

# Cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC)

**Marcela Valeria Arroyo Matteucci**

Licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**

Postitulada en Asesoría Jurídica de la Empresa

Magister en Derecho de la Empresa

**UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO**

## 1. Concepto

Es un beneficio incorporado al Contrato de Salud Previsional y dependiente de éste, adicional al Plan de Salud complementario, que la mayoría de las Isapres ofrecen a sus afiliados y beneficiarios para problemas de salud de alto costo, y que consiste en un aumento de la cobertura para los gastos de una enfermedad catastrófica, cuando dichos gastos superen cierto monto en el ámbito de las prestaciones hospitalarias y ambulatorias expresamente indicadas.

Este beneficio subsistirá no obstante alteraciones por mutuo consentimiento de las partes o por adecuación contractual, sufriendo modificaciones sólo por cambios en la normativa de beneficios mínimos legales, de cotización legal de salud, en el régimen de Prestaciones de Salud y en el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES).

Debe ser ofrecido por la Isapre respectiva a todos sus afiliados sin consideración al estado de salud de éstos o de sus beneficiarios, evitándose toda forma de discriminación, tanto en planes individuales como grupales, conforme a los arts. 197 y 198, y 200 respectivamente, del DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud.

## 2. Normativa

Fue regulada por primera vez en la **Circular N° 59, de 29.02.2000**, de la Superintendencia de Isapres, que impartió instrucciones para su incorporación a los contratos de salud previsional, y su Anexo "**Condiciones de Cobertura para Enfermedades Catastróficas**", que formaba parte integrante de ésta.

Con la modificación en cuanto a los beneficios mínimos que deben entregar las Isapres, incorporando las GES (Ley 19.966) y debiendo otorgar como mínimo la cobertura financiera FONASA Libre Elección para todas las prestaciones contenidas en los contratos de salud, se configuró la causal prevista en el artículo 8 del Anexo que habilitaba a las Isapres para incorporar modificaciones a dicha cobertura.

Frente a la presentación ante la Superintendencia de Salud por parte de la Asociación de Isapres de Chile de un documento que contenía estas nuevas condiciones, dicha Superintendencia dictó la **Circular IF N° 7, de 01.07.2005**, que imparte instrucciones sobre las **Nuevas Condiciones de la CAEC**, y su **Anexo**.

Si bien dicha circular señala en su epígrafe que “complementa la Circular N° 59” y en el punto 1.2 sobre Generalidades dispone que a las condiciones de cobertura les serán aplicables las instrucciones de la Circular 59, en especial las previstas en los puntos que enumera; en el número 11 del artículo II del Anexo expresa que la presente cobertura adicional “reemplaza en todas sus partes las condiciones de este beneficio contempladas en la Circular N° 59 del año 2000”.

A estas normas deben agregarse la **Circular IF N° 77, de 28.10.2008**, Compendio de Normas Administrativas de la Superintendencia de Salud en materia de Beneficios, que desarrolla lo relativo a la CAEC en su **Capítulo IV**, además de su **Anexo**; y la **Circular IF N° 76, de 25.08.2008**, que imparte Instrucciones sobre la Adhesión, Revocación y Entrega de Condiciones Tipo para el Otorgamiento de Beneficios por parte de las Isapres, y sus **Anexos**.

Cabe señalarse además la **Circular IF N° 71, de 27.06.2008**, que modifica Instrucciones sobre el Envío de Información sobre Redes de Prestadores de Salud, a objeto que los usuarios que consulten sobre las redes CAEC a través de sistema de asistencia remota habilitado por el Ministerio de Salud cuenten con información actualizada sobre prestadores de las Isapres.

### **3. Definición de enfermedad catastrófica**

Concepto económico y no médico es todo diagnóstico, enfermedad o patología cuyos copagos –montos a pagar por el afiliado– sean superiores al deducible que le corresponde pagar al afiliado o beneficiario.

**Copago:** diferencia entre el valor cobrado por las prestaciones cubiertas por el plan de salud complementario y la bonificación efectiva que otorga dicho plan.

**Deducible:** suma de los copagos correspondientes a un mismo diagnóstico, que deben ser acumulados por el afiliado para tener derecho a esta cobertura, siendo equivalente a la cantidad de 30 veces la cotización pactada en el Plan de Salud, por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de 60 UF y un máximo de 126 UF, por cada enfermedad catastrófica o diagnóstico. Utilizada por más de un beneficiario o en más de una enfermedad catastrófica para un mismo beneficiario, el deducible total será de 43 cotizaciones pactadas por cada período anual, el que no podrá exceder de 181 UF.

Es anual, por lo que una vez cumplido el año, el beneficio debe ser renovado por el afiliado en su Isapre. Si al vencimiento del período anual la Isapre decide poner término al beneficio para una determinada enfermedad catastrófica, deberá comunicar al beneficiario el término del período con 30 días de anticipación; caso contrario, se verá obligada a renovar automáticamente el beneficio, iniciándose el cómputo de un nuevo deducible.

El deducible de una enfermedad catastrófica se calculará por la Isapre desde el ingreso del afiliado a la Red de Atención Médica de la Isapre.

La cotización pactada, base de su cálculo, es la suma del precio del Plan de Salud complementario, el precio de las GES, el de la CAEC y el de los beneficios adicionales.

Una vez pagado el deducible, la Isapre cubre en un 100% los gastos originados por la enfermedad catastrófica.

Será siempre de cargo del afiliado, pero éste podrá obtener un crédito para su financiamiento solicitándolo a la Isapre, previo cumplimiento de los requisitos que se establecen en los Anexos respectivos, o a un tercero (Caja de Compensación, Bancos e Instituciones Financieras).

No obstante el término del contrato de salud durante el servicio del crédito, la Isapre acreedora continuará cobrando las cuotas mensuales del préstamo, y sólo será exigible el total del saldo adeudado ante el incumplimiento del pago de dos o más cuotas.

#### **4. Otorgamiento de la cobertura**

Para que un afiliado o beneficiario pueda acceder a la CAEC, debe atenderse necesariamente dentro de la Red de Atención Médica de la Isapre, integrada por los prestadores médicos e instituciones que cada Isapre ha dispuesto para el otorgamiento de este beneficio.

Para ello, cuando el afiliado presuma que la enfermedad que se le ha diagnosticado puede transformarse en catastrófica, deberá solicitar a la Isapre su ingreso a la Red de Atención Médica, debiendo ésta designar y derivar al prestador correspondiente dentro de un plazo de 2 o 3 días hábiles, según se trate de pacientes hospitalizados o no (N° 5 inc. 2° del art. 1 del Anexo de Circular IF N° 77).

Si el beneficiario se atiende fuera de la Red, no tiene el beneficio de CAEC, sólo le corresponde cobertura de acuerdo a su Plan de Salud complementario.

La Isapre tiene la obligación de informar a su beneficiario sobre la posibilidad de acogerse a la CAEC cuando tome conocimiento que se le ha diagnosticado una enfermedad potencialmente catastrófica e indicarle los procedimientos para solicitar el beneficio, disponiendo de un funcionario especialmente encargado por la Isapre para ello, cuya designación deberá efectuarse ante la Superintendencia de Salud. Lo anterior, sin perjuicio de la obligación de poner a disposición del público, en sus oficinas de atención y páginas web, información general acerca de la modalidad de acceso, deberes y derechos en relación a la CAEC, incluyendo en estas últimas el Formulario N° 1 de "Solicitud de Incorporación a la Red Cerrada de la CAEC y GES-CAEC" para su impresión y presentación en la Isapre.

Asimismo, en caso de insuficiencia de prestadores, sea por falta de profesionales o de medios, y habiendo transcurrido un tiempo de espera máximo, la Isapre deberá derivar al paciente a otro prestador de similares condiciones de calidad médica e idoneidad técnica.

#### **4.1. Atenciones de Urgencia con Riesgo Vital o Secuela Funcional Grave**

Son aquellas condiciones de salud que implican urgencia vital o secuela funcional grave que requieren hospitalización inmediata e impostergable.

##### **4.1.1. Hospitalización fuera de la Red**

Si requiriendo atención inmediata e impostergable se hospitaliza fuera de la Red, "el beneficiario o su representante" debe solicitar a la Isapre el beneficio y el ingreso a la Red CAEC, y ésta designará en el plazo de 2 días hábiles desde la solicitud un prestador de la Red al cual deberá trasladarse, una vez que se autorice médicamente dicho traslado. No se señala plazo para dicha solicitud en el Anexo de la Circular IF N° 7, texto que pormenoriza las condiciones específicas para el otorgamiento de la CAEC (art. I N° 4), pero en la Circular misma, a propósito del tema de la Difusión (número 7) se establece la obligatoriedad de las Isapres de tener a disposición de sus afiliados información general acerca

de la modalidad de acceso, contemplando, entre otros, y como mínimo, la información "aviso inmediato en caso de urgencia fuera de la Red".

Tratándose de paciente hospitalizado, de no contarse con la autorización del médico tratante para el traslado, el beneficiario no gozará de los beneficios de esta cobertura, subsistiendo los de su Plan de Salud complementario, sin perjuicio de los derechos y beneficios por urgencias vitales o con secuela funcional grave del art. 173 del DFL N° 1 de 2005.

Sólo en caso de urgencia con estas características, el traslado propiamente tal se incluirá en la cobertura, efectuándose por el prestador de la Red que la Isapre designe.

Desde la fecha en que el paciente ingresa al prestador de la Red CAEC al que fue derivado, en el tipo de habitación definida por la Isapre para ello, se inicia la cobertura catastrófica y el cómputo del deducible; en este caso de urgencia con riesgo vital o secuela funcional grave los copagos derivados de la atención de urgencia en un prestador fuera de la Red se computan para el cálculo del deducible.

Si la Isapre no designa prestador dentro de los 2 días hábiles desde la solicitud, los copagos en este tipo de urgencias se computarán para el cálculo del deducible desde el ingreso del paciente en el prestador ajeno a la Red.

#### ***4.1.2. Hospitalización dentro de la Red***

Si se hospitaliza dentro de la Red, se establece un plazo de **48 horas** contadas desde el ingreso al centro asistencial para que el beneficiario o su representante dé el aviso, con el objeto que la Isapre pueda administrar el caso y controlar las condiciones de atención del paciente en el prestador.

La cobertura operará desde el ingreso a la Red, siempre que el paciente se mantenga en el tipo de habitación determinado por la Isapre, salvo traslado a Cuidados Intensivos o Intermedios.

Sin embargo, la Circular IF N° 77 (N° 3 inc. 3° del Título III) señala que esta cobertura dentro de la Red regirá también cuando se verifique el impedimento de dar aviso por razones que no son imputables al beneficiario, aplicándose la condición de mantención en el tipo de habitación contemplada por la Isapre con la excepción de traslado señalada.

## 4.2. Cómputo de los copagos para acumular el deducible

Una vez que el afiliado o beneficiario opta por ingresar a la Red de atención médica dispuesta por la Isapre, los copagos que se generen por la enfermedad catastrófica serán imputados al deducible y, una vez completado éste, la Isapre comenzará a cubrir en un 100% los gastos que se generen.

## 5. Prestaciones cubiertas por la CAEC

Todas las prestaciones de carácter hospitalario, y excepcionalmente las siguientes prestaciones ambulatorias:

1. Drogas inmunosupresoras en trasplantes.
2. Radioterapia.
3. Drogas citotóxicas aplicadas en ciclos de quimioterapia para tratamiento del cáncer.
4. Medicamentos coadyuvantes o biomoduladores que se usan antes, durante o después de los ciclos de quimioterapia, que estén considerados en los programas del Ministerio de Salud.

### 5.1. Prestaciones excluidas

1. Prestaciones derivadas de problemas de salud que reúnan las condiciones exigidas para ser cubiertas por el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES).
2. Exclusiones establecidas en el contrato de salud.
3. Patologías derivadas de complicaciones y secuelas de tratamientos cosméticos o con fines de embellecimiento.
4. Tratamientos hospitalarios de patologías psiquiátricas, adicciones a drogas o alcoholismo.
5. Tratamientos de infertilidad o esterilidad.
6. Tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida, sus complicaciones y secuelas, salvo que se cumplan los requisitos especiales que se definen en las condiciones del beneficio.
7. Cualquier tratamiento posterior a un tratamiento de obesidad, tanto quirúrgico como no quirúrgico, que tenga el carácter de cosmético, tales como abdominoplastia u otra corrección derivada de la baja de peso.
8. Tratamientos odontológicos.
9. Prestaciones médicas, fármacos y técnicas con carácter de experimental para la patología en tratamiento o que no estén avaladas por sociedades científicas chilenas.
10. Medicamentos e insumos que no estén registrados por el Instituto de Salud Pública (ISP), de acuerdo a la normativa vigente en el país.

11. Atención domiciliaria en todas sus formas.
12. Hospitalización domiciliaria, salvo se cumplan requisitos especiales que se definen en las condiciones del beneficio.
13. Prestaciones que no estén detalladas en el arancel del Plan Complementario.
14. Cirugías programadas realizadas fuera de la Red y sus complicaciones, mientras no se incorpore a la Red CAEC.
15. Prestaciones otorgadas en establecimientos o instituciones ubicadas fuera del territorio nacional y todas aquellas prestaciones que se realicen fuera de la Red.
16. Prestaciones y medicamentos ambulatorios no codificados en el arancel del Contrato de Salud, salvo situación del párrafo 3 del art. 1 del Anexo de la Circular IF N° 7.
17. Prestaciones homologadas, entendiendo por tales el reemplazo de prestaciones por otras no codificadas en el arancel del Contrato de Salud.

Estas exclusiones no alteran la bonificación de estas prestaciones en el correspondiente Plan de Salud Complementario.

## **5.2. Patología garantizada en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud GES**

No corresponde la aplicación de la CAEC, y se deben hacer efectivas las Garantías Explícitas en Salud, pudiendo el beneficiario optar entre atenderse bajo las condiciones de la GES o de su Plan de Salud Complementario.

Sin embargo, existe un beneficio especial denominado GES-CAEC, cuyo objetivo es cubrir prestaciones médicas no garantizadas por la GES, pero incorporadas en las Guías Clínicas elaboradas por el Ministerio de Salud para cada problema de salud incluido en la GES.

## **5.3. Hospitalización domiciliaria**

Se solicita a la Isapre, para que ésta designe a un prestador CAEC, empresa que da el servicio de hospitalización domiciliaria. Requisitos:

1. Paciente hospitalizado en prestador de la Red sometido a tratamiento que requiera la presencia de médico tratante.
2. Médico tratante distinto del médico supervisor del prestador CAEC.
3. Paciente sin Alta (sólo se trata de sustitución de hospitalización, siempre que su continuidad no se justifique sólo por la administración de medicamentos).
4. Que no se trate de enfermedades crónicas y tratamientos de antibióticos.

Si bien la hospitalización domiciliaria y su duración deben ser determinadas por el médico tratante, la Isapre derivará al paciente al servicio de atención domiciliaria señalando la duración de ésta conforme la indicación de dicho médico tratante, debiendo la empresa prestadora del servicio estar acreditada, cumplir las normas legales y reglamentarias sanitarias, contar con dirección médica y llevar Ficha Clínica del paciente. La Isapre está facultada para evaluar periódicamente el cumplimiento de las condiciones que ameritan la hospitalización domiciliaria.

#### **5.4. Tratamiento quirúrgico de Obesidad Mórbida**

No debe consistir en instalación de balón intragástrico, y se realiza en establecimiento de la Red. Requisitos:

1. Vigencia del beneficiario en la Isapre superior a 18 meses.
2. Paciente con Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 40.
3. Fracaso de tratamiento médico de al menos 1 año por equipo multidisciplinario.
4. Autorización por siquiatria designado por la Isapre, que no contraindique la cirugía.

#### **6. Término de la cobertura**

A. Cuando el beneficiario completa el período anual desde el momento en que se comenzó a acumular el deducible, esto es, desde el primer copago, sin perjuicio de solicitar la renovación del beneficio en las condiciones y plazos correspondientes.

B. Cuando un médico de la Red otorga orden de Alta al paciente.

C. Cuando el beneficiario decide voluntariamente retirarse del sistema de la Red.

D. Cuando el beneficiario no cumple la prescripción médica indicada por los prestadores de la Red.

E. Cuando el Contrato de Salud termina por cualquier causa.

#### **7. Innovaciones de la circular IF N° 7 en relación a la circular 59**

1. Excluye expresamente las prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional, incorporando incluso la expresión "en Chile" en el título del Anexo. Como la anterior circular no se pronunciaba respecto de prestaciones en el extranjero, ha sido materia de numerosos recursos de protección interpuestos por los afiliados.



2. El deducible pasa a ser anual (era bienal) y cuando el beneficio sea utilizado por más de un beneficiario o por uno mismo en más de una enfermedad catastrófica se determina un deducible de 43 cotizaciones pactadas por cada período anual con un mínimo de 60 UF y un máximo de 181 UF. Producida una tercera enfermedad catastrófica, no será necesario completar un nuevo deducible.

3. El plazo de 48 horas para dar aviso a la Isapre se establece ahora para hospitalizaciones de urgencia dentro de la Red (regía para la situación contraria, hospitalización fuera de la Red). En el Anexo, al tratar el tema de las Atenciones de Urgencia, no se señala plazo específico para el aviso en ingreso fuera de la Red. La Superintendencia de Salud en su página Web señala que en tal caso el aviso deberá ser “de inmediato”, lo que dificultaría aun más la obtención del beneficio.<sup>1</sup>

4. Desaparece la causal de término del Contrato de Salud del afiliado por el no pago durante 2 meses consecutivos o 3 alternados a la Isapre de la cuota del crédito otorgado por ésta para financiamiento del deducible. Sólo procede la ejecución del pagaré respectivo en caso de incumplimiento de pago de 2 o más cuotas.

5. Aumentan ostensiblemente las prestaciones no cubiertas por el beneficio. Destaca la exclusión de prestaciones y técnicas experimentales o no avaladas por sociedades científicas chilenas, lo que afecta a aquellas de última generación o que pudieran constituir la última posibilidad para un paciente; y que al mismo tiempo se impida el goce de la CAEC por prestaciones en el extranjero.

6. Se incorpora la Hospitalización Domiciliaria, con excepción de las enfermedades crónicas, que por cierto son las que más la justifican.

7. Incorporación de la cobertura especial GES-CAEC.

### **7.1. Situaciones de controversia**

- I. Falta de aviso o extemporaneidad de éste.
- II. Paciente hospitalizado fuera de la Red sin autorización para traslado por parte del médico tratante.

<sup>1</sup> [www.superintendenciadesalud.cl](http://www.superintendenciadesalud.cl) o [www.supersalud.cl](http://www.supersalud.cl)

### **7.1.1. Falta de aviso o extemporaneidad de éste**

“El beneficiario o quien actúe en su representación en caso de menores de edad o de pacientes impedidos de efectuar el procedimiento por sí mismos, deberá solicitar el ingreso a la Red de atención médica, a partir del momento en que presuma que la enfermedad que se le ha diagnosticado puede transformarse en una enfermedad catastrófica, para lo cual deberá solicitar a la Isapre la designación y derivación al prestador correspondiente” (Anexo Circular IF N° 77, art. I N° 5 inc. 1°).

1) Considerando que la calificación de catastrófica de una enfermedad es una noción económica y no médica, y particularmente en atenciones de urgencia, es innegable la dificultad de poder presumirla antes de verificadas las primeras prestaciones, ya que sólo el conocimiento de los valores de éstas podrían dar una referencia, los cuales se precisarán solamente con posterioridad a su otorgamiento.

2) La normativa regulatoria de la CEAC está contenida en una Circular de la Superintendencia no publicada en el Diario Oficial. Si bien el beneficio se entiende incorporado a los Contratos de Salud previsional, debe entenderse que solo puede exigirse su conocimiento a las partes que lo han suscrito, lo cual aun así es discutible.

3) Llama la atención que el obligado a solicitar el ingreso a la Red sea en primer término “el beneficiario” y no el “afiliado”, que es el contratante, ya que dicho beneficiario, a menos de ser afiliado al mismo tiempo, es ajeno al contrato. ¿Puede acaso privarse de la CAEC a un paciente porque un tercero extraño al contrato no la solicitó dando aviso a la Isapre, como sería el caso de un afiliado que llega a la urgencia de cualquier hospital acompañado de un vecino, una persona de su servicio doméstico o un familiar ajeno al contrato, sobre los cuales no puede recaer obligación alguna de esta índole, e incluso desconocen el régimen de salud del paciente?<sup>2</sup>

Respecto de pacientes impedidos de efectuar el procedimiento por sí mismos, no queda claro quiénes pueden ser reputados “representantes” de éste, siendo que una enfermedad no significa la pérdida de su capacidad legal.

Si bien la Circular soluciona el problema respecto de atenciones de urgencia dentro de la Red, estableciendo que regirá la cobertura cuando se verifique el

<sup>2</sup> Recurso de Protección “Marcela Valeria Arroyo Matteucci contra Isapre MasVida S.A.”, C. de Apelaciones de Concepción, Rol 299-2004.

impedimento de dar aviso por razones no imputables al beneficiario, queda sin solución la hospitalización fuera de la Red, lo cual resulta discriminatorio considerando que razones de ahorro de tiempo y prontitud en la atención, o médicas relacionadas con la especialidad de la patología, llevan al paciente a un establecimiento de salud sin distinción de pertenencia o no a la Red de una determinada Isapre.

### **7.1.2. Paciente hospitalizado fuera de la red sin autorización médica de traslado**

“En el caso del paciente hospitalizado, el beneficiario o representante deberá contar con la autorización del médico tratante para su traslado. De no contarse con la autorización para el traslado por parte del médico tratante, no podrá gozar de los beneficios de esta cobertura” (Anexo Circular IF N° 77, art. 1 N° 5 inc. 3°).

1) Resulta sorprendente el privar a un paciente de la CAEC justamente por la gravedad de su enfermedad, que impide la autorización de traslado desde un punto de vista médico a un establecimiento de la Red. Se hace relevante la contradicción entre la calificación de la enfermedad de “catastrófica” como noción médica contra la económica, predominando esta última.

2) El peligro que conlleva el hecho que los facultativos se vean presionados a autorizar el traslado, incluso por petición de parientes o del mismo paciente, sólo en razón de poder obtener la CAEC.

## **8. Constitucionalidad de la normativa sobre CAEC**

La **Constitución Política** en su **artículo 19 número 1** resguarda “El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona”, garantía consagrada en tratados internacionales vigentes ratificados por Chile, y que pudiera estimarse en riesgo en este caso.

Pero además, y tal como lo expresa el profesor don Ramón Domínguez A., “la superioridad de la Constitución como norma determina la sumisión del resto del ordenamiento a sus prescripciones, así como también el del actuar de los órganos del Estado y aun de los particulares”,<sup>3</sup> principio consagrado en los **artículos 6° y 7° de la Constitución Política**.

<sup>3</sup> “Aspectos de la Constitucionalización del Derecho Civil Chileno”; Dr. Ramón Domínguez Águila.

Por su parte, la Corte de Apelaciones de Concepción en sentencia (13.06.1995) redactada por el profesor don René Ramos P. y confirmada por la Corte Suprema (20.09.1995), resolvió: "Legalidad Constitucional significa que se ha de observar el respeto a las normas jerárquicas superiores, de forma que el uso de esta facultad no conduzca a una solución que implique perturbar un derecho o garantía constitucional. En otros términos, deben interpretarse las normas con la debida coherencia para que la conclusión no vulnere un derecho garantizado por la Constitución. Así resulta de aplicar lo dispuesto en los artículos 6° y 7° y en especial el 19 número 26 de la Carta Fundamental".

Y esta adecuación a la Constitución no solamente obliga a las partes del Contrato de Salud cuando interpretan la norma contractual y legal, sino que también incluso a la misma Superintendencia de Salud, cuando ejerciendo sus funciones y atribuciones interpreta normas, imparte instrucciones y dicta órdenes para su aplicación y cumplimiento.

### **9. Oficio ordinario 5905, 27.07.2000**

Dicho oficio precisa que no es requisito para acceder a los beneficio de la CAEC que el afiliado no registre anotaciones en el Boletín Comercial, requisito que sólo procede cuando éste solicita a la Isapre un crédito para financiar el deducible.

Tal exigencia resultaría lógica si consideramos que todo potencial acreedor tiene interés válido en conocer la solvencia y capacidad de cumplimiento de un futuro deudor; pero si el deducible es pagado por el afiliado sin solicitar préstamo alguno, no es menester para la Isapre conocer su información comercial y menos ser argumento para negarle el derecho a la CAEC.