

**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°36 de 2024, de la Contraloría General de la República y la Resolución RA N°882/182/2023, de la Superintendencia de Salud, y

**CONSIDERANDO:**

1. Que, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, a través de la Circular IF/N° 441, de fecha 08 de agosto de 2023, impartió instrucciones generales y permanentes sobre la activación automática de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) en situaciones de alerta sanitaria.
2. Que, dentro del plazo legal, las Isapres Banmédica S.A., Vida Tres S.A., Consalud S.A., Nueva Masvida S.A., Colmena Golden Cross S.A. y Cruz Blanca S.A., interpusieron recursos de reposición y en subsidio, recurso jerárquico, exceptuando Isapre Vida Tres S.A.

Adicionalmente, las Isapres Banmédica S.A., Colmena S.A. y Consalud S.A. solicitaron la suspensión de los efectos de la Circular.

3. Que, las **Isapre Banmédica S.A. y Vida Tres S.A.**, en presentaciones de fecha 16 de agosto de 2023, expusieron que, en relación con el contexto de dictación de la normativa, esta busca hacer permanente una disposición contenida en el Oficio Circular IF/N°52, de fecha 03 de julio de 2020, cuyo antecedente fue la declaración de alerta sanitaria en el territorio nacional con ocasión del Covid-19, y cuyas reglas se encontraban contenidas en un protocolo dictado para tal efecto mediante la Resolución Exenta N°248, de 11 de mayo de 2020, del Ministerio de Salud, referido específicamente a la gestión de camas y derivación de pacientes críticos en la Red Integrada Público-Privada. En consecuencia, argumentan que, las normas dictadas en dicha oportunidad obedecieron a un contexto y situación particular, estableciéndose expresamente los requisitos bajo los cuales correspondía a la UGCC gestionar la derivación de pacientes Fonasa e Isapre, correspondiendo en este último caso a las siguientes circunstancias:

- Con más de un 35% de ocupación, solo en caso de que la Isapre no diera respuesta a la gestión de derivación.
- Entre un 35% y un 20% de ocupación, solo respecto de pacientes Isapre que se encontraran en hospitales públicos, en establecimientos privados con diagnóstico de Covid-19, o en caso de tratarse de un paciente no Covid y que la Isapre solicitara asistencia a la UGCC.
- Solo en el evento de existir menos de un 20% de disponibilidad, la UGCC gestionaría indistintamente pacientes Isapre y Fonasa.

En ese sentido, las recurrentes sostienen que, al establecerse la activación automática de la CAEC como una norma de carácter permanente, no se cuenta con reglas ni situaciones análogas para futuras alertas sanitarias que pudieran decretarse, lo que genera incertidumbre respecto del contexto en que dicha disposición podría hacerse efectiva en el futuro, al no encontrarse asociada a una situación específica ni a niveles críticos de ocupación que la justifiquen. Agrega que, incluso en el contexto del Covid-

19, no se contemplaba una gestión exclusiva por parte de la UGCC, sino únicamente en escenarios críticos de ocupación. En efecto, sostiene que dicha activación automática solo debiera considerarse en situaciones excepcionales que cuenten con reglas claras para su aplicación, como ocurrió durante la pandemia, en que se dictaron normas específicas que justificaron la instrucción de activar de manera automática una cobertura adicional como la CAEC. En consecuencia, señala que, si bien dichas circunstancias deben ser determinadas por la autoridad sanitaria competente, al disponer la Superintendencia esta activación automática como una disposición de carácter general, debe necesariamente incorporarse una referencia expresa a dichas condiciones en la normativa impugnada, de modo que dicha activación se justifique y opere efectivamente bajo condiciones de excepcionalidad y emergencia sanitaria.

Como segundo término, las Isapres señalan que resulta necesario referirse a ciertas reglas específicas bajo las cuales se instruye efectuar la activación automática de la CAEC. Indica que, si bien se establece una regla general para dicha activación, atendido que se trataría de un procedimiento de carácter permanente, resulta indispensable que la normativa precise, además del contexto que la justifique -considerando que la alerta puede ser regional y no necesariamente nacional-, un procedimiento claro de coordinación y derivación entre la UGCC y la Isapre, que permita a esta última realizar oportunamente las gestiones correspondientes dentro de los plazos requeridos respecto de sus beneficiarios cuya hospitalización sea dispuesta por la UGCC. Lo anterior, con el objeto de cumplir los fines de la normativa, como gestionar oportunamente pacientes hospitalizados en establecimientos públicos o coordinar su traslado a prestadores que otorguen contractualmente una mayor cobertura que aquella derivada de la activación de la CAEC, no siendo indiferente el momento en que la Isapre tome conocimiento de la hospitalización.

Añaden que, respecto de pacientes cuyo ingreso se produzca en una condición de urgencia vital certificada, la instrucción de que el traslado posterior a la estabilización sea coordinado con la unidad encargada de la gestión de camas resulta contraproducente, pues impide que la Isapre gestione oportunamente dichos casos, estimando que dicha gestión debería corresponderle directamente o, en su defecto, aclararse el rol de coordinación que debe implementarse con dicha unidad.

Por otra parte, las Isapres indican que, en lo relativo a la hospitalización domiciliaria, la Circular instruye que, existiendo indicación médica y cumpliéndose los demás requisitos de procedencia, deben activar automáticamente la CAEC respecto de todas las hospitalizaciones domiciliarias solicitadas por los beneficiarios y gestionadas por la Isapre, desde el inicio de la hospitalización, sin exigir hospitalización previa ni considerar si el prestador pertenece o no a la red de la Isapre. Ello, agregan, dentro de un plazo de 48 horas desde la solicitud respectiva, debiendo en dicho lapso designarse al prestador y gestionarse el traslado desde el establecimiento en que se encuentre hospitalizado el beneficiario.

Al respecto, sostienen que solo en un contexto de máxima criticidad y ocupación sería posible una gestión de esta naturaleza, atendido el carácter excepcional de otorgar cobertura CAEC a un régimen domiciliario, por lo que dicha hipótesis debe regularse de manera clara y precisa. Asimismo, destaca que la normativa dictada con ocasión del Covid-19 contemplaba condiciones más estrictas que las incorporadas por la Circular IF/N°441, toda vez que establecía que la hospitalización domiciliaria en un prestador sin convenio solo debía cubrirse en caso de insuficiencia de la red, circunstancia que, a su juicio, debiera incorporarse en una regulación como la impugnada, especialmente cuando la hospitalización domiciliaria no corresponda a casos críticos, sino a una modalidad privilegiada por el contexto de la alerta sanitaria. Añade que el plazo de 48 horas resulta insuficiente para verificar la procedencia de la solicitud y no sería aplicable a situaciones en que no exista una hospitalización previa que requiera efectivamente un



traslado.

Finalmente, las isapres argumentan que, en relación con los casos en que no correspondería activar la CAEC, la Circular IF/Nº441 solo se refiere a la existencia de una mayor cobertura a través del plan de salud u otras coberturas adicionales contratadas, o al rechazo expreso de la CAEC o del traslado dispuesto por la Isapre. Sin embargo, sostiene que la normativa debe considerar expresamente la improcedencia de la CAEC cuando las prestaciones otorgadas al beneficiario se encuentren excluidas de dicha cobertura adicional, conforme a sus condiciones respectivas, así como incorporar una referencia específica sobre la forma de operar en aquellos casos en que los pacientes requieran cobertura bajo el Régimen GES en el contexto de una activación automática de la CAEC. En atención a lo expuesto, concluye que resulta fundamental que la normativa contemple las modificaciones y aclaraciones señaladas, de modo que las instrucciones se ajusten a un contexto excepcional que justifique una medida como la activación automática de la cobertura CAEC, indicando claramente la forma de proceder en cada caso y considerando las situaciones de excepción planteadas.

Por lo anterior, solicitan tener por interpuesto el recurso reposición y en definitiva, se acojan los referidos recursos y se modifique la referida Circular, conforme a los argumentos de hecho y derecho anteriormente expuestos.

4. Que la **Isapre Colmena Golden Cross**, en presentación de 16 de agosto de 2023, expone que, siendo el interés de esa Intendencia disponer como permanentes normas ya dictadas, corresponde señalar que la instrucción contemplada en la Circular impugnada no se encontraba establecida en el Oficio Circular IF/Nº 52 de 2020, que reguló la activación automática de la CAEC durante la etapa más crítica de la pandemia.

Indica que, su incorporación a la normativa administrativa de ese Organismo podría generar un impacto financiero relevante, toda vez que la configuración de las Redes CAEC y los convenios vigentes establecen tarifas o precios especiales para distintos tipos de camas, los que se aplican según el plan de salud del beneficiario. En ese contexto, sostiene que no constituye un efecto menor el no considerar el tipo de cama utilizada por el paciente para efectos de la aplicación de esta cobertura, desde que la CAEC se encuentra previamente definida en tipos de cama específicos.

Asimismo, la isapre señala que, en el evento que un beneficiario rechace el tipo de cama asignada conforme al convenio CAEC, ello implica que está optando por la cobertura de libre elección y, por ende, la bonificación deberá aplicarse de acuerdo con lo establecido en su plan de salud complementario, debiendo efectuar el copago correspondiente. En consecuencia, argumenta que si el paciente rechaza el tipo de cama del convenio CAEC, no puede acceder a las tarifas y coberturas propias de dicho beneficio.

Por último, la isapre indica que, desde el punto de vista operativo, no existe dentro del proceso de bonificación de cuentas hospitalarias un sistema o mecanismo que permita calcular copagos diferenciales entre tarifas, como se instruye en la presente Circular.

En relación con el punto 6 de la Circular, la isapre hace presente que resulta relevante considerar lo dispuesto en la normativa CAEC contenida en el Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios de esa Intendencia, específicamente en lo relativo a las condiciones de procedencia de la hospitalización domiciliaria CAEC, en particular lo señalado en el numeral 1110.- DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA CAEC, que establece que esta cobertura procederá respecto de la Hospitalización Domiciliaria, previa solicitud a la Isapre y derivación por parte de ésta a un prestador designado por ella, debiendo cumplirse todas las condiciones allí enumeradas, entre ellas, que se trate de un paciente hospitalizado, sin alta médica, y que la hospitalización domiciliaria constituya una sustitución de una hospitalización en un prestador de la Red,

con continuidad de prestaciones.

De acuerdo con lo anterior, la isapre argumenta que, conforme a lo establecido en el punto número tres antes citado, constituye una condición necesaria para acceder a la CAEC que las prestaciones domiciliarias sean un sustituto hospitalario para pacientes sin alta médica, cuyo objetivo sea dar continuidad a las atenciones otorgadas en recintos asistenciales. En ese sentido, sostiene que resulta improcedente otorgar CAEC a beneficiarios que no hayan estado previamente hospitalizados, solo por el hecho de contar con una indicación médica.

Agrega que, dicha instrucción, además de contravenir la normativa CAEC vigente, puede acarrear graves consecuencias financieras para todas las isapres, por cuanto no define el nivel de complejidad de los pacientes que podrían acceder al beneficio, ni circunscribe las indicaciones a la Red de prestadores, ampliando su alcance a cualquier beneficiario o familiar que solicite CAEC con una indicación médica para atenciones domiciliarias. En definitiva, concluye que, al no ajustarse a las normas actuales de cobertura catastrófica para hospitalizaciones domiciliarias, la instrucción deja su aplicación sujeta al arbitrio del paciente, de sus familiares y del prestador que pretenda otorgar el servicio, incrementando el gasto que debe ser asumido por la isapre en una cobertura del 100%, sin contar esta última con herramientas para una adecuada gestión del caso.

Por lo anterior, solicita tener por interpuesto recurso de reposición solicitando que la Circular se deje sin efecto en todas sus partes.

5. Que la **Isapre Consalud**, en presentación de 16 de agosto de 2023, expone que, respecto del punto 5 antes citado, cabe hacer presente a esa Intendencia de Fondos que, para gestionar debidamente un traslado, se requiere contar con un informe médico. Señala que, desde el momento en que la isapre recibe dicho informe, se encuentra en condiciones de iniciar las gestiones necesarias para el traslado, por lo que debería regir el plazo de 48 horas para administrar el caso, conforme a lo que actualmente establece la normativa vigente.

Por otro lado, la isapre indica que pierde sentido que el aviso a la isapre, en aquellos casos de pacientes que ingresen en condición de emergencia certificada, cuya situación haya sido informada a la isapre con anterioridad a la estabilización, sea efectuado por el propio prestador, por cuanto no es posible realizar gestiones de traslado sin contar previamente con la autorización de la familia o del representante del paciente.

Adicionalmente, la isapre señala que puede darse el caso de que el paciente cuente con seguros de salud independientes, y que la familia o su representante opten por la cobertura del plan de salud y no por la cobertura CAEC.

En cuanto al punto 6, relativo a la activación de la CAEC en los casos de hospitalizaciones domiciliarias, la isapre recuerda que este tipo de hospitalización corresponde a una alternativa a la hospitalización tradicional en un hospital o clínica, en la cual las atenciones brindadas al paciente deben corresponder a aquellas que habría recibido de haberse encontrado en un establecimiento hospitalario para su manejo clínico y terapéutico, atendida la exigencia derivada de su estado de salud y siempre que dichas atenciones se encuentren indicadas y controladas por un médico tratante.

Bajo dicha definición, la isapre argumenta que resulta errónea la normativa que se recurre al señalar que *"En estos casos, no se exigirá que la o el beneficiario haya estado previamente hospitalizado para la activación de la CAEC..."*, en el entendido de que la hospitalización domiciliaria corresponde a la continuación de las atenciones hospitalarias en el domicilio. En ese sentido, sostiene que no debería activarse la CAEC si el paciente



no se encuentra hospitalizado, toda vez que es el prestador quien debe evaluar la pertinencia de dicha modalidad de atención.

Por último, la isapre sostiene que se hace necesario aclarar en esta nueva normativa que la hospitalización domiciliaria no debería aplicarse en aquellos casos en que el paciente no sea autovalente y requiera de cuidadora, por cuanto, en tal situación, las atenciones brindadas no corresponden a aquellas que habría recibido de haberse encontrado en un establecimiento hospitalario para su manejo clínico y terapéutico.

Por lo expuesto, solicita tener por interpuesto recurso de reposición en contra de la Circular IF/Nº 441 de fecha 08 de agosto de 2023, dejando sin efecto la misma.

6. Que, la **Isapre Cruz Blanca S.A.**, en presentación de 16 de agosto de 2023, expone que, respecto del punto 2 del número 11 que se incorpora al Capítulo IV del Título II del Compendio de Beneficios, que se dispone que las isapres deberán siempre activar automáticamente la CAEC cuando el beneficiario haya ingresado a un prestador de la Red en convenio para esta cobertura, independiente del tipo de cama utilizada, agregándose que, en caso de que la persona beneficiaria rechace el tipo de cama asignada conforme al convenio de la cobertura CAEC, deberá solventar la diferencia de precio entre la cama utilizada y aquella establecida en el referido convenio.

Al respecto, la isapre señala que no se advierte razón alguna para que, en el caso descrito, se alteren las reglas generales bajo las cuales opera el beneficio de la CAEC, las que resguardan las situaciones en que el beneficiario ingresa a un prestador de la Red CAEC en una condición de urgencia, sin que resulte necesario, por tanto, innovar en esta materia. En consecuencia, argumenta que, si se verifica el ingreso del beneficiario fuera de los casos de urgencia regulados en las Condiciones de la CAEC, el efecto será que reciba la cobertura otorgada por su plan complementario de salud, hasta que opte por atenderse en el tipo de habitación indicado por la isapre, toda vez que el rechazo del tipo de cama asignada conforme al convenio de la cobertura CAEC es equivalente al rechazo de dicha cobertura.

En cuanto al punto 6 del número 11 que se incorpora al Capítulo IV del Título II del Compendio de Beneficios, la isapre expone que, en el contexto que motiva la dictación de esta nueva normativa y atendida la situación de excepción en la que rige, no existe sustento para disponer la obligación de autorizar todas las hospitalizaciones domiciliarias que se soliciten como primera hospitalización, sin que medie una derivación, por las consideraciones que se exponen a continuación.

En primer lugar, la isapre indica que no se cumple uno de los supuestos excepcionales de la normativa, consistente en la existencia de una coordinación centralizada de la red asistencial de prestadores públicos y privados. En efecto, basta que un médico —que incluso puede no formar parte de la Red de la isapre— disponga la hospitalización domiciliaria, sin que dicha indicación se inserte en un contexto de gestión y coordinación asistencial centralizada.

En segundo término, la isapre argumenta que la cobertura CAEC para hospitalización domiciliaria es de carácter excepcional, siendo la regla general su exclusión del beneficio, salvo que se cumplan los requisitos explicitados en el punto 10 de las Condiciones de la CAEC. Si bien reconoce que, en el contexto de una Alerta Sanitaria con coordinación centralizada de la red asistencial, podría resultar razonable no exigir que la derivación provenga de un prestador de la Red de la isapre -lo que sería consistente con otras disposiciones de la Circular-, sostiene que la autorización de la CAEC para hospitalizaciones domiciliarias como primera hospitalización, sin mediar derivación, implica que la isapre pierda todo control y posibilidad real de gestionar los casos. Añade que dicha gestión resulta aún más compleja tratándose de prestadores de hospitalización domiciliaria con los que no existe convenio, atendida la naturaleza de la prestación asistencial, tal como lo demuestra la experiencia.

En este sentido, la isapre señala que la normativa debiera mantener, a lo menos, la misma disposición contenida en el Oficio Circular IF/Nº 52, de 3 de julio de 2020, en cuanto a que, para que se active la CAEC por hospitalización domiciliaria en un prestador ajeno a la Red de la isapre, dicha Red debe encontrarse en situación de insuficiencia, pues de ese modo no se priva a la isapre de la posibilidad de administrar y gestionar el caso.

Finalmente, la isapre sostiene que debe considerarse que la integridad de la motivación constituye un criterio esencial exigible al acto administrativo, en cuanto este debe indicar y desarrollar todos y cada uno de los motivos de hecho y de derecho que le sirven de fundamento, no siendo admisibles indicaciones parciales ni el fraccionamiento de los motivos. En tal sentido, afirma que la omisión u ocultamiento de uno o más motivos torna ilegal el acto, toda vez que la Ley Nº 19.880 exige una motivación fundada, esto es, que los motivos del acto administrativo presenten lógica y coherencia jurídica.

En síntesis, la isapre concluye que la falta de motivación afecta a cada uno de los aspectos reseñados, al no explicarse ni justificarse de manera racional los cambios introducidos a la normativa sobre Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, incorporando modificaciones que impiden la adecuada administración de los casos por parte de la isapre. Añade que ello sustituye, sin fundamentos suficientes, un sistema de gestión por uno automático de cobertura CAEC, perjudicando el control de costos que corresponde a la isapre, en la medida que estos deben otorgarse de una forma no prevista en el contrato.

Por lo anterior, solicita tener por interpuesto el recurso de reposición en contra de la Circular IF/Nº 441 de fecha 8 de agosto de 2023, dejándola sin efecto, en la parte reclamada.

7. Que, la **Isapre Nueva Masvida S.A.**, en presentación de 16 de agosto de 2023, expone que, este tipo de medidas le impiden gestionar adecuadamente los recursos y, especialmente, le imposibilitan ejecutar su giro propio y exclusivo, consistente en asegurar el financiamiento de prestaciones de salud bajo las restricciones y condiciones estipuladas contractualmente. Señala que todo impedimento a la gestión genera consecuencias que distorsionan los resultados y, en definitiva, anulan los esfuerzos realizados, en la medida que no permiten ejecutar los convenios vigentes con prestadores, pudiendo incluso obligar a la isapre a otorgar una cobertura fuera de Red, como la CAEC, en algunos de los prestadores más onerosos del país, que presentan diferencias significativas respecto de otros prestadores, aun cuando existan camas disponibles en la Red.

Por ello, la isapre indica que, de mantenerse esta regulación, resulta necesario que la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, a través de la Unidad Centralizada de Gestión de Camas, realice las gestiones considerando un orden de prelación conforme a los prestadores que figuran en la Red CAEC de la isapre, información que, además de ser pública por encontrarse disponible en el sitio web de cada aseguradora, se encuentra en poder de la Superintendencia de Salud. Alternativamente, señala que debería establecerse expresamente que la isapre pueda realizar gestiones para el traslado a su Red, informando de ello a la Unidad encargada de la gestión de camas, sin que tales actuaciones sean calificadas como un obstáculo, desde que la isapre no estaría sino cumpliendo con su obligación.

Asimismo, la isapre señala que el numeral 3 de la Circular establece una obligación de rescatar en un "breve plazo" a los beneficiarios que se encuentren en hospitales públicos, indicando además que las gestiones realizadas por la isapre no podrán entorpecer la labor de la Unidad encargada de la gestión de camas.

Sobre este punto, la isapre hace presente que no resulta posible realizar el rescate de un paciente cuando éste, o su familia —en el caso de personas que no se encuentran en condiciones de manifestar su voluntad—, se niegan al traslado. Indica que ello ocurre con



frecuencia, cuando un paciente que ingresa a un hospital público opta por permanecer en dicho establecimiento por diversos motivos, tales como la imposibilidad de familiares o redes de apoyo de trasladarse a otra región, o para evitar un traslado que genere mayor preocupación o estrés tanto en el enfermo como en su entorno.

La isapre argumenta que resulta comprensible que, en un contexto de pandemia y altos niveles de ocupación de camas -como ocurría cuando sólo existía un 20% de disponibilidad, según lo prescribía el Oficio Circular IF/N°52-, se hayan establecido excepciones a la normativa, atendidas las limitaciones a las libertades personales garantizadas por la Constitución. Sin embargo, sostiene que los supuestos previstos en la Circular impugnada podrían configurarse cumpliéndose únicamente los dos requisitos establecidos por dicha regulación, la que no instituye mayores exigencias y deja a las personas en una situación de desprotección y vulnerabilidad, al eventualmente desarraigarlas de su zona de residencia y de su red de apoyo, por el solo hecho de trasladarlas a un prestador privado que incluso podría no existir en su región. Añade que las medidas adoptadas no resultan proporcionales, toda vez que su aplicación requiere únicamente la existencia de una alerta sanitaria —en cualquier región del país— y una disposición de la Unidad Centralizada de Gestión de Camas.

En este sentido, la isapre sostiene que pugna con las garantías constitucionales obligar a un paciente, y no a otro, a salir de un hospital atendiendo exclusivamente al sistema de salud, público o privado, al que se encuentra afiliado, con independencia de las circunstancias del caso y, especialmente, cuando no existen condiciones sanitarias que lo justifiquen. Señala que los requisitos establecidos en la Circular no implican necesariamente la concurrencia de una situación de la entidad y gravedad necesarias para ello, deviniendo la normativa en discriminatoria, por cuanto no resulta razonable efectuar dicha diferenciación. Recuerda que no es posible establecer diferencias cuando estas resultan arbitrarias, esto es, cuando carecen de sustento en la razonabilidad de las medidas, lo que, a su juicio, no se configura en este caso, desde que un paciente, independientemente de su afiliación, puede acceder tanto al sistema público como al privado.

En otro orden de ideas, la isapre señala que resulta necesario precisar el alcance de la instrucción cuando indica que no se puede "entorpecer la labor de la Unidad encargada de la gestión de camas, ...", dado que en el mismo apartado se ordena adoptar medidas para rescatar al paciente, trasladándolo a un prestador que le otorgue mayores beneficios contractuales.

Al respecto, la isapre argumenta que se le ordena, por una parte, "rescatar en plazos breves", pero, por otra, se le limita dicha actuación al señalar que no debe "entorpecer", sin que exista claridad respecto de los criterios que deben guiar la actuación de la aseguradora. Añade que se advierte la falta de definiciones y parámetros claros, los que sí se encontraban contemplados en el Oficio Circular IF/N°52 y que actualmente se echan de menos.

Respecto de lo dispuesto en el numeral 5, la isapre sostiene que resulta necesario dejar sin efecto la regulación en este punto, toda vez que, como se ha expuesto, los requisitos para que opere la Circular impugnada se reducen a dos, los que no garantizan en caso alguno la existencia de una situación de gravedad. En consecuencia, argumenta que la CAEC debe comenzar a regir desde el ingreso a la Red, sin que exista justificación para un tratamiento distinto.

En relación con lo establecido en los numerales 6 y 7 de la nueva normativa, la isapre expone que se instruye otorgar cobertura CAEC para hospitalizaciones domiciliarias que "se soliciten", lo que le impide gestionar adecuadamente los casos conforme a las necesidades de cada paciente y hacer un uso racional de los recursos. Indica que no existe fundamento plausible para ello, considerando que los prestadores domiciliarios no forman parte de los

casos gestionados por la Unidad Centralizada de Gestión de Camas del Ministerio de Salud.

Asimismo, la isapre señala que muchas de las indicaciones emanadas de los facultativos no revisten la complejidad necesaria para ser calificadas como hospitalización domiciliaria, correspondiendo más bien a cuidados de enfermería, prestación que se encuentra expresamente excluida de los contratos suscritos, conforme a lo dispuesto en el artículo N° 190 del D.F.L. N° 1 de Salud. Precisa que, en numerosos casos, las atenciones requeridas consisten en curaciones, aseo y confort, cambios de posición, entre otras, lo que igualmente ocurre con prestaciones de rehabilitación, tales como kinesiología, terapia ocupacional o fonoaudiología, las que en ningún caso pueden ser consideradas hospitalización domiciliaria, aun cuando muchas de ellas se encuentren contenidas en canastas GES.

En este sentido, la isapre argumenta que el solo hecho de recibir prestaciones en un domicilio particular no basta para calificar una atención como hospitalización domiciliaria, advirtiendo el riesgo de extender esta modalidad a situaciones que no lo ameritan. Sostiene que, para los efectos de la aplicación de la Circular, no basta con una orden médica, sino que resulta indispensable que se cumplan todos los requisitos de pertinencia establecidos en la normativa vigente.

Finalmente, la isapre concluye que la nueva regulación administrativa desvirtúa la conceptualización de la CAEC y torna imposible el cumplimiento de su deber de contención de costos.

Por lo anterior, solicita tener por interpuesto el recurso de reposición en contra de la Circular IF/N° 441 de fecha 8 de agosto de 2023, dejándola sin efecto, o bien modificarla, estableciendo como requisito que el nivel de ocupación de camas debe ser como mínimo del 80% y que debemos encontrarnos ante una alerta sanitaria que obedezca a una pandemia para su aplicación, y asimismo, complementar su contenido de acuerdo a lo señalado por la isapre en esta presentación.

8. Que, en cuanto al fondo del asunto, y en particular respecto del argumento sostenido por las Isapres Banmédica, Vida Tres y Nueva Masvida, en orden a que la Circular IF/N°441 no establecería reglas claras para la activación automática de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, a diferencia de la normativa dictada durante la pandemia por COVID-19, la cual contemplaba condiciones objetivas, tales como determinados porcentajes de ocupación de camas, esta Intendencia estima que dicho reproche resulta atendible, en la medida en que la activación automática de una cobertura de carácter excepcional exige necesariamente la concurrencia de parámetros objetivos que justifiquen su aplicación.

En este sentido, el criterio propuesto por la Isapre Nueva Masvida, relativo a que la instrucción dada por la Circular impugnada resultaría comprensible únicamente en escenarios de alta ocupación de camas, cuando exista a nivel nacional, una disponibilidad igual o inferior al 20% de camas críticas en el país, por configurar una situación de excepcionalidad que justifica la aplicación de las instrucciones impugnadas, resulta razonable y será acogido. Dicho criterio, además, resulta compatible con lo sostenido por las Isapres Banmédica y Vida Tres, en orden a que la normativa cuestionada debe operar exclusivamente en circunstancias de carácter excepcional, por lo que se modificará la Circular en este punto conforme a lo que se indicará en lo resolutivo.

9. Que, en cuanto a la solicitud formulada por las Isapres Banmédica y Vida Tres, tendiente a que se fije un procedimiento claro de coordinación y derivación entre la UGCC y las Isapres, esta no puede ser acogida, por cuanto los procedimientos de gestión correspondientes deben ser dictados por la propia UGCC o por la autoridad sanitaria competente, atendidas las particularidades propias de cada evento de alerta sanitaria que se produzca, no siendo esta Superintendencia competente para establecer dichos procedimientos.



**10.** Que, en relación con lo alegado por ambas Isapres, en cuanto a que la exigencia de que el traslado posterior a la estabilización del paciente sea coordinado con la unidad encargada de la gestión de camas resultaría contraproducente, por cuanto impediría a la Isapre gestionar oportunamente dichos casos, esta Intendencia estima que no se advierte una incompatibilidad *a priori* entre que la Isapre realice oportunamente las gestiones de traslado y que dichas gestiones se efectúen de manera coordinada con la Unidad de Gestión de Camas (UGCC). Lo anterior, atendido que, en el contexto de aplicación de la norma, dicha coordinación resulta necesaria, en la medida en que toda gestión de traslado, frente a una alerta sanitaria, en donde la gestión de camas está centralizada, debiera contar con la aprobación de dicha Unidad.

**11.** Que, en lo referente con la solicitud formulada por las Isapres Banmédica y Vida Tres, en orden a que la normativa contemple expresamente la improcedencia de la cobertura CAEC cuando las prestaciones otorgadas al beneficiario se encuentren excluidas de dicha cobertura adicional, así como a incorporar una referencia específica respecto de la forma de proceder en aquellos casos en que los pacientes requieran cobertura bajo el Régimen GES en el contexto de una activación automática de la CAEC, esta Intendencia estima que dicha solicitud debe ser rechazada, toda vez que tales materias no fueron objeto de regulación en la Circular impugnada, ni ésta ha introducido modificaciones a las normas generales contenidas en los respectivos Compendios en dichos aspectos.

**12.** Que, por su parte, respecto de lo señalado por la Isapre Colmena Golden Cross, en cuanto a que, no considerar el tipo de cama utilizada por el beneficiario para efectos de la aplicación de la cobertura CAEC podría generar un impacto financiero negativo, atendido que dicha cobertura se encuentra definida contractualmente en relación con tipos de cama específicos, resulta necesario tener presente que la normativa en análisis imparte instrucciones destinadas a operar en un contexto de carácter excepcional. En dicho escenario, derivado de elevados niveles de ocupación de camas, el beneficiario puede verse imposibilitado de acceder al tipo de cama correspondiente al convenio CAEC celebrado entre la Isapre y el prestador, circunstancia que no puede traducirse, por sí sola, en la exclusión del acceso a la cobertura CAEC, resultando improcedente descartar su aplicación respecto de un beneficiario que no contó con una alternativa real de elección.

Sin perjuicio de lo anterior, y efectuado un nuevo análisis de los antecedentes, esta Intendencia estima razonable acoger el argumento planteado por la Isapre Colmena Golden Cross, el cual también ha sido planteado por la Isapre Cruz Blanca, en orden a que, cuando el beneficiario rechace expresamente el tipo de cama asignada conforme al convenio CAEC, corresponde otorgar la cobertura bajo la modalidad de libre elección o bajo cobertura preferente, según corresponda, aplicándose en tal caso las reglas del respectivo plan de salud. En consecuencia, la Circular será modificada en este punto.

**13.** Que, en lo que respecta a la alegación formulada por la Isapre Consalud respecto del punto N°5 de la Circular impugnada, en cuanto a que debería regir el plazo de 48 horas actualmente previsto en la normativa para la administración del caso, atendido que resulta necesario contar con un informe médico para efectos de gestionar debidamente el traslado de pacientes que ingresan en condición de emergencia certificada, no será acogido, por cuanto como lo establece la norma, la activación de la CAEC se produce desde que la Isapre entra en conocimiento de la hospitalización, no siendo en consecuencia necesario establecer el plazo para la gestión del traslado, ya que dicho plazo únicamente tendría sentido en la medida que se estableciera la cobertura desde el inicio de las gestiones o desde el ingreso al prestador de la red.

**14.** Que, en lo referente a lo señalado por la Isapre en su recurso, en cuanto a que carecería de sentido que el aviso a la Isapre sea efectuado por el propio prestador en aquellos casos en que los pacientes ingresen en condición de emergencia certificada,

atendido que no pueden realizarse traslados sin el consentimiento del paciente, de su familia o de su representante, esta Intendencia no estima razonable dicha argumentación expuesta. En efecto, una vez que la Isapre toma conocimiento de la hospitalización, debe velar por informar al beneficiario o a sus representantes acerca de las alternativas de cobertura disponibles y, en caso de optarse por la cobertura CAEC, efectuar las gestiones necesarias para el traslado al prestador correspondiente. Lo anterior, considerando además que la normativa en análisis se encuentra orientada a situaciones de excepción sanitaria, lo que podría implicar, eventualmente, que la decisión de traslado sea determinada por la autoridad competente, incluso en contra de la voluntad del paciente o de su familia, por lo que será rechazada dicha argumentación

15. Que, respecto de la alegación formulada por la Isapre Cruz Blanca, en cuanto a que el rechazo por parte del beneficiario del tipo de cama asignada por la Isapre equivaldría al rechazo de la cobertura CAEC, deberá estarse a lo dicho en el considerando N°12.
16. Que, en lo que respecta a la supuesta "falta de motivación" de la norma impugnada, alegada por la Isapre Cruz Blanca, esta Intendencia estima que dicha alegación no puede prosperar y será rechazada. En efecto, la Circular cuestionada expone de manera suficiente y coherente los fundamentos que justifican su dictación, los cuales se encuentran directamente vinculados a la necesidad de establecer reglas excepcionales de operación del sistema de salud frente a escenarios de alerta sanitaria, atendida la relevancia que tales situaciones revisten para la protección de la salud pública. En este sentido, la motivación de la norma se estructura a partir de consideraciones generales y razonables sobre la necesidad de asegurar continuidad en el acceso a las prestaciones de salud, así como de otorgar certezas operativas a los distintos actores del sistema en contextos de alta criticidad, circunstancias que, por su propia naturaleza, pueden reiterarse en el tiempo.
17. Que, en relación a las alegaciones de Isapre Nueva Masvida, a que no sería posible realizar el rescate cuando existiera negativa de traslado, y que únicamente podría comprenderse en situación de pandemia y niveles de ocupación elevados, se estará a lo ya dicho en los considerandos 8° y 14°.
18. Que, en relación con lo señalado por la Isapre aludida en el considerando precedente, en cuanto a que resultaría necesario precisar el alcance de la expresión contenida en la normativa que señala que no se *puede "entorpecer la labor de la Unidad encargada de la gestión de camas..."*, considerando que en el mismo acápite se indica que deben adoptarse las medidas necesarias para rescatar al paciente, incluso mediante su traslado a un prestador que le otorgue mayores beneficios contractuales, cabe señalar que, tal como se indicó en el considerando n°10, no existe incompatibilidad alguna entre que la Isapre realice dichas gestiones de manera eficiente y que, al mismo tiempo, dichas actuaciones no contravengan -en el contexto previsto por la Circular- la gestión desarrollada por la Unidad de Gestión de Camas (UGCC), debiendo además efectuarse de forma coordinada y coherente con ésta. Lo anterior, en un marco de razonabilidad, en el cual se reconoce que la Isapre no puede estar obligada a lo imposible y que, eventualmente, frente a un escenario particular de alerta sanitaria, puedan dictarse instrucciones o normativas específicas destinadas a optimizar la operatividad del sistema.
19. Que, en lo referente a la solicitud de eliminación del numeral 5 de la Circular por parte de Isapre Nueva Masvida, bajo el argumento de que no se fundamenta por exigir necesariamente una situación de gravedad, ésta será rechazada, conforme a la alegación acogida en el considerando 8°, que establece un criterio adicional de gravedad.
20. Que, en cuanto a la alegación formulada por la Isapre Nueva Masvida, en orden a que la aplicación de la cobertura CAEC a todas las hospitalizaciones domiciliarias que se soliciten impediría gestionar adecuadamente las necesidades de cada paciente y efectuar un uso racional de los recursos disponibles, deberá estarse a lo que se señalará en el considerando siguiente.



Por otra parte, respecto de lo sostenido por la Isapre en cuanto a que los cuidados de enfermería y las terapias de rehabilitación no debieran encontrarse cubiertos por la CAEC, esta Intendencia estima que dicha alegación debe ser rechazada, por cuanto la Circular impugnada no altera ni modifica las prestaciones que se encuentran cubiertas por este tipo de cobertura. En tal sentido, si se tratare de prestaciones excluidas conforme a la normativa general vigente, estas permanecerán igualmente excluidas en las hipótesis reguladas por la Circular.

- 21.** Que, en lo referente a las alegaciones formuladas por las Isapres respecto de las reglas especiales de cobertura CAEC en casos de *hospitalización domiciliaria* contemplada en la Circular impugnada, y en particular a lo sostenido por las Isapres Banmédica, Vida Tres y Cruz Blanca, en orden a que el otorgamiento de dicha cobertura en el régimen de hospitalización domiciliaria reviste un carácter excepcional, así como a que la normativa dictada con ocasión de la pandemia por COVID-19 contemplaba que la hospitalización domiciliaria en un prestador sin convenio solo debía ser cubierta en situaciones de insuficiencia de la Red, esta Intendencia estima que dicho planteamiento resulta coherente y racional, motivo por el cual será acogido. En consecuencia, se establece que la cobertura CAEC en casos de hospitalización domiciliaria operará cuando se trate de un prestador con convenio con la Isapre y, tratándose de prestadores sin convenio, únicamente en situaciones de insuficiencia de la Red.

Por su parte, en cuanto a la reclamación efectuada por Isapres Banmédica y Vida Tres relativa al plazo de 48 horas, el cual, según las Isapres, resultaría insuficiente, se estima que dicho plazo constituye un término razonable para la realización de las gestiones pertinentes, atendido el contexto de criticidad en que se aplica la normativa.

- 22.** Que, en cuanto a los argumentos planteados por las Isapres Colmena Golden Cross, Consalud y Cruz Blanca, relativos a la hospitalización domiciliaria, en orden a que resultaría improcedente otorgar cobertura CAEC a beneficiarios que no hayan estado previamente hospitalizados, únicamente por el hecho de contar con una indicación médica, se estima que la argumentación expuesta en sus recursos resulta atendible, motivo por el cual se acogerá y se accederá a suprimir el inciso segundo del numeral 6 de la Circular impugnada.
- 23.** Que, finalmente, en cuanto a lo señalado por la Isapre Consalud, en orden a que la hospitalización domiciliaria no debería resultar aplicable en aquellos casos en que el paciente no sea autovalente y requiera el apoyo de una cuidadora, por estimar que, en tal hipótesis, las atenciones brindadas no corresponderían a aquellas que el paciente habría recibido de haberse encontrado en un establecimiento hospitalario para su manejo clínico y terapéutico, esta Intendencia estima que dicho argumento debe ser rechazado. Lo anterior, por cuanto dentro de los criterios que regulan la procedencia de la cobertura de hospitalización domiciliaria no se contempla, como condición excluyente, la circunstancia de que el paciente no sea autovalente.
- 24.** Que, en mérito de lo expuesto precedentemente, y en uso de las facultades legales que la ley otorga a este Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud;

#### **RESUELVO:**

- 1.-** ACOGER PARCIALMENTE los recursos de reposición interpuestos por las Isapres Banmédica S.A., Vida Tres S.A., Colmena Golden Cross S.A., Cruz Blanca S.A., Consalud S.A., Nueva Masvida S.A. en contra de la Circular IF/Nº 441, modificándose en consecuencia en la forma que se indicará a continuación:
- i. En el numeral III, el primer párrafo principal del título "11. Activación automática de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas

(CAEC) en situaciones de Alerta Sanitaria", se reemplaza por el siguiente texto:

"Cuando exista una situación de Alerta Sanitaria declarada en el país o en alguna de sus regiones, la coordinación de la red asistencial de prestadores públicos y privados del país se encuentre centralizada en la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud y la disponibilidad de cama crítica en las redes pública y privada sumadas, sea inferior al 20%, es decir, la saturación de ocupación de camas es superior al 80%, deberán seguirse las siguientes instrucciones":

- ii. Reemplázase el inciso segundo del número 2 por el siguiente: "En caso de que la persona beneficiaria rechace el tipo de cama asignada, se entenderá que rechaza la cobertura CAEC, y se aplicará la cobertura del plan de salud que corresponda".
- iii. Reemplázase el inciso primero del número 6 por el siguiente: "Cuando exista indicación médica y se cumpla con los demás requisitos de procedencia, las Isapres deberán activar la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), respecto de todas las hospitalizaciones domiciliarias que se soliciten por las personas beneficiarias y se gestionen por la Isapre en prestadores con convenio, o en prestadores ajenos a la Red, en caso de insuficiencia de la misma".
- iv. Elimínese el inciso segundo del número 6.

**2.- REMÍTASE** para el conocimiento y resolución del Superintendente de Salud los recursos jerárquicos interpuestos subsidiariamente por las Banmédica S.A., Colmena Golden Cross S.A., Cruz Blanca S.A., Consalud S.A. y Nueva Masvida S.A.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE**

  
**OSVALDO VARAS SCHUDA**  
**INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS**  
**PREVISIONALES DE SALUD**



  
KBM/RSC

**Distribución:**

- Gerentes Generales de Isapres
  - Fiscalía
  - Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
  - Subdepto. Fiscalización de Beneficios
  - Subdepto. Regulación
  - Oficina de Partes
- Cor:5163