

VISTO:

Lo dispuesto en los artículos 110, 113, 114 y demás pertinentes del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; la Resolución N°7, de 2019, de la Contraloría General de la República y la Resolución TRA N° 882/16/2019, de la Superintendencia de Salud.

CONSIDERANDO:

1. Que, mediante la Circular IF/N°363, de 23 de julio de 2020, impartió instrucciones sobre restricciones de cobertura, con miras a velar por la transparencia en los contratos de salud.
2. Que, dentro de plazo, Isapre Cruz Blanca S.A., interpuso un recurso de reposición, con jerárquico en subsidio, en contra de las instrucciones impartidas en la norma señalada en el numeral 1 que antecede.
3. Que, en el mismo escrito la Isapre Cruz Blanca S.A., solicitó la suspensión de la entrada en vigencia de la Circular.

Se hace presente que la recurrente pidió la suspensión de la Circular recurrida sin entregar mayores fundamentos, alegaciones y contenido que el señalado en el cuerpo de su recurso.

4. Que, el contenido del recurso de la isapre señala lo siguiente:

Luego de hacer una reseña del contenido de la Circular impugnada, señala que existe un yerro de referencia, en cuanto hace referencia dos veces a la letra g) del artículo 190 del D.F.L. N°1 de 2005 de Salud, puesto que el precepto legal aludido solo está dividido en numerales, y por lo tanto, carece de letra g), por lo que asume que se hace alusión a la letra g) del artículo 189 del D.F.L. N°1.

Por otra parte, menciona que la Circular debe ser dejada sin efecto por constituir un exceso normativo y por ser innecesaria, porque establece una prohibición para las isapres de restringir la cobertura para las prestaciones de salud relacionadas con enfermedades preexistentes, impidiendo su consignación en la declaración de salud, como expresamente lo ordena la ley.

Refiere que del artículo 189 y 190, del D.F.L. N°1, le resulta claro que una restricción de cobertura para una enfermedad preexistente declarada en caso alguno puede importar para el beneficiario una cobertura de una prestación inferior al doble piso mínimo legal que establece la ley. Esto es, no podrán en caso alguno, sin excepción posible, tener una cobertura 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.

Menciona que pese a lo claro y perentorio de la norma legal, a pretexto de aclarar algo que no necesita ser aclarado, pues sobre el contenido de la norma no hay discusión alguna, se introduce una norma que impide consignar la restricción de cobertura en aquel plan "seleccionado por el potencial beneficiario- que tenga para una prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan de salud confiera a la prestación genérica o sea equivalente a la cobertura financiera que asegura el Fonasa".

Agrega a ello que ningún plan de salud puede pactar un beneficio para una prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan de salud confiera a la prestación genérica; porque ello es simplemente ilegal, lo que encuentra claramente prohibido por la ley en el citado artículo 190.

Asimismo, refiere que no existen en Isapre Cruz Blanca S.A. planes de salud en que se hayan pactado beneficios para una prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan de salud confiera a la prestación genérica; y creemos no equivocarnos, que ninguna Isapre, sea abierta o cerrada haya pactado algo semejante, pues la norma legal del doble piso mínimo de cobertura, es, como ya se ha dicho, meridianamente clara en el punto.

Además, cataloga las condiciones para que una enfermedad sea declarada preexistente.

Menciona que la Circular prohíbe a la Isapre consignar la restricción de cobertura de enfermedades preexistentes declaradas bajo pretexto de que hayan pactado beneficios para una prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan de salud confiera a la prestación genérica, lo que es inexistente en todos los planes que la comercializa.

Estima que es distinta la situación de que los planes de salud para ciertas prestaciones contemplen coberturas reducidas para ciertas prestaciones específicas, pues ellas, tampoco importan vulneración de la cobertura mínima legal establecida por el doble piso ya aludido del artículo 190 del DFL N°1 de Salud de 2005, ya que la reducción de cobertura no puede, como se ha dicho, importar un beneficio inferior al mínimo legal aludido.

Por lo anterior no entiende la causa real y verdadera de consignar restricciones de cobertura de enfermedades preexistentes declaradas.

Señala -además- que no debe confundirse el hecho de que los planes de salud contemplen coberturas reducidas para ciertas prestaciones específicas con una preexistencia, porque son cosas distintas; y que la restricción de cobertura constituye una excepción a la regla general que procede sólo bajo determinadas condiciones y por un tiempo determinado expresamente previsto en la ley.

Menciona que, en cambio, lo que se denomina cobertura reducida para ciertas prestaciones específicas, no es otra cosa que estipular que esas prestaciones tendrán la cobertura mínima legal para toda vigencia del plan de salud. La cual califica como una estipulación lícita, y su existencia no puede ser usada como pretexto, para

impedir a la Isapre registrar las restricciones de cobertura por enfermedades preexistentes, lo uno no tiene relación con lo otro, son cosas distintas e independiente entre sí; siendo artificiosa la vinculación de ambas, puesto que su concurrencia, esto es, que exista un plan de salud donde haya cobertura reducida para ciertas prestaciones, y que además se hayan restringidos coberturas a enfermedades preexistentes, en caso alguno conducirá a otorgar una cobertura inferior a la mínima legal prevista en el artículo 190 del D.F.L. N°1.

Añade que la Circular tiene por efecto impedir que la Isapre registre en la declaración de salud las restricciones de cobertura para las preexistencias declaradas; lo que puede aparentemente parecer inocuo, porque podría haber coincidencia entre la cobertura restringida y la enfermedad preexistente. Menciona que ello no es así, porque desde luego, una enfermedad preexistente importa restricción de cobertura respecto de todas las prestaciones que sean secundarias a la enfermedad preexistente.

Concluye que, de hacerse como impone la Superintendencia de Salud, podrá haber en el plan contratado, muchas prestaciones que no tienen contemplada una cobertura reducida; cuya causa de cobertura será una enfermedad preexistente, obligando así a la Isapre a otorgar el 100% de la cobertura, pese a derivarse la prestación de la preexistencia declarada, puesto que se ha impedido bajo amenaza de sanción, registrar la restricción de cobertura por el plazo que establece la ley.

Por otra parte, refiere que como la ley establece un plazo de restricción de cobertura de 18 meses, por regla general, y muy excepcionalmente, de 36 meses en ciertos casos, al no quedar registrada en la restricción de cobertura en el plan de salud, después de un año, como lo contempla la ley, el cotizante puede cambiarse de plan, adscribiéndose a un plan que no tenga coberturas reducidas, y dado que la Isapre no le podrá exigir una nueva declaración de salud, la restricción para enfermedad preexistente no tendrá registro, y por lo tanto, ella no se podrá aplicar al plan de salud.

Menciona el artículo 11 de la Ley 19.880 y jurisprudencia -sin señalar de dónde emana- en cuanto a la motivación de los actos administrativos. Agregando que la fundamentación de los actos, a su juicio, no se satisface con razones de carácter genérico, como tampoco se satisface con que la autoridad justifique cualquier razón en apoyo de sus determinaciones, si tales razones no tienen asidero en la realidad.

Adiciona que la prohibición impuesta sería una vulneración al artículo 3 de la Ley de Bases Generales de la Administración del Estado.

Por todo lo anterior, pide tener por interpuesto recurso de reposición en contra de la aludida Circular, dejándola sin efecto, interponiéndose recurso jerárquico en subsidio del principal.

5. Que, primeramente, y en virtud de los principios administrativo de economía procedimental y no formalización, **se resolverá la suspensión solicitada** por Isapre Cruz Blanca en contra de la Circular IF/N° 363, de 23 de julio de 2020.

Así, conforme lo señalado en el artículo 57 de la Ley 19.880, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, la interposición de los recursos administrativos no suspenderá la ejecución del impugnado. No obstante, la autoridad llamada a resolver el recurso, a petición fundada del interesado se podrá suspender la ejecución cuando el

cumplimiento del acto recurrido pudiere causar daño irreparable o hacer imposible el cumplimiento de lo que se resolviera, en caso de acogerse el recurso.

Conforme a lo expuesto, es apreciable que no concurren los presupuestos que la ley considera para decretar la suspensión, ya que los argumentos esgrimidos por Isapre Cruz Blanca no fundamentan ni acreditan el daño o imposibilidad exigida por la norma aludida que amerite -en definitiva- la medida excepcional, por lo cual no puede ser acogida.

6. Que, habiéndose pronunciado sobre la suspensión solicitada, corresponde **responder derechamente el fondo del recurso presentado.**

En **relación al error de referencia** que señala la Isapre Cruz Blanca, cabe señalar que efectivamente existe uno de orden involuntario que aparece de manifiesto en el acto, el cual será aclarado, acogiendo el recurso en dicha punto, como se señalará en la parte resolutive del presente acto.

Sobre el **exceso normativo que acusa la isapre y a la calificación de ser una circular innecesaria**, cabe señalar que tiempo atrás se tomó conocimiento de que ciertas isapres establecían restricciones en la Declaración de Salud para prestaciones cuya bonificación en el plan de salud se encontraba ya en el mínimo legal.

Lo anterior fue fruto de una serie de constataciones hechas por esta Superintendencia, como también por consultas remitidas por algunos beneficiarios.

Ahora bien, y como bien señala la recurrente, la restricción de cobertura para una enfermedad declarada no puede en caso alguno importar para el beneficiario una cobertura inferior al mínimo legal.

Sin embargo, y a pesar de lo mencionado, dichas isapres no dieron observancia estricta a la normativa contenida en el artículo 190 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud, como también respecto al deber de información que las isapres deben a sus beneficiarios en relación a sus contratos de salud.

En efecto, respecto del primer punto, cuando la isapre propone una restricción de beneficios -al beneficiario- es sobre el plan que este último elige y no uno en abstracto. En dicho sentido, el acto convencional -en términos de su naturaleza- es una contraoferta, la cual modifica el efecto normal del plan de salud elegido, vale decir, habilita a la isapre para restringir la cobertura, o bien, para negarse a contratar, en caso que el beneficiario no esté de acuerdo con la propuesta.

En cuanto al segundo punto (la falta de información), es natural e intuitivo para un beneficiario el proyectar que transcurrido el tiempo de restricciones de coberturas éste podrá obtener una mayor, lo cual no ocurre cuando una isapre restringe una cobertura que está ya en el mínimo. Por tanto, se genera -en los hechos- una notoria desinformación, contraviniéndose el artículo 172 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud.

Como se podrá observar, y al contrario de lo que estima la recurrente, para parte del sistema privado de salud no ha sido claro el sentido de la norma contenida en los artículos 189 y 190 del D.F.L. N° 1, pues un número de entes regulados han estimado que sí es posible restringir la cobertura de prestaciones que se encuentran ya en el mínimo señalado en el artículo 190 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud, por lo que la norma es necesaria y no constituye un exceso normativo.

Respecto a la distinción entre **coberturas reducidas para ciertas prestaciones específicas y una preexistencia**, resulta efectivo que la cobertura puede ser establecida de manera reducida por las isapres al momento de configurar el plan de salud que pretenden comercializar. También es cierto que dicha configuración no tiene relación con las preexistencias.

Sin embargo, y como se señaló anteriormente, ciertas isapres interpretaron de manera distinta la normativa, estimando que podían restringir una cobertura por debajo del mínimo legal establecido.

De esta manera, y al contrario de lo que señala la isapre, sí existe -en los hechos- una vinculación entre la restricción de cobertura y el mínimo que la isapre debe bonificar.

En cuanto a las **prestaciones que no tienen contemplada una cobertura reducida que se ven afectadas**, esta Intendencia encuentra plausible los argumentos, en el sentido de que no habría posibilidad de restringir cobertura -en caso de enfermedad o condición de salud preexistente declarada- para aquellas prestaciones que no han sido objeto de cobertura reducida en el plan de salud.

Por tal motivo, se acoge el recurso de reposición en este punto, debiendo realizarse las modificaciones que se indican en la parte resolutive de este acto.

En relación a la **restricción de prestaciones secundarias a la enfermedad preexistente**, sobre este punto cabe hacer presente que se desconoce qué quiere decir la recurrente con la expresión "prestaciones secundarias a la enfermedad preexistente, pues esta no es utilizada ni por la ley, la regulación, la medicina, las normas técnicas, la doctrina, ni ha sido definida por la recurrente, por lo que no puede haber pronunciamiento al respecto.

En cuanto a la alegación de que las **restricciones de cobertura por 18 y 36 meses no podrán quedar registradas, pudiendo -conforme a la Ley- el afiliado cambiarse al año de cumplido beneficios**, cabe señalar que la Ley sólo señala que el cotizante podrá una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el contrato.

Ahora bien, salvo el caso del inciso primero del artículo 197, donde la isapre está obligada a ofrecer un plan de salud, la situación de aceptar una modificación al plan de salud -léase modificación contractual- está en la Isapre, por lo que las medidas para evitar una situación como la que plantea están en su propia diligencia.

En cuanto a la **alegación de falta de fundamentación del acto**, cabe señalar que el motivo inmediato de la Circular fue el "*Velar por la transparencia en los contratos de salud, aclarando la prohibición que recae sobre las isapres de restringir la cobertura para las prestaciones de salud relacionadas con enfermedades preexistentes manifestadas por el potencial beneficiario en la Declaración de Salud, en aquellos casos que este último haya elegido previamente un plan de salud cuya prestación -para esa preexistencia- ya se encuentra en el límite que señala el artículo 190, por cuanto ello puede generar desinformación respecto a la real cobertura que contempla el plan de salud*".

Como se puede observar, sí existe una fundamentación expresa y suficiente en la norma sobre la necesidad de instruir la Circular impugnada, al contrario de lo que estima la recurrente. En este sentido, y teniendo en cuenta que la recurrente cita

jurisprudencia sin señalar su origen, esta Intendencia estima que la norma cumple el estándar impuesto por la Corte Suprema (C. 8º, 9º y 10º; Sentencia Excma. Corte Suprema 39.649 de 2020), en el sentido de que se señalan los motivos del por qué se determinó la decisión, y que permite verificar que la actuación fue razonable, proporcionada y legal, por lo que no se observa el incumplimiento que la recurrente invoca.

A mayor abundamiento, la fundamentación de la Circular resguarda efectivamente los atributos que la doctrina le ha otorgado a la motivación, vale decir, 1. Justifica la adopción de la decisión, 2. Explica el supuesto en que se basa la determinación y 3. Permite ejercer el derecho de impugnación (Cordero Vega, *Lecciones de Derecho Administrativo*, 2015).

Bajo los mismos argumentos precedentes, tampoco habría infracción al artículo 3º de la Ley de Bases Generales de la Administración del Estado.

En relación a los **argumentos que hace sobre los planes de salud establecidos por un valor inferior al 25% de la cobertura genérica**, efectivamente no es posible que una isapre contemple una cobertura inferior a uno de los pisos que señala el artículo 190 del D.F.L. N°1, de 2005 de Salud.

En tal sentido, se ha constatado que, si bien la Circular señala claramente uno de los pisos, es decir, *"equivalente a la cobertura que asegura el Fonasa"*, no lo hace bien respecto del otro piso, pues efectivamente está redactado mencionando un valor *"inferior"* siendo que debiera decir *"equivalente"*, pues efectivamente la redacción puede llevar al equivoco de que existen planes con cobertura inferior al 25%. Cuestión que se subsanará en lo resolutivo de la presente resolución, acogiéndose el recurso en esta parte.

RESUELVO:

1. No ha lugar a la suspensión de la Circular IF/Nº 363, de 23 de julio de 2020, solicitada por Isapre Cruz Blanca S.A.
2. Acoger parcialmente el recurso de reposición interpuesto por Isapre Cruz Blanca S.A. en contra de la Circular IF/Nº 363, de 23 de julio de 2020, por los motivos señalados en el cuerpo de la presente resolución;

Conforme a lo anterior, se modifica la Circular IF/Nº 363, de 23 de julio de 2020, y actualícese el Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, en lo siguiente.

- a. Reemplácese, en el segundo párrafo inserto por el numeral 1, del punto II, de la mentada Circular, el texto: *"letra g) de dicho artículo cuando estén vinculadas con beneficios pactados -en el plan de salud seleccionado por el potencial beneficiario- para una prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan de salud confiera a la prestación genérica o sea equivalente a la cobertura financiera que asegura el Fonasa."*, por el siguiente: *"la letra g), del artículo 189 del mencionado D.F.L. N°1, a prestaciones de salud pactadas -en el plan de salud seleccionado por el potencial beneficiario- en un valor equivalente a la cobertura financiera que asegura el Fonasa o al 25% de la cobertura que ese mismo plan de salud confiere a la prestación genérica. Lo anterior deberá ser consignado por la isapre en el cuadro "observaciones",*

contenido en la Sección E. que alude el párrafo que antecede”.

- b. Reemplácese, en el primer párrafo inserto por el numeral 2, del punto II, de la Circular IF/Nº 363, el texto: “letra g) del artículo 190 del D.F.L. Nº1, de 2005, de Salud, cuando estén vinculadas con beneficios pactados -en el plan de salud seleccionado por el potencial beneficiario- para una prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan de salud confiera a la prestación genérica o sea equivalente a la cobertura financiera que asegura el Fonasa.”, por el siguiente: “letra g), del artículo 189 del D.F.L. Nº1, de 2005 de salud, a prestaciones de salud pactadas -en el plan de salud seleccionado por el potencial beneficiario- en un valor equivalente a la cobertura financiera que asegura el Fonasa o al 25% de la cobertura que ese mismo plan de salud confiera a la prestación genérica. Lo anterior deberá ser consignado por la isapre en el cuadro observaciones, contenido en la Sección E. “Evaluación Contraloría Médica y Restricciones temporales de Cobertura”, de la Declaración de Salud.
3. Notifíquese al resto de las isapres las modificaciones indicadas en el numeral que precede.
4. Remítase para el conocimiento y resolución del Superintendente de Salud el recurso jerárquico interpuesto en subsidio por parte de la Isapre Cruz Blanca S.A. en contra de la Circular IF/Nº 363, de 23 de julio de 2020.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE

MANUEL RIVERA SEPULVEDA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD

AMAW/FAHM
DISTRIBUCIÓN

- Gerente General de Isapre Cruz Blanca S.A.
- Gerentes Generales de Isapres.
- Asociación de Isapres de Chile
- Fiscalía
- Subdepto. Regulación
- Of. Partes

