

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; la Resolución TRA N°882/16/2019, y la Resolución SS/N°701, de 15 de septiembre de 2021, ambas de la Superintendencia de Salud, y

CONSIDERANDO:

1. Que la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, a través del Oficio Circular IF/N°42, de fecha 31 de agosto de 2021 (en adelante "el Oficio Circular"), estableció normas transitorias para la aplicación del Seguro Individual Obligatorio de Salud asociado a la enfermedad de COVID-19

2. Que **Isapre Nueva Masvida S.A.** interpuso un recurso de reposición y, en subsidio, un recurso jerárquico en contra de las instrucciones impartidas en la citada normativa, exponiendo, en primer lugar, que, respecto a la difusión del seguro y de las condiciones para acceder a la cobertura que contempla, el Seguro Individual Obligatorio de Salud Asociado a COVID-19, está contemplado solo para trabajadores del sector privado que estén desarrollando sus labores de manera presencial, total o parcial, y con contratos sujetos al Código del Trabajo. Expresamente la ley excluye de este seguro a "aquellos trabajadores que hayan pactado el cumplimiento de su jornada bajo las modalidades de trabajo a distancia o teletrabajo de manera exclusiva".

En ese contexto, señala que la especificación de quiénes son beneficiarios del seguro, hace impracticable la comunicación directa a cada afiliado potencialmente asegurado, ya que la isapre no tiene y nunca tendrá la información precisa sobre cómo un trabajador está desarrollando sus labores actualmente ni como las tiene pactadas con su empleador, ya sea de manera remota, o de manera presencial, u otra forma libremente acordada.

Refiere que ningún empleador está obligado a informar a la Isapre ni a FONASA quiénes de sus trabajadores están en forma presencial o remota. Además, indica que esta clase de decisiones son dinámicas en el tiempo, cambian de acuerdo a las circunstancias. Agrega que si hubiese que generar una comunicación, debiera ser de carácter general y, a su entender, en el sitio web de cada Isapre, teniendo en consideración el alto riesgo, como cualquier comunicación masiva, de inducir errores de comprensión a los afiliados y generar posteriores reclamos por la información recibida.

Advierte que si se envía carta o correo electrónico a un afiliado que no se encuentra dentro de las hipótesis legales para gozar del seguro, esta persona podría, a partir de esa comunicación, pensar que sí lo es y generar reclamos innecesarios ante la isapre y ante esta Intendencia; y, lo que es peor, que esta Intendencia sancione a la isapre por haberle enviado un correo o carta a quien no era beneficiario.

Por la razón expuesta, estima que es más razonable y prudente que la obligación de información sea a través de la plataforma web.

En el segundo punto de su presentación, se refiere al "Cobro al Asegurador" y expone que la Circular recurrida, en su numeral 7 del acápite II, obliga a la isapre a ejercer acciones de cobro ante la Compañía Aseguradora. Indica que la primera parte de la instrucción impone a la Isapre una obligación que no se encuentra establecida en la ley y que el beneficiario del seguro es el trabajador, no la Isapre. La facultad de las isapres para ejercer, en representación de los asegurados que sean sus beneficiarios, directamente las acciones para perseguir el pago de las indemnizaciones que corresponda por la cobertura de salud (art. 18, inciso final de la ley N° 21.342) no es una obligación.

Señala que, aunque sea obvio, la ley otorga una facultad y que, como tal, es preciso que para ejercerla, exista la voluntad de la Isapre de hacerlo. Por tanto, la instrucción debiera modificarse y propone el siguiente texto: "7.- ACCIONES DE LA ISAPRE AL ASEGURADOR. Las isapres deberán aportar a la compañía de seguros respectiva todos los antecedentes necesarios, para el pago de las indemnizaciones provenientes de los gastos médicos cubiertos por el Seguro de que trata la Ley 21.342".

Añade que la Isapre no dispone de la información de la aseguradora a la que pertenece cada afiliado, lo que es entonces un fundamento adicional por el cual no podría imponérsele la carga señalada, además, de que es la propia ley que establece en términos facultativos, como ya se ha expuesto, la posibilidad de ejercer las acciones para perseguir el pago de las correspondientes indemnizaciones.

A continuación, en su tercer punto, expone que, respecto del pago de la Isapre al Prestador, la Circular establece que las isapres deberán pagar a los prestadores el total de las cuentas, antes de que la Compañía se pronuncie acerca de la procedencia del seguro.

En ese contexto solicita la eliminación del párrafo segundo, del numeral 7 del acápite II pues, a su juicio, no se ajusta a la ley ni es razonable que se establezca, según indica a continuación:

a) De acuerdo a la Circular recurrida, la Isapre debe pagar al prestador antes de que la Compañía acoja o rechace la cobertura del seguro. No obstante, solo es posible que la Isapre pague al prestador directamente cuando se tenga certeza de la procedencia del seguro.

Señala que, si la Isapre paga al prestador y posteriormente el seguro no opera, se está imponiendo a la Isapre una carga que no se justifica, consistente en asumir el pago que le corresponde al afiliado equivalente al deducible. Recordemos que el seguro está establecido en beneficio del trabajador y no de la Isapre.

Refiere que, de acuerdo al art. 21 de la Ley N° 21.342, la compañía de seguros, una vez presentados los antecedentes "que permitan evaluar la procedencia del pago de la indemnización", deberá pagarla dentro de los 10 días hábiles siguientes. Agrega la ley que "mismo plazo tendrá para rechazarla en forma fundada". Al respecto, sostiene que, en otras palabras, se impone a la isapre el pago del deducible -que es de cargo del afiliado- sin que exista certeza de que se va a recuperar ese monto. Destaca que la ley no admite una regulación de esta naturaleza.

b) Por otro lado, hace presente que el seguro no necesariamente va a cubrir todos los copagos que le correspondan al trabajador. El seguro tiene un tope, que equivale al deducible.

Señala que un paciente hospitalizado por Covid, probablemente consuma todo el deducible en la hospitalización, lo que significa que, por la rehabilitación ambulatoria que reciba deba copagar de acuerdo al plan de salud complementario. De este modo, en muchas ocasiones el seguro no cubrirá todos los copagos de cargo del afiliado, de modo que si se obliga a la Isapre a pagar al prestador, posteriormente la institución no podrá recuperar del seguro ese copago porque es de cargo del afiliado.

c) Expresa que también debe considerarse que si un empleador no contrata el seguro, él será el responsable de pagar lo equivalente a lo asegurado en caso de una hospitalización por COVID-19 (art. 14, Ley N° 21.342). Esto implicaría que, además,

la Isapre deberá cobrar al empleador del afiliado el monto que hubiese cubierto el seguro el monto de lo pagado al prestador, situación que es poco factible.

Por todo lo indicado, afirma que el párrafo señalado más arriba debe ser suprimido.

Finalmente, solicita tener por interpuesto el recurso de reposición, acogerlo y, en definitiva, modificar el Oficio Circular, en el siguiente sentido:

- Eliminar la expresión "y, además, carta certificada o correo electrónico, y cualquier otro medio que consideren idóneo", contenida en el numeral 1, del acápite II.
- Suprimir, en el párrafo primero, del numeral 7, del acápite II, la obligación de la Isapre de cobrar al asegurador el beneficio.
- Suprimir el párrafo segundo, del numeral 7, del acápite II.

En subsidio, en caso que no se acoja la reposición, interpone recurso jerárquico.

3. Que **Isapre Banmédica S.A.** también dedujo recurso de reposición y, en subsidio, recurso jerárquico, solicitando se acoja en todas sus partes y, en definitiva, se dejen sin efecto las partes que indica y que se modifique el Oficio Circular, de conformidad con los antecedentes de hecho y de derecho que expone.

Como primer punto, detalla el tenor del Oficio Circular. A continuación, en el segundo punto de su exposición, manifiesta que las normas establecidas en el Oficio Circular no son del todo claras y no se hacen cargo de todos los aspectos necesarios para asegurar una correcta aplicación de las mismas, por lo que esa Isapre estima pertinente solicitar que se dejen sin efecto algunas disposiciones de esta normativa, o bien, en subsidio, modificarlas de manera de tener absoluta claridad acerca de la correcta aplicación de las condiciones y obligaciones en ella establecidas.

Señala que, en relación con la cobertura otorgada por el seguro, se indica que este último indemnizará una suma equivalente al monto del deducible CAEC que sea de cargo del cotizante, la que corresponderá a la aplicación de la cobertura CAEC respecto de las atenciones hospitalarias y las de rehabilitación -sean hospitalarias o ambulatorias -siempre y cuando el diagnóstico confirmado de Covid-19 se haya producido dentro del período de vigencia de la póliza, indicando además que en caso de que el copago de cargo del cotizante fuere inferior al monto equivalente al deducible, el asegurador sólo estará obligado a enterar el monto del copago efectivo.

Al respecto, indica que la norma no se pronuncia de manera alguna acerca de la obligación lógica de los afiliados y/o beneficiarios, en orden a que deben informar de manera previa a la Isapre a qué Compañía corresponde el seguro contratado por su empleador, tal como ocurre de manera similar en el caso del Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP), en que los afiliados facultan a la Isapre a tramitar el referido seguro en su representación. De este modo, al igual que en el caso del SOAP, la Isapre se encuentra facultada para solicitar la referida información, por lo que debe establecerse necesariamente en esta normativa un procedimiento para tales efectos, el que podría realizarse idealmente en conjunto con la activación de la cobertura CAEC por parte de los beneficiarios que presentan el diagnóstico de Covid-19, de manera tal de contar oportunamente con dicha información y poder entregar la orientación correspondiente a las personas que la requieran para efectos de una correcta utilización del seguro.

Agrega que, por su parte, es importante distinguir la forma en que la Isapre debe otorgar la referida cobertura CAEC, según se trate de un afiliado que ha completado el deducible o de un afiliado que fue dado de alta sin haberlo completado, toda vez que al tratarse de un deducible de carácter anual, el momento en que se determine que los copagos no alcanzaran a completar el deducible no es de fácil determinación para la Isapre, por lo que requerirá necesariamente una acción por parte del beneficiario para que la Isapre a su vez gestione el pago correspondiente con la compañía de seguros.

En relación con la obligación de la Isapre de otorgar la cobertura pactada en el contrato de salud a los gastos de las atenciones ambulatorias de rehabilitación

asociadas al Covid-19 y, de manera transitoria designar una Red CAEC ambulatoria para tales efectos, señala que, al encontrarse las prestaciones ambulatorias solo excepcionalmente cubiertas por la Cobertura CAEC, la Isapre solo podrá otorgar la bonificación correspondiente a través de la modalidad de reembolso, sin que sea posible otorgar a través de bonos una cobertura superior a la contemplada en el plan de salud. Lo anterior, sin perjuicio de que, con posterioridad, los beneficiarios podrán efectuar el correspondiente reembolso a través de los canales dispuestos por la Isapre para tal efecto.

Estima que resulta fundamental que se indique de un modo taxativo las prestaciones que deberán considerarse para efectos de la rehabilitación de un paciente Covid, toda vez que, de no ser así, un proceso de rehabilitación podría extenderse indefinidamente en el tiempo, debiendo la isapre hacerse cargo del pago de la totalidad de estas prestaciones una vez alcanzado el deducible CAEC. Agrega que cada una de estas prestaciones asociadas a la rehabilitación por COVID-19 debe ir necesariamente acompañada de la orden médica correspondiente que indique el detalle de las prestaciones y el plazo de utilización de las mismas. Dicha orden debe indicar expresamente que son consecuencia directa del diagnóstico confirmado de Covid-19.

Manifiesta que el establecimiento expreso en la normativa de las obligaciones antes señaladas es de vital importancia, toda vez que, de acuerdo a lo establecido en la Ley N°21.342, es la Isapre la que debe enviar toda la documentación asociada a las prestaciones otorgadas al beneficiario, a la compañía de seguros para efectos de solicitar el pago del monto equivalente al deducible CAEC. De este modo, de no contar con todos los antecedentes detallados acerca de las prestaciones otorgadas al beneficiario, la isapre corre el riesgo de que la compañía de seguros se niegue a efectuar el pago correspondiente, lo que implicará que deba perseguirse el mismo en otras instancias incluso judiciales.

En relación con la activación automática a partir del momento en que la persona beneficiaria ingresa al prestador hospitalario o desde que comienza la rehabilitación ambulatoria, solicita se considere la incorporación en la normativa de la obligación para los beneficiarios y/o sus representantes de realizar una gestión previa de aviso a la Isapre en caso de que su hospitalización no haya sido bonificada con la cobertura CAEC, como asimismo, indicar si deciden voluntariamente acceder a la referida cobertura para efectos de la rehabilitación. Lo anterior permitirá que la isapre pueda gestionar adecuadamente el caso, derivando al paciente a la Red definida para tal efecto y realizar correcta y oportunamente las gestiones con la compañía aseguradora.

Refiere, a continuación, que para efectos del cobro de la isapre al Asegurador, se indica que las isapres deberán ejercer oportunamente las acciones de cobro de la indemnización por los hechos que pueden constituir o constituyan un siniestro y aportar a la compañía de seguros respectiva todos los antecedentes necesarios. Lo anterior supone que frente al afiliado la isapre será la encargada de reembolsarle los gastos incurridos una vez acumulado el deducible y financiar aquellos que lo superen, lo que debería ser señalado de manera explícita, toda vez que sin perjuicio de indicarse que le corresponderá a las isapres el financiamiento o reembolso, a continuación el Oficio Circular únicamente habla de financiamiento, siendo que particularmente en el caso de prestaciones ambulatorias de rehabilitación, y tal como se indicó anteriormente, se deberá operar a través de la modalidad de reembolso.

Señala, finalmente, que en atención a que en la normativa repuesta se indica que en todo lo no previsto en la Ley N°21.342 y en el Oficio Circular IF/N°42, se deben aplicar las normas generales sobre acumulación y contabilización del deducible establecidas en la normativa vigente, dada la periodicidad anual del deducible CAEC, este se contabilizará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado, esto es, la fecha en que se otorgue la primera prestación que tenga su origen en una enfermedad catastrófica, lo que será determinado por la isapre una vez aprobada por ésta, la cuenta del prestador.

Destaca que, en efecto, la contabilización del período anual en la renovación del beneficio se iniciará en la fecha en que se registre el copago devengado de la primera prestación que se otorgue a contar de la mencionada renovación.

Concluye la recurrente su presentación solicitando se acoja el recurso de reposición en todas sus partes y, en definitiva, se dejen sin efecto aquellas partes de la referida normativa que se indicaron precedentemente o, en subsidio, que se efectúen las modificaciones señaladas en los términos solicitados. En la eventualidad de que el recurso de reposición interpuesto sea desestimado, interpone Recurso Jerárquico, en consideración a los fundamentos de hecho y derecho expuestos en el referido recurso de reposición.

4. Que, por su parte, **Isapre Consalud S.A.** interpuso recurso de reposición en contra del citado Oficio Circular, para que se deje sin efecto, por las consideraciones de hecho y de derecho que se exponen a continuación:

Manifiesta, en el número 2 del recurso presentado, que de las disposiciones contenidas en la norma recurrida, es posible concluir que para esta Superintendencia, las prestaciones ambulatorias de rehabilitación asociadas a las coberturas de la Ley N° 21.342, deben ser otorgadas bajo el mecanismo de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, sin perjuicio que dicho sistema de cobertura está destinado a aumentar la cobertura que se otorga al afiliado y sus beneficiarios su plan de salud complementario, en el ámbito de las prestaciones hospitalarias, así como en el de las ambulatorias que expresamente se indican, dentro de las cuales no se encuentran incorporados los gastos de rehabilitación ambulatorios derivados de la enfermedad COVID-19.

Señala que, a partir de lo anterior surge un primer cuestionamiento a la nueva normativa, el cual dice relación con el incorporar los gastos de rehabilitación ambulatoria al mecanismo de la CAEC, en circunstancia que la normativa vigente no los incorpora expresamente.

Al respecto, transcribe lo dispuesto en la Circular IF N° 7, de 2005, que establece las Condiciones para la Cobertura Adicional para enfermedades catastróficas en Chile, en relación a las prestaciones ambulatorias, y destaca que, de acuerdo a la norma citada, no corresponde ampliar la cobertura CAEC a los gastos de rehabilitación por enfermedad Covid-19, ya que la normativa vigente que regula dicho beneficio no los incorpora expresamente. Señala que, por otra parte, formalmente resultaría contrario a derecho el efectuar la modificación de la Circular IF N°7, mediante un instrumento de menor jerarquía, como es un Oficio Circular, por lo que por principio jerárquico se podría interpretar que la norma actualmente vigente sigue siendo la Circular IF N°7, la cual no ha sido modificada a la fecha.

En el numeral 3 de su presentación, refiere que la Ley N° 21.342 no fue lo suficientemente clara al momento de definir qué tipo de cobertura debía otorgarse a los gastos de rehabilitación ambulatorios, ni si estos tienen algún límite en el tiempo o prestaciones relacionadas. Sostiene que, de hecho, si se revisa la historia de esa Ley, en la discusión del proyecto de ley fue un tema que se alertó por parte de los senadores ya que no existía en dicho momento claridad sobre cuáles gastos constituyen rehabilitación. Agrega que no existe en toda la discusión parlamentaria una referencia expresa que indique que los gastos ambulatorios de rehabilitación por la enfermedad derivada del Covid-19 deben ser cubiertos bajo la CAEC.

A partir de lo anterior, señala que es importante revisar qué indica la Ley N° 21.342 sobre las coberturas para los afiliados de isapre, y para ello transcribe el primer inciso de su artículo 10 y la letra b) del artículo 12, manifestando que de esas normas no es posible concluir que los gastos de rehabilitación ambulatoria deban ser cubiertos con cargo a la CAEC, ya que la Ley no lo indica expresamente, a diferencia de las prestaciones hospitalarias, en cuyo caso la nueva norma de manera expresa hace extensiva la cobertura del seguro COVID al deducible CAEC.

Por estas razones, afirma que las instrucciones de esta Superintendencia deben ser dejadas sin efecto, ya que realiza una modificación a las reglas que regulan la cobertura CAEC, realizando una interpretación que va más allá del espíritu original de la Ley N° 21.342.

A continuación, en el numeral 4, expone que existen otros antecedentes de índole histórica para fundamentar que en este caso no corresponde incorporar nuevas

prestaciones a la CAEC. Al respecto, rememora los hitos que marcan el nacimiento de la CAEC, materializada en la Circular N° 59 de la Superintendencia de Isapres del 29 de febrero del año 2000, indicando que se aprecia, en la génesis de la referida cobertura CAEC, el marcado componente convencional de la misma, desde que una de las partes del contrato, las Isapres en este caso, propone a la autoridad, mediante el mecanismo de la autorregulación, un sistema de cobertura para patologías que tengan carácter catastrófico, el cual en definitiva es aceptado, dotando al mismo del respectivo marco regulatorio para fiscalizar su cumplimiento.

Agrega que, posteriormente, en el año 2005, con la entrada en vigencia de la Ley 19.966 y las modificaciones a la Ley 18.933, se efectuaron cambios en determinados aspectos de la referida Circular N° 59, dictándose al efecto la Circular IF/N° 7 de 01 de julio de 2005, la cual imparte instrucciones sobre las nuevas condiciones de la cobertura adicional para enfermedades catastróficas. Aquí se encuentra, a su juicio, un nuevo argumento en favor del carácter convencional de la cobertura CAEC. Según esta nueva normativa, las condiciones de cobertura CAEC vigentes a ese momento establecen que las Isapres se comprometen a mantener la cobertura CAEC sin modificaciones en los contratos de los afiliados, salvo que medie un cambio fundamental en las circunstancias y que se entiende por tal, las modificaciones en las normas legales referidas a la cotización legal para salud o a las coberturas mínimas obligatorias. A continuación, se indica en la nueva Circular que con motivo de la entrada en vigencia de las leyes antes citadas, se produce un cambio en los beneficios mínimos legales, lo cual habilita a las instituciones a llevar a cabo un cambio en la cobertura CAEC, lo que también demuestra el marcado carácter contractual de la CAEC, desde que la propia autoridad fiscalizadora reconoce que en este caso las Isapres están autorizadas a realizar modificaciones a dicho sistema de cobertura, basadas en el carácter contractual de la misma.

En suma, cree que el carácter convencional de la CAEC surge una vez efectuado el análisis de sus disposiciones, lo cual tendría importancia para efectos del presente recurso de reposición, desde que al existir un marcado carácter contractual de dicho sistema de cobertura, difícilmente podría un tercero, en este caso, la Superintendencia de Salud, intervenir dicho contrato incluso con efectos retroactivos, para efectuar modificaciones de suma importancia que a la larga afectan la esencia de dicho beneficio.

Hace presente, en el numeral 5 de su recurso, que una vez revisada en el punto anterior la naturaleza convencional/contractual de la cobertura CAEC, en oposición a las coberturas mínimas establecidas por el legislador en el DFL N°1 de 2005, por medio de la dictación del Oficio Circular IF/N° 42 esta Superintendencia vulneraría la intangibilidad de los contratos, pues al incorporar a la CAEC los gastos ambulatorios de rehabilitación por enfermedad Covid-19, está generando una afectación clara al principio recogido en el artículo 1545 del Código Civil. Afirma que lo que en la práctica se está realizando es modificar un contrato legalmente suscrito entre partes, isapre y afiliado, el cual se suscribió con la legítima convicción de que el mismo no sería afectado ni modificado en sus términos con posterioridad a su firma.

Advierte que la CAEC fue incluida en los contratos de salud previsual por iniciativa de las propias isapres, no existiendo a la fecha reconocimiento a nivel legal de dicho sistema de cobertura, por lo que su fuente está en el contrato de salud, el cual dota a la misma de su marco normativo, desde que el anexo con las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile es incorporado al contrato de salud.

Refiere que la obligatoriedad del contrato se traduce en su intangibilidad. Vale decir, que el contrato válidamente celebrado no puede ser tocado o modificado ni por el legislador, la autoridad administrativa ni por el juez. Estos, al igual que las partes, deben respetar las estipulaciones convenidas por los contratantes. Esta legítima expectativa es la que mantenía esa Isapre al incorporar, voluntariamente, la cobertura CAEC a sus contratos de salud.

Por todo lo expuesto cree que esta Superintendencia, de acuerdo con las reglas generales sobre los efectos de un contrato, se constituye en un tercero, el cual está obligado a respetar los términos del acuerdo celebrado entre las partes, estando

imposibilitado de intervenir y menos aun de modificar los términos de la relación contractual que une a los contratantes.

Sostiene, en el punto N°6 de su presentación, que el Oficio Circular IF N° 42, al incorporar los gastos de rehabilitación ambulatorios asociados a la enfermedad Covid-19, no solo está interviniendo un contrato legalmente suscrito, sino que también afecta garantías constitucionales de la Isapre, especialmente su derecho de propiedad sobre el contrato de salud previsional según dispone la Constitución en su artículo 19 N° 24. En este sentido, se afecta la garantía del derecho de propiedad en al menos dos formas.

La primera, al intervenir un contrato legalmente celebrado y la segunda, por el mayor costo asociado que significará el ampliar la cobertura catastrófica de la manera que pretendería esta Superintendencia.

Afirma que, por otra parte, también se ve afectada otra garantía constitucional, la del artículo 19 N° 21 de la Constitución Política, la cual consagra el derecho de todas las personas a desarrollar "cualquiera actividad económica que no sea contraria a la moral, al orden público o a la seguridad nacional, respetando las normas legales que la regulen". De lo anterior se sigue que una actividad económica que se ejerza dentro de los límites que impongan la moral, el orden público y la seguridad nacional, y que respete las normas de naturaleza legal que la regulen, es siempre legítima en el derecho chileno, y su desarrollo está garantizado por la Constitución.

Argumenta que, en consecuencia, una institución como lo es esta Superintendencia de Salud, no puede emitir normas, dictámenes o circulares que afecten la actividad económica de las isapres, al limitar su libertad contractual, salvo que exista una Ley expresa que la autorice.

En el N°7 de su libelo, menciona que otro argumento que debe llevar a esta Superintendencia a invalidar sus instrucciones, dice relación con el hecho de que ha sido la propia normativa CAEC la que se ha puesto en el caso de la necesidad de ser modificada, estableciendo claramente los casos y circunstancias que habilitan una revisión de la normativa relativa a tal sistema de cobertura, lo que ocurriría en el artículo III del Anexo "Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile", el cual transcribe, y que, de acuerdo a su interpretación, a la fecha no se estaría frente a ninguna de las hipótesis que plantea la norma para que se pueda llevar a cabo un proceso de revisión de dicho Anexo, por lo que no corresponde que por vía administrativa y extralimitándose en sus facultades, esta Superintendencia introduzca cambios en las prestaciones que deben ser otorgadas mediante el mecanismo de cobertura CAEC.

Finalmente, como último punto, expresa que esa Isapre, en los procesos de tarificación de su variada oferta de planes de salud debe evaluar la siniestralidad y el aumento de costos que genera el aseguramiento de las prestaciones mediante la CAEC, todo ello con la finalidad de determinar el valor justo a pagar por los afiliados como precio del plan de salud complementario. Agrega que el valor por contrato de la CAEC forma parte del precio base del contrato de salud previsional y no existe, a diferencia de las Garantías Explícitas en Salud, un cobro diferenciado por el aseguramiento de esta cobertura catastrófica.

Señala que, así, al incorporar los gastos de rehabilitación ambulatoria a la CAEC, se está produciendo un desequilibrio económico importante para esa Institución, dado el mayor valor que deberá asumir y que no estaba contemplado en los distintos cálculos actuariales realizados para fijar una correcta tarificación en el valor de sus planes de salud.

Dado lo anterior, cree que previamente a la dictación del Oficio Circular IF N° 42 se hacía necesario un análisis respecto del impacto que esta regulación traerá en cuanto al mayor costo que deberán asumir las isapres.

En consecuencia, solicita tener por interpuesto el Recurso de Reposición y en definitiva acogerlo en todas sus partes y, en el evento de no acceder a ello, interpone Recurso Jerárquico para ante el Superintendente de Salud, con el fin de que dicho

superior jerárquico deje sin efecto dicho Oficio Circular en el sentido que se indicó en su presentación.

5. Que, a su vez, la **Isapre Cruz Blanca S.A.** dedujo recurso de reposición y, en subsidio, recurso jerárquico, transcribiendo en primer lugar las que, a su juicio, son las principales disposiciones legales de la Ley N° 21.342, y que dicen relación con la Isapre. Refiere que, como se desprendería de esas normas, la ley establece un seguro individual de carácter obligatorio en favor de los trabajadores del sector privado con contratos sujetos al Código del Trabajo y que estén desarrollando sus labores de manera presencial, total o parcialmente.

Agrega que, en relación con la Isapre, quedan asegurados los trabajadores del sector privado con contratos sujetos al Código del Trabajo y que estén desarrollando sus labores de manera presencial, total o parcial, que sean cotizantes de Isapre, siempre que se atiendan en la Red de Prestadores para la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), conforme a las normas que dicte la Superintendencia de Salud.

Advierte que, en consecuencia, no quedan cubiertos por el seguro los gastos de hospitalización asociados a enfermedades distintas al COVID-19, los gastos de hospitalización asociados o derivados de lesiones sufridas en un accidente, de cualquier naturaleza o tipo, incluso si la víctima tiene COVID-19. Añade que, en el caso de personas aseguradas afiliadas a una Isapre, no quedan cubiertos por el seguro los gastos incurridos en prestadores que no pertenezcan a la red de prestadores de salud individual que cada Institución pone a disposición de sus afiliados, con el propósito de otorgarles la CAEC.

Destaca que el artículo 11 de la Ley estableció como personas aseguradas a los trabajadores señalados en el inciso primero del artículo 10 de la ley, que sean cotizantes de una Institución de Salud Previsional, "siempre que se atiendan en la Red de Prestadores para la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), conforme a las normas que dicte la Superintendencia de Salud al efecto". Sostiene que bajo esta habilitación legal se dictó el Oficio Circular recurrido, el que, excediéndose de la habilitación legal, elimina la excepción a las prestaciones de "rehabilitación" extendiendo la Cobertura CAEC a todas las prestaciones ambulatorias que puedan considerarse de rehabilitación; debiendo la Isapre, en la práctica, y producto de una ampliación indebida e innecesaria de la Red CAEC, cubrir el 100% de las prestaciones ambulatorias que se otorguen a estas personas, en modalidad de libre elección, pues, en el hecho por la naturaleza de las prestaciones recibidas por los pacientes hospitalizados por el diagnóstico de COVID-19, y los tiempos que involucran esas hospitalizaciones, harán que el seguro se agote en cubrir los copagos que correspondan a la hospitalización.

Argumenta que dicha regulación, por lo demás, resulta ser por completo innecesaria, desde el momento que la propia Ley 21.342 estableció en el inciso final de su artículo 17, como contra excepción a la exclusión del seguro de aquellos gastos incurridos en prestadores que no pertenezcan a la red de la Isapre -como ocurriría con las prestaciones ambulatorias de rehabilitación-, que en tales casos "el seguro deberá financiar una suma equivalente al monto del deducible que le hubiere correspondido pagar si el beneficiario se hubiese atendido en la red de prestadores respectiva para gozar de la CAEC, el cual en ningún caso será superior al equivalente a 126 unidades de fomento".

Manifiesta que, por consiguiente, de cara a la cobertura del seguro regulado por la Ley 21.342, no se requería ni se requiere el establecimiento de la ficción de que, para los efectos del seguro, los prestadores con los que los pacientes elijan atenderse, se entiende que pertenecen a la Red CAEC de la Isapre, ni tampoco, ni aun facultativamente, de una Red CAEC ambulatoria para rehabilitación, pues igualmente los copagos generados en esas prestaciones luego de la cobertura que para las mismas contemplan los respectivos planes de salud complementarios, quedan cubiertos por el seguro. Luego, el único efecto que tiene en este aspecto el Oficio Circular, es el de que las prestaciones ambulatorias de rehabilitación otorgadas por prestadores libremente elegidos por los pacientes, queden sujetos a la cobertura CAEC, sin que se trate de prestadores de la Red CAEC de la Isapre y por prestaciones que se encuentran expresamente excluidas de tal beneficio convencional.

Asegura que quien objetivamente revise el tenor de la Ley 21.342, verá que en caso alguno ella versa sobre la modificación de beneficios de salud, ni mucho menos pretendió extender las coberturas, confiriéndole a la CAEC una naturaleza de beneficio mínimo legal, que nunca ha tenido.

Señala que por medio del Oficio Circular esta Superintendencia de Salud obliga a la Isapre a constituir esta RED CAEC en tres días, aunque el Oficio Circular en su punto 3 del acápite II dispone que "podrán designar prestadores", lo que denota un tenor facultativo, pero la obligación deriva de la consecuencia de la falta de designación de esa RED CAEC, pues en tal caso el Oficio Circular dispone: "Si una isapre no designare e Informare su red de prestadores en la forma y plazo señalados, el paciente podrá atenderse en el prestador que elija...".

La Superintendencia de Salud, a su modo de ver, diluyó el concepto RED CAEC, puesto que es racionalmente imposible que la Isapre pueda cumplir lo dispuesto en el brevísimo plazo establecido, pasando en la práctica a ser regla general, que el prestador CAEC sea de libre elección. Añade que, como si ello fuera poco, la Red debe estar preparada para otorgar las prestaciones de "rehabilitación -sean hospitalarias o ambulatorias", sin que haya una descripción de aquello que pueda entenderse por rehabilitación; lo que dificulta, por la incerteza y vaguedad del concepto, a cuanta acción sea posible ya que, de acuerdo al diccionario de la Real Academia de la Lengua, en medicina por rehabilitación se entiende al "Conjunto de métodos que tiene por finalidad la recuperación de una actividad o función perdida o disminuida por traumatismo o enfermedad." Ello importa una indeterminación y amplitud tal de eventuales prestaciones que puedan caer bajo el concepto de "rehabilitación".

Menciona que la irracionalidad de la norma recurrida se exagera al ser ésta perentoria. En efecto, establece que la Isapre en el plazo de "3 días hábiles, contado desde la fecha de notificación del presente Oficio Circular", no después de esa fecha, debe, configurar la Red CAEC en las 346 comunas del país; y debe, en el mismo plazo perentorio, difundirla.

A continuación transcribe los puntos 1 y 3 del acápite II, y recalca que estas disposiciones son imposibles de cumplir; todos los prestadores imaginables pasaron, desde ya, a ser parte de la RED CAEC, debiendo la Isapre otorgar ese beneficio en forma automática a todo tipo de prestaciones que tales pacientes reciban, sin importar si son ellas hospitalarias o ambulatorias.

Advierte que la norma legal legisló sobre un seguro obligatorio para todos los empleadores, no legisló sobre beneficios mínimos de salud, y tampoco quiso modificar la CAEC, de naturaleza eminentemente contractual. En efecto, en relación a la CAEC, lo único que hizo fue trasladar el copago a que están sujetos los cotizantes trabajadores, para hacerlo de cargo de un seguro que obligatoriamente deben contratar los empleadores.

Sin embargo, alega la recurrente, esta autoridad, cometiendo un exceso normativo, que supera en mucho la habilitación legal de la referida norma, ha procedido a dictar normas para las isapres, que son irracionales, desde que extiende la CAEC a prestaciones que no están cubiertas por ese beneficio; obligándolas, en un plazo perentorio de tres días, para configurar una RED de prestadores CAEC que "deberán estar ubicados en la misma región -y si hubiere disponibilidad, en la misma ciudad y comuna- de residencia del paciente", esto es, en las 346 comunas en que se divide el país, en la cuales los beneficiarios de Isapre Cruz Blanca S.A. tienen domicilio.

Afirma que, racionalmente, esta Intendencia no puede ignorar que nadie puede construir semejante Red de prestadores en tres días, con el nivel de extensión territorial exigido a nivel de las 346 comuna del país, lo que exige como mínimo, ubicar en todas las comunas del país prestadores, evaluarlos en su capacidad técnica y resolutive de su personal y sus instalaciones, negociar precios y suscribir contratos.

Resalta que de la finalidad de la CAEC aparece que la ampliación de cobertura que otorga, solo por excepción cubre a las prestaciones ambulatorias que expresamente se indica. El Oficio Circular elimina la excepción a las prestaciones de "rehabilitación" a que se refiere; lo que hace más grave la ausencia de la RED CAEC, y permite hacer

previsible el daño para la Isapre pues, en el hecho por la naturaleza de las prestaciones recibidas por los pacientes hospitalizados por el diagnóstico de COVID-19, y los tiempos que involucran esas hospitalizaciones, harán que el seguro se agote en cubrir los copagos que correspondan a la hospitalización, debiendo la Isapre cubrir el 100% de las prestaciones ambulatorias que se otorguen a estas personas, en modalidad de libre elección.

Indica, luego, que el Oficio es ilegal porque vulnera el artículo 2º de la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, pues en este caso la potestad normativa de la Superintendencia de Salud ha sido ejercida con desvío de poder, ya que está disponiendo que las cosas se hagan de un modo diferente a aquel que ha sido previsto en la Ley 21.342, que no modificó en modo alguno los beneficios mínimos legales, ni alteró la regulación de la CAEC; y no obstante, mediante el Oficio Circular se extiende el beneficio, como regla general, sin consentimiento de la Isapre, a las prestaciones ambulatorias que los pacientes diagnosticados de COVID-19 requieran, y se amplía la Red CAEC a todos los prestadores a libre elección del beneficiario.

Concluye solicitando acoger el recurso de reposición en contra del Oficio Circular IF/Nº 42, de 31 de agosto de 2021, y dejarlo sin efecto. En subsidio, y en el evento de que sea rechazado, deduce recurso jerárquico para ante el Superintendente de Salud, con el objeto de que, conociendo de él, en su calidad de superior jerárquico, lo acoja, dejándolo sin efecto.

6. Que **Isapre Colmena Golden Cross S.A.** también interpuso un recurso de reposición y, en subsidio, un recurso jerárquico en contra de las instrucciones impartidas en la citada normativa, solicitando, en primer lugar, en cuanto al número 1 de las instrucciones recurridas, se suspenda el proceso de difusión instruido. A continuación, en atención al "Objeto" contenido en el numeral 2.- de las instrucciones, entiende que trata de la indemnización que corresponde efectuar al Seguro. De la redacción de esta instrucción y de las instrucciones indicadas en los números 3 y 5, luego de analizar en conjunto dichos numerales, entiende que la isapre debe aplicar la cobertura CAEC al cotizante, solo respecto de las atenciones hospitalarias y rehabilitación hospitalaria; sin embargo, en lo que respecta a la rehabilitación ambulatoria, considerando lo establecido en la normativa del CAEC, sostiene que esta cobertura no se debe aplicar a las atenciones ambulatorias.

Señala que, en efecto, en atención a lo establecido en el Anexo sobre las Condiciones de la Cobertura Adicional Para Enfermedades Catastróficas en Chile, la CAEC tiene por finalidad aumentar la cobertura que otorga al afiliado y sus beneficiarios su Plan Complementario de Salud, en el ámbito de las prestaciones hospitalarias, así como en el de las ambulatorias que expresamente se indican en el presente instrumento, que sean otorgadas dentro del territorio nacional. Por lo tanto, estima que la redacción de las instrucciones no ha sido clara en este sentido, permitiendo que luego de una interpretación extensiva, se podría entender que se puede aplicar la CAEC a las prestaciones ambulatorias de rehabilitación. Por lo tanto, dado que no se otorgará cobertura financiera para las prestaciones de rehabilitación ambulatoria, solicita se modifique la redacción, con el objeto de que no exista duda de que las prestaciones ambulatorias deben quedar fuera de la cobertura CAEC. Entonces, y de acuerdo a lo que se instruye en el numeral 3 de las instrucciones, la cobertura para las prestaciones ambulatorias estará dada según lo pactado en el contrato de salud, es decir, cobertura según plan de salud.

En lo que respecta a la instrucción contenida en el número 3, que trata sobre la Cobertura a Gastos de Rehabilitación por Covid-19, cree que la cobertura a los gastos de las atenciones ambulatorias de rehabilitación, asociadas a la enfermedad Covid-19, debe ser la pactada en el Contrato de Salud; sin embargo, se instruye que, "de manera transitoria y sólo para efectos del cumplimiento de dicha ley, las isapres podrán designar prestadores que integrarán provisionalmente una Red CAEC ambulatoria para la rehabilitación... ". En atención a este punto, y en línea con lo expuesto anteriormente, señala que no corresponde desarrollar o implementar una Red de prestadores que integrarán provisionalmente una Red CAEC ambulatoria para la rehabilitación, debido a que no está obligada a otorgar cobertura CAEC para las prestaciones de rehabilitación ambulatorias. En consecuencia, y de acuerdo a lo que ha sostenido, afirma que no se requiere implementar ninguna Red CAEC, siendo la

única instrucción válida en este sentido que el paciente podrá atenderse en el prestador que elija, el que, para el sólo efecto del Seguro Individual Obligatorio de Salud asociado a COVID-19, se entenderá que pertenece a la Red CAEC de la Isapre.

A continuación, respecto de la instrucción contenida en el numeral 4, sobre Activación Automática de la CAEC, que dispone que, para los efectos de la contabilización de los copagos para la aplicación del Seguro consagrado en la Ley, la CAEC se activará en forma automática desde que la persona beneficiaria ingresa al prestador hospitalario o desde que comienza la rehabilitación ambulatoria, señala que el artículo 11 de la Ley dice quiénes son las personas aseguradas, y en su letra B.- indica que son los Cotizantes de una Institución de Salud Previsional, siempre que se atiendan en la Red de Prestadores para la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), conforme a las normas que dicte la Superintendencia de Salud al efecto. Entonces, a la luz de lo preceptuado en la Ley, la activación automática de CAEC se aplicará 1) para atenciones hospitalarias, 2) dentro de la red CAEC, y 3) fuera de la red CAEC solo a través de derivaciones de la UGCC. En consecuencia, y según lo expone en el recurso, la cobertura CAEC, y por ende su activación automática, no corresponde en el ámbito ambulatorio.

En relación a la instrucción sobre el Cobro de la Isapre al Asegurador, contenida en el número 7 del Oficio recurrido, informa su disconformidad, considerando que se le permite a la Isapre la obligación de ejercer las acciones de cobro de la indemnización por los hechos que puedan constituir o constituyan un siniestro. Destaca que si bien es cierto, que en la Ley se la faculta para ejercer, en representación de los asegurados que sean sus beneficiarios, directamente las acciones para perseguir el pago del monto del deducible que le hubiere correspondido pagar si el beneficiario se hubiese atendido en la red de prestadores respectiva para gozar de la CAEC, estima que no existe una obligación por parte de la Isapre a ejercer esa acción de cobro, ya que el hecho que se le permita ejercer las acciones para perseguir el pago de las indemnizaciones que correspondan por la cobertura de salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 17 y siguientes de la Ley N° 21.342, sólo debe entenderse de forma facultativa o discrecional, en atención a que el titular de la acción siempre será el asegurado. Es más, advierte que su única obligación es la de entregar a esa entidad los antecedentes para el pago del siniestro, según lo estipulado en el artículo 19 de la Ley 21.342; sin embargo, reitera que la titularidad del derecho a solicitar el pago de las indemnizaciones provenientes de los gastos médicos cubiertos por el seguro, debe ser el asegurado, a nombre de quién se contrató el seguro y, por cierto, es quien ha debido o deberá pagar a los prestadores de salud los copagos generados por las atenciones que le fueron otorgadas.

Hace presente que la Isapre no cuenta con la información para poder iniciar el proceso de cobro, esto es, no tiene conocimiento si el afiliado se encuentra asegurado, y si tuviera información al respecto, no sabe si finalmente él es sujeto de cobertura. Refiere que, en efecto, desconoce si los empleadores de sus afiliados cumplieron o no con su obligación de contratar el Seguro Individual Obligatorio de Salud asociado a COVID-19, si sus afiliados se encuentran en teletrabajo o trabajo presencial, si están o no afectos a exclusiones, en definitiva, y como se indicó anteriormente, no cuenta con la información que le permita saber a priori, que el beneficiario está asegurado y con derecho a exigir el pago de la indemnización.

Indica que lo anterior es de suma importancia, debido a que no puede pagar las prestaciones antes de tener la información que permita advertir que se podrá recuperar o gestionar el pago de la indemnización. No se le puede exigir pagar sin tener la claridad de que existe seguro involucrado, cuál es la compañía aseguradora responsable del pago y sin tener la certeza de que dicha compañía aseguradora finalmente pagará la indemnización. Para que este proceso pueda funcionar y sea factible, sostiene que debe ser el afiliado/asegurado, quien deba efectuar copago al prestador de salud, y luego, él gestionar el proceso de cobro en su respectiva compañía aseguradora o, en su defecto, aportar a su isapre toda la información correspondiente para que ésta gestione el proceso de cobro establecido en la Ley, requiriéndole expresamente efectuar el cobro en su representación.

Agrega que, por lo tanto, el hecho de que se le permita ejercer las acciones para perseguir el pago de las indemnizaciones que correspondan por la cobertura de salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 17 y siguientes de la Ley N° 21.342,

sólo debe entenderse de forma facultativa o discrecional, en atención a que el titular de la acción siempre será el Asegurado, sin perjuicio, como ya se ha expuesto, de que esa Institución de Salud Previsional deba entregar, en el menor plazo posible y en la forma que sea requerida, todos los antecedentes necesarios que se necesiten para que el Seguro Individual Obligatorio de Salud pueda pagar el siniestro.

Destaca que la Ley N° 21.342 no obliga a las Instituciones Previsionales de Salud a pagar directamente a los prestadores los gastos generados por las atenciones otorgadas al paciente, como tampoco, que sean estas instituciones las que comiencen el proceso de solicitud de reembolso ante las compañías aseguradoras. Por el contrario, sólo indica que las Instituciones de Salud Previsional estarán facultadas para ejercer las acciones o perseguir el pago de las indemnizaciones correspondientes por la cobertura de salud, en representación de los asegurados que sean sus beneficiarios, los antecedentes que debe entregar al Asegurador para gestionar el pago y la forma y plazo en que este pago se efectuará por parte del Asegurador. Recalca que, en efecto, en ninguna parte de su texto se establece que será la Institución de Salud Previsional la obligada a realizar el pago de las prestaciones de salud, por lo tanto, sostiene que no se le puede exigir pagar directamente a los prestadores los gastos generados por las atenciones brindadas al paciente, más aun considerando lo expuesto precedentemente respecto a que la Isapre desconoce si el empleador contrató o no el seguro (y que de no haberlo hecho sería su responsabilidad cubrir esos gastos); si el afiliado se encontraba haciendo teletrabajo o si aplican respecto de él algunas de las exclusiones del Seguro Covid.

Manifiesta que, en resumen, el proceso correcto de cobro del Seguro Individual Obligatorio de Salud asociado a COVID-19 debería seguir la misma lógica que la de cualquier otro seguro: debe ser gestionado por el asegurado directamente en su compañía aseguradora y ésta última debería ser quien contacte a la Isapre correspondiente para que ésta cumpla con su obligación de aportar todos los antecedentes necesarios para el pago de la indemnización, a excepción de que el asegurado expresamente solicite a su Isapre que realice esta gestión en su representación, en cuyo caso las compañías aseguradoras no podrían negar el pago a la Isapre ya que la ley las faculta para gestionar la indemnización en representación de sus afiliados. En el primer caso, el pago de la indemnización debe ser directamente al asegurado y, en el segundo caso, el pago de la indemnización es a la Isapre, quien a su vez traspasará dicho pago íntegramente a su afiliado.

Para lo anterior, es importante tener presente que, no está en conocimiento de que las compañías aseguradoras cuenten con un procedimiento que genere de forma ágil y eficiente el pago de esta indemnización, por lo tanto, también se requiere que exista una comunicación entre vuestra Autoridad y la Comisión del Mercado Financiero (CMF), en orden a normar este proceso, de manera que permita a los asegurados realizar el trámite de manera expedita o a la Isapre en caso de que el afiliado expresamente se lo haya solicitado. Como mínimo, se requiere tener acceso al listado de Compañías Aseguradoras del Seguro Individual Obligatorio de Salud asociado a COVID-19 y que el procedimiento de denuncia se encuentre regulado y que sea fácil de aplicar, por ejemplo, que para poder presentar la denuncia ante la compañía aseguradora, el asegurado o la Isapre en nombre del afiliado, sólo necesite ingresar el número de cédula de identidad, sin solicitud de ningún otro tipo de información (como por ejemplo el número de póliza) para dar inicio al proceso de liquidación.

Señala que es importante también tener en cuenta que, en atención a lo instruido en el Oficio Circular, en aquellos casos en que la Isapre realice la gestión de cobro, operativamente no le es posible efectuar un pago en un plazo de 48 horas desde que la Isapre ha recibido el reembolso por parte de la aseguradora, por lo tanto, solicita que este plazo de 48 horas sea modificado al menos, a 10 días hábiles. En relación con lo anterior, y con el fin de que el procedimiento sea lo más expedito y ordenado posible, los pagos que sean efectuados por la Aseguradora a las Instituciones de Salud Previsional deberían ser a través de transferencia electrónica acompañada de una nómina, que detalle las cédulas de identidad y montos correspondientes a cada asegurado, para poder identificar correctamente estos pagos.

Luego, respecto del numeral 8 de las instrucciones, que dispone que las isapres que no tengan incorporada la CAEC en sus contratos, deberán sujetarse a las instrucciones impartidas en la Ley 21.342 y al Oficio Circular objeto de este recurso,

salvo en lo que fuere incompatible con dicha calidad, debiendo las Isapres configurar una Red CAEC únicamente para los propósitos de la Ley, manifiesta que en su Institución existen planes colectivos que no tienen incorporada la CAEC, toda vez que éstos cuentan con otro seguro catastrófico para sus funcionarios, motivo por el cual no se les incorporó la CAEC. De acuerdo a lo establecido en el número 6 del Título II, que trata sobre las Instrucciones Especiales para Planes Grupales, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales, que permite la existencia de los planes colectivos sin CAEC. Por lo anterior, no se le puede instruir a actuar en estos casos aplicando el beneficio o cobertura CAEC, sino que, por el contrario, la cobertura para las prestaciones hospitalarias y ambulatorias estará dada según lo pactado en el contrato de salud, y en consecuencia, no se requiere implementar ninguna Red CAEC. Sin embargo, para efectos de la aplicación del Seguro Individual Obligatorio de Salud asociado a COVID-19, su sugerencia para estos casos es que, si el afiliado se atendió dentro de la Red CAEC vigente de la Isapre y, sin perjuicio que la cobertura corresponderá a la de su plan de salud, la compañía de seguros debería entregar una indemnización por este concepto de 30 veces la cotización pactada con un tope de 126 UF.

Solicita, además, a esta Superintendencia aclarar cuál será el procedimiento a aplicar en estos casos. Desde su punto de vista, debería seguir la misma lógica que la de cualquier otro seguro: debe ser gestionado por el asegurado directamente en su compañía aseguradora y ésta última debería ser quien contacte a la Isapre correspondiente para que ésta cumpla con su obligación de aportar todos los antecedentes necesarios para el pago de la indemnización, a excepción de que el asegurado expresamente solicite a su Isapre que realice esta gestión en su representación, en cuyo caso las compañías aseguradoras no podrían negar el pago a la Isapre ya que la ley las faculta para gestionar la indemnización en representación de sus afiliados. En el primer caso, el pago de la indemnización debe ser directamente al asegurado y, en el segundo caso, el pago de la indemnización es a la Isapre, quien a su vez traspasará dicho pago íntegramente a su afiliado.

Por lo manifestado en los párrafos precedentes, solicita tener por presentado recurso de reposición en contra del Oficio Circular IF N° 42, dejándolo sin efecto. En caso contrario, viene en deducir Recurso Jerárquico en contra de éste en los mismos términos ya expuestos.

7. Que, en atención a que algunas peticiones de las recurrentes se refieren a las mismas instrucciones, se analizarán conjuntamente.

8. Que, en primer orden, es necesario dejar asentado que el Oficio Circular no dicta instrucciones modificatorias de la CAEC ni de las Condiciones que rigen ese beneficio adicional, sino que éstas versan sobre el seguro obligatorio establecido por la Ley N° 21.342, en cumplimiento del mandato que ésta impone en su artículo 11. Este aserto es aplicable a las isapres que tienen incorporada la CAEC en sus contratos de salud previsional y, por cierto, también para aquellas que no la tienen.

Pues bien, de la simple lectura de la Ley, resulta evidente que ésta configura el Seguro sobre la base de la CAEC (principalmente de su deducible), por lo que esta Intendencia, para dar cumplimiento al encargo de la misma ley, necesariamente debe referirse a la CAEC, lo que no implica que la modifique.

9. Que, en relación con el fundamento precedente, es menester hacer presente a las Isapres que el Oficio Circular no ordena otorgar cobertura catastrófica alguna que no esté establecida en la normativa vigente sobre la materia.

Concretamente, respondiendo a la preocupación de las comparecientes, respecto a los gastos de las atenciones ambulatorias de rehabilitación asociadas a la enfermedad COVID-19, brindadas a los beneficiarios del seguro de que trata la Ley 21.342, el numeral 3 del punto II del Oficio Circular deja establecido que "Las isapres deberán otorgar la cobertura pactada en el contrato de salud previsional", sin establecer aumentos de cobertura a esta clase de prestaciones.

Acto seguido, en virtud de que los gastos por las aludidas atenciones ambulatorias de rehabilitación son indemnizables por el Seguro, esta Intendencia a través del Oficio Circular debió hacerse cargo de impartir las instrucciones que lo hicieran

aplicable para estos gastos, toda vez que, precisamente, es de su conocimiento que las isapres no disponen de redes CAEC para prestaciones ambulatorias. Sobre el particular, las reglas del citado numeral 3 fijan dos principios fundamentales:

1º La conformación de una Red CAEC ambulatoria para la rehabilitación es facultativa (lo que se expresa con la palabra "podrán");

2º La configuración de la Red CAEC ambulatoria es sólo para efectos del cumplimiento de la Ley N° 21342.

Estas reglas significan que la existencia de la Red CAEC ambulatoria –sea expresa o tácita- no tiene otro efecto que hacer operativas las normas legales sobre el Seguro Covid-19; es decir, no implica que las isapres deban otorgar cobertura catastrófica a prestaciones ambulatorias que no estén afectas a ese beneficio.

Asimismo, no se obliga a las isapres a configurar redes CAEC para prestaciones ambulatorias de rehabilitación por Covid-19, pero se les autoriza a hacerlo. Si no tuvieran redes, se entiende como Red CAEC tácita el prestador que elija el paciente, pues de otra manera el seguro no podría operar, toda vez que la ley fija como condición para ello, que la atención, por regla general, sea efectuada en la Red CAEC de la isapre.

En consecuencia, no procede modificar la redacción de las instrucciones señaladas, pues éstas no alteran las normas sobre la CAEC, sino que establecen reglas transitorias, sólo para efectos de la operabilidad del Seguro Covid-19 y que no inciden en la cobertura catastrófica, sino en el deducible que debe ser pagado por el asegurador.

10. Que, en relación con el mismo numeral 3 del Oficio Circular, Banmédica estima fundamental que se indique de un modo taxativo las prestaciones que deberán considerarse para efectos de la rehabilitación de un paciente Covid-19.

Al respecto, y sin perjuicio de que dicha alegación se contextualiza en el malentendido –ya aclarado- de que se obligaría a la Isapre a otorgar CAEC para prestaciones ambulatorias excluidas del beneficio, cabe hacer presente que tal determinación excedería los límites del encargo efectuado a esta Superintendencia por la Ley 21.342.

11. Que, en relación con el numeral 4 del Oficio Circular, sobre activación automática de la CAEC, objetado por algunas isapres, Banmédica solicita se considere la incorporación en la normativa de la obligación para los beneficiarios y/o sus representantes de realizar una gestión previa de aviso a la Isapre en caso de que su hospitalización no haya sido bonificada con la cobertura CAEC, como asimismo, indicar si deciden voluntariamente acceder a la referida cobertura para efectos de la rehabilitación.

A su vez, Colmena señala que el artículo 11 de la Ley dice quiénes son las personas aseguradas, y en su letra B.- indica que son los cotizantes de una Institución de Salud Previsional, siempre que se atiendan en la Red de Prestadores para la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), conforme a las normas que dicte la Superintendencia de Salud al efecto. Entonces, a la luz de lo preceptuado en la Ley, la activación automática de CAEC se aplicará 1) para atenciones hospitalarias, 2) dentro de la red CAEC, y 3) fuera de la red CAEC solo a través de derivaciones de la UGCC. En consecuencia, y según lo expone en el recurso, la cobertura CAEC, y por ende su activación automática, no corresponde en el ámbito ambulatorio.

Sobre lo alegado, y sin perjuicio de que la petición de Banmédica nuevamente se funda en la supuesta imposición del Oficio Circular de otorgar CAEC a prestaciones ambulatorias excluidas de ese beneficio, lo cierto es que la activación automática de la CAEC ha sido dispuesta por la Ley 21.342.

Como intuye Colmena, el artículo 12 de la Ley en su letra b), indica que, cumplidos los requisitos de las atenciones hospitalarias realizadas en la red, la CAEC se activará automáticamente. Sin embargo, a párrafo seguido, dispone que la cobertura asegurada se aplicará respecto de los gastos relacionados con las prestaciones de

salud recibidas durante la hospitalización y rehabilitación derivada de un diagnóstico confirmado de COVID-19, siempre y cuando éste se haya producido dentro del período de vigencia de la póliza. Más adelante, en el artículo 17, en su número 4, señala entre las exclusiones al seguro: "En el caso de personas aseguradas afiliadas a una Institución de Salud Previsional, los gastos incurridos en prestadores que no pertenezcan a la red de prestadores de salud individuales e institucionales que cada Institución pone a disposición de sus afiliados, con el propósito de otorgarles la CAEC".

Así, del análisis armónico de las normas de la Ley, se infiere que la activación de la CAEC es automática para las prestaciones hospitalarias y de rehabilitación, pues la Ley les impone las mismas reglas, principalmente el uso de la Red CAEC y, cumplidos estos requisitos, releva al paciente de efectuar dicho trámite. Una interpretación contraria, especialmente la que sostiene Banmédica en el sentido de que el beneficiario deba avisar a la isapre y manifestar su voluntad de acceder a la cobertura de sus gastos de rehabilitación, pugnaría con el espíritu que guió la dictación de esa ley, de establecer un mecanismo para que un tercero –la compañía de seguros– indemnice el monto equivalente al deducible de la CAEC y, de esta manera, eximir de todo pago por las prestaciones derivadas de dicha enfermedad a los beneficiarios que han debido efectuar labores presenciales en el sector privado.

12. Que, en relación al número 7 del acápite II del Oficio Circular, las Isapres Nueva Masvida y Colmena Golden Cross objetan la instrucción contenida en el párrafo primero, que establece que "Las isapres deberán ejercer oportunamente las acciones de cobro de la indemnización por los hechos que puedan constituir o constituyan un siniestro", por cuanto –afirman– la ley estableció aquello como una facultad y no como una obligación, por lo que esta Intendencia no podría darle ese carácter.

13. Que, al respecto, es efectivo que el artículo 18 inciso final de la Ley N° 21.342 faculta a las isapres para ejercer, en representación de sus beneficiarios, directamente las acciones para perseguir el pago de las indemnizaciones que corresponda por la cobertura de salud. Sin embargo, esta disposición debe interpretarse en armonía con otras normas de la Ley N° 21342, principalmente con aquellas que suceden a la que se analiza.

Previamente, es necesario tener presente que, de acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, el vocablo "Facultar" significa "Conceder facultades a alguien para hacer lo que sin tal requisito no podría". Por tanto, su sentido no implica necesariamente que lo que se otorga sea una opción que pueda ejercerse o rechazarse. En este caso, el carácter obligatorio o voluntario para las isapres del encargo que le hace la ley, debe dilucidarse situando la norma en su contexto.

Al efecto, el artículo 19 de la Ley N° 21342 dispone que "Las indemnizaciones provenientes de gastos médicos cubiertos por el seguro se pagarán por el asegurador una vez que se le hayan presentado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, los siguientes antecedentes ..."

A su vez, el inciso 2° del artículo 21 de la Ley agrega que "Las indemnizaciones por la cobertura de salud, establecida en el artículo 12, se pagarán... por el asegurador directamente al Fondo Nacional de Salud o a la Institución de Salud Previsional. Con este pago, la entidad aseguradora cumplirá con la obligación de pago". En cambio, la ley hace una diferencia con la indemnización por fallecimiento del asegurado, la que será pagada al beneficiario que demuestre mejor derecho.

De las normas anteriores se concluye que, tratándose de la indemnización por cobertura de salud, es la isapre el interlocutor con la compañía de seguros en todas las etapas del cobro e incluso la ley obliga a ésta a entregar a aquélla el dinero. Por ello, el sentido de estos preceptos es que la isapre ha sido mandatada por el legislador para ejercer las acciones de cobro, lo que es concordante con la instrucción impugnada.

No obstante, esta Autoridad ha analizado algunas advertencias de carácter práctico que plantean las recurrentes, consistentes en que la Isapre no cuenta con la información para poder iniciar el proceso de cobro, esto es, no tiene conocimiento de si el afiliado se encuentra asegurado, y si tuviera información al respecto, no dispone

de la información de la aseguradora a la que pertenece cada afiliado, ni sabe si finalmente él es sujeto de cobertura. Al efecto, desconoce si los empleadores de sus afiliados cumplieron o no con su obligación de contratar el Seguro Individual Obligatorio de Salud asociado a COVID-19; si sus afiliados se encuentran en teletrabajo o trabajo presencial; si están o no afectos a exclusiones. En definitiva, no cuenta con la información que le permita saber a priori, que el beneficiario está asegurado y con derecho a exigir el pago de la indemnización.

Dichas dificultades prácticas han sido subsanadas por la Asociación de Aseguradores de Chile A.G., que ha puesto a disposición del público una aplicación que permite saber, con sólo ingresar el RUN del cotizante, si éste se encuentra asegurado. Dicha información se encuentra accesible a través del enlace <https://covid.aach.cl/>. Lo anterior, sin perjuicio de que las isapres puedan obtener o corroborar dicha información a través de otros medios.

14. Que, nuevamente, las recurrentes Nueva Masvida y Colmena Golden Cross impugnan las instrucciones contenidas en el número 7 del acápite II del Oficio Circular, esta vez en su párrafo segundo, en cuanto instruye que "...las isapres deberán pagar directamente a los prestadores los gastos generados por las atenciones brindadas al paciente y solicitar al Asegurador el reembolso de aquellos que sean de cargo del cotizante...".

Sobre el particular, Nueva Masvida alega, principalmente, que solo es posible que la Isapre pague al prestador directamente cuando se tenga certeza de la procedencia del seguro.

Señala que, si la Isapre paga al prestador y posteriormente el seguro no opera, se está imponiendo a la Isapre una carga que no se justifica, consistente en asumir el pago que le corresponde al afiliado, equivalente al deducible.

Colmena, por su parte, argumenta que no puede pagar las prestaciones antes de tener la información que permita advertir que se podrá recuperar o gestionar el pago de la indemnización. No se le puede exigir pagar sin tener la claridad de que existe seguro involucrado, cuál es la compañía aseguradora responsable del pago y sin tener la certeza de que dicha compañía aseguradora finalmente pagará la indemnización. Para que este proceso pueda funcionar y sea factible, sostiene que debe ser el afiliado/asegurado, quien deba efectuar copago al prestador de salud, y luego, él gestionar el proceso de cobro en su respectiva compañía aseguradora o, en su defecto, aportar a su isapre toda la información correspondiente para que ésta gestione el proceso de cobro establecido en la Ley, requiriéndole expresamente efectuar el cobro en su representación. Recalca que la Ley N° 21.342 no obliga a las Instituciones Previsionales de Salud a pagar directamente a los prestadores los gastos generados por las atenciones otorgadas al paciente.

15. Que esta Autoridad estima atendibles los argumentos planteados por las recurrentes, toda vez que, amén de que la obligación señalada no está contemplada en la Ley N° 21.342, su imposición a las isapres por esta Intendencia podría provocar anomalías en la ejecución del contrato de salud previsional, atribuibles a terceros, como son las compañías de seguros, o a las propias condiciones del contrato de seguro Covid-19, por lo que se acogerá la pretensión de que se deje sin efecto la instrucción objetada.

16. Que la Isapre Colmena Golden Cross también recurre en contra de la parte final del señalado párrafo segundo del número 7 del Oficio Circular, que dispone: "En el evento de que el costo de las atenciones, o una parte de él, haya sido pagado por el beneficiario, la isapre, dentro de un plazo máximo de 48 horas desde que ha recibido el reembolso de parte de la Compañía de Seguros, deberá poner a disposición del cotizante la indemnización correspondiente".

Al respecto, asevera que operativamente no le es posible efectuar un pago en un plazo de 48 horas desde que la Isapre ha recibido el reembolso por parte de la aseguradora, por lo tanto, solicita que este plazo de 48 horas sea modificado, al menos, a 10 días hábiles. En relación con lo anterior, y con el fin de que el procedimiento sea lo más expedito y ordenado posible, propone que los pagos que sean efectuados por la Aseguradora a las Instituciones de Salud Previsional deberían

ser a través de transferencia electrónica acompañada de una nómina, que detalle las cédulas de identidad y montos correspondientes a cada asegurado, para poder identificar correctamente estos pagos.

17. Que la recurrente no aporta antecedente alguno que justifique la imposibilidad alegada, la que, además, no ha sido manifestada por alguna otra isapre. En todo caso, debe tenerse presente que la hipótesis de que trata la norma, se refiere a dinero de propiedad del afiliado, que la isapre recibe como un mero intermediario entre éste y la compañía de seguros, por lo que lo procedente es que lo ponga de inmediato a su disposición para que lo recupere, siendo 48 horas un plazo adecuado para la realización de los trámites administrativos que se requiera para ello.

En cuanto a la forma en que la aseguradora efectúe los pagos a la isapre, se trata de una materia en la que esta Intendencia carece de facultades.

Por tanto, el recurso no podrá prosperar en este punto.

18. Que, en relación con lo anterior, Colmena también hace presente que no está en conocimiento de que las compañías aseguradoras cuenten con un procedimiento que genere de forma ágil y eficiente el pago de esta indemnización, por lo tanto, también se requiere que exista una comunicación entre esta Autoridad y la Comisión del Mercado Financiero (CMF), en orden a normar este proceso, de manera que permita a los asegurados realizar el trámite de manera expedita o a la Isapre en caso de que el afiliado expresamente se lo haya solicitado.

19. Que, sobre este punto, se hace necesario reiterar lo asentado en el 17º fundamento de esta resolución, en cuanto a la ausencia de facultades de este Organismo para impartir instrucciones a las compañías de seguros. Sin perjuicio de ello, se estima adecuada a la realidad la sugerencia de comunicación entre esta Superintendencia y la CMF; no obstante, dicho asunto es ajeno al Oficio Circular cuestionado.

20. Que, finalmente, corresponde referirse a la petición de Colmena Golden Cross en cuanto al número 1 de las instrucciones recurridas, de que se suspenda el proceso de difusión instruido por esta Autoridad hasta que se tenga certeza respecto de la mecánica de operación del seguro, en virtud de los recursos deducidos.

Asimismo, debe analizarse la alegación de Isapre Nueva Masvida, quien señala que la especificación de quiénes son beneficiarios del seguro, hace impracticable la comunicación directa a cada afiliado potencialmente asegurado, ya que la isapre no tiene y nunca tendrá la información precisa sobre cómo un trabajador está desarrollando sus labores actualmente ni como las tiene pactadas con su empleador, ya sea de manera remota, o de manera presencial, u otra forma libremente acordada.

Advierte que si se envía carta o correo electrónico a un afiliado que no se encuentra dentro de las hipótesis legales para gozar del seguro, esta persona podría, a partir de esa comunicación, pensar que sí lo es y generar reclamos innecesarios ante la isapre y ante esta Intendencia; y, lo que es peor, que esta Intendencia sancione a la isapre por haberle enviado un correo o carta a quien no era beneficiario.

Por la razón expuesta, estima que es más razonable y prudente que la obligación de información sea a través de la plataforma web.

21. Que, en cuanto a la suspensión del proceso de difusión del Seguro Covid-19, Colmena la condiciona a la aclaración de la forma de operar del seguro, lo que se estima ha sido satisfecho mediante la presente resolución.

Sin perjuicio de ello, las solicitudes de suspensión de instrucciones no cumplen con los objetivos de un recurso de reposición -de que se modifique o deje sin efecto una instrucción-, sino que son peticiones incidentales que deben ser resueltas mediante un acto separado.

Distinta es la índole de la petición de Nueva Masvida, pues ésta pretende que se deje sin efecto la instrucción de efectuar la referida difusión por determinados medios,

como son carta certificada o correo electrónico, dirigidos específicamente a determinados cotizantes.

Pues bien, esta Intendencia estima atendibles los argumentos presentados, en el sentido de que, efectivamente, las isapres no disponen en forma anticipada de la información que les permita determinar fehacientemente cuáles de sus afiliados que sean trabajadores del sector privado podrían ser asegurados y que enviar información personalizada a todos ellos no contribuiría al objetivo que guía a la instrucción contenida en el numeral 1 del Capítulo II del Oficio Circular, cual es el de entregar información clara a los beneficiarios, por lo que se suprimirá la orden de utilizar los referidos medios de comunicación.

22. Que, en mérito de lo expuesto precedentemente y en uso de las facultades que la ley otorga a esta Intendenta,

RESUELVO:

Acoger parcialmente los recursos de reposición deducidos en contra del Oficio Circular IF/N°42, de fecha 31 de agosto de 2021, sólo en cuanto se modifica su acápite II en los siguientes sentidos:

1. En el numeral 1, se suprime la frase "y, además, carta certificada o correo electrónico,";
2. En el numeral 7, segundo párrafo, se suprime la expresión "las isapres deberán pagar directamente a los prestadores los gastos generados por las atenciones brindadas al paciente y solicitar al Asegurador el reembolso de aquellos que sean de cargo del cotizante. En el evento de que el costo de las atenciones, o una parte de él, haya sido pagado por el beneficiario,".

Remítase para el conocimiento y resolución del Superintendente de Salud, los recursos jerárquicos interpuestos subsidiariamente por las Isapres Nueva Masvida, Banmédica, Consalud, Cruz Blanca y Colmena Golden Cross.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y ARCHÍVESE.-



**SANDRA ARMIJO QUEVEDO
INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD (S)**

KBM/MGH/RTM

TT TT

DISTRIBUCIÓN:

- Gerentes Generales de Isapres
- Gerente General de Isapre Colmena Golden Cross S.A.
- Gerente General de Isapre Consalud S.A.
- Gerente General Isapre Cruz Blanca S.A.
- Gerente General Isapre Banmédica S.A.
- Fiscalía
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Subdepto. de Regulación
- Oficina de partes