

RESOLUCION EXENTA IF/Nº 11156

Santiago, 23 SEP 2026

VISTO: Lo dispuesto en los artículos 110 y siguientes del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; en la Ley N°21.545, que establece la promoción de la inclusión, la atención integral y la protección de los derechos de las personas con Trastorno del Espectro Autista; la Resolución N°36, de 2024, de la Contraloría General de la República; la Resolución RA N°882/182/2023, y

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, mediante la **Circular IF/N°528, de 26 de mayo de 2026**, esta Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud impartió instrucciones generales sobre la cobertura de prestaciones relacionadas con el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista (TEA) por parte de las Instituciones de Salud Previsional, en particular, les prohibió aplicar montos máximos anuales de bonificación por beneficiario respecto de las prestaciones de psiquiatría, psicología, kinesiología, terapia ocupacional y fonoaudiología, introduciendo, a esos efectos, modificaciones al Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios.
- 2.- Que, dentro del plazo legal, las isapres Banmédica S.A., Colmena Golden Cross S.A., Cruz Blanca S.A., Esencial S.A., Nueva Masvida S.A. y Vida Tres S.A., interpusieron recursos de reposición. Asimismo, en forma subsidiaria, las antedichas instituciones dedujeron recursos jerárquicos para ante el Superintendente de Salud, solicitando enmendar y/o dejar sin efecto dichas disposiciones.

Conjuntamente con los recursos aludidos, las isapres Colmena, Cruz Blanca, Esencial y Nueva Masvida solicitaron la suspensión temporal de los efectos del acto impugnado.

Finalmente, mediante presentación de 10 de junio de 2026, Isapre Colmena Golden Cross S.A. aportó un escrito adicional a su recurso de reposición y jerárquico, solicitando tenerlo por complementado en el sentido de que, en el evento de que sus recursos fueran rechazados, la autoridad le conceda una extensión del plazo de seis meses para el inicio de la vigencia de las instrucciones, exponiendo que la normativa exige llevar a cabo ajustes operativos y sistémicos para su correcta ejecución, los cuales no resultarían posibles de implementar en un tiempo tan breve.

- 3.- Que, por economía procedimental, esta autoridad procederá a resumir el conjunto de los fundamentos invocados, para analizarlos y responderlos en la presente resolución. A saber:
 - a) Que, **Isapre Banmédica S.A. e Isapre Vida Tres S.A.**, en términos idénticos, solicitan dejar sin efecto la Circular IF/N°528 que les prohíbe aplicar montos máximos anuales de bonificación para las prestaciones asociadas al Trastorno del Espectro Autista (TEA). En subsidio, piden que se reemplace dicha instrucción por una regla que precise que las coberturas para el tratamiento del TEA deben otorgarse en condiciones no

discriminatorias, exigiendo para ello los siguientes requisitos: contar, en todos los casos, con una certificación médica que incluya un contenido mínimo técnico-médico respecto de las consideraciones e hipótesis que se tuvieron a la vista para determinar el diagnóstico; contemplar una evaluación diagnóstica estructurada, y establecer una instancia externa de validación del diagnóstico por parte de la isapre.

En primer lugar, ambas instituciones sostienen que esta Superintendencia excede el marco de la Ley N°21.545 y vulnera el principio de reserva legal, argumentando que dicha norma tiene por objeto asegurar la igualdad de oportunidades, la inclusión social, eliminar cualquier forma de discriminación y promover el abordaje integral de las personas con TEA en el ámbito social, de salud y educación, pero no consagra expresamente una cobertura financiera ilimitada ni prohíbe la aplicación de topes máximos de bonificación contractuales, lo cual, a su juicio, importa una interpretación normativa que no fue formulada directamente por el legislador.

Por tanto, si bien reconoce la protección y resguardo que la ley establece en favor de los beneficiarios con TEA, ello no permite alterar el alcance económico y financiero de las coberturas sin una definición legal expresa, ya que atención integral y financiamiento ilimitado no serían conceptos equiparables, en especial, porque dicha ley habría mandado al Ministerio de Salud para evaluar la incorporación de las prestaciones asociadas al TEA al procedimiento de elaboración de las Garantías Explícitas en Salud (GES), lo cual demostraría que el legislador no definió en la ley un régimen cerrado y autosuficiente de financiamiento obligatorio ilimitado para las referidas prestaciones, en especial, porque el texto de la Ley N°21.545 habría indicado que su objeto rige *"...sin perjuicio de los demás derechos, beneficios o garantías contempladas en otros cuerpos legales o normativos"*.

En segundo término, arguyen que la orden de prescindir de la columna *"Tope máx. año contrato por beneficiario"*, cualquiera sea la edad del beneficiario y antigüedad del contrato, alteraría, sin base legal suficiente, los elementos esenciales del contrato de salud, afectando directamente su equilibrio económico-financiero. Advierten que cada plan ha sido tarifado tomando como base distintos elementos, entre ellos, las coberturas y topes de bonificación de prestaciones, por lo que su eliminación generaría un desequilibrio financiero que altera la naturaleza del contrato.

Como tercer argumento, afirman que la medida carece de la debida proporcionalidad regulatoria, pues adopta la solución más estricta posible ante el consumo de topes anuales de cobertura, sin que la ley hubiera impuesto ese resultado de modo explícito.

En cuarto lugar, objetan que la Circular establece un estándar de acreditación diagnóstica insuficiente al admitir un simple certificado emitido por el *"médico tratante"* sin fijar requisitos técnico-médicos mínimos de validación, ni requerir especialidad idónea, ni exigir una evaluación diagnóstica estructurada, ni prever una instancia de validación del diagnóstico por parte de la isapre, prohibiendo, al mismo tiempo, exigir la inscripción en el Registro Nacional de Discapacidad.

Señalan que este estándar laxo ante un diagnóstico complejo abre un espacio para el riesgo operativo, sobrediagnóstico y otorgamiento improcedente de beneficios respecto de prestaciones de alto uso e impacto financiero.

En este mismo sentido, reprochan la exclusión absoluta del Registro Nacional de la Discapacidad (RND) como requisito, argumentando que con

ello se desconoce y desecha un mecanismo del sistema público de certificación técnica externa, como es la COMPIN, sin justificación suficiente. Indican que, al establecer un beneficio de alto impacto económico sin topes, la Autoridad debió prever mecanismos objetivos que aseguren que dicho beneficio llegue efectivamente a los casos que presentan limitaciones funcionales relevantes, dejando a la isapre sin herramientas adecuadas para verificar el presupuesto habilitante del beneficio, en especial, considerando que no se les permite intervenir en las prestaciones que componen el abordaje terapéutico.

Enfatiza en la necesidad de precisar, al menos, los criterios mínimos de idoneidad profesional, por ejemplo, médicos con competencias técnicas en neurología o psiquiatría y de contenido del certificado médico. Asimismo, solicitan que se establezcan los antecedentes clínicos mínimos que debe contener el documento para que este sea objetivable y uniforme en el sistema, detallando las etapas del proceso diagnóstico.

Como corolario de lo anterior, advierten sobre la existencia de riesgo de fraude, atendidas las plataformas digitales que permiten obtener órdenes o certificados médicos mediante diagnósticos sugeridos por los propios usuarios, vulnerando los sistemas de salud y permitiendo la obtención indebida de beneficios, conforme al ejemplo que adjunta a su presentación.

En quinto lugar, indican que la Circular carece de razonabilidad y genera una discriminación arbitraria, al configurar un estatuto especial de cobertura exclusiva para el Trastorno del Espectro Autista (TEA). A su juicio, esto produce un trato desigual e injustificado frente a pacientes con otras condiciones de salud estructuralmente equivalentes, tales como el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), dislexia, discapacidad intelectual o Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) que también son de carácter crónico y exigen tratamientos interdisciplinarios continuos, pero que seguirán sujetas a restricciones de cobertura de manera injustificada.

Finalmente, las recurrentes argumentan la existencia de brechas operativas no resueltas en la toma de conocimiento del diagnóstico. Señalan que la instrucción fija como presupuesto contar con un certificado médico, pero no define cómo, cuándo, ni el canal formal mediante el cual la institución debe tomar conocimiento y registrar dicho documento. Afirman que, si bien en la práctica, el diagnóstico puede llegar por múltiples vías, ya sea a través de la presentación directa de certificados o solicitudes de reembolsos asociadas a órdenes médica que contienen el diagnóstico, el problema se agudizaría con la emisión de bonos electrónicos a través del sistema I-Med - donde la isapre no tiene acceso a la orden médica, ni al diagnóstico al momento de la transacción-, exponiéndolas a riesgos de incumplimientos involuntarios y pagos improcedentes.

Para lo anterior solicita, fijar un flujo formal y único para la acreditación del diagnóstico, definiendo, al menos, lo siguiente: forma específica de ingreso del certificado a la isapre; el contenido mínimo que debe poseer el documento; fecha exacta desde el cual produce efectos la cobertura y un mecanismo interno de registro por la isapre para el caso de reembolsos, emisión de bonos y atención en línea.

- b) Que, **Isapre Colmena Golden Cross S.A.**, solicita dejar sin efecto la Circular IF/Nº528, o bien, realizar los ajustes normativos en mérito de sus alegaciones. En subsidio, mediante escrito complementario, solicita que, en el hipotético caso de que el recurso sea rechazado, se conceda una extensión del plazo de seis meses para el inicio de la vigencia de estas

instrucciones, toda vez que requieren de dicho tiempo para su implementación operativa y ajustes sistémicos.

En primer lugar, sostiene que la instrucción de la Circular IF/Nº528 excede el ámbito propio de las potestades interpretativas, fiscalizadoras y de ejecución de la ley por parte de esta Superintendencia. Argumenta que la medida no se limita a fiscalizar el cumplimiento de la Ley Nº21.545, ni del DFL Nº1/2005 de Salud, sino que declara la inaplicabilidad de los montos máximos anuales de bonificación respecto de determinadas prestaciones asociadas al Trastorno del Espectro Autista, lo cual constituye una nueva obligación de cobertura que no se encuentra expresamente prevista ni regulada por el legislador, hecho que vulneraría el principio de reserva legal al crear un régimen especial de bonificación por una vía administrativa, alterando condiciones válidamente incorporadas a los contratos de salud.

Al efecto, afirma que esta Intendencia habría vulnerado el principio de juridicidad al haberse extralimitado en sus funciones, ya que las potestades normativas para impartir instrucciones generales no pueden transformarse en una fuente autónoma de creación de obligaciones sustantivas no prevista por la ley, ni tampoco se enmarcaría dentro de las facultades generales de fiscalización y supervigilancia, citando jurisprudencia del Tribunal Constitucional sobre la materia.

Afirma que esta Intendencia no se habría limitado a fiscalizar el cumplimiento de la Ley Nº21.545, ni a precisar aspectos operativos de su aplicación, sino que habría eliminado límites de cobertura expresamente permitidos por la legislación vigente, reemplazándolos por un régimen de financiamiento distinto, lo que, a su juicio, importaría una innovación normativa efectuada por vía administrativa que no resultaría conciliable con los principios de juridicidad, competencia y reserva legal consagrados en los artículos 6º y 7º de la Constitución Política de la República.

En segundo lugar, la recurrente advierte que la Circular incurriría en un error al confundir dos ámbitos jurídicos, a saber: la procedencia clínica de una prestación y la obligación jurídica de financiamiento. Señala que, si bien el médico tratante puede establecer la necesidad clínica de determinadas terapias para una persona con Trastorno del Espectro Autista, dicha determinación médica no tiene la facultad de modificar la extensión de las obligaciones financieras de la Isapre, las cuales se rigen y delimitan por el marco legal y contractual.

Que, como corolario de lo expuesto, la recurrente afirma que la eliminación de los topes de bonificación para determinados beneficiarios, altera las condiciones bajo las cuales fueron estructurados y celebrados los contratos de salud, afectando el equilibrio económico-financiero. Indica que la determinación de los beneficios, límites y topes de cobertura responde a cálculos técnicos destinados a garantizar que los ingresos resulten suficientes para financiar las prestaciones comprometidas, los cuales estarían expresamente reconocidos en el Compendio de Beneficios, exigiendo que sean aplicados bajo criterios generales y objetivos a todos los beneficiarios del plan.

- c) Que, por su parte, **Isapre Cruz Blanca S.A.** solicita declarar la ilegalidad de la Circular IF/Nº528, dejándola sin efecto. En subsidio, pide que, para permitir un debido y efectivo control de costos, se limite la aplicación de las instrucciones contenidas en la Circular, única y exclusivamente, a aquellas personas que cuenten con la certificación de discapacidad prevista en la Ley Nº20.422, ya que, a su juicio, así lo habría dispuesto la Ley Nº21.545 en su artículo 2.

Sobre el particular, alega que la Circular adolecería de un vicio de desviación de poder, el cual se configuraría cuando un acto se dicta persiguiendo un fin diverso del que se previó específicamente en el marco normativo pertinente, aun cuando la autoridad administrativa que lo dicta tenga competencia para ello. Cita jurisprudencia de la Corte Suprema afirmando que esta Intendencia efectuó una interpretación extensiva y desproporcionada de la Ley N°21.545.

Argumenta que, mientras el legislador supeditó expresamente el control de gastos de las prestaciones estatales a la Ley de Presupuestos del Sector Público, la instrucción impugnada omitió establecer un mecanismo equivalente, imponiendo una obligación de cobertura ilimitada y desregulada al sector privado. A su juicio, esto priva a la isapre de sus herramientas de control financiero, generando una distinción arbitraria y discriminatoria para los contratos ya comercializados, cuya estructura tarifaria no consideró la eliminación de topes para este tipo de enfermedades o condiciones de salud.

Asimismo, agrega que la Circular contradice la función de la isapre destinada al control de costos, obligando a otorgar beneficios sin control alguno y que carecen de un financiamiento, lo cual importaría una vulneración a la igualdad de trato garantizada por el artículo 22 de la Constitución Política de la República.

Que, la recurrente sostiene que el acto administrativo impugnado presentaría una evidente insuficiencia en su motivación. Reprocha que la autoridad hubiera decidido suprimir los topes máximos anuales de bonificación bajo un estándar que califica de simplista e incompleto, omitiendo exigir que un diagnóstico de tal complejidad técnica, como es el Trastorno del Espectro Autista, sea certificado por un médico especialista facultado para ello, con lo cual se privaría a la institución de sus facultades mínimas de control.

Por último, solicita expresamente la suspensión de los efectos y eficacia de la instrucción impugnada en tanto no se resuelva el recurso, argumentando que su aplicación inmediata le causaría un daño irreparable al obligarla a otorgar beneficios sin topes a un número indeterminado de beneficiarios, generando impactos no cuantificados que pueden producir un desequilibrio económico en la institución.

- d) Que, de igual forma, **Isapre Esencial S.A.** solicita dejar sin efecto la Circular IF/N°528 o, en su defecto, que el acto sea modificado y complementado en los términos señalados en sus alegaciones, a saber, definir que la especialidad médica requerida para la certificación diagnóstica de TEA sea otorgada por un médico especialista en neurología, psiquiatría o con formación en trastornos del neurodesarrollo, inscrito en el Registro Individual de Prestadores de la Superintendencia de Salud; establecer los contenidos mínimos de la certificación; precisar el alcance material de la cobertura sólo a prestaciones aranceladas, y aclarar expresamente que la prohibición de intervenir en el abordaje terapéutico no afecta la subsistencia de las facultades de control y auditoría general.

Que, en primer lugar, sostiene que la Circular IF/N°528 excede los límites de la potestad normativa e interpretativa de esta Superintendencia. Señala que la Ley N°21.545 no contempla disposición alguna que elimine, limite o prohíba los topes máximos de bonificación en los contratos de salud previsual, ni tampoco establece un mandato expreso dirigido a las isapres en tal sentido, por lo que la instrucción impondría una consecuencia regulatoria nueva que altera unilateralmente el equilibrio actuarial de los planes vigentes, vulnerando el principio de legalidad y juridicidad. Al efecto asevera que, si la eliminación de los topes máximo

de bonificación para personas con TEA era el objetivo del legislador, dicho mandato debió contenerse expresamente en la aludida ley.

En segundo término, la recurrente advierte una insuficiente determinación de los requisitos habilitantes para acceder al beneficio. Reprocha que se exija únicamente "...una orden o certificado médico emitido por el profesional médico tratante que acredite el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista", dado que omite definir aspectos esenciales para una aplicación uniforme y objetiva de la cobertura, como la especialidad requerida (ej. neurología, psiquiatría o psicología infantil); los antecedentes clínicos mínimos del documento para acreditar el diagnóstico, y la persistencia temporal del beneficio, indicando si el certificado tiene vigencia indefinida o está sujeto a actualización. En este mismo sentido, alerta sobre el riesgo de fraude considerando la existencia de sitios web que venden órdenes médicas sin evaluación clínica previa, lo que facilitaría el sobrediagnóstico y el uso indebido del beneficio.

En tercer lugar, la institución reclama sobre el alcance material de la cobertura respecto de los aranceles pactados, ya que, si bien la Circular delimita cinco tipos de prestaciones (psiquiatría, psicología, kinesioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología), no aclararía si la cobertura sin tope aplica, exclusivamente, a las prestaciones que ya se encuentran contenidas en el arancel del plan de salud contratado, o si obliga a financiar cualquier atención que indique el médico tratante, incluso aquellas que no están incorporadas en el Formato Único del Plan de Salud. Asegura que esta indefinición le ocasionaría gran incertidumbre operativa, ya que no se aclararía si la cobertura sin tope corresponde sólo a prestaciones aranceladas u obliga a financiar prestaciones que el plan no contempla o que son otorgadas en modalidades o por proveedores no considerados en el contrato.

En cuarto lugar, argumenta que la prohibición de "*intervenir en la determinación de las prestaciones que componen el abordaje terapéutico*", a su juicio, generaría una grave ambigüedad respecto de sus facultades de verificación y auditoría médica, cuya subsistencia no se habría indicado explícitamente. Argumenta que una interpretación literal de esta norma podría impedirle ejercer sus herramientas inherentes de control, tales como comprobar la validez de la orden médica, verificar la ejecución efectiva de la prestación, prevenir eventuales fraudes y dar cumplimiento a las propias instrucciones de fiscalización.

De igual forma, la Isapre cuestiona la utilización de conceptos amplios e indeterminados en la introducción de la normativa, tales como "*terapias de apoyo*" o "*atenciones específicas*", hecho que, a su juicio, importaría una vulneración del artículo 2 inciso 2º de la Ley General de Bases.

Finalmente, solicita que se ordene la suspensión de la ejecución de la Circular impugnada mientras se tramita el presente recurso.

- e) Que, finalmente, **Isapre Nueva Masvida S.A.** solicita dejar sin efecto la Circular IF/Nº528. Adicionalmente, solicita disponer la suspensión de la ejecución de las instrucciones impartidas, argumentando que la modificación introducida le ocasiona un perjuicio directo y, en el evento de acogerse la reposición, un eventual resultado favorable carecería de efectos prácticos, configurándose un daño irreparable al no ser posible retrotraer las situaciones operativas y financieras en las cuales se hayan realizado modificaciones y otorgado coberturas bajo los nuevos parámetros.

En primer término, afirma que, las definiciones e instrucciones de la Circular impugnada escaparían al ámbito de la Ley Nº21.545 y vulnerarían

el principio de reserva legal. Argumenta que, la referida ley consagra un marco normativo cuyo objetivo es asegurar la igualdad de oportunidades, resguardar la inclusión social y eliminar la discriminación, pero no contiene ninguna disposición expresa que modifique las bonificaciones o reglas de cobertura para prestaciones como kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, psiquiatría o psicología. Como consecuencia de lo expuesto, afirma que la instrucción altera las coberturas vigentes, excediendo el propósito y tenor literal de la ley, constituyendo una extralimitación de las facultades interpretativas y normativas de esta Intendencia.

En segundo lugar, afirma que las instituciones se encuentran legalmente facultadas para establecer restricciones de cobertura en los contratos de salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 189 letra f) del DFL N°1/2005 de Salud, lo cual no importaría una desprotección para los beneficiarios, ya que el artículo 190 les garantiza una bonificación mínima, sujeta a fiscalización y reconocida en la ley. Por tanto, esta Intendencia carece de facultades para modificar, por la vía de regulación administrativa, el contenido del DFL N°1, puesto que ello contraviene los principios de competencia y reserva legal consagrados en los artículos 6, 7 y 63 de la Constitución Política de la República, estimando que las potestades normativas del artículo 110 N°2 y 4 del DFL N°1/2005 de Salud resultarían insuficientes para tal fin.

En tercer término, la recurrente alega una infracción al principio de confianza legítima y seguridad jurídica. Sostiene que, habiendo transcurrido más de tres años desde la publicación de la Ley N°21.545 (año 2023) sin que la autoridad emitiera instrucciones sobre la materia, se habría formado en el sector de las isapres una convicción legítima y una razonable expectativa de inalterabilidad de las reglas de bonificación para estos diagnósticos. A su juicio, la repentina dictación de la Circular altera este escenario de forma incomprensible e injustificada lo que, sumado al contexto de una inacción regulatoria, contraviene los actos propios y produce una afectación arbitraria en los derechos de los administrados.

Finalmente, alerta sobre una pérdida de la equivalencia de las condiciones y del equilibrio económico de los contratos, afirmando que en la fijación de precios y/o tarificación, existiría un análisis técnico-actuarial para proyectar la siniestralidad y los costos de las coberturas, estableciendo así un equilibrio fundamental entre el valor que paga el afiliado y los beneficios comprometidos que otorga viabilidad a los contratos. En este sentido, indica que la Circular IF/N°528 introduciría una modificación sustancial en las condiciones operativas y financieras que los deja en un escenario de incertidumbre económica, ya que les impone una obligación financiera mayor ante un universo de personas desconocidas, hecho que le impide cuantificar adecuadamente el incremento de los costos, produce errores en la tarificación y, como consecuencia, genera planes deficitarios que afectan la sustentabilidad del sistema y la capacidad de la institución para cumplir sus obligaciones.

- 4.- Que, como ha quedado acreditado, la mayoría de las impugnaciones dicen relación con la instrucción central de la Circular IF/N°528 y que se contiene en el primer párrafo, a saber:

"En virtud de lo dispuesto en la Ley N°21.545, las isapres deberán otorgar la cobertura del plan de salud complementario sin aplicar montos máximos anuales de bonificación por beneficiario respecto de las prestaciones de psiquiatría, psicología, kinesiología, terapia ocupacional y/o fonoaudiología prescritas a sus beneficiarios diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA). En

consecuencia, al momento de determinar la bonificación específica, deberán prescindir de la columna "Tope máx. año contrato por beneficiario", cualquiera sea la edad de esta persona y antigüedad del contrato."

- 5.- Que, en respuesta a las alegaciones de las recurrentes relacionadas con la supuesta vulneración del principio de reserva legal, exceso de potestades normativas y falta de proporcionalidad regulatoria, cabe señalar que tales alegaciones no resultan atendibles.

En efecto, la dictación de la Circular IF/Nº528 se enmarca en el estricto ejercicio de las facultades dispuestas en el DFL Nº1/2005 de Salud, particularmente, en el artículo 110 Nº2 que faculta a esta Superintendencia para interpretar administrativamente las leyes y dictar instrucciones de general aplicación, a la cual se suma la facultad contenida en el artículo 110 Nº4, que impone a esta Superintendencia el deber de velar porque las instituciones cumplan con las leyes que las rigen.

Sobre el particular, el mandato de la Ley Nº21.545 estableció un nuevo marco de orden público cuyo objeto expreso es asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades, resguardar la inclusión social, eliminar cualquier forma de discriminación y **promover un abordaje integral de las personas autistas, entre otros, en el ámbito de la salud.**

Como corolario de lo expuesto, la aludida ley consagró el derecho de las personas con esta condición a recibir una atención de salud pertinente a sus necesidades, desde una perspectiva de derechos humanos e impuso a la red de protección y tratamiento - entre quienes se encuentran las isapres -, la obligación de cumplir con el principio de seguimiento continuo, acompañando a la persona diagnosticada durante las diferentes etapas de su vida, proveyendo soluciones adecuadas cuando sea necesario.

- 6.- Que, en sus recursos, las isapres parten de la premisa de que el contrato de salud corresponde a una convención civil inmodificable, basada únicamente en la autonomía de la voluntad y en la lógica actuarial y que, por tanto, una instrucción que elimine restricciones de cobertura/topes como la Circular impugnada, a su juicio, importaría crear una obligación nueva fuera del marco de la ley.

No obstante, dicho planteamiento pasa por alto que los contratos de salud previsional son de orden público y, en tal virtud, deben subordinarse al ejercicio de derechos fundamentales. Lo anterior, ha sido asentado por la jurisprudencia del Tribunal Constitucional - particularmente, la sentencia Rol Nº1.710-2010 - quien ha sido enfático en declarar que dicho contrato opera a fin de materializar el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y a la seguridad social, encontrándose mitigado el principio de autonomía de la voluntad, toda vez que las normas que regulan este vínculo son de orden público. Al ser de orden público, la entrada en vigencia de una ley protectora de derechos fundamentales (como la Ley TEA) permea y subordina inmediatamente las condiciones contractuales, sin necesidad de que el legislador detalle operativamente cada estipulación comercial que deba ser suprimida para dar cumplimiento a la norma.

En consecuencia, las isapres se encuentran obligadas a adecuar sus contratos de salud para dar cumplimiento efectivo a una ley orientada a proteger los derechos fundamentales y el abordaje integral de las personas autistas en diversos ámbitos de su desarrollo, entre otros, la salud.

Por tanto, la instrucción de suprimir la aplicación de los montos máximos anuales de bonificación para ciertas prestaciones específicas requeridas en el tratamiento integral de las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), no constituye la creación autónoma de una obligación extralegal ni la vulneración de las condiciones válidamente pactadas. Por el contrario, corresponde a la

interpretación y ejecución directa de los principios de atención integral, no discriminación y del **derecho a recibir una atención de salud pertinente a sus necesidades**, que el propio legislador estableció en la Ley N°21.545.

A este respecto, resulta indispensable puntualizar que el derecho a recibir una atención de salud pertinente a las necesidades, a que se hizo referencia previamente, se vería severamente limitado y desprovisto de toda eficacia real de mantenerse vigentes los toques de bonificación anuales para estas terapias interdisciplinarias. Lo anterior, por cuanto dichos toques resultan insuficientes para dar cuenta del abordaje integral de las personas autistas que consagró la Ley N°21.545 y, una vez alcanzados, obligan a los beneficiarios a suspender o restringir la continuidad de sus tratamientos, afectando el cumplimiento efectivo de esta garantía legal frente a una condición de salud de carácter permanente y continuo.

En consecuencia, dictar normas que permitan adecuar la ejecución de los contratos de salud a este nuevo marco legal constituye un ejercicio lícito e imperativo de las potestades normativas, de instrucción y de fiscalización, consagradas en el artículo 110 N°2 y N°4 del DFL N°1/2005 de Salud, previamente citado, sin que se haya vulnerado el principio de la reserva legal, a diferencia de lo que argumentan las recurrentes.

- 7.- Que, a mayor abundamiento, la argumentación de las recurrentes relacionada con la pretendida inmutabilidad del contrato de salud frente a normas legales posteriores ha quedado desacreditada recientemente, con la dictación de la Ley N°21.674, también conocida como Ley Corta de Isapres, la cual alteró sustancialmente elementos esenciales de los contratos en curso.

En efecto, dicho cuerpo legal autorizó la incorporación de una prima extraordinaria aplicable a todos los beneficiarios del plan, con el único objeto de cubrir los costos operacionales y no operacionales de las isapres y garantizar el cumplimiento de las obligaciones de aquéllas. Adicionalmente, introdujo cambios profundos en las condiciones económicas previamente pactadas, al disponer que, de forma excepcional y por una sola vez, todos aquellos contratos de salud vigentes que tuvieran un precio pactado inferior a la cotización legal obligatoria debían ser ajustados inexorablemente al 7%, es decir, planes cuyos precios se ajustaron a un precio más alto. En la misma línea de alteración contractual, el legislador modificó el régimen y tratamiento dado a los excedentes, sustituyendo el inciso octavo del artículo 188 del DFL N°1 de 2005 y permitió que la deuda por no aplicación de la Tabla de Factores Única (TFU) se pudiera devolver a los afiliados en un plazo de hasta 13 años.

Por tanto, atendido lo expuesto en los párrafos precedentes queda en evidencia que mediante una ley de orden público que es posterior a la contratación, se modificó directamente la carga financiera de la otra parte contratante – los afiliados – para dar viabilidad y equilibrio económico al sistema, situación que entra en pugna con la inmutabilidad que alegan las instituciones recurrentes.

Lo propio ocurrió con la Ley N°21.647 que, entre varias materias, autorizó la incorporación de otra prima extraordinaria por beneficiario; adelantó el proceso de reajuste anual del precio base y modificó su cálculo hasta el año 2027, a fin de compensar los menores ingresos de la industria derivada del no cobro a los no natos y menores de dos años.

Para que ambas normas pudieran ejecutarse, esta Superintendencia se vio en la necesidad de dictar diversas instrucciones administrativas de general aplicación, tales como, las Circulares IF/N°470; 472; 473; 475; 478; 481; 483; 484; 488; 490; 493; 497; 499. Cabe precisar que, si bien la Circular IF/N°470 obedeció a un mandato expreso del legislador y debió ser dictada en el plazo de 10 días a que aludía el artículo 2° transitorio de la Ley N°21.674, la gran mayoría, fueron instrucciones impartidas en ejercicio de las potestades generales de esta

Superintendencia, con el único objetivo de otorgar viabilidad y aplicación práctica a las referidas leyes, sin que existiera un mandato regulatorio explícito para cada caso particular.

Sin perjuicio de lo expuesto, cuando es el turno de dar ejecución a la Ley N°21.545 (TEA), las isapres cuestionan el alcance de las facultades de interpretar la normativa y dictar instrucciones de esta Entidad, argumentando que, al no existir una modificación expresa a las condiciones y límites de cobertura de las prestaciones reguladas, a saber, fonoaudiología, kinesiología, terapia ocupacional, psicología, psiquiatría, esta Intendencia debió inhibirse de actuar. Contrariamente a lo afirmado, el derecho al acceso integral y oportuno a las prestaciones pertinentes de salud no constituye una mera directriz programática de la Ley TEA, sino un principio de orden público que tanto el legislador como diversas autoridades sanitarias han ido materializando de forma armónica mediante un entramado de instrumentos legales y administrativos previos a la Circular IF/N°528.

Como prueba de esta progresiva concreción, a modo de ejemplo, podemos mencionar la Resolución Exenta N°89 de 2022, que incorporó al Arancel FONASA MLE cuatro códigos integrales con Pago Asociado a un Diagnóstico (PAD) para el diagnóstico y tratamiento de personas con diagnóstico de Espectro Autista (códigos 25-02-025, 25-02-026, 25-02-027 y 25-02-028). Asimismo, esta Superintendencia, dictó la Circular IF/N°353, de 20 de mayo de 2020, que instruyó a las isapres otorgar cobertura para las prestaciones de fonoaudiología, terapia ocupacional y kinesiología sin tope de atenciones anuales respecto de aquellos beneficiarios que se encontraran inscritos en el Registro Nacional de Discapacidad (RND). Adicionalmente, mediante la Circular IF/N°390, de 31 de agosto de 2021, se profundizó significativamente esta protección al eximir de límites financieros anuales a las prestaciones de kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología y psiquiatría otorgadas a menores de 6 años, con total independencia de su diagnóstico o de la acreditación de una condición de discapacidad. En tercer término, la Circular IF/N°396, de 8 de noviembre de 2021, dictada bajo el amparo de la Ley N°21.331 sobre Salud Mental, materializó el principio de equidad e igualdad de trato entre las prestaciones de salud mental y física. Dicha instrucción prohibió a las isapres comercializar planes de salud que restrinjan la cobertura para salud mental o que estipulen topes de bonificación y/o límites anuales de financiamiento inferiores a los establecidos para las atenciones de salud física.

Finalmente, cabe advertir que la tesis literal propuesta por las recurrentes, en el sentido que el regulador no podría remover limitaciones de cobertura basadas en mandatos de protección integral a menos que una ley posterior reescriba minuciosamente cada plan o arancel, vaciaría de contenido toda la legislación protectora de la salud y la reduciría a letra muerta, lo cual resulta abiertamente contrario al principio de servicialidad y juridicidad de la Administración del Estado. De ser correcta la postura de las isapres, se llegaría al absurdo de sostener que las restricciones de cobertura fijadas administrativamente por estas instituciones prevalecen por sobre mandatos legales imperativos y superiores, tales como la Ley N°21.545. Dicho argumento constituye una abierta invitación a revisar la validez y juridicidad de la propia normativa administrativa que históricamente ha permitido establecer límites y topes a la cobertura de los afiliados, en circunstancias de que existen cuerpos legales superiores que garantizan un trato idéntico e integral a estas prestaciones, en particular, si se considera que este estándar de protección ha sido categóricamente respaldado por la Excma. Corte Suprema, por ser los contratos de salud instrumentos de orden público y tracto sucesivo que deben conformarse *in actum* a las nuevas normativas vigentes.

De esta forma ha quedado demostrado, empíricamente, que el contrato de salud previsional no es un instrumento inmutable, sino que admite alteraciones a sus cláusulas y estructura financiera cuando estas derivan del cumplimiento de leyes de orden público o mandatos de seguridad social. Al incidir sobre contratos de

tracto sucesivo, estas modificaciones deberían regir de forma inmediata o *in actum*. La Circular IF/Nº528, en cuanto herramienta de ejecución práctica de la Ley Nº21.545, no alteró situaciones consolidadas ni obligó a las isapres a reliquidar de manera retroactiva prestaciones anteriores a su entrada en vigencia - aun cuando la aludida normativa fue publicada en el año 2023 - respetando en todo momento el principio de irretroactividad de los actos administrativos.

- 8.- Que, como corolario de lo expuesto, las Instituciones de Salud Previsional no pueden invocar la intangibilidad del contrato de manera asimétrica; es decir, no resulta lícito ni jurídicamente admisible aceptar la alteración de las estipulaciones contractuales cuando se trata de asegurar el equilibrio financiero y la viabilidad de la industria, y pretender oponer la supuesta inmutabilidad cuando una norma posterior, como la Ley Nº21.545 sobre el Trastorno del Espectro Autista, impone la obligación de suprimir barreras de acceso, asegurar la atención integral y no discriminatoria de las personas con esta condición.

En este sentido, los argumentos sobre el desequilibrio financiero, incertidumbre económica e inviabilidad de los contratos por la dictación de la Circular IF/Nº528 corresponde sean desestimados, toda vez que, el marco normativo del sistema privado de salud contempla mecanismos sistémicos e institucionalizados para que las isapres adecuen periódicamente sus precios - los cuales son utilizados, prácticamente, por la totalidad de las instituciones recurrentes - no quedando en la indefensión financiera ante variaciones de costos o nuevas exigencias de cobertura de orden público.

Por tanto, el sistema isapre no opera bajo una estructura de costos estática e inmodificable, sin que resulte aceptable invocar un supuesto desfinanciamiento de los contratos para eximirse de cumplir con la normativa impugnada.

Sobre el particular, es necesario agregar que, las recurrentes sólo han alegado de manera abstracta sobre la existencia de supuestos impactos o desequilibrios financieros, incertidumbre económica e inviabilidad contractual, pero no han aportado estimaciones, estudios de impacto u otros antecedentes que sustenten tanto tales argumentaciones como las supuestas repercusiones catastróficas que la circular les causaría. Ante la total ausencia de antecedentes técnicos que sustenten sus afirmaciones, las alegaciones de carácter financiero carecen de respaldo, por lo que no logran desvirtuar la proporcionalidad y validez de la instrucción impugnada.

- 9.- Que, tampoco es efectivo que esta Intendencia hubiera modificado o derogado el contenido de los artículos 189 letra f) y 190 del DFL Nº1/2005 de Salud, como aseveran Colmena Golden Cross, Esencial y Nueva Masvida.

Por el contrario, esta autoridad se ha limitado a ejercer su potestad legal de interpretar administrativamente el sentido y alcance de dichas normas generales, armonizando la ejecución de los contratos con el marco normativo establecido por la Ley Nº21.545.

En este sentido, si bien el DFL Nº1 permite, de forma general, la fijación de montos máximos de beneficios en los contratos de salud previsional, la aplicación concreta de dichos topes no puede ir en contra de una ley posterior y de carácter específico, cuyo objeto expreso es asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades, eliminar cualquier forma de discriminación y promover un abordaje integral en la salud de las personas autistas.

Que, a mayor abundamiento, esta Superintendencia constató de manera expresa que la aplicación de topes máximos contractuales constituye una barrera de acceso material y financiera para las personas con diagnóstico de TEA, ya que, una vez consumidos dichos montos, la cobertura disminuye de manera significativa, afectando el acceso e interrumpiendo, en múltiples oportunidades, la continuidad del apoyo terapéutico requerido.

Permitir que la aplicación de un tope contractual anual provoque la suspensión de tratamientos activos vulnera directamente el principio de seguimiento continuo consagrado en el artículo 3 letra h) de la Ley N°21.545, el cual impone a todos los actores de la red de protección y tratamiento la obligación de acompañar a las personas autistas durante las diferentes etapas de su vida y proveer las soluciones adecuadas según su requerimiento.

En este sentido, la interpretación efectuada por esta Intendencia es acotada y prudencial, limitándose, exclusivamente, a suprimir la barrera que imponen los topes anuales sobre las terapias indispensables, pero en ningún caso altera los porcentajes de cobertura vigentes, no modifica aranceles, copagos, ni los hace equivalentes a otras prestaciones de los contratos de salud suscritos. Lo anterior resulta particularmente razonable si se considera que, respecto de una parte significativa de dichas prestaciones y beneficiarios, tales topes ya habían sido previamente levantados por esta Superintendencia mediante instrucciones administrativas vigentes, que se detallan en los considerandos 7 y 13, circunstancia que demuestra que la medida impugnada no constituye una innovación regulatoria absoluta, sino una extensión coherente de criterios normativos ya incorporados al sistema.

Por consiguiente, la instrucción impugnada no suprime la facultad general contemplada en el DFL N°1, sino que precisa su alcance, atendidas las garantías de acceso equitativo y atención integral que, una ley especial y posterior, ha reconocido expresamente para resguardar a este grupo de especial protección.

- 10.- Que, como complemento de lo expuesto, resulta un contrasentido que las isapres cuestionen el ejercicio de las facultades interpretativas y normativas de esta Superintendencia, expresamente reconocidas en el DFL N°1/2005 de Salud, calificando a la Circular IF/N°528 como carente de motivación e injustificada, en circunstancias que algunas de ellas habían decidido invocar la Ley N°21.545, con el único objeto de denegar cobertura a prestaciones perfectamente aranceladas cuando eran otorgadas a personas autistas.

Sobre el particular, tanto las unidades de atención de usuarios, como de resolución de conflictos de esta Superintendencia advirtieron esta práctica y las controversias derivadas de aquella (Ingresos N°4098107-2024; 4094570-2024; 4093676-2024; 4092979-2024; 4027260-2024, entre otros), ya que se instrumentalizaba el concepto legal de "atención integral" consagrado en la Ley TEA para crear una nueva barrera de acceso económica y administrativa.

A modo de ejemplo, una de las recurrentes comenzó a rechazar las solicitudes de reembolso individuales de fonoaudiología y terapia ocupacional, argumentando textualmente a sus afiliados que bajo la Ley N°21.545, para poder dar esta integralidad en la atención, la isapre no haría distinción de códigos para las atenciones profesionales debiéndose presentar las boletas de forma mensual (Psicología + Terapeuta Ocupacional + Fonoaudiología) en compañía de un informe del médico tratante.

Es decir, se exigió agrupar atenciones individuales bajo códigos integrales, en circunstancias que la regla general de bonificación es prestación a prestación y sin acreditar, como contrapartida, la existencia de convenios PAD vigentes que hicieran operativa una modalidad paquetizada. Como consecuencia de lo expuesto, se negó todo tipo de cobertura a los tratamientos arancelados en curso que eran otorgados a personas autistas, amparándose en una ley cuyo mandato expreso, paradójicamente, era suprimir dichas barreras de acceso.

- 11.- Que, vinculado con lo anterior, se le debe recordar a las Instituciones recurrentes que el Procedimiento de Regulación de esta Intendencia de Fondos no obedece a un actuar arbitrario o infundado – como afirman en sus recursos –, sino que

responde a un proceso normado que considera la observación permanente del sistema y que tiene como principio directriz el responder en forma oportuna y adecuada a las necesidades de regulación que surgen, entre otros, de las propias unidades internas de la Superintendencia de Salud, así como de los usuarios y otros organismos externos.

En último término, y si lo anterior no fuese suficiente justificación, la sola existencia de la Ley N°21.545 disipa cualquier cuestionamiento sobre la motivación y oportunidad que asiste a este regulador. Al elevar a rango legal la garantía de un acceso integral, oportuno y sin interrupciones a las terapias asociadas al espectro autista, el legislador fijó un estándar superior de orden público que esta Superintendencia está obligada a resguardar. Bajo esta premisa, la promulgación de la ley constituyó la motivación principal y el fundamento habilitante para dictar las instrucciones operativas que esta Intendencia estaba mandatada a implementar, resultando del todo improcedente calificar de injustificada una norma que busca, única y exclusivamente, dar cumplimiento efectivo a la voluntad del legislador.

- 12.- Que, a mayor abundamiento, tal como se mencionó en el considerando 9°, la instrucción impugnada fue muy precisa y consistió, únicamente, en eliminar el "Tope máx. año contrato por beneficiario" respecto de cinco prestaciones determinadas otorgadas a las personas autistas, a saber, psiquiatría, psicología, kinesiología, terapia ocupacional y/o fonoaudiología. Por tanto, no se modificaron los porcentajes de bonificación, ni tampoco los aranceles asociados a dichas prestaciones, únicamente, los topes anuales para dichas coberturas.

Esta solución, además de indispensable para dar operatividad a la ley, era técnicamente razonable. En efecto, en ejercicio de sus facultades, este Organismo Fiscalizador pudo apreciar que, además de los conflictos tramitados ante esta Intendencia, comenzaron a proliferar recursos de protección por esta materia. En este sentido, en aplicación de los principios de la Ley N°21.331 sobre Salud Mental, desde mediados del 2025, diversas Cortes de Apelaciones del país (CAA Temuco Rol N°3637-2025; CAA Concepción Rol N°3449-2025; CAA Chillán Rol N°109-2026; etc.) comenzaron a instruir que:

*"Las terapias y tratamientos asociados a la condición de trastorno del espectro autista (TEA), y particularmente las terapias de fonoaudiología, terapia ocupacional **y cualquiera otra complementaria, sean equiparadas a las de salud física** conforme al contrato de salud vigente de la recurrente."*

El referido planteamiento, conocido por las instituciones y replicado en portales informativos y de difusión jurisprudencial como el Diario Constitucional, instruye que cualquier terapia complementaria para el abordaje del autismo debía ser igualada a la salud física, lo cual tiene un impacto enorme en la estructura técnico-financiera de los contratos.

Cabe señalar que, si bien los fallos judiciales citados no constituyen el fundamento directo de la Circular, son un antecedente adicional que da cuenta de las controversias que se estaban produciendo en la aplicación de la Ley N°21.545 y las interpretaciones que de ella se derivaron.

Para ejemplificar numéricamente esta dicotomía técnica v/s jurisprudencial, emplearemos el plan real y estándar de una isapre, cuyo arancel asociado contempla un valor de \$2.914 para la prestación "Rehabilitación Integral de Fonoaudiólogo". De acuerdo a dicho plan, las prestaciones de fonoaudiología sólo tienen cobertura libre elección y su bonificación asciende a **70% con tope 2,5 veces Arancel y un tope anual de 5 UF**. Por otra parte, la prestación física (consulta médica en este caso), en su modalidad de libre elección, la bonificación es de un **70% con tope de 0.85 UF, sin tope anual**.

Con la Circular IF/N°528 (la solución técnica), la aludida prestación fonoaudiológica seguirá teniendo la bonificación 70% con tope de 2,5 veces Arancel, es decir, **70% con tope de \$7.285**. Lo único que se eliminó fue el **tope anual de 5 UF**.

Por el contrario, en cumplimiento del criterio de las Cortes de Apelaciones que la iguala a la salud física (la solución jurisprudencial), la misma prestación fonoaudiológica tendrá una bonificación de un **70% con tope de \$34.718** (0.85 UF al día de hoy), **sin tope anual**.

Atendido lo expuesto, la alternativa jurisprudencial que están aplicando nuestras cortes representaba un impacto financiero mayor para la industria, sin el análisis técnico que la normativa impugnada recogió.

- 13.- Que, sumado a las motivaciones latamente esgrimidas, el impacto económico de la Circular impugnada, a diferencia de lo argumentado por Isapre Nueva Masvida e Isapre Cruz Blanca, se encontraba suficientemente abordado mediante diversos antecedentes técnicos y normativos al momento de su dictación.

En primer lugar, conforme al Informe Final del Estudio de Verificación de Costos (2024), **las personas autistas representan menos del 2%¹ de la población nacional y no todas estas personas son beneficiarias de una isapre**.

En segundo término, previo a la dictación de la Circular IF/N°528, ya existían otras normas administrativas previas que, total o parcialmente, liberaban los topes anuales a que se aludió en dicha instrucción:

- a) La **Circular IF/N°353** (2020) liberó los topes anuales de las prestaciones de fonoaudiología, terapia ocupacional y kinesiología otorgadas a las personas en situación de discapacidad, entre las cuales, una parte de ellas son autistas. En efecto, el Servicio Nacional de Discapacidad ha indicado que el **49,56% de la población autista tiene discapacidad²**.
- b) La **Circular IF/N°390** (2021), que otorga bonificación sin tope anual a las prestaciones aludidas en la circular impugnada, siempre que fueran otorgadas a menores de 6 años y sin importar el diagnóstico, por tanto, también incluye a los autistas que se encuentran bajo ese límite de edad.
- c) La **Circular IF/N°396** (2021) dispuso que, desde el 1° de marzo de 2022, las isapres se encuentran impedidas de comercializar planes de salud que restrinjan la cobertura para las prestaciones de salud mental. Por tanto, desde esa fecha, todos los nuevos planes de salud que se comercializan ya no cuentan con las restricciones de psicología y psiquiatría, cuyos topes se liberaron mediante la circular impugnada.

En tercer lugar, el propio Arancel FONASA en la Modalidad de Libre Elección ya contemplaba, desde la dictación de la Resolución Exenta N°89 de 2022, cuatro códigos integrales bajo la modalidad de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) diseñados específicamente para el diagnóstico y abordaje del Espectro Autista. Si bien estos instrumentos consisten en planes de intervención terapéutica multidisciplinaria que podrían disminuir las barreras de acceso, al momento de dictación de la normativa, no existía registro o antecedente que acreditara que las instituciones hubieran promovido alguna iniciativa para su implementación o

¹ Ministerio de Salud, Informe Final del Estudio de Verificación de Costos 2024, División de Economía de la Salud, Santiago, mayo de 2025. Disponible en: <https://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/05/Informe-Final-del-Estudio-de-Verificacion-de-Costos-2024.pdf>. [Consulta: 5 de agosto de 2026].

² CHILE. Servicio Nacional de la Discapacidad. Preguntas frecuentes Ley N.º 21.545. Santiago: SENADIS. Disponible en: SENADIS – Preguntas Frecuentes Ley TEA. [Consulta: 3 de agosto de 2026].

utilización efectiva por sus beneficiarios. Por el contrario, el FONASA ya mantenía más de 30 convenios nacionales vigentes con diversos prestadores institucionales privados, encontrándose esta modalidad plenamente operativa y en uso por parte de su población afiliada.

Razones, todas, que justifican la dictación de la norma desde una perspectiva técnica y de proporcionalidad regulatoria.

- 14.- Que, atendido lo expuesto, a diferencia de lo argumentado por Isapre Nueva Masvida S.A., la existencia de principios como la confianza legítima y/o seguridad jurídica, no permiten justificar una presunta convicción sobre la inalterabilidad de las reglas de bonificación, en particular, cuando tal planteamiento busca perpetuar restricciones financieras y barreras de acceso que resultan contrarias a una norma de orden público.

Asimismo, resulta del todo improcedente y contradictorio argumentar en torno a la doctrina de los actos propios o expectativas comerciales para eximirse de cumplir la Ley N°21.545, en especial, cuando su falta de ejecución estaba ocasionando conflictos arbitrales y acciones constitucionales crecientes.

De hecho, una argumentación atendible, con relación a la confianza legítima, habría sido que la Circular impugnada extendiera sus efectos de forma retroactiva a la fecha de dictación de la Ley, esto es, año 2023, lo cual no fue contemplado de esa manera en la normativa impugnada.

- 15.- **Que, como un argumento adicional en contra de este párrafo medular de la Circular IF/N°528, las instituciones recurrentes, en particular, Isapre Banmédica y Vida Tres, argumentan que la normativa carecería de razonabilidad y generaría una discriminación arbitraria al configurar un estatuto especial de cobertura exclusivo para el Trastorno del Espectro Autista (TEA), produciendo un trato desigual e injustificado frente a pacientes con otras condiciones de salud crónicas y estructuralmente equivalentes, tales como el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), dislexia, discapacidad intelectual o Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), que también exigirían tratamientos interdisciplinarios continuos pero que seguirían sujetas a topes de cobertura, vulnerándose así el principio de igualdad ante la ley.**

No obstante, el derecho a la igualdad ante la ley que dichas instituciones invocan y que se encuentra asegurado en el artículo 19 N°2 de la Constitución Política de la República, no importa una igualdad absoluta, ni rígida. En efecto, conforme a la reiterada jurisprudencia de la Excelentísima Corte Suprema y del Tribunal Constitucional, dicha igualdad consiste en que las normas jurídicas deben ser iguales para todas las personas que se encuentren en las mismas circunstancias y, consecuentemente, diversas para aquellas que se encuentren en situaciones diferentes. De hecho, toda política de priorización sanitaria, atendidas las múltiples necesidades y escasez de recursos, ocasiona desigualdades, lo importante es que dicha diferencia no sea arbitraria.

En la especie, la emisión de la Circular IF/N°528 se funda en un criterio objetivo (dictación de la Ley N°21.545) y no en una decisión discrecional de esta Intendencia. Por tanto, fue el propio Congreso quien, ponderando las especiales necesidades y barreras sociales que afectan a este grupo, dispuso asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades, inclusión y no discriminación, promoviendo el abordaje integral, entre otros, mediante una atención de salud pertinente a sus necesidades.

En razón de lo expuesto, el trato especializado en el ítem de financiamiento - al cual se oponen las instituciones-, no constituye una invención o privilegio antojadizo emanado de esta Intendencia, sino la estricta materialización de la obligación legal de evitar barreras financieras que podrían interrumpir los

tratamientos y vulnerar el principio de seguimiento continuo respecto de esta condición.

De esta forma, si bien es cierto que pueden existir otras patologías o condiciones neurodivergentes de carácter crónico que requieren apoyos, ello no inhibe ni obsta a que esta Institución Pública, pueda y deba aplicar los mandatos de atención integral respecto de aquellos grupos que sí han sido objeto de un reconocimiento y amparo explícito mediante una ley particular, como ocurre con el TEA.

En este sentido, no es posible concluir, como al parecer pretenden las recurrentes, que deba excluirse a todos para evitar discriminar o que la solución para evitar una supuesta desigualdad consista en privar de protección a la totalidad de la población, especialmente, cuando la ley ordenó priorizar a un grupo determinado.

- 16.- Que, siguiendo con el análisis del listado de alegaciones esgrimidas por las recurrentes en contra de la Circular IF/Nº528, las Isapres Banmédica y Vida Tres, argumentan que la Ley Nº21.545 no habría contemplado alterar el alcance económico de las coberturas y que la prueba de ello sería el mandato otorgado al Ministerio de Salud, contenido en el artículo tercero transitorio para, simplemente, evaluar la incorporación de las prestaciones del Trastorno del Espectro Autista a las Garantías Explícitas en Salud (GES).

A juicio de dichas isapres, esta norma demostraría que el legislador no definió un régimen de financiamiento obligatorio y continuo, por tanto, esta Superintendencia no podría suprimir los topes máximos anuales de bonificación.

Sobre el particular, corresponde desestimar dicha argumentación, toda vez que se funda en una interpretación descontextualizada que contraviene abiertamente la historia fidedigna del establecimiento de la Ley Nº21.545. En efecto, la discusión legislativa acredita que la decisión de no incorporar de manera inmediata las atenciones del TEA al régimen GES no obedeció a una voluntad del legislador de restringir el derecho a la continuidad del tratamiento o limitar su financiamiento, sino a un impedimento metodológico y de capacidad operativa de la red pública, principalmente de la atención primaria, para hacer efectivas dichas prestaciones como una garantía GES.

Por tanto, la disposición transitoria invocada por las recurrentes es de índole sanitaria y tuvo por objeto dar gradualidad a la habilitación operativa de los prestadores públicos permitiendo, entre otros, la creación de salas especializadas por Servicio de Salud, a fin de preparar el escenario para una futura evaluación favorable de ingreso del TEA al GES.

De modo tal que, no resulta admisible emplear una norma sanitaria referida a prestadores públicos para eximirse de cumplir con los deberes sustantivos e inmediatos de la ley, los cuales proscriben la imposición de barreras que interrumpan las terapias de los beneficiarios.

En la especie, valga enfatizar, no se les instruyó a las instituciones otorgar cobertura GES al TEA - lo que podría haber justificado una alegación de estas características -, sino que, manteniendo la cobertura dispuesta en los planes respectivos, se eliminaron los topes anuales por beneficiario, ya que importaban una barrera de acceso para la población autista.

- 17.- Que, lo colegido previamente, también resulta aplicable a Isapre Cruz Blanca quien, dentro de sus alegaciones, afirma que la instrucción impugnada adolecería de un vicio de desviación de poder, toda vez que, mientras el legislador habría supeditado expresamente el control de gastos de las prestaciones estatales a la Ley de Presupuestos del Sector Público, la Circular IF/Nº528 omitiría establecer un mecanismo equivalente para el sector privado, obligándolos a otorgar una

cobertura ilimitada y desregulada que vulneraría la igualdad de trato. Dicha argumentación alude al artículo segundo transitorio de la Ley N°21.545.

Al igual que en el caso anterior, la isapre sostiene su argumentación en una equivalencia errónea entre el régimen de financiamiento público y el sistema privado de salud. La mención que se hace a la Ley de Presupuestos del Sector Público obedece, estrictamente, al principio de legalidad del gasto fiscal. Dicho artículo constituye una cláusula estándar y obligatoria para todas las leyes que implican un gasto para el Estado, articulado que, por su propia naturaleza, resulta inaplicable a instituciones privadas.

En efecto, tal como fuera razonado respecto a la evaluación de incorporación de estas prestaciones al régimen GES - cuyo objetivo fue dar tiempo al sistema público para instalar capacidad asistencial operativa -, la mención a la Ley de Presupuestos jamás tuvo por objeto regular, limitar o establecer un techo a las coberturas que las isapres deben financiar en cumplimiento del mandato legal de otorgar un seguimiento continuo y una atención pertinente a las personas en el espectro autista.

A mayor abundamiento, no es efectiva la aseveración de la recurrente en cuanto a que la instrucción de esta Superintendencia impondría una cobertura ilimitada y desregulada que le priva de sus herramientas de control financiero.

Tal como se ha expuesto en considerandos anteriores, la orden de suprimir la columna "Tope máx. año contrato por beneficiario" no altera los porcentajes de bonificación general del plan, no modifica los aranceles pactados, ni deroga las potestades legales y reglamentarias que poseen las isapres. En efecto, la instrucción se encuentra circunscrita a la eliminación de este tope respecto de un grupo acotado e individualizado de prestaciones vinculadas al abordaje terapéutico del TEA, a saber, terapia ocupacional, fonoaudiología, kinesiología, psicología y psiquiatría, atendido su impacto como barrera administrativa ante una condición de carácter permanente, considerando, una vez más, que esos topes ya se encuentran levantados para una parte significativa de la población neurodivergente, tal como se señaló en el considerando 13° de la presente resolución.

- 18.- Que, en este sentido, resulta contradictorio que las instituciones recurrentes afirmen su desmedro con relación al FONASA y el Sistema Público, en circunstancias que, incluso antes de la dictación de la Ley TEA, el Estado lleva varios años aumentando su capacidad institucional y, adicionalmente, ha celebrado más de 30 convenios a nivel nacional para otorgar prestaciones integrales bajo la modalidad PAD.

Sobre el particular, no se han acompañado antecedentes que permitan dar por acreditado o concluir que las instituciones hubiesen adoptado medidas equivalentes. Por el contrario, la Ley N°21.545 fue invocada, únicamente, para negar cobertura a prestaciones individuales perfectamente aranceladas, conforme se detalló en los considerandos anteriores.

- 19.- Que, atendido lo previamente colegido, este Intendente procede al rechazo de todas y cada una de las alegaciones esgrimidas por las recurrentes en contra de la instrucción matriz de la normativa impugnada, confirmándose íntegramente el contenido del párrafo primero de la Circular IF/N°528 y que fuera transcrito en el considerando 4° de la presente resolución.
- 20.- Que, en segundo lugar, corresponde analizar las impugnaciones esgrimidas en contra del estándar de acreditación del diagnóstico de Autismo, contenido en el párrafo segundo de la Circular IF/N°528, cuyo tenor es el siguiente:

"Para acceder a esta cobertura, el beneficiario deberá contar con una orden o certificado médico emitido por el profesional médico

tratante que acredite el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA)."

- 21.- Que, sobre el particular y, en síntesis, la mayoría de las instituciones argumentan que la instrucción del párrafo segundo resultaría insuficiente, simplista y carecería de exigencias técnico-médicas mínimas. Señalan que el Trastorno del Espectro Autista reviste una enorme complejidad técnica, por lo que resulta indispensable que la certificación sea emitida por un médico especialista con idoneidad profesional, y no por un médico general.

En la misma línea, advierten sobre un evidente riesgo operativo, de sobrediagnóstico y uso impropio de beneficios. Fundamentan esta alerta en la proliferación de plataformas digitales y sitios web que comercializan órdenes médicas en línea, sin mediar un proceso diagnóstico integral ni evaluación clínica previa. Frente a esto, reprochan que la instrucción omita exigir una evaluación diagnóstica estructurada que respalde la emisión del certificado.

- 22.- Que, analizados los antecedentes y ponderados los riesgos advertidos, este Intendente estima que les asiste razón a las recurrentes en cuanto a la necesidad de dotar al sistema de un estándar uniforme para la acreditación del diagnóstico.

En efecto, atendida la naturaleza neurobiológica y la complejidad clínica del Trastorno del Espectro Autista, resulta pertinente precisar y elevar el estándar del presupuesto habilitante para el acceso a la cobertura regulada en la Circular IF/N°528.

Por consiguiente, se acoge la solicitud en orden a que el profesional médico tratante facultado para emitir el certificado u orden médica que acredite el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) deba circunscribirse a médicos especialistas en neurología, psiquiatría o con formación en trastornos del neurodesarrollo.

- 23.- Que, por tanto, la orden médica o certificado que debe presentarse ante la isapre deberá contener la individualización del beneficiario (con nombre y RUN); indicar explícitamente el diagnóstico de Trastorno de Espectro Autista y haber sido emitido por un médico especialista en neurología, psiquiatría o con formación en trastornos del neurodesarrollo.

- 24.- **Que, en cuanto a las alegaciones formuladas por las isapres tendientes a exigir una evaluación diagnóstica estructurada que objetive la condición del Trastorno del Espectro Autista y en concordancia con las orientaciones técnicas del Ministerio de Salud, corresponde acoger la petición de las instituciones en orden a establecer, como requisito explícito, aportar un respaldo estandarizado adicional a la orden o certificado médico.**

Por tanto, para acceder a esta cobertura, el beneficiario o quien lo represente deberá aportar un informe de evaluación diagnóstica estructurada o de tamizaje realizado por un profesional de salud capacitado en el uso de tal herramienta. **Para efectos de acreditar esta exigencia, bastará con la presentación de uno de los siguientes instrumentos, a saber: test ADOS-2, ADI-R, tamizaje M-CHAT (o su versión M-CHAT-R/F) u otro equivalente conforme a la *lex artis* médica. Por consiguiente, las Instituciones de Salud Previsional no podrán exigir la concurrencia de más de uno de estos informes, o condicionar la bonificación a la realización de un test específico distinto al ya aportado por el afiliado.**

- 25.- Que, es importante enfatizar, en orden a precisar el estándar de acreditación, que este requisito de certificación no autoriza a las isapres a imponer cargas retroactivas a sus afiliados. Por tanto, para su cumplimiento, bastará con la presentación de los antecedentes que el beneficiario ya tenga en su poder,

siempre y cuando dichos documentos consignen, explícitamente, el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.

En consecuencia, no se podrá exigir la repetición de evaluaciones y/o prestaciones a pacientes que ya tienen su condición acreditada en los términos regulados, toda vez que dicha exigencia constituiría una barrera de acceso injustificada y contraria al espíritu de la Ley TEA.

- 26.- Que, en directa coherencia con lo resuelto precedentemente, y en respuesta a lo argumentado por Isapre Esencial, en orden a una supuesta falta de regulación sobre la persistencia temporal del beneficio, pretendiendo que se aclare si el certificado está sujeto a actualización, cabe señalar que dicha alegación debe ser rechazada, ya que, como lo reconoce expresamente la Ley N°21.545, el Trastorno del Espectro Autista es una condición del neurodesarrollo que abarca todo el ciclo vital de quienes la presentan.

En consecuencia, al tratarse de una condición permanente y para toda la vida, el diagnóstico no caduca ni se extingue con el transcurso del tiempo, resultando del todo improcedente exigir a los beneficiarios la renovación temporal o actualización periódica del certificado médico que acredita su condición neurodivergente.

- 27.- Que, atendido lo razonado precedentemente, procede acoger los argumentos esgrimidos en contra del estándar de acreditación diagnóstica contenido en el párrafo segundo de la Circular IF/N°528. En consecuencia, dicho párrafo será sustituido íntegramente por los tres siguientes:

"Para acceder a esta cobertura, el beneficiario o quien lo represente deberá presentar a la isapre un informe o certificado emitido por un médico especialista en neurología, psiquiatría o con formación en trastornos del neurodesarrollo que acredite el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Conjuntamente con lo anterior, deberá acompañar un instrumento de evaluación diagnóstica estructurada o de tamizaje, tal como, test ADOS-2, ADI-R, tamizaje M-CHAT (o su versión M-CHAT-R/F) u otro equivalente conforme a la lex artis médica, realizado por un profesional de salud capacitado en el uso de tal herramienta.

Atendido que el Trastorno del Espectro Autista es una condición del neurodesarrollo de carácter permanente que abarca todo el ciclo vital, dicho certificado u orden médica no estará sujeto a vigencia temporal, ni requerirá de actualizaciones o renovaciones periódicas.

Asimismo, para dar por formalizada esta solicitud de cobertura, bastará con la presentación de un informe o certificado y el instrumento de evaluación diagnóstica que el beneficiario ya tenga en su poder, siempre y cuando dichos documentos consignen explícitamente el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Las Instituciones de Salud Previsional no podrán exigir la repetición de consultas de especialidad, evaluaciones diagnósticas, exámenes confirmatorios o la realización de nuevas prestaciones clínicas a pacientes que ya tengan su condición debidamente acreditada conforme a esta normativa, toda vez que ello constituye una barrera de acceso injustificada y contraria al espíritu de la Ley N°21.545."

- 28.- Que, en tercer lugar, corresponde analizar las impugnaciones esgrimidas por Isapre Banmédica, Vida Tres y Cruz Blanca en contra de la instrucción que les prohíbe exigir la inscripción en el Registro Nacional de Discapacidad (RND) como

requisito para acceder a la bonificación sin topes a que refiere la Circular IF/N°528, contenida en el párrafo tercero, cuyo tenor es el siguiente:

"Las isapres no podrán exigir, como requisito para acceder a esta bonificación, la inscripción del beneficiario en el Registro Nacional de Discapacidad regulado por la Ley N°20.422, bastando con la acreditación del diagnóstico médico respectivo."

En sus recursos argumentan que excluir este registro desecha un mecanismo público de certificación externa y técnica otorgado por la COMPIN, privándolas de herramientas de control. Por lo anterior, proponen como solución que la eliminación de los topes máximos de cobertura se limite, única y exclusivamente, a aquellas personas que cuenten con la certificación de discapacidad prevista en la Ley N°20.422.

- 29.- Que, corresponde rechazar enfáticamente dicha argumentación, toda vez que exigir la inscripción en el Registro Nacional de Discapacidad como condición para financiar el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista regulado mediante la Circular IF/N°528, contraviene el texto expreso de la Ley N°21.545.

En efecto, el artículo 2 de dicho cuerpo legal reconoce que el TEA es una condición del neurodesarrollo que abarca un espectro amplio y variable, estableciendo explícitamente que estas características sólo constituyen una discapacidad cuando generan un impacto funcional significativo en la persona a nivel familiar, social, educativo u ocupacional. Por consiguiente, si bien se reconoce la necesidad de apoyos, la propia ley asume que la condición autista no necesariamente generará discapacidad en todos los casos.

Por tanto, exigir la credencial del Registro Nacional de Discapacidad a todo el universo de beneficiarios autistas impondría una barrera de acceso ilegal, excluyendo arbitrariamente el mandato de atención pertinente y seguimiento continuo respecto de aquellas personas neurodivergentes que, requiriendo terapias de apoyo, no cumplen con los criterios clínicos o sociales para ser calificados con discapacidad severa o funcional.

- 30.- Que, a mayor abundamiento, resulta insuficiente que las isapres propongan como solución o medida alternativa limitar esta cobertura, exclusivamente, para las personas con discapacidad, porque tal planteamiento **omite deliberadamente que dicha hipótesis ya se encuentra regulada por esta Superintendencia desde el año 2020.**

En efecto, mediante la Circular IF/N°353, se incorporó un literal k) al Capítulo I, Título V del Compendio de Beneficios, instruyendo que las isapres otorgaran cobertura para las prestaciones de fonoaudiología, terapia ocupacional y kinesiología sin tope de atenciones anuales para todos los beneficiarios que se encontraran inscritos en el Registro Nacional de Discapacidad.

Por consiguiente, si esta Intendencia acogiera la petición de las recurrentes, la dictación de la Circular IF/N°528 resultaría inoficiosa, pues se limitaría a reiterar un derecho que las personas con discapacidad, en clara referencia a la Ley N°20.422, poseen desde hace años. Por el contrario, la Circular impugnada busca dar cumplimiento al nuevo estándar de la Ley N°21.545, protegiendo el financiamiento de los tratamientos de todas las personas en el espectro autista, independientemente de si su neurodivergencia ha sido o no calificada formalmente como una discapacidad.

- 31.- Que, atendido lo previamente razonado, este Intendente procede al rechazo de todas y cada una de las alegaciones esgrimidas por las recurrentes en contra del párrafo tercero de la Circular IF/N°528, confirmándose su contenido.

No obstante, atendidas las modificaciones a que aluden los considerandos 22° y siguientes sobre el nuevo estándar de acreditación diagnóstica, se eliminará la última frase “, **bastando con la acreditación del diagnóstico médico respectivo**” y dicho párrafo pasará a ser el quinto.

- 32.- Que, en cuarto lugar, corresponde analizar las impugnaciones esgrimidas por Isapre Banmédica, Vida Tres y Esencial en contra de la instrucción que les prohíbe intervenir en la determinación de las prestaciones que componen el abordaje terapéutico de una persona autista a que refiere el párrafo cuarto de la Circular IF/N°528, cuyo tenor es el siguiente:

“Asimismo, las instituciones tampoco podrán intervenir en la determinación de las prestaciones que componen el abordaje terapéutico de una persona con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), ya que su definición dependerá de las necesidades específicas del beneficiario y de la indicación del profesional médico tratante. En consecuencia, no podrá condicionar la bonificación de una prestación particular (por ejemplo, fonoaudiología), a la ejecución previa o simultánea de otras atenciones (por ejemplo, terapia ocupacional y/o psicología), por cuanto, al tratarse de una condición del neurodesarrollo que se manifiesta de forma distinta en cada paciente, el abordaje integral debe ajustarse según el caso.”

- 33.- Que, dichas isapres, en síntesis, argumentan que esta prohibición afectaría sus facultades de control y verificación de coberturas, no obstante, dichas instituciones no se encuentran en la indefensión por el hecho de prohibirles controlar el manejo clínico de sus beneficiarios, en especial, consideradas las prácticas descritas en los considerandos 10° y 11° de la presente resolución.

Adicionalmente, como se ha venido señalando, las isapres poseen facultades expresas y regladas para controlar la procedencia de los beneficios a fin de evitar fraudes, consagradas en el DFL N°1/2005 de Salud y en la normativa administrativa dictada por esta Superintendencia. Al respecto, y a modo de ejemplo de este diseño de fiscalización, los cuatro incisos finales del artículo 189 de dicho cuerpo legal regulan minuciosamente el procedimiento técnico que las isapres deben activar en caso de detectar anomalías o dudar de la veracidad de los antecedentes médicos, a saber:

- a) En primer término, si la isapre considera que la información proporcionada por el prestador es incompleta, imprecisa o teme fundadamente que no se ajusta a la verdad, se encuentra legalmente facultada para designar un médico cirujano independiente de las partes - debidamente inscrito en el registro público de esta Superintendencia - para que revise personalmente la ficha clínica del paciente.
- b) En segundo término, con el solo objetivo de que las isapres puedan revisar la correcta emisión de las cuentas cobradas por los prestadores con los que tienen convenios de pago a través de paquetes de prestaciones, estos últimos deben poner a disposición de la institución de salud el detalle de las atenciones efectivamente otorgadas.
- c) En tercer término, el legislador impone a los prestadores de salud el deber de dar estricto cumplimiento a dicho requerimiento, obligándoles a permitir la revisión de la respectiva ficha clínica en un plazo perentorio de cinco días hábiles, bajo el resguardo de la reserva de información establecida en la Ley N°19.628.
- d) En cuarto término, se radica de forma exclusiva en la Superintendencia de Salud la potestad de vigilar el adecuado ejercicio de esta facultad de auditoría y resolver los conflictos que puedan producirse entre los prestadores y las isapres.

Por consiguiente, si una isapre detecta anomalías u observa riesgos operativos, tiene la facultad de activar sus propias herramientas de auditoría, en lugar de imponer barreras a priori y/o intervenir en el abordaje terapéutico de los casos.

Por tanto, a este respecto, se aclara a Isapre Esencial que la Circular IF/N°528, conforme se desprende de su tenor, no deroga las facultades de verificación y auditoría médica.

- 34.- Que, a mayor abundamiento, las objeciones planteadas por las recurrentes, vulneran el texto expreso de la Ley N°21.545. En efecto, el artículo 10 de dicho cuerpo legal consagra el derecho a una atención de salud pertinente a las necesidades de la persona autista, mientras que su artículo 14 exige al Estado promover el acceso a atenciones de salud específicas de acuerdo con las necesidades.

Por tanto, tratándose de un espectro amplio que varía en cada persona, resulta imperativo que el abordaje terapéutico sea definido por el especialista tratante y no por la isapre, en especial, cuando dicha actuación no representa la realidad clínica del paciente.

- 35.- Que, atendido lo previamente razonado, este Intendente procede al rechazo de las alegaciones esgrimidas por las recurrentes en contra del párrafo cuarto de la Circular IF/N°528, salvo en cuanto aclarar que el profesional médico tratante que determina el abordaje terapéutico, al igual que se dispuso con relación al estándar de diagnóstico, debe ser de la especialidad de neurología, psiquiatría o con formación en trastornos del neurodesarrollo. Finalmente, atendidas las modificaciones a que alude el considerando 22°, el siguiente párrafo pasará a ser el sexto de la normativa, a saber:

*"Asimismo, las instituciones tampoco podrán intervenir en la determinación de las prestaciones que componen el abordaje terapéutico de una persona con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), ya que su definición dependerá de las necesidades específicas del beneficiario y de la indicación del tratante, sea este, **neurólogo, psiquiatra o facultativo con formación en trastornos del neurodesarrollo**. En consecuencia, no podrá condicionar la bonificación de una prestación particular (por ejemplo, fonoaudiología), a la ejecución previa o simultánea de otras atenciones (por ejemplo, terapia ocupacional y/o psicología), por cuanto, **al tratarse de una condición del neurodesarrollo que se manifiesta de forma distinta en cada paciente, el abordaje integral debe ajustarse según el caso.**"*

- 36.- Que, en adición a las instrucciones específicas establecidas mediante la Circular IF/N°528, Isapre Banmédica y Vida Tres argumentaron la existencia de supuestas brechas operativas, reprochando que no se definiera un canal formal y único mediante el cual la institución deba tomar conocimiento del diagnóstico. Alegan que la presentación del certificado por múltiples vías, sumada a la emisión de bonos electrónicos a través del sistema I-Med, las expone a pagos improcedentes. Solicitan, en definitiva, fijar un flujo formal y único de acreditación.
- 37.- Que, corresponde rechazar la petición de fijar un canal exclusivo o único para la recepción del diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, por contravenir, abiertamente, las directrices de esta Superintendencia referidas al acceso a los beneficios, las cuales obligan a las instituciones a disponibilizar todos los canales físicos y digitales.

Sin perjuicio de lo expuesto, este Intendente advierte una oportunidad de mejora regulatoria en atención a lo expuesto por las recurrentes, a fin de otorgar certeza operativa tanto a los beneficiarios como a las instituciones, evitando que las personas deban acreditar el diagnóstico cada vez que requieran un bono o

reembolso, así como también, permitir que las isapres puedan adecuar los soportes informáticos para la emisión de bonos electrónicos a través del sistema I-Med.

- 38.- Que, por consiguiente, resulta pertinente acoger parcialmente la solicitud de establecer un mecanismo de registro del diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), previo requerimiento del beneficiario, mediante la Sucursal Virtual o presencial en agencia física.

En todos los casos, cualquiera sea la vía de ingreso, la institución deberá entregar un comprobante físico o electrónico que acredite la fecha y hora de la recepción conforme de los referidos documentos. Asimismo, la isapre dispondrá de un plazo máximo de 15 días hábiles, contados desde el requerimiento, para validar los antecedentes, materializar el registro interno, adecuar sus soportes informáticos para permitir la compra directa de bonos sin tope anual, y notificar por escrito a la persona afiliada.

En la aludida comunicación se deberá informar la habilitación permanente de esta cobertura o, en su defecto, los fundamentos de su rechazo. Ante una negativa, la respuesta deberá informar sobre el derecho que asiste al beneficiario de presentar un reclamo ante la Superintendencia de Salud.

- 39.- Que, atendido lo precedentemente expuesto, se agregarán los siguientes párrafos séptimo a noveno, a saber:

" Con el fin de otorgar certeza operativa y facilitar la emisión de bonos electrónicos, los beneficiarios que requieran acceder a esta cobertura sin tope anual deberán solicitarlo expresamente. Para lo anterior, deberán adjuntar la documentación a través de la Sucursal Virtual o realizar dicho trámite en forma presencial en las agencias o sucursales de la isapre.

En todos los casos, cualquiera sea la vía de ingreso, la institución deberá entregar un comprobante físico o electrónico que acredite la fecha y hora de la recepción conforme de los referidos documentos. Asimismo, la isapre dispondrá de un plazo máximo de 15 días hábiles, contados desde el requerimiento, para validar los antecedentes, materializar el registro interno, adecuar sus soportes informáticos para permitir la compra directa de bonos sin tope anual, y notificar por escrito a la persona afiliada.

La aludida comunicación informará sobre la habilitación permanente de esta cobertura o, en su defecto, los fundamentos del rechazo y se remitirá mediante correo electrónico a la última dirección registrada, en caso contrario, deberá hacerlo por carta certificada. Ante una negativa, la respuesta indicará expresamente sobre el derecho que asiste al beneficiario de presentar un reclamo ante la Superintendencia de Salud."

- 40.- Que, habiéndose resuelto favorablemente las peticiones de las instituciones relativas a la idoneidad de la especialidad médica y el estándar de acreditación diagnóstica en los considerandos precedentes (además de las agregaciones operativas solicitadas por Isapre Banmédica y Vida Tres), corresponde emitir pronunciamiento respecto de las solicitudes de aclaración formuladas por Isapre Esencial S.A., ligadas al alcance material y arancelario de la cobertura.

En cuanto a la inquietud sobre el alcance material de la cobertura y si la Circular obliga a financiar prestaciones no aranceladas o prestadas fuera de las modalidades del contrato, corresponde precisar que la instrucción impugnada no modifica las reglas generales de cobertura ni altera la modalidad de los planes de salud.

En efecto, la referida Circular es explícita y restrictiva en su mandato, a saber, que las isapres prescindan de aplicar la columna de "Tope máx. año contrato por beneficiario", por tanto, no crea nuevas obligaciones de cobertura para prestaciones que no forman parte del arancel de la isapre, toda vez que la normativa vigente ya establece que se encuentran excluidas de cobertura todas aquellas prestaciones no aranceladas. Asimismo, tampoco altera las modalidades de atención pactada, tales como planes cerrados o preferentes, sin que se pueda colegir una incertidumbre operativa, como afirma Isapre Esencial.

En el mismo sentido, las objeciones planteadas en contra de los conceptos utilizados en la introducción de la Circular, tales como, terapias de apoyo o atenciones específicas, tal como se desprende de su ubicación, se encuentran en la parte considerativa de la norma, con la finalidad de contextualizar el mandato y espíritu de la Ley N°21.545, ya que son conceptos usados por el propio legislador. No obstante, en la parte dispositiva de la Circular IF/N°528, se enumeran exhaustivamente cuáles son las cinco prestaciones de salud sobre las cuales opera la supresión de topes para la población autista, a saber: psiquiatría, psicología, kinesiología, terapia ocupacional y fonoaudiología, sin que se vislumbre la ambigüedad aludida.

Por tanto, ténganse por respondidas y aclaradas las alegaciones accesorias esgrimidas por Isapre Esencial S.A.

- 41.- Que, conjuntamente con los recursos de reposición aludidos, las isapres Colmena Golden Cross S.A., Cruz Blanca S.A., Esencial S.A. y Nueva Masvida S.A., solicitaron la suspensión temporal de los efectos de la Circular IF/N°528 mientras se tramitan sus impugnaciones, de conformidad con lo establecido en el artículo 57 de la Ley N°19.880. Adicionalmente, Isapre Colmena Golden Cross S.A., mediante un escrito complementario, solicitó que se le concediera una extensión o postergación de seis meses para el inicio de la vigencia de las instrucciones, argumentando que dicho plazo resultaría indispensable para llevar a cabo los ajustes operativos y sistémicos necesarios para su correcta ejecución.

Para fundar esta petición argumentan que la aplicación inmediata de la instrucción les ocasionaría un perjuicio directo y un daño irreparable, toda vez que las obligaría a otorgar beneficios sin topes y, en el evento de acogerse los recursos, no sería posible retrotraer las situaciones operativas y financieras respecto de las coberturas ya otorgadas.

- 42.- Que, es menester recordar que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 3 de la Ley N°19.880, los actos de la Administración del Estado gozan de una presunción de legalidad, imperio y exigibilidad frente a sus destinatarios desde su entrada en vigencia. En consecuencia, la regla general es que la interposición de los recursos administrativos no suspenderá la ejecución del acto impugnado. Con todo, la autoridad administrativa podrá, a petición fundada del interesado, suspender excepcionalmente la ejecución sólo cuando el cumplimiento del acto recurrido pudiere causar un daño irreparable o hacer imposible el cumplimiento de lo que se resuelve.

Atendido lo expuesto y analizados los antecedentes invocados por las recurrentes, este Intendente advierte que en el presente caso no concurren los presupuestos legales para conceder la suspensión solicitada. El presunto desequilibrio económico o perjuicio financiero alegado por las recurrentes no ha sido demostrado, ni tampoco se observa que revista el carácter de un daño irreparable que justifique la paralización de una instrucción de general aplicación, por el contrario, suspender los efectos de la Circular IF/N°528 ocasionaría un gravamen directo sobre los beneficiarios, perpetuando una barrera de acceso que vulnera los principios de protección contemplados en la Ley N°21.545.

- 43.- Que, finalmente, respecto a la solicitud específica de Isapre Colmena Golden Cross S.A. tendiente a postergar por seis meses la entrada en vigencia de las

instrucciones argumentando la necesidad de adecuar sus soportes informáticos, este Intendente estima que otorgar una vacancia normativa de medio año resulta del todo desproporcionada y dejaría en una abierta desprotección a los pacientes neurodivergentes.

En efecto, el supuesto perjuicio por la falta de tiempo para implementar ajustes sistémicos ha quedado plenamente subsanado mediante las adecuaciones operativas solicitadas por las isapres Banmédica y Vida Tres. Al acogerse dichas propuestas, el mecanismo de registro habilitado no exige a la isapre efectuar un filtro o carga masiva ni simultánea de todos los beneficiarios con esta condición, sino que opera a requerimiento de parte, de manera individualizada y otorga a la institución un plazo de 15 días hábiles, es decir, tres semanas para validar los antecedentes, realizar el registro interno y resolver las brechas operativas en sus sistemas electrónicos para ese beneficiario en particular. Valga reiterar que las personas que padecen Trastornos del Espectro Autista representan menos de un 2% de la población nacional y no todos ellos son beneficiarios de isapre.

Por consiguiente, la solicitud de suspensión o postergación semestral masiva carece de todo fundamento jurídico y técnico, procediéndose a su rechazo.

- 44.- Que, en mérito de lo expuesto precedentemente y en uso de las facultades que la ley otorga a este Intendente,

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., Nueva Masvida S.A., y Esencial S.A., en contra de la Circular IF/N°528, de 26 de mayo de 2026, sobre la cobertura de prestaciones relacionadas con el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista (TEA) por parte de las Instituciones de Salud Previsional, modificándola en la forma que se indicará a continuación:

- a) Sustitúyase el actual párrafo segundo de la Circular IF/N°528, por los tres siguientes:

"Para acceder a esta cobertura, el beneficiario o quien lo represente deberá presentar a la isapre un informe o certificado emitido por un médico especialista en neurología, psiquiatría o con formación en trastornos del neurodesarrollo que acredite el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Conjuntamente con lo anterior, deberá acompañar un instrumento de evaluación diagnóstica estructurada o de tamizaje, tal como, test ADOS-2, ADI-R, tamizaje M-CHAT (o su versión M-CHAT-R/F) u otro equivalente conforme a la lex artis médica, realizado por un profesional de salud capacitado en el uso de tal herramienta.

Atendido que el Trastorno del Espectro Autista es una condición del neurodesarrollo de carácter permanente que abarca todo el ciclo vital, dicho certificado u orden médica no estará sujeto a vigencia temporal, ni requerirá de actualizaciones o renovaciones periódicas.

Asimismo, para dar por formalizada esta solicitud de cobertura, bastará con la presentación de un informe o certificado y el instrumento de evaluación diagnóstica que el beneficiario ya tenga en su poder, siempre y cuando dichos documentos consignen explícitamente el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Las Instituciones de Salud Previsional no podrán exigir la repetición de consultas de especialidad, evaluaciones diagnósticas, exámenes confirmatorios o la realización de nuevas prestaciones clínicas a pacientes que ya tengan su condición

debidamente acreditada conforme a esta normativa, toda vez que ello constituye una barrera de acceso injustificada y contraria al espíritu de la Ley N°21.545."

- b) El actual párrafo tercero pasa a ser el párrafo quinto y se eliminará la última frase: "**, bastando con la acreditación del diagnóstico médico respectivo**".
- c) El actual párrafo cuarto pasa a ser el párrafo sexto, reemplazándose la expresión "profesional médico tratante" por "**tratante, sea este, neurólogo, psiquiatra o facultativo con formación en trastornos del neurodesarrollo**", conservando inalterado el resto de su tenor.
- d) A continuación del anterior, incorpórense los siguientes párrafos finales (séptimo a noveno):

"Con el fin de otorgar certeza operativa y facilitar la emisión de bonos electrónicos, los beneficiarios que requieran acceder a esta cobertura sin tope anual deberán solicitarlo expresamente. Para lo anterior, deberán adjuntar la documentación a través de la Sucursal Virtual o realizar dicho trámite en forma presencial en las agencias o sucursales de la isapre.

En todos los casos, cualquiera sea la vía de ingreso, la institución deberá entregar un comprobante físico o electrónico que acredite la fecha y hora de la recepción conforme de los referidos documentos. Asimismo, la isapre dispondrá de un plazo máximo de 15 días hábiles, contados desde el requerimiento, para validar los antecedentes, materializar el registro interno, adecuar sus soportes informáticos para permitir la compra directa de bonos sin tope anual, y notificar por escrito a la persona afiliada.

La aludida comunicación informará sobre la habilitación permanente de esta cobertura o, en su defecto, los fundamentos del rechazo y se remitirá mediante correo electrónico a la última dirección registrada, en caso contrario, deberá hacerlo por carta certificada. Ante una negativa, la respuesta indicará expresamente sobre el derecho que asiste al beneficiario de presentar un reclamo ante la Superintendencia de Salud."

- e) Incorpórase en la Circular IF/N°528 el siguiente Título IV, nuevo, pasando el actual Título IV (relativo a la vigencia) a constituirse como Título V, de conformidad al siguiente tenor:

"Título IV: DISPOSICIÓN TRANSITORIA.

Las Instituciones de Salud Previsional deberán implementar el mecanismo de registro del diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), a más tardar el 1 de noviembre de 2026. Para lo anterior, cada isapre habilitará en su respectiva Sucursal Virtual un vínculo de fácil acceso que permita a la persona beneficiaria adjuntar la documentación regulada. Del mismo modo, deberá disponibilizar un procedimiento equivalente para las solicitudes realizadas en forma presencial.

Aquellos beneficiarios que ya hubieren acreditado la condición de Trastorno del Espectro Autista (TEA) ante su respectiva isapre con anterioridad a la implementación de este nuevo mecanismo de registro, conservarán plenamente su derecho a la cobertura sin topes anuales que ha comenzado a devengarse y no estarán obligados a realizar dicha gestión de ingreso, por una segunda vez."

- 2.- En virtud de las modificaciones indicadas, el texto íntegro del Título III de la Circular IF/Nº528 y la nueva disposición transitoria, que corresponde al nuevo Título IV, quedan de la siguiente manera:

"En virtud de lo dispuesto en la Ley Nº21.545, las isapres deberán otorgar la cobertura del plan de salud complementario sin aplicar montos máximos anuales de bonificación por beneficiario respecto de las prestaciones de psiquiatría, psicología, kinesiología, terapia ocupacional y/o fonoaudiología prescritas a sus beneficiarios diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA). En consecuencia, al momento de determinar la bonificación específica, deberán prescindir de la columna "Tope máx. año contrato por beneficiario", cualquiera sea la edad de esta persona y antigüedad del contrato.

Para acceder a esta cobertura, el beneficiario o quien lo represente deberá presentar a la isapre un informe o certificado emitido por un médico especialista en neurología, psiquiatría o con formación en trastornos del neurodesarrollo que acredite el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Conjuntamente con lo anterior, deberá acompañar un instrumento de evaluación diagnóstica estructurada o de tamizaje, tal como, test ADOS-2, ADI-R, tamizaje M-CHAT (o su versión M-CHAT-R/F) u otro equivalente conforme a la lex artis médica, realizado por un profesional de salud capacitado en el uso de tal herramienta.

Atendido que el Trastorno del Espectro Autista es una condición del neurodesarrollo de carácter permanente que abarca todo el ciclo vital, dicho certificado u orden médica no estará sujeto a vigencia temporal, ni requerirá de actualizaciones o renovaciones periódicas.

Asimismo, para dar por formalizada esta solicitud de cobertura, bastará con la presentación de un informe o certificado y el instrumento de evaluación diagnóstica que el beneficiario ya tenga en su poder, siempre y cuando dichos documentos consignen explícitamente el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Las Instituciones de Salud Previsional no podrán exigir la repetición de consultas de especialidad, evaluaciones diagnósticas, exámenes confirmatorios o la realización de nuevas prestaciones clínicas a pacientes que ya tengan su condición debidamente acreditada conforme a esta normativa, toda vez que ello constituye una barrera de acceso injustificada y contraria al espíritu de la Ley Nº21.545.

Las isapres no podrán exigir, como requisito para acceder a esta bonificación, la inscripción del beneficiario en el Registro Nacional de Discapacidad regulado por la Ley Nº20.422.

Asimismo, las instituciones tampoco podrán intervenir en la determinación de las prestaciones que componen el abordaje terapéutico de una persona con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), ya que su definición dependerá de las necesidades específicas del beneficiario y de la indicación del profesional tratante, sea este, neurólogo, psiquiatra o facultativo con formación en trastornos del neurodesarrollo. En consecuencia, no podrá condicionar la bonificación de una prestación particular (por ejemplo, fonoaudiología), a la ejecución previa o simultánea de otras atenciones (por ejemplo, terapia ocupacional y/o psicología), por cuanto, al tratarse de una condición del neurodesarrollo que se manifiesta de forma distinta en cada paciente, el abordaje integral debe ajustarse según el caso.

Con el fin de otorgar certeza operativa y facilitar la emisión de bonos electrónicos, los beneficiarios que requieran acceder a esta cobertura sin tope anual deberán solicitarlo expresamente. Para lo anterior, deberán adjuntar la documentación a través de la Sucursal Virtual o realizar dicho trámite en forma presencial en las agencias o sucursales de la isapre.

En todos los casos, cualquiera sea la vía de ingreso, la institución deberá entregar un comprobante físico o electrónico que acredite la fecha y hora de la recepción conforme de los referidos documentos. Asimismo, la isapre dispondrá de un plazo máximo de 15 días hábiles, contados desde el requerimiento, para validar los antecedentes, materializar el registro interno, adecuar sus soportes informáticos para permitir la compra directa de bonos sin tope anual, y notificar por escrito a la persona afiliada.

La aludida comunicación informará sobre la habilitación permanente de esta cobertura o, en su defecto, los fundamentos del rechazo y se remitirá mediante correo electrónico a la última dirección registrada, en caso contrario, deberá hacerlo por carta certificada. Ante una negativa, la respuesta indicará expresamente sobre el derecho que asiste al beneficiario de presentar un reclamo ante la Superintendencia de Salud."

"Título IV: DISPOSICIÓN TRANSITORIA.

Las Instituciones de Salud Previsional deberán implementar el mecanismo de registro del diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), a más tardar el 1 de noviembre de 2026. Para lo anterior, cada isapre habilitará en su respectiva Sucursal Virtual un vínculo de fácil acceso que permita a la persona beneficiaria adjuntar la documentación regulada. Del mismo modo, deberá disponibilizar un procedimiento equivalente para las solicitudes realizadas en forma presencial.

Aquellos beneficiarios que ya hubieren acreditado la condición de Trastorno del Espectro Autista (TEA) ante su respectiva isapre con anterioridad a la implementación de este nuevo mecanismo de registro, conservarán plenamente su derecho a la cobertura sin topes anuales que ha comenzado a devengarse y no estarán obligados a realizar dicha gestión de ingreso, por una segunda vez."

- 3.- Rechazar la solicitud de suspensión de los efectos de la Circular IF/Nº528, así como la vacancia de 6 meses solicitada por Isapre Colmena Golden Cross S.A., en escrito complementario.
- 4.- Remítase para el conocimiento y resolución del Superintendente de Salud los recursos jerárquicos interpuestos subsidiariamente por las antedichas isapres.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE


OSVALDO VARAS SCHUDA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD




KBM/MPA/PAS

Distribución:

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

Correlativo 9358-2026