de este Oficio Circular se indicó 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."**

- 8.- Que, la normativa legal y administrativa precedentemente mencionada, clara y categóricamente prescribe que la cobertura mínima legal procede siempre, incluso cuando se haya alcanzado el tope máximo por beneficiario, pactado en el respectivo contrato de salud previsual; y ordena que comparadas ambas coberturas mínimas -la del 25% del plan de salud y la que asegura FONASA en libre elección- debe otorgarse la que otorgue una mayor bonificación al beneficiario.
- 9.- Que, analizados los descargos presentados, se advierte que la Isapre reconoce los hechos que configuran las irregularidades detectadas, y las explicaciones no justifican, de modo alguno, el incumplimiento de las normas sobre cobertura financiera mínima, toda vez que por una parte, el tenor de la ley es claro, y por otra, se han impartido instrucciones precisas por esta Intendencia, con antelación a la entrada en vigencia de la Ley N°19.966. Además, al señalar la Isapre que el error se debió a una variable no contemplada en la regla de negocio traspasada a los sistemas, queda en evidencia que se trataba de un procedimiento de bonificación erróneo, ya que eran sus sistemas los que no realizaban el cálculo correctamente, provocando la diferencia de bonificación.
- 10.- Que, en relación a la infracción relativa a la cobertura otorgada a programas médicos, considerados como un solo evento médico, cabe señalar que con ello se vulneran 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 CONSALUD S.A. las haya considerado como un solo evento, y las bonificara como una sola prestación.

En efecto, al bonificar al conjunto de prestaciones como una prestación individual, la Isapre, en definitiva, otorgó una menor cobertura, puesto que aplicó los topes establecidos en los contratos para la prestación específica, dejando sin bonificación aquellas prestaciones que sobrepasaban el tope anual.

- 11.- Que, esta Intendencia discrepa de lo afirmado por la Isapre en sus descargos, en cuanto a que los casos detectados sean limitados en número y monto, pues por carta de 18 de junio último, referida a la regularización de las situaciones ocurridas en el año 2007 y 2008, se constató que estas irregularidades afectaron a **2.962 beneficiarios**, implicando una devolución total de **\$27.308.870.-** por concepto de reliquidaciones, lo que no puede calificarse de casos limitados, sino que de infracción grave.

Finalmente, cabe hacer presente, que las infracciones constatadas irrogaron efectivo perjuicio pecuniario a los beneficiarios, el que se subsanó a propósito de la fiscalización realizada, y por expresas instrucciones de esta autoridad fiscalizadora.

- 12.- Que, a juicio de esta Intendencia, la grave irregularidad cometida por Isapre Consalud 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.

Finalmente, para este Organismo de Control resulta relevante el hecho que los procedimientos erróneamente aplicados por esa isapre irrogaron un perjuicio directo a aproximadamente tres mil beneficiarios por sumas que superaron los veintisiete millones de pesos, circunstancia que ha sido considerada al evaluar los descargos presentados por esa isapre, así como al analizar los efectos perjudiciales que la infracción produjo en los derechos de sus afiliados.

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

#### **RESUELVO:**

- 1.- Impónese a la Isapre CONSALUD S.A., una multa de **1.000 U.F. (mil 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 contemplado en el artículo 113 del D.F.L. N°1 de Salud, de

2005, para lo cual se dispone de un plazo de 5 días hábiles, a contar de la notificación de esta Resolución.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFIQUESE Y ARCHÍVESE

**INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD**



*RFC*  
LPR/CVA

**DISTRIBUCIÓN:**

- Isapre CONSALUD S.A.
- Depto. De Control y Fiscalización
- Unidad de Fiscalización Legal
- Fiscalía
- Administración y Finanzas
- Unidad de Análisis de Información
- Of. de Partes