

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Fiscalía

RESOLUCION EXENTA SS/N° 801

Santiago, 29 JUN 2022

VISTO: Lo dispuesto en los artículos 109, 110 y demás pertinentes del DFL N°1, de 2005, de Salud; artículos 15, 59 y demás de la Ley N°19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado; artículo 9 de la Ley N°18.575; lo señalado en la Resolución N°7, de 2019, de la Contraloría General de la República; y el nombramiento contenido en el Decreto Afecto N°17, de 2022, del Ministerio de Salud; y,

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, mediante la **Circular IF/N°390, de 31 de agosto de 2021**, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud impartió instrucciones generales a las Isapres, sobre los alcances de la Resolución Exenta N°589, de 9 de agosto de 2021, del Ministerio de Salud que eliminó los límites financieros para los menores de 6 años y especificó que no requería acreditarse ninguna condición o diagnóstico particular, para el otorgamiento de las prestaciones de kinesiología, fonoaudiología, terapia ocupacional, psiquiatría y psicología, respecto de estos beneficiarios.

Dicha normativa tuvo por objetivo aclarar y precisar el alcance de la regulación Ministerial sobre las prestaciones individualizadas, detalladas en las Normas Técnicas del Arancel de Fonasa en Modalidad Libre Elección, modificando el Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios, agregando el literal o) al numeral 2 del Título V del Capítulo I, cuyo tenor es el siguiente:

"o) Cobertura sin límite financiero en determinadas prestaciones para los menores de 6 años.

Estarán exentas de límite financiero y no será necesario acreditar condición o diagnóstico particular para las prestaciones otorgadas a los menores de 6 años beneficiarios de isapres que así lo haya declarado la Resolución Exenta N°176 de 1999, del Ministerio de Salud, que aprueba el Arancel de Prestaciones de Salud del Libro II, del D.F.L. N°1, de 2005 de Salud, y la Resolución Exenta N°277 de 2011, del mismo Ministerio, que establece las Normas Técnico Administrativas para la aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II, del D.F.L. N°1, de 2005 de Salud, en la Modalidad Libre Elección, del mismo Ministerio, o las que en un futuro las reemplacen. En tal sentido, las isapres deberán otorgar la cobertura del plan de salud sin topes de montos máximos anuales por beneficiario a las prestaciones de kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología y psiquiatría otorgadas a los menores de 6 años respecto de aquellos códigos del Arancel Fonasa en Modalidad Libre Elección a los que se les haya eximido de límite financiero por las normas antes señaladas y en las modalidades de atención que allí se establezca (Ej.: telerehabilitación, teleconsulta, presencial, etc.).

Las cláusulas que contravengan el párrafo anterior se tendrán por no escritas."

Finalmente, se indicó que las disposiciones de la referida Circular comenzarían a regir desde la fecha de su notificación, sin perjuicio de la fecha de inicio de vigencia de la Resolución Exenta N°589, de 9 de agosto de 2021.

- 2.- Que, Isapre Cruz Blanca S.A., Colmena Golden Cross S.A., Banmédica S.A. y Consalud S.A. S.A. interpusieron recursos de reposición y, en subsidio, recursos jerárquicos en contra de la citada regulación, solicitando, todas ellas, que fuera dejada sin efecto. A su vez, Isapre Colmena Golden Cross S.A. solicitó que, en subsidio y para el caso que el recurso fuese rechazado, se le otorgara el plazo de un mes para implementar las referidas instrucciones, ya que importaban intervenir la lógica de cobertura con la cual operan sus sistemas informáticos.

En particular, **Isapre Cruz Blanca S.A** manifestó que no existe nada que aclarar y precisar, como afirmara la Circular impugnada, ya que la norma técnica nunca influyó en las coberturas que otorgan los planes de salud a las prestaciones de kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología y psiquiatría, respecto de menores de 6 años.

Esgrime que, la norma derogada por la Resolución Exenta N°589, de 9 de agosto de 2021, disponía el financiamiento de las antedichas prestaciones estableciendo límites de sesiones o número de atenciones, según se tratara de Kinesiología o Terapia Ocupacional y, en este sentido, operaba como límite financiero, ya que, cumplido el número de sesiones, las prestaciones posteriores carecían de cobertura por parte del Fonasa.

No obstante, afirma, tal limitación no existía tratándose de los planes de salud de Isapres, ya que los topes estipulados nunca estuvieron expresados en número de atenciones, sino UF, pesos o número de veces el valor asignado a la prestación respectiva en el Arancel de la Isapre, luego de lo cual, operaría automáticamente la cobertura mínima legal, atendido lo dispuesto en el artículo 190 inciso 1° con relación al 189 letra f) del DFL N°1/2005 de Salud.

Agrega que, el Título II del Capítulo I del Compendio de Beneficios de esta Superintendencia sería claro al disponer, entre otras menciones, que los planes de salud complementarios no podían contemplar topes por prestaciones, expresados en número de sesiones o número de prestaciones, sino, únicamente, en montos anuales, por aquello, la situación prevista por las "Normas Técnico Administrativas para la Aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II del DFL N°1 del 2005, del Ministerio de Salud en la Modalidad de Libre Elección" contenidas en la Resolución Exenta N°277, modificada por la Resolución Exenta N°589, de 9 de agosto de 2021, nunca se aplicó a un beneficiario de Isapre, ya que los aludidos topes jamás pudieron convenirse.

Por tanto, mediante la normativa impugnada, esta Superintendencia estaría eliminando los topes de cobertura que operan por sobre el mínimo legal, haciendo inaplicables los topes legítimamente convenidos, derogando, de esta forma, la letra f) del artículo 189 de la normativa sectorial, vulnerando el contenido del artículo 2 de la Ley N°18.575.

A su vez, **Isapre Consalud S.A.**, realizó observaciones vinculadas a una extralimitación de las facultades legales y competencias con que cuenta esta Autoridad, esgrimiendo que instruir que las Isapres otorgaran la cobertura del plan de salud, sin topes de montos máximos para las prestaciones otorgadas a los menores de 6 años, no se ajustaría al texto expreso de la ley, a saber, el artículo 189 letra f) y 190 del DFL N°1/2005 de Salud, que transcribe al efecto.

Enfatiza que, sin perjuicio de la posibilidad de establecer topes financieros para determinadas coberturas, las Isapres siempre deberán otorgar el denominado "Piso Mínimo de Cobertura", constituido por la regla establecida

en el artículo 190 de la referida Ley, es decir, que no pueden otorgar una cobertura inferior al 25% de la cobertura genérica del plan, ni inferior a la cobertura que el FONASA asegura en la modalidad de libre elección, regla que goza de supremacía formal respecto de cualquier norma administrativa de rango inferior.

Agrega que los topes y coberturas mínimas se encuentran reconocidas por la normativa sectorial de esta Superintendencia, particularmente, por el Compendio de Beneficios, cuyo contenido transcribe en lo pertinente, resultando sorprendente y extraña la interpretación adoptada al momento de emitir la Circular IF/N°390, relatando que las reglas sobre cobertura y pisos mínimos eran bastante claras, aumentando artificialmente y en contra de la ley, coberturas previamente fijadas.

Reitera, al igual que la anterior recurrente, que no resultaba necesario impartir la normativa impugnada, ya que una vez que los beneficiarios consumen la cobertura financiera de su plan de salud, automáticamente, obtienen por defecto la cobertura mínima legal, la cual nunca ha contemplado limitaciones vinculadas al número de atenciones.

Esgrime que esta Entidad, desde hace varios años, habría indicado que la norma técnica del Fonasa no se aplica a las Isapres, citando el contenido de la Resolución Exenta N°352, del 30 de septiembre de 2015, que habría amonestado a dicha aseguradora, bajo este principio, enfatizando que dichas normas técnicas no se utilizan para interpretar los aranceles del sistema privado de salud, ni permiten alterar las normas de rango legal sobre las coberturas que las Isapres deben otorgar.

Concluye indicando que, la aludida normativa vulneraría la intangibilidad contractual, eliminando los límites financieros a la cobertura que deben otorgar las Isapres a sus beneficiarios menores de 6 años respecto de las prestaciones individualizadas, modificando un contrato legalmente suscrito entre las partes, actuación que, además, vulnera el principio de legalidad consagrado en los artículos 6° y 7° de la Constitución Política de la República.

A su respecto, **Isapre Banmédica S.A.** también impugnó la normativa analizada, indicando que esta Superintendencia carece de facultades para modificar las coberturas establecidas en los planes de salud suscritos por los afiliados con cada isapre, como en los hechos estaría ocurriendo mediante la Circular recurrida, cambiando las reglas de cobertura que fueron consensuadas al momento de comercializar el plan.

Agrega que las normas que se citan como sustento de la referida Circular, no habrían sido interpretadas administrativamente, como afirma, sino que a partir de una regulación aplicable al Fonasa habría entendido que la eliminación del límite financiero, en el caso de las Isapres, se traduciría en la eliminación del tope anual contemplado en cada plan de salud, hecho que no se ajustaría al marco legal, excediendo las atribuciones de fiscalización y control que detenta esta Superintendencia sobre sus supervigiladas.

Enfatiza que, con dicha normativa se establecerían diferencias entre las personas afiliadas a Isapre y Fonasa, ya que en las Isapres no existían los límites financieros correspondientes a un número limitado de atenciones que sí se contemplaban en el Arancel Fonasa. Por tanto, sólo en la medida que las Isapres hubieren incluido ese tipo de topes o limitaciones, habría correspondido interpretar su efecto mediante la dictación de una Circular como la impugnada, no obstante, al modificarse los topes establecidos en el plan de salud y que no tienen relación con la cantidad de atenciones otorgadas, se estaría equiparando erróneamente el límite financiero con el tope anual del plan de salud.

Esgrime que en el plan de salud se estipulan en forma detallada las prestaciones y beneficios, a cuyo financiamiento se obliga la Isapre y, dentro de sus menciones mínimas se encuentran los montos máximos de bonificación que se establecen para algunas prestaciones específicas por beneficiario, expresadas en la unidad correspondiente y circunscritas al periodo de vigencia anual de los beneficios contractuales. Si bien la Isapre debe considerar en su arancel de prestaciones, como mínimo, aquellas contenidas en el Arancel Fonasa, la cobertura que corresponde aplicar se determina de acuerdo a las condiciones establecidas en el respectivo plan, encontrándose facultada para crear y establecer normas técnico administrativas para efectos de interpretar su propio Arancel, las cuales deben estar alineadas con las disposiciones contenidas en sus respectivos contratos de salud, agregando que la Norma Técnico Administrativa Fonasa contempla restricciones no consideradas por las Isapres y constituye un mínimo que no limita la cobertura que aquéllas pudieran pactar.

En último lugar, **Isapre Colmena Golden Cross S.A.** también impugnó la Circular analizada, solicitando dejarla sin efecto o, en subsidio, se le otorgue un plazo mayor para su implementación.

En primer término, esgrime que la normativa parte de la base de una interpretación equívoca del concepto de "Topes de montos máximos anuales" con relación a los "límites financieros", estableciendo una ausencia de requisitos técnico administrativos para acceder a dichas prestaciones que contradiría lo establecido en las Normas recientemente modificadas.

Al igual que las demás recurrentes, esgrime que dicha Isapre nunca habría establecido topes máximos de sesiones, ni anuales, ni por tratamiento, respecto de las prestaciones individualizadas, por tanto, alcanzado el tope anual de cobertura, el beneficiario seguía recibiendo la cobertura mínima legal sin tope respecto del número de atenciones anuales o tratamientos, a diferencia de lo que ocurría con Fonasa, antes de la modificación introducida por la Resolución Exenta N°589, de 9 de agosto de 2021.

Por tanto, esta eliminación del "límite financiero" de Fonasa, no implicaría que las Isapres deban otorgar una cobertura distinta a la establecidas en sus planes de salud, ya que se trataría de conceptos completamente distintos.

Luego, cita y transcribe los límites financieros modificados por las normas Técnico Administrativas del Ministerio de Salud, los cuales jamás habría aplicado a sus beneficiarios. Agrega que, resulta necesario aclarar que, para los efectos de los requisitos técnico administrativos que conciernan a menores de 6 años no incluidos en el Registro Nacional de Discapacidad, deben cumplirse las "Disposiciones Generales" correspondientes a la prestación respectiva, es decir, que siempre resultará necesaria la respectiva prescripción médica que identifique al beneficiario, consigne el diagnóstico, el número de sesiones requeridas atendido el tratamiento correspondiente, fecha de derivación, firma y timbre del profesional que realiza dicha derivación, transcribiendo las normas técnicas del Ministerio que acreditarían aquello.

- 3.- Que, mediante la **Resolución Exenta IF/N°57, de 26 de enero de 2022**, la Intendencia recurrida rechazó, en todas sus partes, los recursos de reposición interpuestos en contra de la Circular IF/N°390, de 31 de agosto de 2021, en base a las siguientes consideraciones:

En cuanto a afectación al principio de reserva legal. Señaló que no se trataría de un principio absoluto, ya que sólo serían materias de ley, aquellas relativas al régimen jurídico laboral, sindical, previsional y de seguridad social, las cuales habrían sido desarrolladas por el legislador mediante los artículos 189 y 190 del DFL N°1/2005 de Salud y, adicionalmente, habría atribuido potestades normativas a esta Superintendencia, contenidas en los artículos

107 y 110 del referido cuerpo legal. Por tanto, existiendo un desarrollo legal de las materias que trata la Circular y habiéndose conferido las atribuciones ejercidas por dicha Intendencia, no existiría afectación al referido principio, ni tampoco al de juridicidad, por no existir transgresión alguna de normas legales o constitucionales.

Afectación del principio de intangibilidad de los contratos. Afirma que no se trataría de un principio absoluto y atendido que la ejecución del contrato de salud es de tracto sucesivo y va modificándose en el tiempo por mandato del legislador, puesto que, las prestaciones y cobertura financiera a que alude el artículo 189 del DFL N°1/2005 de Salud son modificadas por el Ministerio de Salud en ejercicio de sus potestades y aplicación de la función estatal de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma, a que refiere el artículo 1 del DFL N°1/2005 de Salud.

Facultad de establecer límites financieros a determinadas prestaciones y/o crear normas técnico administrativas propias. Sobre el particular afirma que, cualquier facultad entregada a las isapres encuentra como límite las normas de orden público que las regulan, como acontecería en el presente caso, por tanto, aquellas no tendrían plena libertad de pactar las condiciones de sus coberturas, encontrándose limitadas por el fin último del contrato de salud.

Las Normas Técnicas del Fonasa no se aplicarían a las Isapres, por disposición expresa de esta Superintendencia. Respecto de esta afirmación esgrimida por todas las recurrentes, la resolución indica que debe recordarse que el artículo 12 de las Condiciones Generales Uniformes y la jurisprudencia administrativa habría indicado que las Normas Técnico Administrativas creadas por las isapres, así como las definidas por el Fonasa para la aplicación de su arancel, no pueden imponer restricciones o limitaciones de ninguna especie a los derechos emanados de los contratos de salud, como habría ocurrido con la incorporación al arancel de los tratamientos de fertilización asistida y que les fue reprochado mediante la resolución invocada. Sin embargo, dichas normas podrían aplicarse, eventualmente, en aquellas situaciones que no impliquen una restricción al acceso a las prestaciones, como sería el caso de una Norma Técnica que complemente y/o mejore el acceso de las prestaciones de salud en la Modalidad Libre Elección, como habría ocurrido con la Resolución Exenta N°589, de 2021, de Ministerio de Salud. Por tanto, no habría existido variación de la interpretación de esta Superintendencia al respecto y, asimismo, no sería efectivo que las Normas Técnicas del Fonasa, en ningún caso, tendrían aplicación para las Isapres.

Sobre la eliminación de los topes de cobertura que operan sobre el mínimo legal. En primer término, afirma que, la inexistencia de topes de bonificación por número de atenciones no se debe a las Normas Técnicas del Fonasa, sino a la existencia de normas legales que lo impiden, a saber, el artículo 189 letra f) en relación con el 190 del DFL N°1 y lo dispuesto en el Compendio de Beneficios, sobre el particular.

Asimismo, afirma que las isapres incurrirían en una confusión, pues la Circular se limitaría a aplicar las normas legales y constitucionales que las rigen, esgrimiendo que el Ministerio de Salud, en cumplimiento de la rectoría que ejerce dentro del sector salud, habría planteado la *"necesidad de modificar los límites financieros anuales para menores de 6 años, para efectos de favorecer la continuidad de la atención para las prestaciones de Kinesiología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Psicología y Psiquiatría"*, emitiendo la Resolución Exenta N°589/2021, que tiene la aptitud suficiente para modificar los efectos jurídicos del Arancel en Modalidad Libre Elección, pues goza de la misma jerarquía dentro del ordenamiento jurídico nacional.

Destaca que, la obligación de las isapres, como mínimo, se extiende a las prestaciones y la cobertura financiera que se fije para la modalidad de libre

elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud. Al referirse a la cobertura financiera y los montos máximos de los beneficios, señala que no pueden otorgar una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fonasa asegura en la modalidad de libre elección. Por tanto, argumentar que los "topes de bonificación" referidos por la norma administrativa, son diferentes en cuanto a su manifestación en el Fonasa, ya que operan sobre la base de número de prestaciones y no por montos máximos de los beneficios, no obsta a que ambos consistirían en límites a la cobertura financiera y esta diferencia no atentaría contra la unidad del sistema previsional de salud, reconocida por el Tribunal Constitucional, en los términos de indica.

Posteriormente, cita la posición de las Isapres dentro del esquema de la subsidiariedad como un ente análogo al Estado, razón por la cual el contrato de salud no sería conmutativo, sino que debería dar plena satisfacción al derecho fundamental de protección a la salud y, en este sentido, si el Fonasa eliminó sus límites financieros, las Isapres también deberán hacerlo, ya que, de conformidad con el artículo 190 del DFL N°1/2005 de Salud, la bonificación que otorguen las isapres no podrá ser inferior a la cobertura financiera que asegura el Fondo Nacional de Salud en la modalidad libre elección, la cual -ahora- sería ilimitada respecto ciertas prestaciones y para cierto grupo de riesgo.

Afirmó, por tanto, que no fue esta Superintendencia quien eliminó los topes de cobertura, ni efectuó una interpretación ilegal o infundada, resultando necesario aclarar y precisar, como lo habría hecho la Circular impugnada, cuál sería el alcance de la eliminación de estos límites financieros para el Sistema Privado de Salud.

Sobre el particular, descarta el argumento que indica que el DFL N°1/2005 tendría una supremacía formal respecto de las Normas Técnicas del Fonasa, ya que mediante la Circular IF/N°353, de 2020, se habría prescrito: "*Si el plan de salud al cual adscribe una persona con discapacidad contempla un tope máximo anual de cobertura para las referidas prestaciones, éste se dejará sin efecto*", enfatizando que dicha normativa también habría emanado de una modificación a estas Normas Técnicas, instrucción que se encontraría ejecutoriada y que la presente Circular se limitaría a replicar, liberando las restricciones dispuestas por la normativa sectorial respecto de ciertas prestaciones que se otorguen a menores de seis años.

Agrega, con relación a la cobertura financiera automática que establece el artículo 190 del DFL N°1/2005 de Salud para los casos que se agota la cobertura financiera del plan de salud, que aquella perdería su carácter supletorio si otra normativa sectorial elimina sus límites financieros, pasando a ser una cobertura garantizada que debe ser respetada por las Isapres, enfatizando que, al día de hoy, la Modalidad de Libre Elección del Fonasa elimina expresamente los límites financieros para las prestaciones allí indicadas, además de la necesidad de acreditar condición o diagnóstico particular para su otorgamiento.

Rechazando, finalmente, la petición subsidiaria de Isapre Colmena Golden Cross S.A. de aplazar la entrada en vigencia de la normativa impugnada.

- 5.- Que, tal como se señaló en el Considerando 2° de esta resolución, las Isapres individualizadas interpusieron, en la misma oportunidad y, en subsidio de su reposición, un recurso jerárquico para ante este Superintendente, respecto de la Circular IF/N°390, de 31 de agosto de 2021, en los términos preceptuados en el artículo 59 de la Ley N°19.880, fundados en los mismos razonamientos de sus recursos principales.
- 6.- Que, mediante la Resolución Exenta IF/N°57, de 26 de enero de 2022, y tal como se desprende del Considerando 3° de la presente resolución, la Intendencia recurrida se pronunció detalladamente sobre los fundamentos

normativos y técnicos que habrían determinado la dictación de la normativa impugnada, planteamientos que este Superintendente comparte y tiene por reproducidos para todos los efectos legales.

- 7.- Que, adicionalmente a la normativa sectorial detallada, cabe agregar que la resolución impugnada resulta coherente con el marco internacional de los Derechos Humanos, particularmente, los estándares aplicables de la Convención sobre los Derechos del Niño, en materias de interés superior, igualdad ante la ley y no discriminación, derecho a la salud y derecho a la seguridad social, los cuales resultan plenamente aplicables a nuestro ordenamiento, atendido lo dispuesto en los artículos 5 inciso 2, 6, 7, 19 N°9 y 20 de la Carta Fundamental y que resultan ineludibles para esta Superintendencia, atendida la función pública que desempeña y el principio de la Servicialidad del Estado, para cuya ejecución debe tener en vista el interés superior de la niña y el niño, debido a su especial condición de vulnerabilidad en cuanto sujetos en crecimiento y el derecho que tienen a desarrollar al máximo sus potencialidades.
- 8.- Que, en este sentido, la emisión de la Circular IF/N°390, impugnada por eliminar los límites financieros anuales de ciertas prestaciones, respecto de los menores de 6 años beneficiarios de Isapre - tal como ha ocurrido con los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud del mismo rango etario - y cuyo único objeto fue favorecer la continuidad de sus tratamientos, no sólo resulta de toda justicia, a la luz de las modificaciones que se han introducido mediante la Resolución Exenta N°589/2021 al arancel de referencia para las isapres, sino que, además, constituye una normativa que permite propiciar, en términos concretos, esta garantía del desarrollo y aprovechamiento de las potencialidades de los niños y niñas.

En efecto, atendida la naturaleza de las prestaciones asociadas a las disciplinas de salud en cuestión: "*Kinesiología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Psicología y Psiquiatría*" y los tiempos de terapia habituales, ciertamente, límites anuales tan exiguos como los defendidos por las Isapres, afectan los derechos de estos beneficiarios y su interés superior, principio jurídico interpretativo fundamental que debe ser considerado por esta Superintendencia al momento de fijar el sentido y alcance de la normativa sectorial, luego de los avances sostenidos por el FONASA en la materia.

- 9.- Que, finalmente, cabe destacar que los derechos humanos, cuya observancia es inherente a este tipo de regulaciones, no sólo implica garantizar el acceso sin discriminación a las prestaciones ya reconocidas en materia de salud, sino avanzar hacia su plena efectividad, atendido el carácter progresivo de éstos derechos, hecho que incide en la obligación de regulación y fiscalización del Estado, particularmente, de esta Superintendencia, respecto de las entidades privadas que financian prestaciones sanitarias y que podrían limitar/entorpecer el acceso a las mismas, las cuales no resultan amparables, atendidos los avances del Sistema Público de Salud, el cual constituye el mínimo al que las isapres deben ajustar sus coberturas.
- 10.- Que, en atención de lo expuesto, y en ejercicio de las facultades que me confiere la ley,

RESUELVO:

- 1.- Rechazar los recursos jerárquicos interpuestos subsidiariamente por Isapre Cruz Blanca S.A., Isapre Colmena Golden Cross S.A., Isapre Banmédica e Isapre Consalud S.A., en contra de la Circular IF/N°390, de 31 de agosto de 2021, de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud en contra de la Circular IF/N°390, de 31 de agosto de 2021, de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

- 2.- Devuélvanse los antecedentes a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE



DR. VÍCTOR TORRES JELDES
SUPERINTENDENTE DE SALUD

FUZ/PAS (TT)

Distribución:

- Isapre Cruz Blanca S.A.
- Isapre Consalud S.A.
- Isapre Colmena Golden Cross S.A.
- Isapre Banmédica S.A.
- Intendencia Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Fiscalía
- Of. de Partes

JIRA: RJ-699