

396

CIRCULAR IF/Nº

SANTIAGO, 08 NOV 2021

**IMPORTE INSTRUCCIONES ACERCA DE LAS COBERTURAS Y ACCESO PARA LAS
ATENCIÓNES DE SALUD MENTAL EN ISAPRES CONFORME A LA LEY. 21.331**

Esta Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en ejercicio de las atribuciones que le confiere la ley, en especial lo dispuesto en los artículos 110 número 2 y 114 del DFL Nº 1, de 2005, de Salud, en relación a la ley 21.331, viene en impartir las siguientes instrucciones generales:

I. INTRODUCCIÓN

El 11 de mayo de 2021 fue publicada la ley 21.331 sobre el reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental.

En su historia fidedigna¹ se plasmó la relevancia de diseñar políticas públicas teniendo a la salud mental como un elemento transversal, bajo la premisa "no existe salud si no hay salud mental"².

En sus discusiones en sala se observa la preocupación del legislador por las coberturas, prestaciones y atenciones restringidas para el tratamiento de la salud mental en el sistema isapres³.

Conforme a los principios y reglas incorporados al ordenamiento con la mentada ley, hoy se producen antinomias que deben ser aclaradas por esta Superintendencia, en razón al fin público para el cual fue creada y a las potestades conferidas por el ordenamiento jurídico.

En efecto, hasta antes de la entrada en vigencia de la ley 21.331, el artículo 190 del D.F.L. Nº1 del Ministerio de Salud, de 2005, permitía a las isapres crear planes de salud que contemplen coberturas reducidas para determinadas prestaciones -sin distinción-, poniendo como límite que en ningún caso pueden ser inferiores al 25% de la cobertura

¹ Historia de la Ley 21.331, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Disponible en: <https://www.bcn.cl/historiadelaley/nc/historia-de-la-ley/7866/>

² Ibídem, p. 6.

³ Ibídem, p. 7, 15, 26, 80, 81, 89, 115, 132, 157, 158, 160, 164, 140, 141 y 147.

que el mismo plan le asigne a la prestación genérica correspondiente, ni a la cobertura que contempla el Arancel del Fonasa en la Modalidad de Libre Elección.

En virtud de dicha disposición, las isapres han establecido en sus planes de salud coberturas reducidas para el conjunto de prestaciones asociadas a la salud mental, lo que en la práctica se traduce en una restricción general para ese tipo de afecciones.

De esta manera, existiendo una modificación a las reglas precedentes por parte de la ley 21.331, corresponde interpretar autorizadamente la norma sectorial, ajustándose las normas administrativas sobre la cobertura que deben otorgar los nuevos planes de salud suscritos a las atenciones de salud mental y eliminarse del cuestionario de salud las consultas sobre enfermedades mentales o discapacidades psíquicas o intelectuales.

II. OBJETIVO

Ajustar las normas administrativas vigentes sobre la cobertura que debe otorgar el plan de salud a las atenciones de salud mental, conforme la Ley N°21.331, asegurándose así que los nuevos planes de salud suscritos no otorguen a estas prestaciones una cobertura inferior a la que se contempla para las enfermedades físicas, como también eliminar las preguntas de la Declaración de Salud relativas a enfermedades mentales o discapacidades psíquicas o intelectuales.

III. MODIFICA LA CIRCULAR IF/N° 77, DE 25 DE JULIO DE 2008, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE BENEFICIOS

En el Capítulo I "de los Beneficios Contractuales y de la Cobertura del Plan de Salud Complementario", Título I "Beneficios Contractuales", se agrega el siguiente número 5:

"5. De la protección de la cobertura de atenciones de salud mental

En virtud de la ley 21.331, las isapres no podrán comercializar planes de salud que restrinjan la cobertura para las prestaciones de salud relacionadas con enfermedades mentales, discapacidades psíquicas o salud mental.

Asimismo, los planes de salud no podrán estipular para las prestaciones de salud relacionadas con discapacidades psíquicas o intelectuales, enfermedades mentales y con la salud mental, topes de bonificación y/o topes máximo año contrato por beneficiario menores que los establecidos para las prestaciones de salud físicas.

Para estos efectos, se entenderá por discapacidad psíquica o intelectual, enfermedad mental y por salud mental lo señalado en la ley 21.331.

Cualquier estipulación en contrario se tendrá por no escrita".

IV. MODIFICA LA CIRCULAR IF/N° 131, DEL 30 DE JULIO DE 2010, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE PROCEDIMIENTOS

1. En el Capítulo I "Procedimientos Relativos al Contrato de Salud", Título I "Instrucciones sobre procedimientos de suscripción de contratos de salud previsual", numeral 2 "Etapas de la suscripción de documentos contractuales", se modifica lo siguiente:

- a. En el primer párrafo, se agrega la palabra "físicas" entre los enunciados "enfermedades, patologías o condiciones de salud" y "preexistentes".
 - b. Agréguese un nuevo párrafo segundo con lo siguiente: "De acuerdo con el derecho establecido en la ley 21.331 a no ser discriminado por padecer o haber padecido una enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, las isapres no pueden consultar ni exigir a los potenciales afiliados la declaración de enfermedades mentales o discapacidades psíquicas o intelectuales propias o de sus beneficiarios, como tampoco pedir antecedentes clínicos o realizar entrevistas que revelen esos diagnósticos."
 - c. En el antiguo párrafo segundo, actual tercero, reemplácese el enunciado "no se consideran" por "tampoco se consideran".
2. En el Capítulo II "Selección de Prestaciones Valorizadas", en el Anexo N°3 "Instrucciones para el llenado de las notas explicativas", letra A) "NOTAS ESPECÍFICAS", numeral A.1), se reemplazan los enunciados "Psiquiátrica y" por "de" y se elimina de la "Nota (A): Prestación (es) sujeta (s) al siguiente Tope Anual" la viñeta: "Consulta Psiquiátrica (\$ o UF)".

V. MODIFICA LA CIRCULAR IF/N° 80, DE 13 DE AGOSTO DE 2008, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE INSTRUMENTOS CONTRACTUALES

1. En el Capítulo I "El Contrato de Salud", Título II "De los instrumentos contractuales", letra a. "Las Condiciones Generales del Contrato de Salud", subtítulo "CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL "Artículo 14 "Declaración de Salud", se modifica lo siguiente:
 - a. En el Artículo 14 "Declaración de Salud", párrafo primero, agréguese la palabra "físicas" entre los enunciados "Las enfermedades o condiciones de salud" y "preexistentes conocidas por el afiliado".
 - b. En el Artículo 14 "Declaración de Salud", entre el párrafo primero y segundo, agréguese un nuevo párrafo segundo, pasando el actual segundo a ser tercero, con el siguiente contenido: "Conforme a ley 21.331, no son declarables las enfermedades mentales o discapacidades psíquicas o intelectuales del afiliado o de sus beneficiarios".
 - c. En el Artículo 14 "Declaración de Salud", nuevo párrafo tercero -antiguo segundo-, antepóngase el enunciado "Por otra parte," corrigiéndose la mayúscula inicial del antiguo párrafo modificado.
 - d. En el párrafo primero del Artículo 16 "Restricción de Cobertura", agréguese la palabra "físicas" entre los enunciados "aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud" y ", que hayan sido conocidas por el afiliado".
2. En el Capítulo I "El Contrato de Salud", Título II "De los Instrumentos Contractuales Uniformes", la letra b. "El Formulario de Declaración de Salud", realícense las modificaciones que a continuación se señalan:
 - a. En el párrafo segundo, intercálese la palabra "físicas" entre los enunciados "condiciones de salud" y "que hayan sido conocidas".

- b. Agréguese un nuevo párrafo tercero con lo siguiente: "De acuerdo con el derecho establecido en la ley 21.331 a no ser discriminado por padecer o haber padecido una enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, las isapres no pueden consultar ni exigir a los potenciales afiliados la declaración de enfermedades mentales o discapacidades psíquicas o intelectuales propias o de sus beneficiarios, como tampoco pedir antecedentes clínicos o realizar entrevistas que revelen esos diagnósticos."
- c. En el antiguo párrafo tercero, actual cuarto, reemplácese el enunciado "no se consideran" por "tampoco se consideran".
- d. Se elimina la frase "Por lo tanto, la isapre se encuentra impedida de rechazar la afiliación, restringir la cobertura o dar término al contrato de salud basándose en dicho antecedente", del actual párrafo cuarto, nuevo párrafo quinto.
- e. Entre los actuales párrafos quinto y sexto, antiguos cuarto y quinto, se inserta el siguiente párrafo: "La isapre se encuentra impedida de rechazar la afiliación, restringir la cobertura o dar término al contrato de salud basándose en la identidad de género, discapacidades psíquicas o intelectuales, enfermedades mentales o el estado de la salud mental de los potenciales afiliados y beneficiarios."
- f. Se reemplaza el formulario contenido en la letra b.1 "Declaración de Salud", por el que se anexa a la presente Circular.

VI. VIGENCIA

Las disposiciones contenidas en los numerales IV N°1 y V de la presente Circular, relativos a la Declaración de Salud, comenzarán a regir a contar del día lunes 3 de enero de 2022.

Las disposiciones contenidas en los numerales III y IV N°2 de la presente Circular, sobre planes de salud y cobertura, comenzarán a regir a contar del día martes 1 de marzo de 2022.



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

FAHM
KBM/FAHM
(TT)

Distribución:

- Gerentes Generales de Isapres
 - Superintendente de Salud
 - Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
 - Fiscalía
 - Subdepartamento de Regulación
 - Oficina de Partes
- correlativo N°9.154

ANEXO

Identificación Isapre	DECLARACIÓN DE SALUD	Nº Folio	<input type="text"/>
IMPORTANTE			
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 FÍSICA PREEXISTENTE, LA ISAPRE PUEDE:			
1. NEGAR LA COBERTURA 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. TERMINAR SU CONTRATO DE SALUD.			
NO SON PREEXISTENTES LAS ENFERMEDADES O CONDICIONES DE SALUD CONGÉNITAS DIAGNOSTICADAS HASTA EL TÉRMINO DEL PERÍODO NEONATAL NI LAS ENFERMEDADES MENTALES O DISCAPACIDADES PSÍQUICAS O INTELECTUALES			
ESTA DECLARACIÓN DEBE SER LLENADA, EN SU TOTALIDAD, POR EL POTENCIAL AFILIADO, AUNQUE SE LE INDIQUE LO CONTRARIO.			

A. ANTECEDENTES DEL COTIZANTE			
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="checkbox"/>	S=Sí N=No	Causal <input type="checkbox"/> 1. Enfermedad Común 2. Enferm. Profesional o accidente del trabajo
Diagnóstico que originó la pensión de inválidez	<input type="text"/>		
Estuvo antes en esta isapre	S=Sí N=No		
B. IDENTIFICACIÓN DE LOS FAMILIARES BENEFICIARIOS Y/O CARGAS MÉDICAS			
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		H: hombre M=Mujer	L=Legal M=Médica		

C. LISTADO DE PREGUNTAS				
<p>Debe registrar TODAS las enfermedades, patologías o condiciones de salud físicas, 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.</p> <p>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 período neonatal ni las enfermedades mentales o discapacidades psíquicas o intelectuales.</p> <p>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.</p>				
NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA

1. Enfermedades físicas 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, esclerosis múltiple, neuropatías, jaqueca y/o migraña, meningitis, o cualquier otra enfermedad del cráneo, cerebro, medular o nervios periféricos.

SI

NO

2. 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

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

3. 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

4. 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

5. 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

6. 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
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

7. 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

8. 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

9. 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

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

SI

NO

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

SI

NO

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

12. 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

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

SI
NO

14. 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

15. Enfermedades del embarazo, parto o puerperio: por ejemplo, embarazo molar, preeclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, aborto, asfixia neonatal, parto prematuro

SI
NO

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

SI
NO

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

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

SI

NO

18. 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

19. Licencias médicas anteriores: ¿Ha tenido Ud. o alguno de sus beneficiarios licencias médicas en los últimos 24 meses por diagnósticos distintos a una enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual? Si su respuesta es afirmativa indique diagnóstico y número de días de la(s) licencia(s).

SI

NO

20. Indique Hospitalizaciones anteriores: Indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha estado hospitalizado y bajo un diagnóstico distinto a una enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual.

SI

NO

21. 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

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.

Sí No

G. SUSCRIPCIÓN DE LA DECLARACIÓN DE SALUD

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

Sí No

Firma Cotizante

Fecha

Firma y RUN Agente de Ventas

Firma y RUN Supervisor del proceso de afiliación

Folio F.U.N. asociado