



# SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud  
Subdepartamento de Regulación

RESOLUCIÓN EXENTA IF/N° 246

Santiago, 31 AGO 2017

## VISTO:

Lo dispuesto en los artículos 110, 113 y demás pertinentes del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; la Resolución N°1600, de 2008, de la Contraloría General de la República y la Resolución Afecta N° 109, del 19 de octubre de 2015, de la Superintendencia de Salud, y,

## CONSIDERANDO:

1. Que, mediante la Circular IF/N° 287, del 29 de junio de 2017, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud impartió instrucciones sobre el plazo para exigir el financiamiento de las prestaciones de salud, con el objeto de aclarar el ámbito de aplicación temporal de la obligación de financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, y, asimismo, reconocer el derecho a recuperar el copago para una prestación de salud que no se lleva a efecto.
2. Que, las isapres Nueva Masvida, Banmédica, Colmena Golden Cross, Masvida, Consalud y Cruz Blanca repusieron las instrucciones señaladas en el párrafo anterior, recurriendo de jerárquico -en subsidio- las isapres Banmédica, Colmena Golden Cross, Consalud y Cruz Blanca, por las razones que se exponen a continuación.
3. Que, con fecha 6 de julio de 2017, dentro de plazo, la **Isapre Nueva Masvida**, ha referido en su reposición que adhirieron voluntariamente a las Condiciones Generales Uniformes del Contrato de Salud Previsional, contenidas en el Título III, del Capítulo III, del Compendio de Instrumentos Contractuales, de esta Superintendencia, refiriendo que estas condiciones son abiertamente contrarias a las instrucciones que este Organismo Fiscalizador establece en la Circular. Agregando que, de acuerdo a lo establecido en los contratos de salud, las ordenes de atención -vencido el plazo de 30 días- no pueden ser cobradas por los afiliados y los reembolsos y programas médicos corren la misma suerte en un plazo de 60 días.

Argumenta que esta forma de operar ha regido el sistema isapres desde su creación -casi 40 años- y que es una norma que se adopta de los contratos de seguros, con el objeto que los antecedentes de salud sobre los cuales descansa la prestación cuya

cobertura se reclama, se encuentren disponibles al momento de su financiamiento, ya que mientras más tiempo transcurra será más difícil conocer si éste se encuentra ajustado a lo pactado contractualmente.

Hace presente que este Organismo debe considerar los aspectos contables y tributarios de lo que significa el pago de prestaciones de años anteriores, como así la constitución de la garantía que no contempla ese criterio dentro de su cálculo.

Pide acoger a tramitación el presente recurso y que se deje sin efecto la Circular recurrida, manteniendo el sistema y los contratos de salud en la forma que se encuentra ya regulado.

Subsidiariamente, y para el caso que su petición principal no prospere, pide que la vigencia de la Circular recurrida se difiera en el tiempo, de modo de ajustar los procedimientos contables, de cálculo de impuestos y de registro en actual uso, estimando como plazo razonable de vigencia el 1 de enero de 2018, de modo de cerrar el año 2017 con los criterios antes vigentes.

4. Que, con fecha 6 de julio de 2017, dentro de plazo, **Isapre Banmédica** presentó recurso de reposición, en lo principal, y jerárquico en subsidio, mencionando que la modificación normativa excede las facultades que el legislador ha concedido a esta Superintendencia, señalando que las facultades de la Superintendencia de Salud consisten en facultades de interpretación y de reglamentación administrativa relacionada a una mayor claridad y un mejor entendimiento de los contratos de salud, como asimismo, en la fiscalización del cumplimiento de los mismos; agregando que no podría esta Entidad eliminar o alterar el orden contractual de las relaciones entre los afiliados y las isapres; refiriendo que no podría innovarse en el ordenamiento jurídico estableciendo cargas que puedan agravar la situación jurídica de los particulares.

Adiciona a lo anterior de que se estaría modificando retroactivamente las Condiciones Generales Uniformes del Contrato de Salud, norma que cataloga como un marco de certeza jurídica para las partes al momento de contratar; y que el contenido y alcance de las Condiciones Generales Uniformes son el marco jurídico y contractual básico y cierto bajo el cual se regularon las condiciones para exigir el financiamiento de las prestaciones de salud.

Menciona que las Condiciones Generales señalan expresamente los efectos que deberá soportar el afiliado ante el incumplimiento del plazo establecido para requerir la anulación o recuperación de la Orden de Atención Médica o Bono, específicamente en su letra a) y b), de su artículo 11.

Refiere que la Superintendencia ha ignorado completamente lo estipulado en las Condiciones Generales Uniformes respecto al derecho de la isapre de rechazar las solicitudes de financiamiento presentadas por los afiliados de forma extemporánea, lo que estima como una contradicción, por lo que concluye que la norma viene a oscurecer las obligaciones de la isapre en relación al financiamiento.

Argumenta que la Superintendencia ha errado el fundamento en que justifica la emisión de la Circular impugnada, ya que su objetivo señala que se refiere a la obligación de financiamiento "no ha sido restringida en el tiempo por parte del legislador", y, sin embargo ésta se encontraría restringida en el artículo 11 de las Condiciones Generales Uniformes del Contrato de Salud, el cual constituye una restricción expresa al derecho de los afiliados para solicitar la bonificación de atenciones médicas fuera del plazo contractual fijado y cuya redacción clara y simple no da cabida a duda alguna respecto a su sentido y alcance, sin requerir aclaración o precisión alguna sobre la ejecución del contrato de salud. Concluyendo la Circular en cuestión ha restringido derechos de una de las partes del contrato.

A lo anterior, adiciona que no les parece lógico que la Superintendencia extienda sus competencias, bajo el argumento de dictar normas de general aplicación e interpretación de los contratos, para efectos de modificar las estipulaciones vigentes y en ejecución de los mismos, lo que atentaría contra la intangibilidad de los contratos legalmente suscritos, los cuales son ley para las partes, conforme el artículo 1.545 del Código Civil.

Ahonda en lo precedente, señalando que las partes han convenido expresamente y de común acuerdo las modalidades de pago de las atenciones médicas y no existe ningún acuerdo de voluntades que busque modificar la forma en que se han definido sus condiciones, ni tampoco existe causa legal que haga posible una variación o una interpretación distinta a lo que establecen las Condiciones Generales Uniformes, lo que sería reafirmado por el principio de buena fe contractual, a su juicio.

Refuerza su argumento señalando que las Condiciones Generales Uniformes generan efectos para las partes, y no son "meras condiciones", y que éstas están conformes con el artículo 49 del Código Civil, respecto a la vinculación de un plazo a la ejecución de un acto o a la expiración de un derecho.

Menciona que fue la propia Superintendencia la que a través de la Circular IF/Nº12 estableció la restricción del derecho de los afiliados para solicitar el financiamiento de las prestaciones médicas.

En lo referente al plazo de prescripción de 5 años, alega que esto tendrá como consecuencia directa el incremento desmesurado de los gastos de administración en que debe incurrir la Isapre para mantener la información y registros asociados a las referidas solicitudes, lo que atenta la racionalización de los gastos de administración y la disminución de costos operativos de las isapres.

Reitera en la necesidad de plazos razonables y prudentes que eviten el entorpecimiento y promuevan la agilización de los procesos de financiamiento, para que éstos no se dilaten innecesariamente. Señalando que la obligación de la Isapre resulta más gravosa cuando, a modo de ejemplo, la solicitud es presentada por un ex afiliado, cuya información no se encuentra en todos los casos registrada en la Isapre, toda vez que ésta mantiene su custodia dentro de los plazos establecidos en la normativa vigente, pudiendo no contarse eventualmente con dicha información. Lo mismo ocurre respecto a la facultad de la Isapre para requerir antecedentes médicos del paciente a terceros para resolver la procedencia o no de la solicitud de bonificación presentada, la cual podría incluso volverse imposible atendido el tiempo transcurrido, concluyendo que es necesario que el plazo fijado para la solicitud de financiamiento de prestaciones de salud contemple un límite razonable y que su determinación sea debidamente justificada.

Menciona que es un problema el establecimiento de plazos que no generan consecuencia alguna y la dificultad de determinar la conducta que se espera de los afiliados y prestadores, a fin de evitar la situación de incumplimiento.

Por todo lo señalado, pide que la instrucción sea dejada sin efecto, por cuanto afectan directamente los contratos legalmente celebrado entre los afiliados y la isapre sin tener las facultades legales para aquello.

En subsidio, y para el caso de no ser acogido el recurso, solicita que se modifiquen las Condiciones Generales Uniformes del Contrato de Salud, con la finalidad que las nuevas instrucciones sean coherentes con éstas, de modo que sean aplicadas hacia el futuro, con el fin de no afectar la intangibilidad de los contratos suscritos.

Finaliza, pidiendo que se establezca un plazo de a lo menos 3 meses para el inicio de vigencia de las instrucciones contenidas en la Circular IF/Nº287, con el fin de poder

adecuar sus sistemas a la nueva regulación, ya que actualmente les resulta imposible otorgar las coberturas a los afiliados que efectúan sus solicitudes fuera de los plazos establecidos en la normativa vigente.

5. Que, con fecha 6 de julio de 2017, dentro de plazo, la **Isapre Colmena Golden Cross** presento recurso de reposición -en lo principal- y jerárquico en subsidio, refiriendo que la Circular impugnada vulnera el principio de la fuerza obligatoria de los contratos y de su intangibilidad por parte de terceros, contenidos en el artículo 1.545 del Código Civil.

Menciona que el contrato, que, si bien es uniforme para todos los afiliados y fue establecido en su origen entre las isapres y esta Autoridad, constituye un documento libre y consciente suscrito por ambas partes y en la medida que no existan vicios en su otorgamiento que provoquen su nulidad, resulta válido para las partes que concurren a su firma, lo que cataloga como de igual categoría que la ley, de manera que no podría alterarse por instrucciones administrativas el plazo dispuesto para los reembolsos, bonificaciones o cualquier otro financiamiento, citando el artículo 11 de las Condiciones Generales Uniformes, para efectos de reforzar su argumentación.

Refiere que en el artículo 11 de las Condiciones Generales Uniformes queda de manifiesto que resulta válido y obligatorio para ambas partes los plazos dispuestos para la devolución de los bonos, para los reembolsos, para la presentación de los Programas Médicos y para otro tipo de modalidades.

Agrega que, en cuanto a la extensión de las instrucciones recurridas, éstas no parecen tener una aplicación clara en cuanto a qué tipo de financiamiento de beneficios se refiere, toda vez que, si bien el título de la Circular hace referencia a que se trata de instrucciones relativas al plazo para exigir el financiamiento de prestaciones y beneficios en salud, no les parece claro que así se encuentre redactado en la parte sustantiva de la disposición administrativa.

Estiman que las instrucciones no pueden pretender modificar otros plazos que se relacionan directamente con el financiamiento de beneficios, como ocurre por ejemplo en la Cobertura Catastrófica y en las Garantías Explícitas en Salud, en cuyo caso para su financiamiento deben cumplirse determinados plazos tanto por parte del afiliado como de la Isapre.

Sin perjuicio de lo señalado, les parece esencial que se aclare que estas disposiciones no alteran en forma alguna la obligatoriedad en el cumplimiento de todos aquellos plazos que las partes, los contratos, las condiciones o la normativa vigente establecen para la activación y/o procedencia de los beneficios o del financiamiento de las prestaciones de salud.

Refieren que, en caso de mantenerse estas disposiciones, éstas sólo podrían producir efectos respecto de los plazos para solicitar reembolsos, bonificación de Programas de Atención Médica o bien devolución de bonos relativos a prestaciones derivadas del ejercicio de la cobertura establecida en el Plan de Salud Complementario contratado; y no para otras coberturas, tales como GES, CAEC, GES-CAEC, etc. por cuanto su aplicación en el Compendio y en el Contrato de Salud sólo debiera referirse a dichas atenciones, sin embargo, no les parece claro de la parte sustantiva de la instrucción.

Por lo mencionado, solicita tener presentado el recurso de reposición, acogerlo a tramitación y, en definitiva, dejarla sin efecto. En subsidio, solicita que se aclare y modifique las instrucciones en la forma solicitada.

6. Que, con fecha 7 de julio de 2017, dentro de plazo, la **Isapre Masvida** ha argumentado en su reposición que adhieren a las Condiciones Generales Uniformes

del Contrato de Salud Previsional y que las instrucciones contradicen a las emanadas por la propia Superintendencia.

Alega que la operatoria establecida en las Condiciones Generales Uniformes es un estándar histórico del Sistema Isapres, el que se adopta de la práctica usada en la industria de seguros, con el objeto que los antecedentes de salud sobre los cuales descansa la prestación -cuya cobertura se reclama- se encuentren disponibles al momento de su financiamiento, ya que mientras más tiempo transcurra será más difícil conocer si éste se encuentra ajustado a lo pactado contractualmente.

Agrega, en relación a lo anterior, que las prestaciones médicas son otorgadas por prestadores individuales o institucionales, los cuales deben consignar los antecedentes por los cuales decidieron el acto médico, la anamnesis de los pacientes y las prestaciones efectivamente realizadas. Sin embargo, estos documentos y certificados pueden no obtenerse en la medida que mayor tiempo transcurra desde su realización. Lo mismo ocurre con los documentos contractuales que las isapres deben mantener en custodia, ya que atendido lo extenso del plazo en que los afiliados podrían solicitar el financiamiento de sus prestaciones de salud, éstos podrían reclamarlos respecto de Instituciones en los ya no se encuentren con contratos vigentes.

Por lo anterior, pide tener por interpuesto el recurso de reposición en contra de la Circular IF/Nº287, acogerlo a tramitación y dejar sin efecto la instrucción antedicha, manteniendo el sistema antes regulado.

7. Que, con fecha 7 de julio de 2017, la **Isapre Consalud** repuso las instrucciones ya individualizadas, interponiendo recurso jerárquico en subsidio, mencionando que existe una contradicción entre lo instruido y la regulación relativa a las Condiciones Generales Uniformes, ya que éstas establecen un tratamiento distinto al dado en la Circular IF/Nº 287 en materia de financiamiento de prestaciones y beneficios de salud.

Refiere que las Condiciones Generales Uniformes del Contrato de Salud, aprobadas por esa Superintendencia y que se encuentran actualmente vigentes, forman parte de los más de 300 mil contratos de salud previsionales que mantiene su institución, agregando que dicha norma ha establecido plazos de caducidad especiales para la solicitud de reembolsos de prestaciones y tramitación de programas médicos, como también para la utilización de las Órdenes de Atención o Bonos, por lo que se provocaría una contradicción entre lo pactado en los distintos contratos de salud previsional y la nueva regulación, toda vez que se da una solución distinta a una misma materia.

Estima que la ley es la que en su artículo 189 ha establecido este mandato a las isapres reconociendo su autonomía de las partes para pactar la forma en que se entregaran los beneficios.

Alega que la antinomia debe ser resuelta en favor de las Condiciones Generales Uniformes, atendida la libertad de las partes para establecer las condiciones del contrato, lo que estima que no puede ser entendido de otra manera, ya que el legislador estableció eventuales limitaciones o restricciones temporales para el cumplimiento de algunas obligaciones contractuales, dejando en manos de los contratantes el establecer las condiciones del otorgamiento de tales beneficios.

Asimismo, refiere que la Circular afecta el principio de intangibilidad de los contratos al querer modificar un contrato legalmente suscrito entre las partes y el afiliado.

Expone que no puede la Superintendencia modificar por vía administrativa disposiciones contractuales expresas, las cuales han sido incluso aprobadas por este

Organismo, para declarar que los plazos convencionales que las partes de un contrato legalmente suscrito hayan pactado, para la solicitud de determinados beneficios, no deben ser tomados en cuenta y más aún, no podrían recibir aplicación.

Hace presente que le llama la atención el poco valor que le atribuye la Superintendencia de Salud a la libertad contractual y la autonomía de la voluntad, ya que percibe que se han dictado una serie de nuevas normas administrativas en esa línea.

Para reforzar su argumento, hace presente el artículo 22 de la ley de efecto retroactivo, por lo que estima que las normas administrativas refieren que las normas administrativas sobre contratos sólo rigen a los contratos que se celebran después de que entren en vigor, toda vez que serían derechos adquiridos, y su adquisición se produce en el momento mismo de la conclusión del contrato.

Además de lo alegado, refiere que la Superintendencia carece de facultades para regular las materias tratadas en la Circular IF/Nº 287, haciendo referencia al principio de legalidad y al artículo 110 Nº8, refiriendo que esta última norma es clara respecto de las facultades con que dicho organismo de control se encuentra investido para, mediante la dictación de instrucciones de carácter general, dictar normas relativas a las estipulaciones de los contratos de salud previsional, no existiendo norma alguna que faculte a la Superintendencia de Salud para revisar las condiciones vigentes de un contrato legalmente celebrado.

Señala que es errado el establecer que una vez cumplido el plazo de prescripción que indica la normativa deberán iniciarse acciones de prescripción, dado que lo que corresponde en dicho caso es todo lo contrario, la prescripción debe ser alegada como excepción, lo que llevaría a absurdos, indicando que no corresponde a esa Superintendencia el establecer la manera en que eventualmente una isapre ejerce uno de sus derechos, en este caso el alegar la prescripción de una obligación ya sea como acción o excepción.

Por lo anterior, solicita tener por interpuesto recurso de reposición y acogerlo en todas sus partes.

8. Que, con fecha 7 de julio de 2017, dentro de plazo, **Isapre Cruz Blanca** repuso a las instrucciones contenidas en la Circular IF/Nº 287, recurriendo de jerárquico en subsidio, señalando que la normativa no cumple con aclarar el ámbito de aplicación de la obligación de financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, sino que, por el contrario, introduce un elemento de confusión y conflicto, estimándola como arbitraria.

Alega que si la obligación es financiar las prestaciones y beneficios de salud, debe darse estricta aplicación a sus disposiciones, concluyendo que se produce una antinomia en caso que no aplicarse el plazo de caducidad para requerir las coberturas o los reembolsos, toda vez que así está convenido en el contrato.

Hace presente que la autorización expresa del legislador para establecer una caducidad está dada por el artículo 189 del D.F.L. Nº1, de 2005 de Salud, específicamente en la parte que señala que los contratantes pueden convenir libremente las prestaciones y beneficios, incluido la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento, lo que se encontraría manifestado en las Condiciones Generales Uniformes del Contrato de Salud y en el punto referente a las prestaciones mínimas obligatorias, contenido en el Compendio de Beneficios; y los artículos 189 y 190, ambos del D.F.L. Nº1, de 2005, de Salud. Concluyendo que la libertad contractual sólo estaría restringida por los beneficios mínimos legales, refiriendo que el plazo de caducidad caería dentro del concepto "modalidad y condiciones de su otorgamiento".

Esgrime que el Tribunal Constitucional ha señalado que el derecho a la Seguridad Social no equivale al acceso a cualquier beneficio, sin limitaciones ni requisitos, citando los considerandos 32 y 33 de la sentencia 1260, de ese Tribunal, agregando que el mismo Tribunal habría señalado que no se priva el derecho a la Seguridad Social por establecerse un plazo de caducidad para solicitar un beneficio o para obtener la rectificación de un error o un reajuste, el mismo tenga que ser solicitado dentro de un plazo, citando los considerandos 19 y 20 de la sentencia de dicho Tribunal N°1.182, lo que estaría también argumentado en la 1.193 y 1.201.

Por lo anterior considera que existe habilitación legal para la estipulación y que dicha situación es acorde con la Seguridad Social.

Refiere que la normativa afecta la buena fe objetiva, lo que califica como un principio general de derecho, citando al autor Luis Cordero Vega al efecto, específicamente su obra Lecciones de Derecho Administrativo, del año 2015, haciendo alusión, además, al concepto de ética institucional, el cual desarrolla, mencionando que los poderes públicos están obligados a ésta.

Estima que la norma no tan sólo es ilegal porque no cumple con su objeto, sino que agrega un elemento de confusión y conflictividad, además de atentar contra la legítima confianza que exige la normativa que se dicte.

Por otra parte, cuestiona que quiere decir la Circular con "cualquier otro", dejando dudas si se aplica a la cobertura CAEC, GES subsidio de incapacidad laboral, entre otras, estimando que todos los beneficios están sujetos a plazos, los que deben ser respetados porque constituyen parte de las modalidades convenidas o normativamente dispuestas para acceder a los beneficios.

Respecto del copago, estima que la norma debe ser aclarada, en el sentido de si se trata de copagos enterados en la isapre o no, puesto que las modalidades actuales de acceso a los beneficios de salud permiten que el copago sea haga directamente al prestador, caso en el cual la isapre no ha percibido nada de parte del beneficiario. Al respecto, refiere que debe precisarse que la carga de la prueba de que la prestación no se llevó a cabo corresponde al beneficiario.

En lo referente al ejercicio de la acción de prescripción, se pregunta qué pasa si la isapre no paga voluntariamente o no ejerce la acción de prescripción, refiriendo que "uno tiende a pensar" que si la isapre no ejerce la acción de prescripción, entonces la isapre se encuentra en la situación de tener que pagar voluntariamente, lo que califica de antinomia, porque nadie puede estar obligado a pagar voluntariamente, estimando que se intenta normar algo que se encuentra resuelto por el artículo 1470, 2492, 2514 del Código Civil, refiriendo que ésta no se ejerce como acción, sino que como excepción.

Para argumentar sus dichos, esboza lo mencionado en el dictamen N°35.145 de 2009 que la Contraloría General de la República.

Asimismo, refiere que la Circular IF/N°287 no sólo sería ilegal, sino que carecería de razonabilidad, por las incoherencias normativas mencionadas, citando los dictámenes de 56.391 de 2008 y el 3.528 de 2006.

Por todo lo precedente pide tener por interpuesto recurso de reposición, con jerárquico en subsidio, en contra de la Circular IF/N°287, solicitando que se deje sin efecto.

9. Que, habida consideración de que las isapres recurrentes tienen argumentos y pretensiones similares, es que **se dará respuesta a todas de manera conjunta.**

Así, advertido que las isapres Banmédica, Masvida, Consalud y Cruz Blanca han cuestionado las potestades de esta Superintendencia para dictar la circular en cuestión, es que se procederá primeramente a tratar esta impugnación.

Al respecto, primeramente, debe aclararse que esta Superintendencia no sólo ostenta una potestad interpretativa, sino que también una de tipo normativa, conforme lo ha señalado el Tribunal Constitucional, en su fallo 1.710 de 2010<sup>1</sup>, y la Contraloría General de la República<sup>2</sup>.

Sin embargo, y más allá de las potestades mencionadas, es deber de esta Superintendencia la supervigilancia y la fiscalización de las isapres en su actuar, dentro de otros entes, y que éste sea acorde al ordenamiento jurídico y a las normas técnicas que les afecta, para lo cual cuenta con una serie de herramientas, dentro de ellas, la dictación de instrucciones generales y la interpretación de normas<sup>3</sup>.

Así, las isapres no tan sólo deben obediencia al D.F.L. N°1 de 2005, de Salud, sino que también a la Constitución Política de la República, tanto en lo referente a su aplicación directa, como -a su vez- respecto de la interpretación legal conforme a ella.

De acuerdo a lo expresado, habiendo esta Superintendencia hecho uso de las potestades que tiene para corregir el actuar de las isapres, de manera que éste sea concordante con el ordenamiento jurídico y -en definitiva- uno lícito, no se observa una afectación al principio de legalidad, como el que señalan las recurrentes.

Ahondando en lo precedente, debe mencionarse a las recurrentes que desde el año 2007 -fecha en que se dio curso al expediente de estudio conocido por la doctrina como "Peña Wassaf", el sector previsional de salud ha venido fijando su paradigma y cimentando la óptica constitucional que tiene su institucionalidad, especialmente respecto al contrato de salud previsional y el rol que ejercen las isapres en el ámbito de salud. Así, hoy en día podemos afirmar que el contrato de salud previsional: 1. *Contiene elementos regulados en la Constitución Política de la República*; 2. *Es uno de orden público, ya que opera en relación con un derecho garantizado constitucionalmente, en el marco de la seguridad social, donde la isapre tiene asegurada por ley una cotización -ingreso garantizado-*; 3. *Que las isapres están obligadas a garantizar las acciones en salud, ya que participan del acceso a las prestaciones de salud de manera subsidiaria al Estado, debiendo promover los derechos inherentes a la dignidad humana*; 4. *Que las normas que regulan el contrato de salud deben ser interpretadas y aplicadas en términos de maximizar el disfrute real y pleno de los derechos que son consustanciales a la dignidad humana, entre ellos el derecho social relativo a la protección de la salud*; 5. *Que, los contratos de salud no pueden incluir cláusulas que desconozcan o aminoren los derechos fundamentales*; entre otras delimitaciones.

Sobre la interpretación de las isapres referente a la libertad contractual, y como podrá observarse del listado antedicho, en específico del último numeral 5, en el contexto mencionado no tiene cabida la interpretación que hacen las isapres recurrentes, en orden a que ellas podrían fijar discrecionalmente un plazo de caducidad<sup>4</sup>, transcurrido el cual el beneficiario pierda el derecho para solicitar su reembolso, bonificación de un Programa de Atención Médica (PAM), o para recuperar su copago, toda vez que esto trasunta en una limitación a un derecho garantizado constitucionalmente y que además tiene la característica de ser arbitraria -y

<sup>1</sup> Considerando centesimovigesimotercero.

<sup>2</sup> Dictamen 93.929 de 2014.

<sup>3</sup> Véase el artículo 110 en relación al 114, ambos del DFL N°1, de 2005, de Salud).

<sup>4</sup> En el entendido que pueden adherir a las Condiciones Generales Uniformes o a las mínimas establecidas en el Compendio de Procedimiento.

consecuentemente ilegal- de uno de los principales derechos emanados del contrato de salud -la obtención de la cobertura previsional-, la que se ejerce a través del reembolso, bonificaciones de PAM y los copagos.

Cabe señalar que, si al legislador no le está permitido afectar la esencia de un derecho constitucionalmente garantizado, menos podría hacerlo un particular aduciendo su libertad contractual, toda vez que ésta encuentra su límite en el orden público y en las leyes que la regulan.

Asimismo, cabe agregar que si hiciéramos el ejercicio mental hipotético de que dicha limitación fuere lícita, el plazo en cuestión adolecería de arbitrariedad, toda vez que no se encuentra un sustento racional suficiente para establecerlo. En este sentido, las mismas isapres han señalado que dicho plazo ha sido fijado en base a la industria de los seguros, a pesar que el contrato de salud no es un seguro propiamente tal, sino que es uno previsional que desarrolla garantías constitucionales -cuyos límites son fijados por el legislador, como se señaló-. Así, y más allá de este argumento en base a la analogía con el contrato de seguro -cuya naturaleza no comparten- y a la tradición histórica invocada, no hay mayor argumento a sostener que el plazo de 60 días para la solicitud de reembolsos o bonificaciones de PAM -señalado en las Condiciones Generales Uniformes-, o el que fijen las isapres -en base a las normas mínimas del contrato de salud-, es uno razonable. De esta manera, si seguimos la línea argumental de las isapres, perfectamente podrían establecerse plazos de reembolsos o bonificaciones inferiores a un día o superiores a mil días. En este sentido, en el escenario actual no hay argumentos suficientes para decir indubitadamente que el plazo de 60 días -o el que hayan establecido- para reembolsar o bonificar los PAM es uno equitativo, máxime si la consecuencia inmediata y directa es la pérdida de la cobertura previsional.

Por otra parte, y desde el punto de vista estricto del DFL N°1, de 2005 de Salud, el artículo 189 de dicho cuerpo legal menciona que sólo se permiten las exclusiones referidas en el artículo 190. Al respecto, cabe señalar que ninguno de los artículos permite la exclusión de cobertura para un reembolso o bonificación de un PAM solicitado fuera del plazo de 60 días corridos desde la emisión del PAM o desde la facturación de las prestaciones, según sea el caso. Desde esta óptica, estaríamos frente a una exclusión no permitida por la Ley.

Se hace presente a las recurrentes que, si bien el artículo 189 aludido permite que las partes acuerden libremente las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento; esto no quiere decir que pueda vulnerarse el ordenamiento jurídico en el ejercicio de dicha libertad, toda vez que - se reitera- esta última encuentra su límite en el orden público y en las leyes que la regulan.

Por todo lo precedente, esta Superintendencia no puede compartir la interpretación que hacen las recurrentes respecto del artículo 189 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud.

Como es de notar, es palpable que la norma viene en efectivamente aclarar el actuar que deben tener las isapres respecto de los efectos del plazo contractual, de manera tal que no pueden delimitarlo arbitrariamente por convenciones particulares ni tampoco generar más exclusiones que las permitidas, por lo que debe estarse al plazo de prescripción para la materia. En este sentido, y a diferencia de lo señalado por Isapres Banmédica y Cruz Blanca, esta Intendencia estima que no se ha errado en la justificación de la norma y que ésta tampoco carece de razonabilidad.

En cuanto a que se habría afectado la intangibilidad de los contratos, se hace presente que éste no puede operar cuando existen cláusulas que permiten a la isapre

realizar actuaciones que son contrarias a derecho, en especial la limitación de derechos garantizados constitucionalmente y la creación de exclusiones de cobertura no amparadas por Ley. En estos casos, esta Superintendencia puede y debe ejercer sus funciones de fiscalización y control cuando es necesario, atendidas las potestades conferidas por Ley, tal cual acontece ahora, donde una cláusula contractual va contra la doctrina establecida por el Tribunal Constitucional y las normas legales que rigen a las isapre.

Sin perjuicio de lo señalado, llama la atención que Isapre Banmédica argumente su recurso en base a la libertad de ambas partes, siendo que al afiliado sólo le cabe la libertad de aceptar o rechazar el contrato en su totalidad, atendido que es uno de adhesión.

Sobre la alegación de las isapres, relativa a que existiría una antinomia entre la Circular emitida y las instrucciones contenidas en el Capítulo I y III, del Compendio de Instrumentos Contractuales, en especial lo relativo a las "Menciones Mínimas del Contrato de Salud" y a las "Instrucciones Comunes para los Instrumentos Contractuales Uniformes", debe señalarse que, si bien existen reglas establecidas en el ordenamiento jurídico para dar solución interpretativa a las antinomias, esta Superintendencia comparte la necesidad que han manifestado las isapres, en orden a dar certeza jurídica. Sumado a lo anterior, es una atribución y deber para este Ente el ordenar a las isapres el corregir sus cláusulas contractuales, de manera tal que actúen de acuerdo al marco regulatorio. Por ambas razones, será acogida la petición de las isapres, en el sentido que se señalará en el numeral que sigue, aclarando la aplicación del plazo contractual en lo pertinente.

Ahora bien, en lo referente a la alegación esbozada por Isapre Cruz Blanca, relativa a que esta Institución habría afectado el principio general de derecho de la buena fe objetiva, desarrollándolo en base a la doctrina de la confianza legítima, cabe señalar que el mismo autor y en el mismo tratado que cita en su recurso señala: "Esto no quiere decir que las potestades de revisión no se puedan ejercer en contra de actos firmes, lo que hay es que esta es improcedente cuando se vulneren las necesidades derivadas de la aplicación del principio de seguridad jurídica..."; agregando: "La razón de la existencia del principio es preservar el derecho del ciudadano a impetrar previsibilidad en el comportamiento administrativo, a fin de orientar su acción personal, profesional, o empresarial sin sorpresas variantes en sus vinculaciones jurídicas ya existentes con la Administración"<sup>5</sup>. Para el caso concreto, y como se señaló anteriormente, desde hace 10 años atrás que se viene cimentando la esencia de la institucionalidad en materia previsional de salud, por lo que no debería ser novedad las instrucciones dictadas, toda vez que van en la misma dirección de reconocer que, si bien las isapres tienen libertad para desarrollar su fin, ésta no es absoluta, sino que tiene límites fijados por la naturaleza propia de la actividad que desarrollan, motivo por el cual la norma recurrida era absolutamente previsible –y no sorpresiva– para un operador diligente.

Al respecto, y además de las circulares recientemente dictadas que recogen el parecer del Tribunal Constitucional<sup>6</sup> (lo que fue constatado por Isapre Consalud), esta Superintendencia –desde por lo menos el año 2009– ya había resuelto vía reclamo administrativo lo referido en lo que antecede, específicamente a lo relativo al D.F.L. N°1, de 2005, de Salud, en orden a que no puede interpretarse el plazo contractual establecido para los reembolsos y bonificaciones de PAM como una

---

<sup>5</sup> Cordero V., Luis 2015, "Lecciones de Derecho Administrativo", Legal Publishing, pág. 112.

<sup>6</sup> Circulares IF/N° 282, 280, 276, 271, 270, entre otras.

caducidad, ya que gesta una exclusión de cobertura no amparada legalmente, lo que es inaceptable.

Asimismo, debe recordarse a las isapres que el 12 de diciembre de 2016, esta Intendencia solicitó formalmente al sector privado de salud sus observaciones respecto del proyecto de regulación que modificaría las Condiciones Generales Uniformes, proyecto en el cual se eliminó la mención referente a la pérdida del derecho del afiliado una vez transcurrido el plazo establecido para los reembolsos, bonificaciones de PAM, como también el para recuperar los copagos de los beneficiarios.

Se hace presente que la misma Isapre Cruz Blanca, que ahora invoca la falta de buena fe objetiva, refirió que haría llegar sus observaciones al proyecto el día 31 de enero de 2017, cuestión que nunca concretó.

Sobre lo mismo, debe añadirse que las normas relativas a la Ficha Económica y Financiera de la Isapre -que no han sido modificadas-, contenidas en el Capítulo III del Compendio de Información, de esta Intendencia, específicamente en lo referente a los "reembolsos por pagar", ya antes de la dictación de la circular recurrida contemplaban una regla similar a la que se está instruyendo en la actualidad, en orden que transcurrido dicho plazo mínimo establecido en los contratos de salud, sin que medie el cobro de las personas beneficiarias, la isapre podrá evaluar el traspaso contable de los respectivos valores del pasivo, con abono a la cuenta de resultados "Otros ingresos por función" o su cuenta equivalente, lo que es sin perjuicio de las acciones de cobro que se puedan efectuar antes de la acción de prescripción, lo que obliga a las isapres al pago del reembolso correspondiente, produciendo el ajuste de la cuenta "Otros Gastos por función" o su cuenta equivalente. Misma situación ocurre con los plazos contractuales establecidos con sus entidades prestadoras de salud, toda vez que transcurridos estos plazos contractuales, la isapre puede evaluar el traspaso de los respectivos valores del pasivo, con abono a la cuenta de resultados "Costos por prestaciones de Salud", rubro Costo de Ventas o sus cuentas equivalentes, cuando se trate de operaciones del ejercicio corriente o bien con abono a "Otros Ingresos por función" o su cuenta equivalente, cuando corresponda a operaciones de ejercicios anteriores, de acuerdo a lo expresado en las "Cuentas por pagar a entidades Prestadoras de Salud", del mismo Capítulo anteriormente señalado.

De esta manera, no es extraño ni sorpresivo que esta Superintendencia haya dictado las instrucciones contenidas en la Circular IF/Nº287, como tampoco lo es el hecho de haber modificado los efectos de la Circular IF/Nº12, hoy contenida en el Compendio de Instrumentos Contractuales, dictada por este propio Ente, especialmente si corresponden a un efecto directo y necesario de la doctrina fijada por el Tribunal Constitucional sobre el sector privado de salud, tanto en los efectos de los contratos como en las normas legales que los regulan.

Sobre la alegación de la Isapre Cruz Blanca, referente a que el Tribunal Constitucional ha establecido que el Derecho a la Seguridad Social no equivale al acceso ilimitado a cualquier beneficio, debe hacerse presente que el mismo Tribunal ha señalado que los plazos de caducidad deben mirarse como "una limitación al ejercicio de ese derecho"<sup>7</sup>. Así, debe establecerse que es al legislador a quien le corresponde establecer los límites extrínsecos de los derechos fundamentales<sup>8</sup>, dentro de los cuales encontramos el derecho a la protección a la salud y a la seguridad social. Por lo anterior no resulta extraño que todas las sentencias del Tribunal Constitucional

---

<sup>7</sup> STC 1182 cc 19 y 20. En el mismo sentido STC 1193 cc. 19 y 20, STC 1201 cc. 19 y 20.

<sup>8</sup> STC 1365 cc. 22 y 23.

citadas por la recurrente sean pronunciamientos respecto a normas de rango legal. Por otra parte, y por el contrario de lo que afirma la Isapre Cruz Blanca, el Tribunal Constitucional ha mencionado que es deber de los particulares –isapres en este caso– respetar y promover los derechos inherentes a la dignidad de las personas, lo que es más evidente en las convenciones como el contrato de salud, el que tiene amparo constitucional, por lo que estos contratos no pueden incluir cláusulas que desconozcan o aminoren los derechos fundamentales, concluyendo que en caso de pactarse estipulaciones de dicho índole, tendrían que declararse inválidas por ser contrarias a la Constitución<sup>9</sup>.

A mayor antecedente, siguiendo la argumentación de este Ente Constitucional al referirse al factor etario, la libertad o discrecionalidad que se otorga por ley a las isapres para delimitar algún elemento contractual debe suponerse siempre limitada por los valores, principios y disposiciones constitucionales, ya que, de lo contrario, se quebrantaría la Constitución<sup>10</sup>.

Sin embargo, y al contrario de lo señalado por las isapres, esto no quiere decir que el plazo contenido para los contratos hoy –con la dictación de la Circular recurrida– no tenga un efecto alguno, sino que, por el contrario, tiene uno de carácter financiero, conforme lo establecido en las “Definiciones de cuentas” y en las “Cuentas por pagar a entidades prestadoras de salud”, contenidas en “II. Contenido de la Ficha Económica Financiera”, del Título I “Instrucciones relativas a la Ficha Económica Financiera de Isapre”, del Capítulo III del Compendio de Información, denominado “Instrucciones de carácter económico y financiero”.

Sobre lo señalado, y que tiene directa relación con la alegación de que debió considerarse los aspectos contables y tributarios en la emisión de la Circular, se hace presente que las normas relativas a la Ficha Económica y Financiera de las isapres no fueron modificadas por la circular recurrida, sino que fueron emitidas en el mismo sentido, de manera tal que dicha materia sigue operando de la misma manera que venía haciéndose hasta antes de la emisión de la Circular objeto del recurso, tal cual se mencionó en el párrafo anterior. Así, habida consideración de que no ha existido cambio alguno a la regulación referente a las normas contables, como tampoco en la relativa a la constitución de la garantía, no puede acogerse el otorgar un plazo de vigencia diferido por estos motivos, pedido subsidiariamente por Isapre Nueva Masvida.

Sobre el argumento de que se estaría afectando de manera retroactiva las Condiciones Generales Uniformes, cabe precisar que la Circular recurrida no vino a alterar ninguna situación jurídica consolidada, como pudo haber sido el caso de exigir que prestaciones realizadas con anterioridad a la emisión de la norma en cuestión hayan sido posible de reembolsar con este criterio. En este sentido, y sólo para el caso que no se haya comprendido la vigencia de la Circular IF/Nº 287, el nuevo criterio establecido rige de manera general para las prestaciones de salud otorgadas con posterioridad a la notificación de dicha Circular, de manera que no tiene efecto retroactivo ni afecta la confianza legítima sobre las prestaciones ya realizadas, sin perjuicio de que esta Superintendencia –en ejercicio de sus facultades jurisdiccionales– determiné que, para el caso en concreto, sea prudente y equitativo establecer lo contrario.

Respecto del aumento en los gastos de administración, esbozado por Isapre Banmédica, debe mencionarse que la tecnología actual permite una reducción considerable de los costos de administración requeridos para lo instruido, al

---

<sup>9</sup> STC 976 cc. 39 a 45. En el mismo sentido, STC 1218 cc. 37 a 42, STC 1287 cc. 40 a 47 y 61.

<sup>10</sup> STC 1287 c. 62.

prescindir de la necesidad de espacio físico para el almacenaje. Por tal razón, resulta insuficiente dicho argumento para las pretensiones de dejar sin efecto la Circular, máxime cuando sus efectos son necesarios para ajustar la normativa de la Superintendencia y el actuar de las isapres al paradigma constitucional imperante.

En lo referente a la necesidad de que existan plazos razonables y prudentes que permitan la agilización de los procesos de financiamiento, planteado por Isapre Banmédica, se le recuerda que la labor de las isapres es subsidiaria respecto de la que ejerce y promueve el Estado, de manera tal que éstas deben velar por concretar, en conjunto a sus intereses, la garantía de la protección de la salud y de la seguridad social, por lo que no puede ser atendible esta alegación que mira el único interés individual de la isapre, sin considerar la afectación directa en los derechos de sus afiliados, más aún si esta solicitud tiene como fundamento uno contrario a derecho, como se señaló.

A pesar de lo señalado, debe hacerse presente que existen incentivos económicos fuertes para que los plazos sean acotados. En este sentido, tanto el afiliado como el prestador tienen interés en que los reembolsos sean concretados en el menor tiempo posible, toda vez que esto trasunta en falta de liquidez para ambas partes. Como consecuencia, la necesidad de liquidez, y los mecanismos de coerción que existen en el sistema (cobranza judicial, por ejemplo) permite que los plazos se reduzcan naturalmente.

Ahora bien, en cuanto a la imposibilidad sobreviniente para conseguir los respaldos necesarios para la bonificación, dicho por Banmédica y Masvida, no obstante los incentivos mencionados en el párrafo anterior, cabe recordar a las isapres: a.- que la ficha clínica, instrumento que integra y contiene la información sanitaria del paciente, debe permanecer en poder del prestador de salud por lo menos 15 años, de acuerdo a la Ley 20.584; b.- que quien solicita un reembolso, sea un beneficiario o un prestador, debe presentar la documentación necesaria para su pago; y c.- que -para el caso que exista duda respecto de los beneficios otorgados- actualmente la mayoría de los prestadores opera con sistemas computacionales, lo que permite un almacenaje de datos prolongado en el tiempo. Consecuentemente, sobre lo alegado, no se constata dificultad alguna para la isapre en este punto.

En cuanto al plazo de vigencia diferido requerido por Isapre Banmédica para ajustar su sistema computacional, única isapre que manifiesta esta situación, analizada la situación, si bien la isapre no explica si su sistema está construido en un formato informático parametrizado o no, cuestión que afecta el tiempo de ajuste, cabe señalar que ésta siempre puede implementar un procedimiento especial de ingreso de documentos con un plazo de expiración determinado, que le permita -en definitiva- administrar estos casos hasta que disponga de las modificaciones que debe realizar a su sistema. Al respecto, cabe recordar a la isapre que la solicitud de bonificaciones de reembolsos y recuperación de copagos fuera del plazo contractual es excepcionalísimo, atendido los incentivos señalados precedentemente.

En lo referente a lo mencionado por Cruz Blanca, en orden a que se norma una situación prevista en los artículos 1.470, 2.492 y 2.514 del Código Civil, debe señalarse que una obligación natural no confiere derecho para exigir su cumplimiento, pero que, cumplidas, autorizan para retener lo que se ha dado o pagado en razón de ellas, entendiendo por esto -la doctrina- que no conceden acción procesal para exigir su cumplimiento. En relación a esto, tanto el ejercicio de la acción procesal como el de la prescripción son por vía judicial, cuestión que no impide que la isapre pague voluntariamente, renunciando a la prescripción. Por este motivo la instrucción viene a recalcar que la isapre puede pagar voluntariamente, o bien ejercer los derechos que las normas generales le conceden en relación a una deuda

prescrita. No obstante lo señalado, debe recordarse a la recurrente que la prescripción no es una institución que opere de pleno derecho, sino que es de aquellas que debe ser declarada judicialmente, y a petición de parte, por regla general.

Sobre el argumento de que existe confusión entre si la Circular se refiere a plazos para exigir financiamiento o a otros que se relacionan directamente con la obtención de beneficios, dicho por Colmena, se hace presente que la Circular IF/Nº287 versa sobre el plazo para obtener el financiamiento, mas no a las condiciones exigidas para obtener los beneficios. Ahora bien, no obstante, la expresión "cualquier otro" – contenida en la Circular y que provoca la confusión en la recurrente- estaba dirigida a futuros mecanismos de bonificación que pudieren surgir, atendida la estricta necesidad actual, se ha estimado prudente eliminarla de la instrucción, para facilitar el entendimiento de la misma, lo que se desarrollará en el numeral que sigue.

En cuanto a la argumentación relativa a la prescripción, esta Intendencia concuerda con lo expresado con las isapres Consalud y Cruz Blanca, ya que no ha sido la intención restringir a las isapres el ejercicio de la prescripción exclusivamente a su faz de "acción procesal", por lo que se acoge el recurso de reposición de las isapres en ese punto, lo que concretará en el punto que sigue.

Finalmente, en relación a la aclaración pedida por isapre Cruz Blanca respecto a si los copagos son de aquellos enterados a la isapre o ante el prestador, ésta no podrá prosperar, toda vez que el copago es una institución fruto de los convenios que celebra la isapre, de manera tal que la isapre es quien debe prevenir –a través de dichos convenios- que el riesgo de que en caso que la prestación no se realice, el beneficiario pueda obtener su copago, solicitando la colaboración del prestador con el cual mantiene relaciones contractuales. Establecer lo contrario conllevaría a hacer responsable al beneficiario de los efectos de una convención de la cual no es parte, lo que no puede aceptarse.

Sin perjuicio de lo señalado, en la actualidad dicho riesgo es reducido, toda vez que la práctica demuestra que -en los sistemas de reconocimiento de huella digital para la obtención de bonos- la necesidad de recuperación de los copagos es más bien marginal, ya que el copago se realiza previa e inmediatamente a la prestación de salud, de manera que el riesgo que solicita aclarar la isapre es de baja ocurrencia.

10. Que, atendidas las consideraciones que anteceden, **efectúense las siguientes modificaciones a los cuerpos normativos que se indican:**

- a. Modifíquese la Circular IF/Nº287, de 29 de junio de 2017, en lo siguiente:
  - a1. En el segundo párrafo del numeral 4 agregado por la Circular al Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios, reemplácese la segunda coma de dicho párrafo por las palabras "o para" y, a su vez, elimínese la expresión "o cualquier otro" y la coma que lo precede.
  - a2. En el último párrafo del numeral 4 agregado por la Circular al Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios, elimínese las palabras "acción de", que se encuentra antes de la palabra "prescripción".
- b. Agréguese un nuevo numeral III, a la Circular IF/Nº 287, de 29 de junio de 2017, denominado: "MODIFICA LA CIRCULAR IF/Nº 80, DEL 13 DE AGOSTO DE 2008, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE INSTRUMENTOS CONTRACTUALES", incorporando el siguiente contenido a este numeral:  
"Reemplácese la oración "En este último caso, de no indicarse plazo, se entenderá que el reembolso procederá contra la presentación del documento

pertinente", ubicada al final del párrafo tercero, del numeral 5.3 "Beneficios Convencionales", del Capítulo I "Menciones Mínimas del Contrato de Salud Previsional", del Compendio de Instrumentos Contractuales, por la siguiente: "El plazo asociado al reembolso tendrá como efecto el que se señala en el Capítulo III, del Compendio Normas Administrativas en Materia de Información, referente a las Instrucciones de carácter económico y financiero de isapres, no pudiendo la isapre negar su cobro vencido dicho plazo, sin perjuicio de que ésta pueda ejercer la prescripción, en caso que sea procedente."

Reemplácese por un punto seguido la expresión "Sólo dentro de dicho plazo, podrá ser utilizada o devuelta a la isapre para su anulación y recuperación del monto del copago", contenida en el párrafo tercero, de la letra a), del artículo 11, de las Condiciones Generales del Contrato de Salud Previsional aprobadas por la Superintendencia de Salud", contenidas en el Anexo del Capítulo III, del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Instrumentos Contractuales.

Elimínese la expresión "; de no ser así, el beneficiario pierde el derecho a recibir la bonificación correspondiente", de la letra b), del artículo 11, de las Condiciones Generales del Contrato de Salud Previsional aprobadas por la Superintendencia de Salud", contenidas en el Anexo del Capítulo III, del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Instrumentos Contractuales".

- c. Reemplácese el numeral "III", de la Circular IF/Nº 287, de 29 de junio de 2017, por el numeral IV.
- d. Habida consideración a las modificaciones hechas en la Circular IF/Nº287, de 29 de junio de 2017, actualícese en lo respectivo los Compendios mencionados.

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

#### **RESUELVO:**

- 1. Rechazar totalmente los recursos de reposición interpuestos por las isapres Nueva Masvida y Masvida, y la petición principal de las reposiciones de las isapres Banmédica y Colmena Golden Cross, interpuestos en contra de la Circular IF/Nº287, de 29 de junio de 2017.
- 2. Acoger parcialmente los recursos de reposición de las isapres Consalud y Cruz Blanca, y totalmente las peticiones subsidiarias de las isapres Banmédica y Colmena Golden Cross, interpuestos en contra de la Circular IF/Nº287, de 29 de junio de 2017.

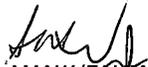
Atendida las modificaciones efectuadas en las Condiciones Generales Uniformes, concédase el plazo de un año a contar de la notificación de la presente resolución para que las isapres utilicen el stock impreso disponible de dicho instrumento contractual, transcurrido el cual las isapres deberán ajustar sus Condiciones al nuevo contenido, absteniéndose éstas de utilizar el anterior.

- 3. Aclárese la vigencia de la Circular IF/Nº287, de 29 de junio de 2017, en el sentido señalado en la parte considerativa de la presente resolución.

4. Remítase para el conocimiento y resolución del Superintendente de Salud, el recurso jerárquico interpuesto subsidiariamente por las isapres Banmédica, Colmena Golden Cross, Consalud y Cruz Blanca, junto con la presente resolución.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFIQUESE Y ARCHÍVESE. -**

  
**NYDIA CONTARDO GUERRA**  
**INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS**  
**PREVISIONALES DE SALUD**

  
AMAW/FAPM  
Distribución:

- Gerente General Isapre Nueva Masvida.
  - Gerente General Isapre Banmédica.
  - Gerente General Isapre Colmena Golden Cross.
  - Gerente General Isapre Masvida.
  - Gerente General Isapre Consalud.
  - Gerente General Isapre Cruz Blanca.
  - Fiscalía.
  - Subdepartamento de Regulación.
  - Oficina de Partes
- Correlativo 2.082-2017.