

RESOLUCIÓN EXENTA IF/Nº

46

SANTIAGO, 03 FEB 2021

**VISTO:**

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

**CONSIDERANDO:**

1. Que, mediante la Circular IF/N°354, de 18 de junio de 2020, en adelante, "la Circular", se impartieron instrucciones a las isapres respecto a la no declaración de enfermedades o condiciones de salud al nacer con el objetivo de velar por la dignidad e igualdad en el acceso a las prestaciones de salud y seguridad social, eliminándose la posibilidad de que en el proceso de suscripción del contrato de salud se solicite información en la Declaración de Salud sobre cualquier enfermedad o condición de salud con que la persona nazca, debiendo declararse exclusivamente las que se manifiesten durante la vida de la persona, conforme a lo cual, debe eliminarse de dicho formulario la consulta por Síndrome de Down, cardiopatías congénitas, labio leporino, entre otras.
2. Que las Isapres Cruz Blanca S.A., Colmena Golden Cross S.A., Banmédica S.A. y Consalud S.A. interpusieron un recurso de reposición y en subsidio recurso jerárquico en contra de las instrucciones impartidas en la citada normativa y la Isapre Vida Tres interpuso recurso de reposición en contra de dicha Circular IF/N° 354, solicitando, todas ellas, que se deje sin efecto o bien se modifique en la forma que exponen.
3. Que, Isapre Colmena Golden Cross S.A, en el número 1 del recurso, señala que el contenido de la Circular altera derechamente lo establecido en la ley de isapres, con lo que se configura una extralimitación de las facultades legales con que cuenta esta Autoridad, extendiendo el concepto de enfermedad, patología o condición de salud a términos que no se encuentran definidos en la normativa, lo que deviene en una ilegalidad en el contenido de estas instrucciones. Añade que, esta normativa carece de base técnico-médico, lo que lo hace, adicionalmente, arbitraria, esto es, carente de base.

Al respecto, la recurrente manifiesta que si bien la Superintendencia de Salud tiene facultades para interpretar las normas aplicables a las Instituciones de Salud Previsional, dicha facultad no es extensiva para la dictación de normativa administrativa que altera las normas de rango legal que regulan la materia objeto de la Circular, intentando con ello suplir el rol del Poder Legislativo que, legítimamente, aprobó una Ley que basado

en una lógica de funcionamiento que por estructura legal y sustentabilidad del mismo, no puede ni debe ser alterado por la vía administrativa. Señala que, en este sentido, por su naturaleza propia, la interpretación de la legislación tiene un límite: el contenido de la norma. Precisa que interpretar es determinar el sentido, nunca puede ser cambiarlo; de otra forma, constituye una intromisión en atribuciones del Legislador.

A continuación, la Isapre indica que lo que hace esta Circular es modificar el concepto legalmente definido expresamente en el N° 6 del artículo 190 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, cuyos tres primeros incisos reproduce.

Sostiene que el concepto de preexistencia encuentra su fundamento no en una norma de carácter administrativo sino expresamente en la Ley, la que la define como aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. En razón de ello, indica que la documentación contractual y normativa que debe nacer en esta materia debe ajustarse cabalmente a este concepto y no está permitido al ente regulador modificarlo sino solo mediante un proceso de modificación de la misma Ley que no recae en éste, sino que en el poder legislativo.

Luego, indica que el objetivo de esta Superintendencia -conforme el artículo 107 del DFL N° 1 antes citado- es supervigilar y controlar a las Instituciones de Salud Previsional y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley en relación a las Garantías Explícitas en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen. Asimismo, la recurrente se refiere a los números 2, 4 y 8 del artículo 110 del DFL 1, en lo que respecta a las facultades con que cuenta esta Superintendencia respecto de las isapres.

Reclama que no forma parte de las atribuciones de la Superintendencia de Salud ni de sus autoridades, el modificar la legislación vigente, lo que sólo corresponde en la aplicación del proceso legislativo en base al cual se dictan, modifican o derogan leyes en base a los quórumos definidos expresamente en la Constitución Política de la República y que, prueba de ello, es el proyecto de Ley de reforma del sistema isapre que descansa en el Congreso a pesar de los reiterados e infructuosos esfuerzos para su avance, el que, dentro de otras materias, considera la regulación de las preexistencias.

Agrega que esta Autoridad, con su actuar, lo que hace es extralimitarse de sus facultades legales, de sus potestades y de su competencia, infringiendo los deberes que por ley le han sido entregadas, lo que hace susceptible de ser discutido en esta instancia o bien en otras legales, toda vez que no resulta posible modificar el concepto legal de preexistencia a través de una norma de carácter administrativo, concluyendo que la Circular adolece de un vicio de legalidad.

Por otra parte, señala que la Circular altera los términos de un contrato que no depende de la voluntad de las partes, sino del Legislador, lo que agregaría un nuevo punto sobre la falta de legitimidad de las instrucciones impartidas.

En el número 2, en lo relativo al contenido de la Circular, menciona la Isapre que ésta dispone una modificación en el contrato de salud y en la declaración de salud en cuanto al concepto de preexistencia, agregando con ello un elemento adicional al establecido en la ley, dado que las enfermedades, patologías o condiciones de salud deben estar originadas con posterioridad al nacimiento, lo que no forma parte de la definición legal actual, además de eliminar la pregunta 11 de la declaración de salud.

Advierte la importancia de tener presente el origen de esta modificación y el alcance - adicional a su falta de legalidad- que se le habría pretendido dar, para efectos de contextualizar lo grave de sus consecuencias.

Puntualiza que esta decisión parece basarse en una sentencia pronunciada por la Excma. Corte Suprema en un recurso de protección deducido por un asegurado contratante de una Compañía de Seguros en contra de su aseguradora, que afecta, por tanto, a una industria distinta, regulada por normas diferentes que además, tiene efectos relativos al tratarse de una sentencia que fue dictada en el conocimiento de un caso particular. Señala la recurrente que como efecto de este fallo, lo que hace esta Superintendencia, extralimitándose de sus facultades, es eliminar completamente una pregunta de la Declaración de Salud y modificar la normativa administrativa aplicable al efecto, excluyendo de este documento no solo al síndrome de down sino que a todas las condiciones, malformaciones y/o enfermedades congénitas o desarrolladas antes del nacimiento, por ejemplo, al labio leporino, pie bot, displasia de cadera, cardiopatías congénitas o cualquier anomalía o patología congénita, yendo incluso más allá al señalar que no se considerarán preexistencias y por tanto no deberán ser declaradas aquellas enfermedades o condiciones de salud que se hayan desarrollado con anterioridad al nacimiento, y solo deberán informarse aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que se manifiesten con posterioridad al nacimiento y que sean diagnosticadas médicamente, agregando adicionalmente que "frente a una patología o condición de salud previa al nacimiento, la Isapre no puede restringir cobertura ni rechazar afiliación".

Revela que lo señalado resulta a lo menos, arbitrario e interpretable, dejando a la Isapre en un escenario tremendamente incierto en lo relativo a qué es exigible solicitar se informe y que no, cuáles son sus atribuciones respecto de aquello que no se declara, alterando la seguridad jurídica que el marco legal entregaba hasta la fecha para la legítima evaluación del riesgo en salud sobre el cual descansa la estructura del sistema de salud previsional. Manifiesta que lo que hace esta Superintendencia es alterar las reglas y de una manera que no está prevista, lo que genera no sólo un efecto negativo en este punto específico, sino una incertidumbre general sobre la regulación en su conjunto.

Declara la Isapre que en cierta forma, sobre la base de una decisión apresurada, no se hizo un análisis completo no solo de las facultades legales existentes para modificar la ley, sino que tampoco se consideró el impacto que esta eliminación tendría para el actual sistema isapre que se encuentra creado en base a una estructura de coberturas para el tratamiento de patologías o condiciones de salud que se desarrollen estando la persona afiliada y no para aquellas que se desarrollaron estando fuera del sistema, como pasa a explicar, según se indica a continuación:

En el punto 2.1. indica la recurrente que esta Autoridad no consideró ni hizo análisis alguno del impacto que esta modificación puede tener para la Isapre. Afirma que, al eliminar esta pregunta, incorpora con acceso directo sin necesidad de declararlo, más de 700 condiciones, patologías o enfermedades reconocidas como tales en el CIE 10 y que categóricamente constituyen enfermedades o condiciones de salud desarrolladas con anterioridad al nacimiento, y más de 400 condiciones, patologías o enfermedades que tienen un origen similar y la hacen absolutamente susceptibles de caer en esta misma conceptualización. Supone la Institución que estas enfermedades o condiciones de salud están cubiertas para todas aquellas personas que recibieron el diagnóstico con posterioridad a su afiliación a una isapre, pero advierte que la ley la faculta para evaluar el acceso o imponer restricciones de cobertura en caso de que la enfermedad o condición

de salud se haya diagnosticado con anterioridad. Hace presente que para dimensionar el impacto se debe considerar que el año 2019 se bonificaron en Colmena prestaciones asociadas a condiciones de salud o enfermedades incluidas en la pregunta 11, que se estaría eliminando, por más de \$17.000.000, agregando que dicha bonificación correspondería a personas que estaban afiliadas a la Isapre cuando obtuvieron el diagnóstico.

En el punto 2.2 explica que lo señalado no solo tiene un efecto económico incierto pero de todos modos muy importante para la Isapre, sino que además provoca un efecto muy grave, dado por el cierto traspaso que ocurriría de beneficiarios de otras isapres o del Fonasa que, no teniendo resolución de su condición, atrasos en el tratamiento del mismo o demoras en sus prestaciones, ingresarán a la Isapre con el fin de resolver en forma inmediata sus necesidades, sin que se produzca compensación alguna entre lo recibido y lo aportado, rompiendo en forma catastrófica la lógica de financiamiento con el que, se encuentra definido el sistema actual de isapres. Luego, a modo de referencia, señala que se debe considerar que la población asegurada hoy por Isapre Colmena es de menos de un 4% de aquélla de Chile, por lo que el gasto asociado al tratamiento de las enfermedades o condiciones de salud que se estarían eliminando de la Declaración de Salud y prevalentes en la población podría aumentar muchas veces de producirse este movimiento de afiliados entre sistemas o instituciones sin declaración de salud ni ningún otro mecanismo que compense el mayor gasto asociado.

En el 2.3 alude a que el origen de esta normativa emitida en tiempo récord (días después de la dictación del fallo) tampoco consideraría las diferencias extremadamente relevantes que existen entre la condición objeto de ese caso y el resto de las más de 700 patologías, condiciones de salud o diagnósticos que se podrían interpretar como eliminados ni de las más de 400 patologías, condiciones de salud o diagnósticos susceptibles de ser eliminados producto de la ambigüedad de la norma señalada. Menciona que fue esta misma Superintendencia, en ejercicio de sus facultades legales materializando el nuevo concepto de preexistencia creado en virtud de la Ley 20.015. la que normó el formato Uniforme de la Declaración de Salud basada en la modificación legal incorporada a la Ley de isapres el año 2005 y que dispuso expresamente la incorporación de la pregunta N° 11 y de sus ejemplos, afirmando que no fueron las isapres.

Especifica que Isapre Colmena en particular no rechaza las solicitudes de incorporaciones de beneficiarios que padecen síndrome de down. Sin embargo, porque la normativa legal así lo permite, excluye de cobertura o bien restringe, aquellas prestaciones que derivan de patologías, condiciones de salud o diagnósticos que presente cualquier persona y que hayan sido diagnosticada médicamente antes de la incorporación. Insiste que esa es la forma en que se encuentra definida la estructura y que le da certeza a este sistema. De esta manera, determina que no correspondería eliminar o modificar administrativamente la definición de preexistencias actual, sin incorporar elementos de compensación de riesgos que permitan dar estabilidad y certeza al sistema privado de salud. Añade que no es una apreciación particular, sino que de tal esencia es que forma parte del proyecto de ley que se discute hace años en el Congreso y que busca justamente crear un sistema de compensación para la transferencia de afiliados que permita asumir el mayor gasto y el riesgo que ello implica. Un sistema como el actual, sin embargo, no se sostiene sin tal mecanismo.

En el punto 2.4 hace presente que todas aquellas patologías, condiciones de salud o diagnósticos cuya declaración ha sido eliminada, van unidas en su mayoría a prestaciones de salud tales como cirugías y tratamientos permanentes. No son

condiciones inocuas ni para quien la padece, ni para quienes asumen su cuidado ni para el sistema, pues requieren o requerirán resolución o tratamiento. Luego, señala que se encuentra consciente de la importancia de dichos tratamientos y de la dificultad que enfrenta quien se ve afectado por aquellas y por sus familiares y que esta normativa no reconocería tal circunstancia ni toma en consideración el alto costo que esto implicaría sin que exista un mecanismo que permita compensar tales gastos, aplicándolo en un sistema que no se encuentra diseñado para funcionar de esta forma.

En el punto 2.5, a modo de ejemplo, expone las siguientes solicitudes de afiliación que estarían en proceso de evaluación por la Isapre, con patologías o condiciones de salud diagnosticados, que fueron eliminados en la Circular.

Fecha	Diagnóstico	Edad	Origen
23-06-	Albinismo ocular congénito	11 años	Fonasa
24-06-	Espina bífida	7 meses	Fonasa
26-06-	Fisura labio leporino, Anquilosis	9 meses	S/I
24-06-	Soplo cardíaco, Insuficiencia mitral, Comunicación interventricular (CIV) perimembranosa	12 años	S/I
24-06-	Escoliosis congénita	38 años	Fonasa
24-06-	Aorta bicúspide	13 años	S/I
11-06-	lifangioma quístico de abdomen y glúteo	8 meses	Fonasa
17-06-	Craneosinostosis	1 año	Fonasa
30-05-2020	Comunicación interventricular (CIV)	5 años	Fonasa

En el número 3, señala la recurrente que la Circular eliminó también en la pregunta N° 2 de la Declaración de Salud al diagnóstico de Hidrocefalia, cuestión que no se condice ni con la normativa legal ni con el objetivo que se pretende buscar con esta norma, pues puede afectar a una persona no solo antes de su nacimiento sino que con posterioridad, por diversas circunstancias, por lo que no correspondería su eliminación.

En el número 4, plantea que en lo relativo al ajuste de la documentación contractual y al dar efecto inmediato a las instrucciones, no puede pretenderse eliminar la documentación existente en stock, lo que también constituiría objeto de esta reposición.

4. Que, a su vez, las Isapres Banmédica S.A. y Vida Tres S.A., si bien presentaron distintos documentos, éstos contienen idénticos argumentos, por lo que se reproducen juntos.

En el numerando I, número 1, hacen referencia al objetivo de la Circular, destacando la expresión "entre otras" referida a las enfermedades o condiciones de salud que se eliminan de la Declaración de Salud.

En el numerandos I, número 2, reproducen la modificación a las Condiciones Generales del Contrato de Salud y al Formulario de Declaración de Salud.

En el numerando I, número 3, mencionan la fecha de vigencia de la Circular.

En el numerando I, número 4, concluyen que la Circular impugnada en su presentación viene en modificar el sentido y alcance de la definición legal de enfermedad o condición de salud preexistente, excluyendo expresamente enfermedades o condiciones desarrolladas por los potenciales beneficiarios con anterioridad a su nacimiento.

En el numerando II, número 1, hacen referencia a lo estipulado en el número 6 del Artículo 190 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, señalando que de acuerdo a la definición legal, la patología o condición preexistente se encuentra determinada por el hecho de ser anterior a la suscripción del contrato de salud o de la incorporación del beneficiario, según corresponda, sin que sea posible mediante una instrucción de carácter administrativo - como lo es una Circular -, modificar o darle un sentido distinto a tal definición, no considerando como preexistentes y, por tanto, excluyendo condiciones o patologías con las que el beneficiario haya nacido, toda vez que inclusive éstas podrían ser, con posterioridad a su diagnóstico, consideradas como preexistentes de acuerdo a la definición legal actualmente vigente.

Añaden las recurrentes que al efectuar la Circular el señalado cambio, excede con creces las facultades que el legislador ha concedido a esta Superintendencia, toda vez que aun cuando se señale que la modificación se realiza con el objeto de corregir una situación que restringe derechos esenciales, reconduciendo la interpretación y generando condiciones reales de acceso a las prestaciones de salud, en la práctica igualmente se está alterando el contenido y/o sentido de una disposición legal cuya reforma le habría correspondido exclusivamente al legislador, conforme a la institucionalidad y jerarquía normativa vigente consagrada en la Constitución Política.

Recalcan ambas Isapres que, en efecto, y considerando la función de interpretación que se atribuiría esta Superintendencia respecto de esta norma, les corresponde indicar que la legislación señala expresamente en el artículo 19 del Código Civil, que cuando el sentido de la ley es claro, no será posible desatender su tenor literal, lo que precisamente estaría realizando este Organismo en este caso. Agregan que llegar a una interpretación contraria, como se pretendería mediante esta Circular, implicaría modificar precisamente el espíritu de la norma que consagra la definición de preexistencia, la cual siempre ha tenido por objeto establecer los casos en que las isapres pueden "excepcionalmente" excluir y/o restringir de cobertura determinadas prestaciones, entre ellas, las relacionadas a enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes.

Insisten las Isapres que precisamente, con el fin de otorgarle a la referida norma el carácter excepcional que tiene, es que el legislador definió expresamente lo que debe entenderse por preexistencia, no pudiendo por tanto esta Superintendencia restringir aún más una facultad que de por sí ya es limitada y que fue concedida por Ley a las isapres, a pretexto de estar utilizando facultades de interpretación, en circunstancias que lo que realmente estaría haciendo es modificar el sentido y alcance de una norma que no requiere interpretación alguna.

Discurrir que la definición de preexistencia contemplada en la legislación es clara e inequívoca, no habría lugar a interpretación alguna, correspondiendo únicamente aplicar el concepto de manera literal. Finalmente, insisten en cuanto a que si es que efectivamente existiera un concepto errado que deba ser modificado, ello le correspondería únicamente al legislador y no a esta Superintendencia, en uso de facultades interpretativas.

En el numerando II, número 2, nombran el sustento normativo de las instrucciones impartidas, a través de las cuales, según determinan, esta Intendencia justificaría tanto sus facultades interpretativas como el contenido de las instrucciones contenidas en la Circular.

A continuación, se refieren a la norma contenida en el artículo 110 del D.F.L. N° 1, indicando que si bien da cuenta que la Superintendencia de Salud tiene ciertas facultades de fiscalización y control sobre las isapres, ello debería ajustarse dentro del marco legal que la norma señalada establece, no pudiendo -en definitiva- realizar actos administrativos que se encuentren fuera de dichas autorizaciones, tal y como lo sería el modificar el sentido y alcance de un precepto de carácter legal mediante una instrucción de tipo administrativo.

Luego reproducen parte del número 2 del Artículo 110.

Razonan las isapres que las facultades expresamente contempladas respecto de esta Superintendencia no consideran en caso alguno la posibilidad de modificar las normas, debiendo limitarse únicamente a interpretarlas según el sentido que el propio legislador le habría dado al momento de dictarlas. Señalan que, en consecuencia, considerando que la administración debe sujetar su actuar a Derecho y al Principio de Legalidad, esta última debe circunscribir sus actuaciones a las facultades expresamente contempladas en la legislación, sin lugar a la discrecionalidad, debiendo constituir un principio interno de autolimitación de dichas facultades.

En el numerando II, número 3, manifiestan que al excluir de la definición de preexistencia aquellas patologías o condiciones de salud previas al nacimiento, se está en la práctica ampliando de manera indeterminada que una patología o condición de salud sea categorizada como congénita.

Luego precisan las recurrentes que, de este modo, con la modificación propuesta por esta Superintendencia, eventualmente cualquier patología o condición de salud podría exceptuarse de la calificación de preexistencia, sin que en la realidad detente tal carácter, al no ser posible en muchos casos determinar específicamente si la referida patología o condición de salud fue o no desarrollada por el potencial beneficiario de manera previa a su nacimiento, siendo perfectamente posible que una patología de carácter congénito se manifieste varios años después de este hecho.

Destacan que tan profundas e inmediatas han sido las repercusiones que la Circular ha traído, que, entre la fecha de su dictación y la fecha del presente recurso, las Isapres han recibido un importante número de solicitudes de reconsideración de negativa de afiliación, amparadas en certificados médicos que dan señalan que las patologías o condiciones de salud de los solicitantes tienen el carácter de "congénitas". Añaden que, en este sentido, se han solicitado por ejemplo no considerar a la hemofilia en cuanto coagulopatía congénita, como preexistencia, aun cuando el solicitante no ha podido acreditar fehacientemente que su diagnóstico es previo al nacimiento y que idéntica situación se ha producido respecto de la paraparesia espástica, la cual, si bien tiene el carácter de trastorno hereditario, perfectamente podría ser diagnosticada de manera posterior al nacimiento.

Las Isapres concluyen que la modificación efectuada no solo ha sido realizada por esta Superintendencia con una clara extralimitación de sus facultades, sino que además lo ha sido en términos tales que permite generar un incentivo perverso, en orden a que los afiliados consideren toda patología o condición de salud como congénita, con el único objetivo de obviar su inclusión en la Declaración de Salud, y obtener de esa forma los beneficios del contrato de salud de manera indebida o, incluso en algunos casos, de manera fraudulenta, al no poder las Isapres restringir el ingreso y las coberturas correspondientes. Señalan las recurrentes que de mantenerse las instrucciones contenidas en la Circular, las patologías congénitas que no pueden considerarse como

preexistentes, debieran circunscribirse a casos específicos, cuyo desarrollo y manifestación se produzca necesariamente en forma previa al nacimiento.

Agregan que al no establecer la Circular un listado específico y taxativo de patologías que deban considerarse como congénitas y, por tanto, que deban exceptuarse de ser declaradas como preexistencias, se producirá necesariamente una situación que afectará tanto a los afiliados como a las Isapres. Al respecto, exponen que si un afiliado - en la creencia errónea de que una patología es de carácter congénito, o bien de manera intencional -, no la informa en la Declaración de Salud, y posteriormente la Isapre pesquisa que se trata de una patología o condición de salud preexistente, se generará un conflicto entre ambas partes, toda vez que la primera señalará que su no declaración se debió a una justa causa de error, quedando imposibilitada la Isapre de utilizar sus facultades excepcionales de restringir, excluir o poner término al contrato de salud.

Adicionalmente, indican que, en el improbable caso de que las instrucciones contenidas en la Circular se mantengan en su versión original, ambas recurrentes, con el fin de efectuar los controles adecuados al momento del ingreso a la Isapre, entienden estar debidamente facultadas para consultar al potencial afiliado acerca de posibles patologías congénitas al momento de realizar su Declaración de Salud, pudiendo asimismo requerir antecedentes médicos que acrediten tal condición. Asimismo, recalcan que entienden que estarían facultadas para solicitar a un afiliado que acredite de manera fehaciente, y en base a antecedentes y certificación médica, el carácter de congénito de una determinada patología, en los casos en que durante la vigencia del contrato, se detecte una determinada preexistencia.

En el numerando II, número 4, plantean que por otra parte, producto que la Circular impugnada restringe el concepto de patología preexistente a aquellas desarrolladas con posterioridad al nacimiento, sin tomar en consideración la actual definición legal que utiliza la fecha de incorporación del beneficiario a una Isapre como elemento constitutivo del referido concepto, se producirá necesariamente un incentivo para que afiliados de Fonasa busquen ingresar a una Isapre, exclusivamente con el objeto de obtener coberturas para prestaciones puntuales de alto costo, o bien, la resolución quirúrgica respecto de patologías congénitas u otras, a la cual no puede acceder en el sistema público de salud, o bien, para acceder a las mismas, debe esperar un tiempo extenso producto de las listas de espera.

En este sentido, hacen presente que esta misma Superintendencia ha señalado que para eliminar barreras de entradas y preexistencias, se debe tener un mecanismo que permita asegurar que una medida de esa envergadura no afecte la subsistencia del sistema privado de salud, asociándose expresamente la eliminación de las preexistencias a la creación de un fondo de compensación de riesgo que permita mitigar los efectos antes señalados.

Asimismo, manifiestan que la Circular, si bien no elimina la totalidad de las preexistencias, sí excluye expresamente una serie de patologías o condiciones de salud de la definición legal vigente, sin establecer mecanismos de remedio asociados que puedan disminuir o mitigar el impacto económico que una medida de este tipo generará necesariamente a las Isapres.

En el numerando II, número 5 indican que si bien las instrucciones contenidas en la Circular no eliminan la totalidad de las preexistencias, en la práctica igualmente amplia de tal manera el concepto, que se elimina una categoría importante de patologías o condiciones de salud preexistentes, lo que en los hechos no es sino una forma indirecta

de avanzar en la eliminación de las preexistencias, al otorgarle un sentido y alcance distinto a la definición legal, el cual no estuvo contemplado nunca por el legislador.

En ese sentido, insisten respecto a que el impacto económico de esta modificación para el sistema privado de salud, sin la existencia de un mecanismo de control adecuado como un fondo de compensación de riesgos, pondrá en serio riesgo la sustentabilidad del sistema en el tiempo, lo que lamentablemente solo sería posible de cuantificar en el futuro, sin que pueda estimarse el impacto real en estos momentos.

En el numerando II, número 6, en relación con la implementación de la norma y considerando que su entrada en vigencia es a partir de la fecha de su notificación, solicitan se conceda un periodo previo de implementación, que permita modificar los instrumentos contractuales, sistemas, así como efectuar una adecuada capacitación de la norma a todos los funcionarios que intervienen en el proceso de incorporación de un afiliado, en especial a sus agentes de ventas, ejecutivos de atención de público, contraloría de ingresos, entre otros.

Finalmente, en virtud de lo señalado, solicitan a esta Superintendencia diferir la entrada en vigencia de la Circular IF/N°354, a contar del 01 de octubre de 2020, de manera tal que la Isapre pueda adecuar sus sistemas internos y demás procedimientos para dar cumplimiento a lo instruido.

5. Que, Isapre Cruz Blanca S.A., en lo principal, en forma previa a exponer los fundamentos jurídicos de la reposición, manifiesta que no se opone a la eliminación de las preexistencias per se; que su propósito, es que ello se haga como corresponde, conforme a la Constitución, esto es, mediante una reforma a la ley que considere un fondo de compensación de riesgos u otro mecanismo que permita mitigar los efectos que de ello se derivan.

En primer lugar, señala la recurrente que la Circular debe ser dejada sin efecto por cuanto constituye un exceso normativo, puesto que por la vía de una disposición de rango administrativo se introducen elementos a una materia que, de conformidad a la Constitución, es objeto de reserva legal. Al respecto, precisa que de conformidad al artículo 63 N°4 de la Carta Fundamental, se establece que son materia de ley, las materias básicas relativas al régimen jurídico laboral, sindical, provisional y de seguridad social y, además, por ser parte del ámbito de la seguridad social, estas leyes deben ser de quórum calificado, según ordena el inciso segundo del artículo 19 N° 18° de la Constitución Política.

A continuación, señala que la definición de preexistente de una enfermedad, patología o condición de salud se encuentra establecida en el artículo 190 del DFL N° 1, numeral 6, inciso 2°, y que según esa norma legal las condiciones para considerarlas preexistentes son dos: 1) que hayan sido conocidas por el afiliado, y 2) diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso.

Colige que, sin embargo, la nueva normativa reglamentaria establece que no serán preexistentes aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud de carácter congénito, aunque hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato, estableciendo una diferenciación entre enfermedades preexistentes, sin un fundamento que lo justifique.

Menciona la recurrente que, desde luego, el largo exordio introductorio de la Circular, "novedad en la técnica normativa", considerando que las preexistencias tienen reconocimiento legal en el D.F.L. N° 1, no razona sobre los fundamentos que ha tenido esa norma para establecerlas y que señala simplemente que *"se ha determinado dictar las presentes instrucciones que corrijan la situación"*, reconduciendo, según indica, administrativamente una modificación a las preexistencias, por sobre aquella que han tenido los órganos colegisladores para establecerlas.

Señala la Isapre que, en un claro exceso normativo, la norma administrativa agrega un elemento, nuevo, inexistente en la ley, adicionado administrativamente, cual es, que no serán preexistentes aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud de carácter congénito, aunque hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato.

Afirma que le llama profundamente la atención que esta autoridad administrativa al dictar una norma claramente ilegal, pretenda apoyarse en el Tribunal Constitucional, so pretexto de pretender afianzar las garantías constitucionales, y que esta autoridad administrativa no puede desconocer que el Tribunal Constitucional ha sido claro en señalar que: *"Es principio general y básico del derecho constitucional chileno la "reserva legal" en la regulación del ejercicio de los derechos fundamentales; esto es, toca al legislador, y sólo a él, disponer normas al respecto..."*.

Agrega que, en tal sentido, en relación a la reserva legal respecto del derecho a la protección de la salud, el Tribunal Constitucional ha señalado que: *"El derecho a la protección de la salud no es una materia que pueda ser regulada indistintamente por la ley y por normas administrativas. En ese sentido, no le corresponde al legislador legalizar o deslegalizar estas materias, pues eso lo define el constituyente."*

Por otra parte, señala la recurrente que concebir el derecho a la salud como algo absoluto e irrestricto, por el hecho de ser parte de la seguridad social, no está de acuerdo a como lo entiende el Tribunal Constitucional, que ha señalado que el *"Derecho a la seguridad social no equivale al acceso a cualquier beneficio, sin limitaciones ni requisitos. Una concepción del derecho a la seguridad social como equivalente al acceso a cualquier beneficio, sin limitaciones ni requisitos, no es simplemente imaginable en este mundo imperfecto ...."*.

Añade que en la misma línea está la Convención Americana sobre Derechos Humanos, denominada "Pacto de San José de Costa Rica", en cuyo artículo 26, Desarrollo Progresivo, establece: *"los estados partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la carta de la organización de los estados americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados."* Al respecto, indica que el medio apropiado, conforme a nuestra Constitución, es una ley de quórum calificado conforme lo dispone el artículo 19 N°18 de la Constitución Política: *"Las leyes que regulen el ejercicio de este derecho serán de quórum calificado"*; y no una norma administrativa de rango inferior, como lo es la Circular IF/N° 354.

Plantea que la Circular omitió toda consideración a las razones de por qué la ley consagró las preexistencias definiéndolas de un modo preciso y que pareciera que implícitamente la Circular asume que el legislador fue descuidado al legislar sobre las preexistencias,

haciendo una concesión graciosa a las Isapres, que esta Superintendencia de Salud, erigiéndose en una suerte de árbitro constitucional, habría decidido corregir.

Sostiene que la simple lectura de la Historia de la Ley N° 20.015 demuestra que el legislador no fue descuidado al tratar las preexistencias, ni que tampoco quiso hacer una concesión graciosa por mera liberalidad o capricho a las Isapres, sino que se justifican y explican en la estructura del sistema de salud previsional de salud, de carácter mixto, que importaría un impacto económico por el eventual traspaso masivo de cotizantes desde el sistema público con el objeto de atenderse enfermedades preexistentes sin haber cotizado en el Sistema privado. Añade, que para solucionar ese impacto se requiere un sistema de compensación de riesgos, actualmente inexistente, cuya creación es materia de ley y que como tal sistema de compensación de riesgos no se ha creado, la ley estableció las preexistencias como mecanismo de restricción de cobertura.

Luego cita la Historia de la Ley, señalando que aparece que las preexistencias fue materia de amplio debate, así en el Senado, explicando los objetivos principales del proyecto se señaló: *"Precisar y acotar las exclusiones y las preexistencias -estas materias fueron objeto de debate en la Comisión y sobre ellas versan tres de los artículos que no se aprobaron por unanimidad y que deberán votarse-, las cuales sólo podrán referirse a cirugía plástica con fines de embellecimiento (no curativa ni reparadora ); atención particular de enfermería; hospitalización confines de reposo; prestaciones cubiertas por otras leyes. Además, en estos artículos se define que se entenderá por preexistente la patología o condición de salud conocida por el afiliado y diagnosticada por un médico antes de suscribir el contrato"*. Agrega que posteriormente, en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados se dejó constancia de que *"El H. Senado ha propuesto modificar el texto aprobado por la Cámara de Diputados, en el sentido de establecer claramente las excepciones a la regla general de que no podrán convenirse exclusiones de prestaciones. Así, en el texto aprobado en primer trámite constitucional sólo se hacía alusión a las preexistencias y no a las otras exclusiones que la ley contempla actualmente, definiendo que se entendía por preexistencia y agregando la declaración de salud, sin alterar el resto de sus normas."*

Concluye que el legislador definió qué se entendía por preexistencia del modo que lo hizo en la ley, en cuanto a que es la patología o condición de salud conocida por el afiliado y diagnosticada por un médico antes de suscribir el contrato, sin atender a su naturaleza congénita.

Manifiesta que cuando el legislador, en la misma ley quiso atender a la patología o condición de salud de carácter congénito, lo hizo en forma expresa, citando a continuación lo dispuesto en el N° 1 del Artículo 190.

Sobre este punto, añade que el legislador estableció una regulación especial para condiciones de salud causadas antes del nacimiento, exceptuándolas de la exclusión de cobertura referida a cirugías plásticas, cuestión que no quiso considerar en relación a las preexistencias. Lo anterior, deja en evidencia, que la Circular en cuestión modifica la definición de preexistencia establecida en la ley, al agregarle un requisito, el no ser congénitas, que el legislador no estableció.

Se refiere a lo señalado en la Circular, respecto a que *"las isapres no sólo coadyuvan con el Estado en su deber de garantizar el derecho fundamental a la protección de la salud, sino que, además, al hacerlo se sitúan en un plano análogo al de su titular originario, el Estado "*, agregando que sí, eso es efectivo, pero debe entenderse dentro del marco contractual, consagrado por la ley.

Insiste en que, en caso alguno, puede entenderse que los ciudadanos que celebran un contrato con una Isapre, dejan de ser sujetos de derechos frente al Estado en materia de salud. Pues, todo aquello que excede del marco contractual-legal que vincula al cotizante con la Isapre, es obligación del Estado, y no puede un órgano administrativo del Estado disponer nuevas obligaciones a las Isapres, porque ello es materia de ley.

Expresa la Isapre que las disposiciones vulneran el artículo 2 de Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, citando a continuación dicho artículo.

Finalmente, señala que se vulnera la norma legal en cuestión, puesto que se ha dictado una norma de carácter administrativo que introduce una modificación a una norma legal de quórum calificado, al agregar requisitos a las enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes, excluyendo a aquellas de carácter congénito, sin una justificación que dé sustento a esa distinción; motivo por el cual, determina la Isapre, que la normativa debe ser dejada sin efecto.

6. Que, Isapre Consalud S.A., en el número 1, señala que esta Superintendencia efectúa una serie de modificaciones tanto en las Condiciones Generales del Contrato de Salud como en el Formulario de Declaración de Salud, las cuales alteran la definición legal que el DFL N° 1 ha realizado respecto del concepto de enfermedad preexistente.

Agrega la recurrente que en este sentido y de conformidad con el artículo N° 190 del DLF N° 1 antes citado, el legislador definió expresamente lo que debe entenderse por enfermedad preexistente, citando las dos primeras frases del inciso segundo del número 6 de dicho artículo.

Manifiesta que, de acuerdo con la nueva Circular IF/N° 354, se altera la definición legal de enfermedad preexistente, al modificar el artículo 14 de las Condiciones Generales del Contrato de Salud, según destaca en su presentación.

En cuanto a lo anterior, señala que esta Superintendencia, al agregar la frase "originadas con posterioridad al nacimiento", efectúa una modificación de un término claramente definido en la ley, alterando en definitiva su contenido, cuestión para la cual este organismo de control carecería de facultades.

En este sentido, añade que la Constitución Política de la República establece en sus artículos 6° y 7° el denominado "Principio de Legalidad", el cual debe entenderse como la vinculación de los diferentes poderes u organismos del Estado a la Ley y que dicho principio nos indica que los entes públicos sólo pueden actuar dentro de la competencia establecida por el legislador, y no tienen más facultades que las que expresamente les haya conferido el ordenamiento jurídico.

Manifiesta que del análisis de las facultades entregadas por la Ley a esta autoridad administrativa, les permite concluir que esta Superintendencia de Salud no tiene facultades para modificar, vía regulación administrativa, el contenido de determinados preceptos legales.

A continuación indica que, en efecto, el artículo 110 del DFL N° 1, se encarga de enumerar las atribuciones de la Superintendencia de Salud en relación con las Isapres, mediante un listado extenso de facultades relativas a la interpretación administrativa de

normas de su competencia; el cumplimiento de las leyes y normas de rango administrativo que efectúen las Isapres, entre otras.

Señala la Isapre que, a su parecer, la norma es clara respecto de las facultades con que este Organismo de Control se encuentra investido, no existiendo norma alguna que faculte a esta Superintendencia de Salud para alterar el contenido de la ley, más aún si este ha sido claramente establecido por el legislador.

Añade que vinculado con lo anteriormente expuesto, con la dictación de la Circular, se encuentra además frente a una infracción evidente del principio de "Reserva Legal", con las claras consecuencias que ello determina, el cual, según indica, ha sido establecido por cuanto hay ciertas materias que el constituyente habría hallado de tal relevancia que las dejó exclusivamente en manos del poder legislativo, siendo en consecuencia, tales asuntos campo prohibido para el ejercicio de la potestad reglamentaria autónoma de la administración.

Sostiene que si lo reconoce expresamente la Constitución Política de la República en su artículo 63, el cual establece las materias que obligatoriamente serán objeto de ley, reservando exclusivamente a ésta, todo lo relativo a las materias básicas que dicen relación con el régimen previsional y de seguridad social.

Insiste en cuanto a que no podría esta Superintendencia de Salud, mediante la dictación de la Circular, efectuar la modificación de un término definido expresamente en la ley, ya que dicha materia corresponde exclusivamente al legislador, el cual estableció claramente la definición de enfermedad preexistente y la forma en que deben ser declaradas dichas patologías con anterioridad a la suscripción del contrato de salud previsional.

Concluye, en el número 1 de lo principal, que la Circular adolece de graves vicios de legalidad que hacen necesario que sea dejada sin efecto, toda vez que dicho acto administrativo constituye una vulneración al deber de motivación, al principio de confianza legítima y a la arrogación de una potestad modificatoria de normas legales vigentes, que resultaría inadmisibles, por cuanto claramente la autoridad administrativa se habría excedido en el ejercicio de sus facultades de interpretar la ley y de dictar instrucciones de carácter general.

En el número 2 de lo principal, menciona que la nueva normativa en comento, al indicar que no se considerarán preexistentes aquellas enfermedades o condiciones de salud que hayan desarrollado los potenciales beneficiarios con anterioridad al nacimiento, incorpora un elemento de incertidumbre relacionado con la interpretación que se podría dar a futuro, toda vez que existen una serie de condiciones o enfermedades cuya manifestación u origen previo al nacimiento podría ser discutido.

Agrega que en este sentido y sin perjuicio de lo expuesto en el numeral anterior, estima la recurrente que si en definitiva se determina avanzar en una regulación como la propuesta, aquello implica necesariamente dejar establecido en la nueva normativa, que su ámbito de acción se referirá exclusivamente a las enfermedades congénitas, es decir, aquellas adquiridas durante el embarazo, con miras a evitar interpretaciones que no limiten su aplicación exclusivamente al ámbito de lo congénito, ampliándola a patologías que tienen un componente hereditario en su manifestación, como la predisposición genética de una determinada persona a desarrollar una enfermedad, tales como la hemofilia y talasemia, entre otras.

Señala que dejar claro este último punto contribuye a eliminar la incertidumbre que a futuro se podría generar, especialmente a nivel jurídico, ya que resulta probable que, de mantenerse la normativa en los términos actuales, se produzcan procesos de judicialización masivos que tendrían como objetivo el ampliar los términos de la Circular, con los consecuentes efectos negativos para el sistema privado de salud.

Menciona que existen además otra serie de patologías previas al nacimiento, relacionadas con las complicaciones en el parto, las cuales no tienen un carácter congénito, pero que se desarrollan o manifiestan "antes del nacimiento". Determina que en este último punto la Circular debería excluir expresamente de sus efectos a las complicaciones del parto, las cuales pueden generar una serie de patologías de alto costo a futuro, las que, indica que no cumplirían con los criterios de la Circular para no ser manifestadas por el futuro cotizante en la Declaración de Salud.

Por último, en el número 2 de lo principal, plantea la necesidad de incorporar criterios de acceso, que requieran que la enfermedad o condición congénita se haya manifestado dentro de un determinado plazo posterior al nacimiento, lo que ayudaría a entregar certeza a las isapres respecto a las patologías que podrían ser incorporadas bajo la nueva regulación.

En el número 3 de lo principal, señala la Isapre que de acuerdo con los términos de la Circular, no se consideró dentro de sus efectos la probable migración de pacientes del sistema público que presenten alguna de las condiciones o enfermedades que podrían estar bajo el alero de la nueva regulación, lo cual generaría un evidente y significativo impacto económico a la institución.

Al respecto, manifiesta que estos cuadros o patologías mantienen importantes listas de espera pendientes de resolución en el sector público, por lo que existiría un incentivo para trasladarse al sistema privado de salud, para una vez requerida la atención salir de aquel, lo cual podría desestabilizar el sistema privado, puesto que una población importante de personas que se traspasarían serían enfermos graves del Fonasa que no encuentran soluciones en el sistema de salud administrado por el Estado.

Advierte que, lo anterior, sumado al hecho del carácter amplio de la definición, hace que sea extremadamente difícil evaluar los criterios médicos de acceso, con la consiguiente falta de certeza jurídica para los interesados.

Por otra parte, indica que Isapre Consalud, en sus procesos de tarificación de su variada oferta de planes de salud debe evaluar la siniestralidad y el aumento de costos que genera la cobertura de las prestaciones aseguradas por ley, todo ello con la finalidad de determinar el valor justo a pagar por los afiliados como precio del plan de salud complementario.

Añade que al eliminar de la Declaración de Salud aquellas enfermedades o condiciones de salud que hayan desarrollado los potenciales beneficiarios con anterioridad al nacimiento, se está produciendo un desequilibrio económico significativo para la institución, dado el mayor valor que deberá asumir y que no estaba contemplado en los distintos cálculos actuariales realizados para fijar una correcta tarificación en el valor de sus planes de salud.

Declara que, dado lo anterior, cree que previamente a la dictación de la Circular, era necesario un análisis o estudio respecto del impacto que esta regulación traerá en cuanto al mayor costo que deberán asumir las isapres.

Finalmente, en el número 4 de lo principal, señala el hecho de que no se ha contemplado la creación de un fondo de compensación de riesgos, que permita mitigar los impactos que se generarán al levantarse las restricciones de acceso y movilidad para beneficiarios con patologías congénitas, que tenga aplicación tanto entre y isapres y Fonasa.

Hace presente que todas las iniciativas legales relacionadas con la eliminación de preexistencias que se han presentado durante los últimos años, contemplan el efecto asociado a la migración inter-isapre y Fonasa, estableciéndose fondos de compensación para mitigar los impactos de la movilidad, con el objetivo de solidarizar riesgos en salud entre los beneficiarios de dichas instituciones

Como ejemplo de lo anterior, se refiere al proyecto de ley presentado por el ejecutivo durante el año 2019, el cual contemplaba un modelo de cobertura cuyo fin era permitir un ajuste gradual de las características de riesgo a que se verán expuestas las isapres y recabar la información necesaria para hacer los ajustes de riesgo, estableciéndose un modelo de transición para el ingreso al sistema isapre de las personas que están en otros sistemas de salud o que ingresen por primera vez, aplicándose restricciones por un determinado tiempo en la cobertura del plan de salud.

Termina señalando, que si el objetivo es que exista una libre afiliación y movilidad entre sistemas/aseguradoras, lo técnicamente correcto sería incorporar una modificación legal que considere el financiamiento adecuado para ello.

7. Que, habida consideración a que todos los recursos fueron interpuestos en contra del mismo acto y contienen alegaciones similares, **se procederá a contestar todos en esta resolución.**

Que, sobre lo señalado por Colmena, Consalud, Cruz Blanca, Banmédica y Vida Tres, **en cuanto a que habría una extralimitación de las facultades legales**, debe señalarse que esta Superintendencia tiene potestades normativas e interpretativas consagradas en el artículo 110 del citado D.F.L. N°1, siendo de especial importancia para estos efectos el numeral 2, que otorga a esta Intendencia la potestad (entendida como una atribución de poder actuar y un deber de actuar cuando sea requerido), de *"Interpretar administrativamente en materias de su competencia, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen a las personas o entidades fiscalizadas; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento"*.

Asimismo, en base al artículo tercero de la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, no existe discusión respecto a que en el Derecho Administrativo rige una interpretación finalista de parte de los órganos del Estado, especie de interpretación que ha sido relevada, aceptada y reafirmada invariablemente por parte de la Contraloría General de la República desde los años 70 en adelante<sup>1</sup>.

Lo anterior exige que en la interpretación de una norma se utilice una serie de elementos, que, al combinarse, permiten determinar de una mejor manera cual es el sentido perseguido por la norma analizada, y compatibilizar los efectos generados por la interpretación de la norma con otros bienes jurídicos protegidos -a su vez- por nuestra

---

<sup>1</sup> Dictamen N°70.118 de 1970, y siguientes que aplicaron el mismo criterio.

legislación<sup>2</sup>, como lo son las garantías constitucionales de igualdad ante la ley, protección a la salud y a la seguridad social.

Por tanto, es de suma relevancia, en el análisis de la función encomendada a la Superintendencia, que el ámbito del Sistema Privado de Salud se extiende a todas las normas que se aplican en dicho sistema, sean legales, reglamentarias, administrativas o contractuales, lo que comprende el ordenamiento jurídico en su conjunto. No pudiendo mirarse una norma aislada.

En el mismo sentido, y tal cual se señaló en la parte introductoria de la Circular recurrida, las garantías constitucionales -en cuanto derechos fundamentales- deben ser interpretadas de manera indivisible y conforme al principio *pro homine* o pro persona, que, en el caso concreto se traduce en acudir a la interpretación más restringida cuando se trata de establecer restricciones permanentes al ejercicio de los derechos<sup>3</sup>, lo cual es una manifestación primaria del orden axiológico y de principio sobre los que descansa el conjunto del ordenamiento jurídico<sup>4</sup>. A la misma conclusión se llega si se aplican las normas de derecho común, pues el estatuto que rige a las preexistencias es de carácter excepcional, pues permiten a la Isapre realizar acciones que estarían prohibidas de no mediar esas habilitaciones -por su naturaleza de orden público-; por tanto, la interpretación de dichas normas -se reitera- debe ser restrictiva.

A mayor antecedente, atendida la evidente naturaleza discriminatoria y selectiva de la Declaración de Salud, por cuanto es una exigencia y una condición para la suscripción de un contrato de salud previsual y -además- es el instrumento a través del cual las isapres pueden eximirse de su obligación de otorgar cobertura, o bien reducirla temporalmente, es un deber de esta Superintendencia de Salud establecer los límites legítimos al contenido de esta declaración, restringiendo las posibilidades de reducción o negación de cobertura y, eventualmente, de terminación anticipada y unilateral del contrato de salud por la isapre, velando por la primacía de objetivos sanitarios y de seguridad social por sobre los económicos. Así, la restricción y/o exclusión de cobertura, constituyen situaciones de excepción dentro del contrato de salud y, por tanto, son de aplicación e interpretación restrictivas -como se señaló-, por lo que la Declaración de Salud es un instrumento que debe tener efectos acotados.

Todo lo señalado no es sino una manifestación de la obligación constitucional de esta Superintendencia, en orden a que la Administración del Estado está al servicio de la persona humana; su finalidad es promover el bien común atendiendo las necesidades públicas en forma continua y permanente y fomentando el desarrollo del país a través del ejercicio de las atribuciones que le confiere la Constitución y la ley<sup>5</sup>.

Asimismo, las isapres deben considerar que la Excm. Corte Suprema a través de su sentencia en causa rol 38.834-2019, afirmó que la naturaleza humana es una sola, cuestión que es efectiva, y, por tanto, se debe propender al fin de impedir que las personas nazcan privadas de acceder al sistema privado de salud previsual, pues la Constitución Política de la República lo garantiza.

---

<sup>2</sup> Luis Cordero Vega, *Lecciones de Derecho Administrativo* (Santiago, de Chile: Legal Publishing Chile, 2015).

<sup>3</sup> Pinto, Mónica, El principio *pro homine*. Criterios de hermenéutica y pautas para la regulación de los derechos humanos, en Archivo de la biblioteca electrónica de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

<sup>4</sup> Aldunate Lizana, Eduardo, *Derechos fundamentales*, Santiago, Legal Publishing, 2008.

<sup>5</sup> Artículo 3º LOCBGAE.

Conforme a todo lo expresado, interpretar lo contrario a lo hecho por la Circular recurrida lleva a estimar que la Ley infringe la Constitución Política al permitir que las isapres puedan impedir el acceso a la protección a la salud por todo el período vital de ciertas personas, las que en los hechos no tendrían garantizada su libertad de acceso al sistema privado de salud de no mediar la norma impugnada, cuestión que no puede aceptarse.

Sin perjuicio de lo señalado, debe explicarse a las Isapres que la claridad del sentido de la Ley no está dada únicamente por el contenido normativo de una parte de un artículo, sino que está en su texto y contexto, más aún cuando lo que está en discusión es una definición y no una norma jurídica en sentido estricto, dado que es un enunciado que no contiene una sanción o consecuencia jurídica (que mande, prohíba o permita).

En el mismo sentido, debe hacerse presente a las Isapres Cruz Blanca, Colmena, Consalud, Banmédica y Vida Tres que hoy es muy difícil encontrar algún jurista que sostenga y defienda que la interpretación de la Ley debe ser pétrea e inamovible a los deseos del momento en que la ley fue dictada, por la simple razón de que la Ley produce efectos más allá de los tiempos en que fue creada y debe adaptarse -y lo hace en los hechos- a las nuevas circunstancias, tal cual aconteció en el año 2010 a través de la dictación del fallo 1.710 del Tribunal Constitucional que cambió el paradigma en previsión para salud, como se señaló anteriormente, por lo que la historia de la Ley no es un elemento de interpretación definitorio.

Consecuentemente, no hay extralimitación legal alguna, ni tampoco se ha eliminado las preexistencias.

En relación a lo mencionado por Cruz Blanca respecto a que **habría falta de fundamento en la emisión de la Circular**, sólo cabe reiterar que en ella se menciona claramente que el fundamento es velar por la dignidad e igualdad en el acceso a las prestaciones de salud y seguridad social, dentro del contexto que allí se menciona (trinomio igualdad ante la ley, protección a la salud y seguridad social), interpretándose para ello el concepto de preexistencia, en conformidad a las reglas de cómo debe encontrarse el sentido y alcance de las normas, ya sea en el derecho común, el constitucional, el derecho internacional de los Derechos Humanos y el administrativo, por lo que la alegación no tiene asidero alguno.

A mayor abundamiento, la fundamentación de la Circular resguarda efectivamente los atributos que la doctrina le ha otorgado a la motivación, vale decir, 1. Justifica la adopción de la decisión, 2. Explica el supuesto en que se basa la determinación y 3. Permite ejercer el derecho de impugnación<sup>6</sup>.

En cuanto a la alegación de que **se estaría suplantando funciones legislativas**, se hace presente que esta Superintendencia sólo ha ejercido correctamente las potestades normativas e interpretativas que ostenta y que le han sido reconocidas tanto por la ley<sup>7</sup>, como la jurisprudencia administrativa<sup>8</sup> y constitucional<sup>9</sup>. En dicho sentido, esta Superintendencia no ha derogado el artículo 190, sino que ha determinado cual es el sentido que debe dársele, lo que se ha hecho con pleno respeto al ordenamiento jurídico. Por tanto, no es efectivo lo que alegan las Isapres Colmena, Consalud, Cruz Blanca, Banmédica y Vida Tres.

---

<sup>6</sup> Cordero Vega, *Lecciones de Derecho Administrativo*.

<sup>7</sup> Artículo 107 y 110 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud.

<sup>8</sup> Dictamen 93.929 de 03 de diciembre de 2014, de la Contraloría General de la República.

<sup>9</sup> STC 1710.

Asimismo, y por lo anteriormente señalado, no existe una infracción al ordenamiento jurídico, como señala Consalud, y, como correlato, la Circular no contiene ningún vicio de validez, como señala Consalud y Colmena, ni tampoco constituye un exceso normativo (como alega Cruz Blanca).

Por todo lo antes señalado, y al contrario de lo mencionado por las recurrentes, **no ha existido afectación al principio de reserva legal**. En dicho sentido, las recurrentes confunden lo que es el máximo dominio legal<sup>10</sup>, con la legítima potestad normativa y de interpretación que ostenta esta Superintendencia.

En este punto, es notorio que Isapre Cruz Blanca se refiere de manera incompleta la sentencia 1.710-10 INA del Tribunal Constitucional, ya que en ella se menciona, a continuación de la cita que hace la Isapre, que: "*...sólo las materias básicas relativas al régimen previsional y de seguridad social (artículo 63, N° 4) pertenecen al dominio legal del derecho a la protección de la salud...*", dejando claramente establecido cuál es el máximo dominio legal (más que una reserva legal), el que no tiene relación alguna con el ejercicio de una legítima interpretación, sino que el máximo dominio legal es sobre las materias básicas relativas al régimen previsional y de seguridad social.

A mayor abundamiento, la misma sentencia que cita Cruz Blanca refiere que "*...la Constitución encarga al Estado "el control de las acciones relacionadas con la salud", siendo perfectamente legítimo, en consecuencia, que el legislador otorgue, a los efectos del ejercicio de tal deber-atribución, una potestad normativa a la Superintendencia de Salud, en su condición de organismo de la Administración del Estado (artículo 106, D.F.L. N° 1, de Salud, 2005)"<sup>11</sup>.*

Sobre lo mencionado por Colmena, en orden a que **se habría agregado un elemento adicional al establecido por la Ley**, eso no resulta cierto, pues, como se señaló precedentemente, la Circular contiene una interpretación restrictiva al artículo 190, por los motivos que se mencionan con anterioridad, los cuales incluso son fortalecidos con la regla constitucional que señala que "*La Ley protege la vida del que está por nacer*"<sup>12</sup> y la civil, en orden a que la existencia legal principia al nacer<sup>13</sup>. Consecuentemente, no es extraño que esta Superintendencia, teniendo presente todos los principios y reglas mencionadas en la Circular recurrida como en esta resolución exenta lleven a afirmar y estimar que el contenido del artículo 190, específicamente al concepto jurídico de preexistencia, debe ser uno restrictivo que no comprende las patologías o condiciones de salud con que la persona nace.

En el mismo sentido, en cuanto a lo alegado por Isapre Colmena, Consalud, Cruz Blanca Banmédica y Vida Tres, respecto a que **se habría extendido, alterado o modificado el concepto de enfermedad, patología o condición de salud** a términos que no se encuentran definidos en la normativa, debe aclararse que la norma impugnada contiene una interpretación restrictiva, y no una extensiva del artículo 190 de la norma sectorial, atendido los fines inherentes de las isapres, de las reglas de derecho común y el principio *pro homine*, cuestión que está dentro de las competencias, fines y legalidad que rigen a esta Superintendencia.

---

<sup>10</sup> STC 282 c. 19.

<sup>11</sup> STC 1.710 C. 123.

<sup>12</sup> Artículo 19 N°1 de la CPR.

<sup>13</sup> Artículo 74 del Código Civil.

Por tanto, debe aclararse a las Isapres que esta Superintendencia no tan sólo está facultada para interpretar restrictivamente el artículo 190, sino que debe hacerlo, pues precisamente la Constitución encargó al Estado el control de las acciones relacionadas con la salud, otorgándose -por parte del legislador- una potestad normativa a esta Superintendencia de Salud<sup>14</sup>.

Respecto a la **falta de base técnico-médico**, debe hacerse presente que Isapre Colmena incurre en un error sobre este punto, pues una cosa son las consideraciones que se tuvieron y otra son el cómo debió plasmarse la norma, atendido los fines que busca. En tal sentido, describir la norma de manera técnica conlleva a realizar una intervención que esta Superintendencia no pretende hacer, pues se requieren de directrices claras para el sistema, cuestión que se logra al establecer un punto preciso desde cuando las isapres pueden considerar las preexistencias.

Por tal motivo, que la Circular no se haya expresado de manera sanitaria obedece a que el fin regulatorio se obtiene de mejor manera utilizando un hito claro por lo que carece de sustento la arbitrariedad que Colmena alega.

En cuanto a que **la Circular altera los términos de un contrato** -mencionado por Colmena-, eso no resulta efectivo ni en los hechos ni en el derecho. Cabe indicar que la misma Isapre no señala cómo se produciría esa alteración.

No obstante, debe hacerse presente que la Declaración de Salud es un instrumento con contenido y forma uniforme desde el año 2007, mediante la emisión de la Circular IF/Nº40, por lo que no es extraño que esta Superintendencia corrija el mismo instrumento que hizo uniforme a la Declaración de Salud y determine cómo ésta debe ser legítimamente llenada.

En el mismo sentido del párrafo anterior, y respecto a lo señalado por Isapre Colmena, sobre que **fue esta misma Superintendencia, la que normó el formato uniforme de la Declaración de Salud y que dispuso expresamente la incorporación de la pregunta Nº 11 y de sus ejemplos, afirmando que no fueron las isapres**, cabe indicar que en el año 2007 este Organismo consideró necesario ordenar la presentación de las preguntas existentes a esa fecha en los distintos formularios de Declaración de Salud que utilizaban las instituciones, con el objeto de dar mayor claridad y transparencia al contrato de salud, conjuntamente con morigerar los efectos de la asimetría de información propia del sistema de isapres. Es decir, el objetivo de esa época fue el uniformar un instrumento, al cual podrían adherirse y revocarlo voluntariamente, lo cual fue plasmado en la Circular IF/Nº 40.

En este sentido, y tal como se indica en la introducción de la citada norma, la idea era educar al potencial afiliado en cuanto al documento, de manera que, independiente de la isapre a la que postulara, se enfrentara a las mismas preguntas en un orden lógico y uniforme.

El carácter voluntario llevó a que la Declaración de Salud en esa oportunidad fuera utilizada por 4 de las recurrentes desde el año 2007, y por una de ellas desde el año 2008.

Con todo, como bien saben las isapres, el año 2010 se cimentó el consenso sobre las bases de seguridad social del sistema de salud, a través del fallo 1.710-10 INA del

---

<sup>14</sup> STC 1.710-10 INA.

Tribunal Constitucional, lo que obligó a tomar otro sentido a todas las normas en salud, por lo que no es de extrañar que el criterio se haya modificado ya transcurrido aproximadamente 13 años desde la norma que invoca.

Cabe señalar que el cambio de criterio, respecto de la Declaración de Salud, viene cimentándose desde el año 2014, fecha en que se fijó un formulario único y obligatorio para todo el sistema privado de salud, a través de la Circular IF/Nº 234, de 18 de noviembre de ese año.

En cuanto a que **las isapres no dejan de ser sujetos de derechos frente al Estado**, señalado por Cruz Blanca, sólo mencionar que esta Superintendencia nunca ha dejado de tener presente el marco normativo que rige a las isapres, en especial el vínculo obligacional que las rige junto a sus correlatos. Tanto es así, que en este acto se está resolviendo la impugnación que se presenta.

En cuanto a que **la circular "parece" basarse en una sentencia pronunciada por la Excm. Corte Suprema**, mencionado por Colmena, la norma recurrida es clara y transparente en fundamentar que de dicho fallo sólo se consideró que *"Como recientemente ha señalado la Excm. Corte Suprema, la naturaleza humana es una sola, sin embargo, en los hechos, la situación descrita en el párrafo precedente genera posiciones de menoscabo en la dignidad de las personas y discriminaciones arbitrarias que las acompañan de por vida, gestando la idea de personas de distintas categorías"*. Ahora bien, cabe aclarar a la recurrente Colmena que el hecho que dicha interpretación sea compartida por esta Superintendencia no afecta en nada el efecto relativo de las sentencias, pues este último se refiere al efecto de cosa juzgada y no dice relación con las interpretaciones de las normas.

En cuanto a **la afectación de reglas de manera imprevista**, señalado por Colmena, lo cierto es que todos los principios interpretativos desarrollados por la Circular fueron esbozados en el año 2010 a través de la Sentencia de estudio Nº1.710-10 INA emitida por el Tribunal Constitucional, por lo que no es ninguna sorpresa la emisión de la norma recurrida.

Es de concluir entonces, que tampoco hay **afectación al principio de confianza legítima**, ni tampoco se produce incertidumbre alguna, al contrario de lo mencionado por Consalud, pues todo el Sistema está enterado de los principios y reglas que le son aplicables, más aún cuando existe una creciente jurisprudencia judicial cuya hermenéutica va en interpretaciones en este sentido, que han sido aceptadas por esta Superintendencia desde hace larga data.

En cuanto a que habría sido **una decisión apresurada y carente de análisis**, mencionado por Colmena, cabe hacer presente que esta Superintendencia estima que los tiempos de emisión y efectos de la presente Circular son los adecuados y esperables para la correcta protección y garantía de los principios y reglas anteriormente enunciadas respecto de los beneficiarios del sistema de salud privado.

En cuanto a lo mencionado -por Colmena, Consalud, Banmédica y Vida Tres- de que **se ingresaría al sistema isapre sólo para la resolución de un problema puntual**, esa situación difícilmente puede producirse en los hechos, pues: 1. Las personas recién al año de vigencia de sus beneficios pueden desahuciar el contrato de salud, salvo acuerdo en contrario, conforme el artículo 197 del D.F.L. Nº1, de 2005, de Salud; 2. Existen prestaciones de salud que el plan de salud no cubre; 3. Los beneficiarios deben necesariamente pagar el copago de sus prestaciones de salud; y 4. El valor de los planes

de salud es un obstáculo cierto y conocido por y para muchos de los afiliados de Fonasa; por lo que no es imprescindible la existencia de un fondo de compensación para concebir las preexistencias como lo ha hecho la Circular recurrida, al contrario de lo mencionado por las Isapres. Dicho de otra manera, no existe la plena libertad de movilidad de un subsistema a otro, sino que esta última conlleva costos, que -como tales- son evaluados por los agentes económicos (dentro del paradigma de racionalidad económica).

En el mismo sentido y por los mismos argumentos, **tampoco se genera un incentivo perverso para los potenciales beneficiarios**, como lo califican las Isapres Banmédica y Vida Tres.

En relación a lo mencionado por Colmena, respecto a que **no rechazan las incorporaciones, sino que las excluye o restringe de cobertura**, es pues precisamente este tipo de actuaciones la que motiva a generar igualdad en el acceso al sistema previsional de salud, pues de lo contrario generamos seres humanos de primera y segunda categoría, a pesar de que la naturaleza humana es una sola, tal cual fue afirmado por la Excma. Corte Suprema. Asimismo, es el propio Tribunal Constitucional el que ha admitido que las isapres deben dar plena satisfacción al derecho fundamental de protección a la salud<sup>15</sup>.

Sobre la **eliminación de la hidrocefalia**, la que no correspondería porque puede ser originada con posterioridad al nacimiento, alegado por Colmena, cabe hacer presente que por el hecho de existir una hidrocefalia congénita es suficiente para su eliminación del cuestionario de declaración de salud, pues puede conllevar a que el beneficiario incurra en un error, cuestión que las isapres y esta Superintendencia deben evitar. Cabe precisar que el catálogo de la declaración de salud consulta por categorías, específicamente y en el caso que alega, por "*enfermedades del sistema nervioso*", dentro de la cual la hidrocefalia es un ejemplo, lo que se confirma con que se anteceden las enfermedades y condiciones de salud con la expresión "por ejemplo,".

En cuanto a la alegación de Isapres Banmédica y Vida Tres de **que cualquier condición de salud podría exceptuarse de la calificación de preexistencia dado a que considera imposible determinar** si la referida patología o condición de salud fue o no desarrollada de manera previa al nacimiento, debe señalarse que la alegación no dice relación alguna con la interpretación dada por esta Superintendencia, sino que obedece a aspectos de prueba, específicamente a los medios de prueba y el estándar de prueba, cuestiones que no tienen ninguna relación con la norma impugnada.

Sin perjuicio de ello, y como se señalará más adelante, por razones de prudencia, el evitar una judicialización innecesaria y mantener la estabilidad del contrato de salud, se aclarará el ámbito de aplicación de la Circular recurrida.

Sobre la **carencia de un listado específico**, mencionado por Isapre Banmédica y Vida Tres, debe aclararse a las isapres que esa determinación no puede ser otra sin afectar la continuidad de la norma, pues la medicina está constantemente avanzando y cuestionando sus propios postulados, por lo que no resulta eficaz el establecer un catálogo para estos efectos.

En relación a que las Isapres Banmédica y Vida Tres **entenderían que están facultadas para consultar al potencial afiliado acerca de posibles patologías**

---

<sup>15</sup> STC 1287 cc. 53 a 55.

**congénitas**, lo cierto es que, si la Declaración de Salud no permite esa consulta, menos podría hacerlo la Isapre.

Interpretar lo contrario conllevaría a permitir que la isapre pudiera evaluar precisamente las patologías o condiciones de salud que no pueden evaluarse, conforme a la interpretación dada por la norma recurrida.

En relación a dos peticiones realizadas por Isapre Consalud, específicamente las de  **fijar un plazo posterior al nacimiento para que se manifieste la patología** y a que  **se deje establecido en la normativa su ámbito de acción**, esta Intendencia considera atendible y razonable lo solicitado por esa Isapre, especialmente por el fin de evitar una dificultad práctica en la aplicación de la Circular y una judicialización innecesaria. Por tanto, respecto a cuál debe ser ese plazo, teniendo en mente que uno de los objetivos principales de la regulación dice relación con el acceso a las prestaciones de salud y a la dificultad que puede ofrecer la palabra "*nacimiento*", se estima que un hito prudente y acotado a la interpretación dada por esta Intendencia, es el "*término del período neonatal*", aclarándose que la circular versa sobre todo tipo de enfermedades congénitas. Ahora bien, en cuanto al ámbito de acción, habiéndose esbozado una dificultad de comprensión en este punto, se estima que dicha dificultad se subsana, aclarando en la Circular -con las modificaciones respectivas- que las enfermedades, patologías y condiciones de salud que no deben declararse son las "diagnosticadas hasta el término del período neonatal", debiendo corregirse la Circular en dicho sentido, como se señalará en lo resolutivo de esta resolución.

En relación a lo expresado por las Isapres, respecto al  **impacto económico de la regulación**, debe señalarse que -en general- toda actividad económica genera costos, siendo lo relevante no el costo en sí mismo, sino lo razonable de éste en relación a los fines perseguidos y al costo de oportunidad. En relación a ello, a esta Intendencia le parece adecuado el medio (Circular) para los fines perseguidos y desarrollados por la norma impugnada, teniendo presente el giro de las isapres, los fines perseguidos y el sector regulado, por lo que el impacto que esbozan es razonable y, además, controlable por parte de las Isapres.

Al respecto, y relativo a lo anterior, debe reafirmarse que las actividades económicas en mercados regulados encuentran su límite en las leyes que regulan la actividad, por lo que los regulados deben pleno respeto al ordenamiento jurídico -normas legales y supralegales-. Conforme lo anterior, las isapres no pueden discriminar arbitrariamente en el ejercicio de su libertad económica, máxime cuando su ejercicio está dirigido al financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud así como las actividades que sean afines o complementarias a ese fin, concretando -en definitiva- la garantía constitucional de protección a la salud.

Sobre el  **stock de los documentos contractuales**, mencionado por Colmena Golden Cross, y atendido a que resulta necesario aclarar este punto para efectos prácticos, cabe señalar que, sólo hasta el 30 de abril de 2021, las isapres podrán utilizar los formularios de Declaración de Salud que tuvieran impresos desde la fecha de inicio de vigencia de la Circular recurrida, tachando la pregunta N°11, así como la hidrocefalia de la pregunta N°2 y todo aquello que sea contrario a la norma recurrida de las Condiciones.

En relación al  **período de implementación de la norma y sobre la solicitud de diferir la entrada en vigencia de la Circular**, requerido por Banmédica y Vida Tres, esta Intendencia mantiene el criterio vertido en la Resolución Exenta IF/N° 491, de 14

de julio de 2020, que se pronunció sobre las solicitudes de suspensión de la vigencia de la Circular formuladas por dichas Instituciones.

En efecto, en dicha resolución se determinó que no concurren los presupuestos que la ley considera para decretar la suspensión, los que tampoco fueron fundamentados ni acreditados por las recurrentes, en el sentido de demostrar el daño o imposibilidad exigida por la norma aludida, que amerite -en definitiva- la medida excepcional solicitada. Por tanto, deberán ser desestimados los recursos, en cuanto a la pretensión de que la circular sea dejada sin efecto.

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

#### **RESUELVO:**

1. Rechazar totalmente los recursos de reposición deducidos por las Isapres Banmédica S.A., Vida Tres S.A. y Cruz Blanca S.A. en contra de la Circular IF/Nº354, de 18 de junio de 2020.
2. Acoger parcialmente los recursos de reposición interpuestos por Isapre Consalud S.A. y Colmena Golden Cross S.A. en contra de la Circular señalada en el numeral que precede
3. En virtud de lo señalado en el punto número 2 que antecede, se modifica la Circular IF/Nº 354, de 18 de junio de 2020, en lo siguiente:
  - a. En el numeral III:
    - i. Reemplácese el numeral 1.1. por el siguiente: "1.1 En la letra a. "Las Condiciones Generales del Contrato de Salud", en el artículo 14 de las Condiciones Generales del Contrato de Salud, agréguese un nuevo párrafo final con el siguiente contenido: "En virtud de los fines del contrato de salud, no se consideran preexistentes, y, por tanto, no declarables, las enfermedades o condiciones de salud congénitas (de cualquier tipo), las cuales le hayan sido diagnosticadas al beneficiario hasta el término de su período neonatal. En estos casos, la isapre no puede restringir cobertura ni rechazar la afiliación"."
    - ii. Reemplácese el número 1.2.1. por: "1.2.1 Trasládese el enunciado "Asimismo," del párrafo segundo al inicio del párrafo tercero, haciéndose los ajustes de mayúscula o minúscula, según corresponda".
    - iii. En el numeral 1.2.2. reemplácese el párrafo que está entre comillas por el siguiente: "En virtud de los fines del contrato de salud, no se consideran preexistentes, y, por tanto, no declarables, las enfermedades o condiciones de salud congénitas (de cualquier tipo), las cuales le hayan sido diagnosticadas al beneficiario hasta el término de su período neonatal. En estos casos, la isapre no puede restringir cobertura ni rechazar la afiliación".
    - iv. Se reemplaza el formulario de la Declaración de Salud de la Circular IF/Nº354, ya individualizada, por el contenido del Anexo de esta Resolución.
  - b. En el numeral IV:

Se reemplazan los números 1 y 2 por lo señalado a continuación:

"En el Capítulo I "Procedimientos Relativos al Contrato de Salud", Título I "Instrucciones sobre procedimientos de suscripción de contratos de salud previsional", número 2 "Etapas de la suscripción de documentos contractuales" se agrega un nuevo segundo párrafo con el siguiente contenido:

"En virtud de los fines del contrato de salud, no se consideran preexistentes, y, por tanto, no declarables, las enfermedades o condiciones de salud congénitas (de cualquier tipo), las cuales le hayan sido diagnosticadas al beneficiario hasta el término de su período neonatal. En estos casos, la isapre no puede restringir cobertura ni rechazar la afiliación".

Además, se agrega el enunciado "Asimismo," en el antiguo párrafo segundo, actual tercero, haciéndose el ajuste de minúscula respectivo, a continuación de dicho enunciado."

4. Actualícense los respectivos compendios de normas administrativas a las modificaciones indicadas en el numeral 3 que antecede.
5. En cuanto al stock de los documentos contractuales, se instruye que sólo hasta el 30 de abril de 2021, las isapres podrán utilizar los formularios de Declaración de Salud y las Condiciones Generales que tuvieron impresas desde la fecha de inicio de vigencia de la Circular recurrida, debiendo tacharse, en la Declaración de Salud, la pregunta N°11, así como la hidrocefalia de la pregunta N°2 y todo aquello que sea contrario a la norma a la Circular IF/N°354, de 18 de junio de 2020.

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

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

  
**MANUEL RIVERA SEPÚLVEDA**  
**INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD**  


AMAW/FAHM/KB

**DISTRIBUCIÓN:**

- Gerentes Generales de Isapres
- Superintendencia de Salud
- Fiscalía
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Oficina de partes

## ANEXO

Identificación Isapre	<b>DECLARACIÓN DE SALUD</b>
	N° Folio <input type="text"/>
<b>IMPORTANTE</b>	
ES DE SU EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD EL LLENADO COMPLETO, CORRECTO Y VERAZ DE ESTE DOCUMENTO.	
SI USTED NO DECLARA ALGUNA ENFERMEDAD, PATOLOGÍA O CONDICIÓN DE SALUD PREEXISTENTE, LA ISAPRE PUEDE:	
1. <b>NEGAR LA COBERTURA</b> PARA DICHA ENFERMEDAD POR UN PLAZO MÁXIMO DE HASTA 5 AÑOS DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO O DE LA INCORPORACIÓN DEL BENEFICIARIO, Y/O	
2. <b>TERMINAR SU CONTRATO DE SALUD.</b>	
<b>NO SON PREEXISTENTES LAS ENFERMEDADES O CONDICIONES DE SALUD CONGÉNITAS DIAGNOSTICADAS HASTA EL TÉRMINO DEL PERÍODO NEONATAL</b>	
ESTA DECLARACIÓN DEBE SER LLENADA, EN SU TOTALIDAD, CON LETRA IMPRENTA, DE SU PUÑO Y LETRA, AUNQUE SE LE INDIQUE LO CONTRARIO.	

<b>A. ANTECEDENTES DEL COTIZANTE</b>			
Nombres y Apellidos	<input type="text"/>		
RUN	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>
			Día/Mes/Año
Correo electrónico	<input type="text"/>		
Nombre Institución de Salud Actual	<input type="text"/>		
Tiene pensión de invalidez	<input type="text"/>	S=SÍ N=No	Causal <input type="text"/>
			1= Enfermedad común 2= Enferm. profesional o accidente del trabajo
Diagnóstico que originó la pensión de invalidez	<input type="text"/>		
Estuvo antes en esta isapre	<input type="text"/>	S=SÍ N=No	
<b>B. IDENTIFICACIÓN DE LOS FAMILIARES BENEFICIARIOS Y/O CARGAS MÉDICAS</b>			
Debe individualizar a todas sus cargas legales y a aquellas personas que desea incorporar como cargas médicas.			
Si usted omite alguna de sus cargas legales y se demuestra que la omisión tuvo por objeto perjudicar a la isapre, porque ésta no pudo evaluar el riesgo, la Institución puede poner término a su contrato de salud.			

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO (incluido el cotizante)							
Nombre y Apellidos	RUN	Relación Familiar con el cotizante	Fecha de Nacimiento	Sexo	Tipo de Carga	Peso	Talla
		01. Cónyuge 02. Padre 03. Madre 04. Hijos 05. Otros 06. Conviviente Civil		M=Masculino F=Femenino	L=Legal M=Médica		

### C. LISTADO DE PREGUNTAS

Debe registrar TODAS las enfermedades, patologías o condiciones de salud y diagnosticadas médicamente a usted y a cada uno de sus beneficiarios, hayan o no requerido tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica, cualquiera sea la fecha de diagnóstico y su estado actual, incluso si se ha recuperado y ha sido dado de alta.

**No deben declararse las enfermedades o condiciones de salud congénitas que le hayan sido diagnosticadas a usted o alguno de sus beneficiarios hasta el término de su periodo neonatal.**

El siguiente listado es sólo referencial, de modo que si usted ha tenido otra enfermedad, patología o condición de salud no indicada aquí, debe declararla.

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

**1. Enfermedades mentales o psiquiátricas o del comportamiento:** por ejemplo, trastornos del ánimo, depresión, neurosis, psicosis, esquizofrenia, problemas de dependencia (drogas, tabaco, alcohol, etc.).

SI

NO


**2. Enfermedades del sistema nervioso o que le afecten:** por ejemplo, accidentes cerebrovasculares (isquémicos o hemorrágicos), aneurismas cerebrales, tumores, quistes, TEC, fistulas del líquido céfalo raquídeo, tumor vertebral, tumor de médula o nervios periféricos, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, esclerosis múltiple, neuropatías, jaqueca y/o migraña, meningitis, déficit atencional, o cualquier otra enfermedad del cráneo, cerebro, medular o nervios periféricos.

SI

NO


NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

**3. Enfermedades del sistema respiratorio:** por ejemplo, asma, enfisema, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis, alergias respiratorias, sinusitis, enfermedades de las vías respiratorias altas (faringe) o bajas (laringe, tráquea, bronquios, pulmones) o cualquier enfermedad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio.

SI   
NO


**4. Enfermedades del corazón y sistema circulatorio:** por ejemplo, infarto del miocardio, enfermedad coronaria, angina de pecho, enfermedad reumática, hipertensión arterial, soplos al corazón, arritmias, accidentes cerebrovasculares, aneurismas, várices, flebitis, úlceras vasculares o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.

SI   
NO


**5. Enfermedades del sistema digestivo:** por ejemplo, úlcera al estómago o duodeno, tumores del estómago o del intestino, hemorragias digestivas, hemorroides, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, pancreatitis, cálculos biliares, hepatitis, cirrosis, o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo, como esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, vesícula, vía biliar, páncreas.

SI   
NO


**6. Enfermedades ginecológicas y de las mamas:** por ejemplo, tumores, quistes, cáncer, miomas, endometriosis, endometritis o cualquier otra enfermedad de este sistema como enfermedades del útero, de la mama y ovarios.

SI   
NO


**7. Enfermedades renales o del sistema genitourinario:** por ejemplo, nefritis, cistitis, cálculo al riñón, hiperplasia, adenoma o cáncer de la próstata, varicocele, tumores renales, vesicales o testiculares o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata y genitales.

SI   
NO


NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

**8. Enfermedades reumatológicas o del sistema osteomuscular:** por ejemplo, lumbago, lumbociática, gota, artritis, artrosis, reumatismo, fracturas, hernia del núcleo pulposo, síndrome del túnel carpiano, enfermedades inmunitarias o autoinmunes como lupus o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos y articulaciones.

SI

NO


**9. Enfermedades de la sangre o del sistema hematopoyético:** por ejemplo, anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, linfoma, leucemia o cualquier otra enfermedad de la sangre o componentes del sistema hematopoyético como los ganglios, vasos linfáticos y el bazo.

SI

NO


**10. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas:** por ejemplo, hipotiroidismo e hipertiroidismo, bocio, dislipidemia, obesidad, bulimia, anorexia, diabetes, resistencia insulínica, enfermedad de Addison, tumor de la hipófisis o tiroides, o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutricionales o metabólicas.

SI

NO


**11. Tumores y/o enfermedades oncológicas:** por ejemplo, cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos de cualquier localización.

SI

NO


NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

**12. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo:** por ejemplo, melanoma, hemangiomas, psoriasis, eccemas, secuela de quemaduras, úlceras, dermatitis, acné severo, rosácea u otras enfermedades dermatológicas.

SI

NO


**13. Enfermedades del oído, nariz y garganta:** por ejemplo, sordera, otitis, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz y garganta.

SI

NO


**14. Enfermedades oculares:** por ejemplo, miopía, astigmatismo, hipermetropía, estrabismo, presbicia, cataratas, glaucoma, retinopatías o cualquier otra enfermedad de los ojos.

SI

NO


**15. Enfermedades infecciosas y parasitarias:** por ejemplo, sífilis, gonorrea, rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, Hidatidosis, VIH positivo, SIDA o cualquier otra enfermedad infecciosa.

SI

NO


**16. Enfermedades del embarazo, parto o puerperio:** por ejemplo, embarazo molar, preclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, aborto, asfixia neonatal, parto prematuro.

SI

NO


NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

**17. Traumatismos, accidentes y quemaduras:** Indique cualquier accidente, con o sin secuelas, detallando si es de origen laboral o no, deformidad adquirida, TEC, fracturas.

SI   
NO


**18. Cirugías estéticas:** por ejemplo, rinoplastia, lipoaspiración, implantes mamarios, abdominoplastia o cualquier otra cirugía con fines de embellecimiento.

SI   
NO


**19. Infertilidad o Esterilidad:** indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha recibido o está en tratamiento de fertilidad por infertilidad o esterilidad.

SI   
NO


**20. Licencias médicas anteriores:** ¿Ha tenido Ud. o alguno de sus beneficiarios licencias médicas en los últimos 24 meses? Si su respuesta es afirmativa indique diagnóstico y número de días de la(s) licencia(s).

SI   
NO


**21. Indique Hospitalizaciones anteriores:** Indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha estado hospitalizado y bajo qué diagnóstico.

SI   
NO


**22. Prótesis, Órtesis:** señale si utiliza usted o cualquiera de sus beneficiarios algún tipo de prótesis u órtesis, tales como, audífonos, lentes ópticos, marcapaso, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas.

SI   
NO


**23. Otras enfermedades:** Consigne aquí si Ud. o alguno de sus beneficiarios padece o ha padecido alguna enfermedad o condición de salud, lesión o cualquier otra condición médica y/o enfermedad declarable que no esté identificada anteriormente y que se le haya diagnosticado médicamente.

SI   
NO


#### D. DECLARACIÓN

El interesado que suscribe autoriza a la Isapre para solicitar información médica exclusivamente relacionada con los datos declarados en este documento, respecto de sí mismo o de sus beneficiarios de quienes sea el representante legal, frente a dudas que pudieran surgir de esta declaración, con el único objeto de evaluar debidamente el riesgo de salud comprometido, para decidir la aceptación o el rechazo de la suscripción del contrato o eventualmente proponer determinadas restricciones de cobertura para la suscripción del mismo.

Para obtener información sobre los demás beneficiarios respecto de los cuales el interesado no es el representante legal, la Isapre deberá conseguir una autorización expresa de cada uno de ellos. De requerírsela, el interesado se obliga a obtener dicha autorización del respectivo beneficiario, declarando conocer que, de no contar con ella, la Isapre podrá rechazar la afiliación.

Declaro que he respondido en forma **EXACTA Y VERAZ** cada una de las preguntas que constan en este documento respecto de patologías y enfermedades declarables.

\_\_\_\_\_  
Firma / Huella digital del Interesado

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### E. EVALUACIÓN CONTRALORÍA MÉDICA Y RESTRICCIONES TEMPORALES DE COBERTURA

La Isapre ha considerado las siguientes restricciones temporales de cobertura para las preexistencias que han sido declaradas en este documento. Estas restricciones no pueden ser superiores a 18 meses, los que se contarán desde la suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario, en su caso.

Nombre Beneficiario	Diagnóstico	Cobertura		Código Enfermedad	Observaciones
		Porcentaje	Plazo		

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Médico de la Isapre

\_\_\_\_\_  
Fecha

**F. RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PARTE DE LA ISAPRE**

**Aceptado** :  sin restricción  con restricción

**Rechazado** :  Motivo del rechazo

(Si la isapre rechaza la afiliación deberá devolver al cotizante este formulario y los demás antecedentes acompañados)

**En caso de rechazo**, con la finalidad de ser aceptado en la Institución de Salud Previsional, **el interesado podrá solicitar** por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, que la Isapre le otorgue para las enfermedades preexistentes declaradas, por 18 meses más, la cobertura mínima legal. No obstante tal solicitud, la isapre igualmente puede mantener su negativa de aceptación.

La Isapre acepta la afiliación con restricción por un plazo adicional, según se indica en el recuadro establecido en la letra E.

Si  No

**G. SUSCRIPCIÓN DE LA DECLARACIÓN DE SALUD**

El afiliado acepta las restricciones temporales de cobertura para las patologías declaradas.

Si  No

\_\_\_\_\_  
Firma Cotizante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y RUN Agente de Ventas

\_\_\_\_\_  
Firma y RUN Supervisor del proceso de afiliación

Folio F.U.N. asociado