SUPERINTENDENCIA
DE SALUD
Subdepartamento de Regulación
Intendencia de Fondos y Seguros
Previsionales de Salud

RESOLUCIÓN EXENTA IF/N° 8190

SANTIAGO, 04 AGO 2025

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°36, de 2024, de la Contraloría General de la República y la Resolución Exenta RA N°882/189/2023 de la Superintendencia de Salud.

CONSIDERANDO:

1. Que, mediante la Circular IF/N°499, de 26 de marzo de 2025, se impartió instrucciones para actualizar el proceso de adecuación de precios base de los contratos de salud previsional a las Leyes 21.674 y 21.700.

2. Que, dentro de plazo, las Isapres Banmédica, Colmena Golden Cross, Consalud, Cruz Blanca y Nueva Masvida, repusieron a la norma mencionada en el numeral precedente. Por su parte, todas las Isapres interpusieron en subsidio recurso jerárquico.

   Por otro lado, las Isapres Colmena Golden Cross y Cruz Blanca pidieron, en conformidad al artículo 57 de la Ley 19.880, la suspensión de la instrucción mientras se resuelva su recurso.

3. Que, los recursos presentados por las Isapres fueron los siguientes:

3.1. Que, respecto al recurso de reposición interpuesto por **Isapre Banmédica**, fundamenta su recurso en que la Circular define tres tipos de comunicación de adecuación: 1.- Comunicación de la Adecuación propuesta por la Isapre (punto 1.2); 2.- Adecuación de precios de contratos vigentes al 1 de diciembre de 2022 que no contemplaban la Tabla Única de Factores (punto 1.3 — nuevo numeral 1 bis); 3.- Adecuación por ajuste de excedentes superiores al 5% de la cotización legal; agregando que en la comunicación definida en el nuevo numeral 1 bis (punto 1.3), se indica en el último párrafo: "Finalmente, en caso de que, durante el proceso de adecuación, ya sea por precio base o de excedentes, un afiliado opte por cambiarse de plan, conservará excepcionalmente las primas extraordinarias que se le hayan asignado."

   Con respecto a lo anterior, estima que debiera estar establecida, además, respecto de la comunicación definida en el punto 1.2 del numeral 1 "Comunicación de la Adecuación propuesta por la Isapre", y no solo en la comunicación incorporada mediante el nuevo numeral 1 bis. Lo anterior, por cuanto la incorporación excepcional de las primas debiera aplicarse a todos los contratos de salud adecuados y no únicamente a los contratos vigentes al 1 de diciembre de 2022 que no contemplaban la Tabla Única de Factores.

   Por otra parte, en la comunicación definida en el punto 1.4 "Adecuación por ajuste de excedentes superiores al 5% de la cotización legal" se indica lo siguiente: "Si durante el plazo que tiene la persona afiliada para pronunciarse ella opta por un plan alternativo u otro en

comercialización las Isapres no podrán modificar el factor asociado al plan de salud, si éste fuere superior al que se aplicaba a la persona cotizante o grupo familiar, ni el monto calculado en el ítem "Diferencia Fallo E. Corte Suprema". Sobre esto, estima que debiera eliminarse expresamente el ítem "Diferencia Fallo E. Corte Suprema" respecto de los planes de salud en comercialización. En efecto, si la instrucción de no modificar el monto calculado en el ítem "Diferencia Fallo E. Corte Suprema" no se establece en las disposiciones contenidas en el nuevo numeral 1 bis, no existe justificación alguna para estar incorporada en el punto 1.4 "Adecuación por ajuste de excedentes superiores al 5% de la cotización legal".

En relación a la comunicación definida en el punto 1.2 numeral 1 "Comunicación de la Adecuación propuesta por la Isapre", estima que debiera incorporarse expresamente la aclaración realizada a través del Oficio Circular IF/N°09, de 28 de marzo de 2025, de esta Superintendencia, en el sentido de establecer que los planes de salud alternativos que ofrezca la Isapre deben ser equivalentes al total de la cotización a pagar antes de la adecuación, es decir, incluyendo el ajuste a la cotización legal obligatoria.

Por lo anterior, pide tener por interpuesto recurso de reposición en contra de la Circular IF/N°499, de 26 de marzo de 2025, de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, notificada a esa parte mediante correo electrónico de la misma fecha, y, en definitiva, modificar la referida Circular en los términos señalados en el presente escrito.

En subsidio de lo anterior, solicita tener por interpuesto, por los mismos fundamentos ya expuestos, recurso jerárquico, solicitando que se eleven los autos al Superintendente de Salud.

3.2. Que, en cuanto al recurso de reposición de la **Isapre Colmena Golden Cross**, expone que están en desacuerdo y tienen preocupación por el hecho de haberse impartido normativa recién el día 26 de marzo de 2025 que regula el proceso de adecuación, a solo 5 días del vencimiento del plazo legal para el envío de la comunicación que da cuenta de éste. A modo informativo, refiere que este proceso es técnicamente complejo y muy en particular este año adoleció de una complejidad superior, pues incorporaba por primera vez el ajuste al tope de excedentes en la forma dispuesta por la Ley 21.674.

Agrega que la emisión de la carta es sólo la culminación de un proceso que involucra su redacción, pero antes de eso los sistemas de la Isapre se encuentran trabajando con mucha anticipación para que estos incorporen para cada caso, los valores que le corresponden de ajuste. Es en consecuencia un proceso delicado que no se realiza en 5 días (considerar que dos de estos días son inhábiles, con las dificultades laborales de incorporar personal en su desarrollo en estos días) y que, por lo crítico del mismo desde el punto de vista regulatorio, sistémico, operativo y de sus efectos financieros en la compañía para todo el año, no se improvisa.

Sin embargo, expone que como consecuencia de la recepción de esta norma el día 26 de abril (sic) a las 18:36 horas, se debieron, con un proceso en marcha, ajustar los sistemas a los nuevos y –a su juicio- contradictorios criterios incorporados, con las necesarias dudas que surgieron a raíz de esto y que, en definitiva, terminaron con respuestas que sólo fueron recibidas por esa Isapre a las 14:01 y 14:53, respectivamente (Oficios Circulares IF/N°9 y N°10, de fecha 28 de marzo de 2025).

Refiere que el punto 1.1 de la Circular IF 499 dispone: "Reemplázase el segundo párrafo por el que sigue: "Dicho procedimiento se aplicará solo a los contratos de salud que tengan a lo menos un año de vigencia al 1 de junio del año en que se aplique la respectiva adecuación"; y alega que, a través de una norma interpretativa y en contra de un precepto legal que, por su claridad, esta Intendencia se ve impedida de interpretar, modifica la indicación de la cartera afecta al proceso de adecuación anual, a una distinta a aquella que corresponde por mandato

legal.

Agrega que, el inciso final del artículo 198 del DFL N°1 de Salud, de 2005 dispone que "Los nuevos precios entrarán en vigencia a partir del mes de junio de cada año, con excepción de aquellos planes que a dicha fecha tengan menos de un año, de aquellos expresados en la cotización legal obligatoria y de aquellos que se rigen de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 200 de este cuerpo legal."

Entiende que, en consecuencia, la norma administrativa que se dicta en cumplimiento de la Ley se ajuste al texto legal expreso y no sea interpretado, respetando con ello lo establecido en el artículo 19 del Código civil que dispone que "Cuando el sentido de la ley es claro, no se desatenderá su tenor literal, a pretexto de consultar su espíritu".

Expone que, para comprender esta norma, estima esencial la historia del proceso de adecuación. Hasta el año 2021 y antes de la dictación de la Ley 21.350, los procesos de adecuación no constituían un evento que se realizaba solo una vez al año como ocurre ahora, sino que se materializaban en forma mensual, de acuerdo con la anualidad de cada afiliado. El año 2021 este proceso cambia y se regula que debe ejecutarse una vez al año, para la totalidad de la cartera adecuada, incorporándose la norma ya citada que dispone que "Los nuevos precios entrarán en vigencia a partir del mes de junio de cada año, con excepción de aquellos planes que a dicha fecha tengan menos de un año, de aquellos expresados en la cotización legal obligatoria y de aquellos que se rigen de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 200 de este cuerpo legal."

Adiciona que, antes de esta modificación legal, el anterior artículo 198 del DFL N°1 de Salud disponía en su punto 2, que "En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso junio del año siguiente."

Continúa, refiriendo que la lógica de dicho proceso era distinta: materializándose la adecuación no en forma anual para toda la cartera, sino que en la anualidad de cada afiliado, ésta se aplicaba considerando los contratos de cada uno de ellos, cuestión que tenía todo sentido, pues de ello dependía su anualidad y, en consecuencia, la oportunidad del ajuste. Esta lógica cambia con la Ley 21.350 y justamente por ello, se modifica la redacción de la norma a los términos que ha indicado anteriormente, en atención a que, a contar del 2021, la adecuación se aplicaría de una sola vez, en el mes de marzo, ajustándose a la nueva realidad y dejándose fuera del proceso, entre otros casos, a aquellos planes que, al mes de junio de cada año, tuviesen menos de un año.

En este sentido, y al margen de las razones aportadas, le resulta difícil de constatar que en este caso, la redacción hubiese obedecido a la falta de insumos técnicos del legislador, como se ha argumentado en algunas oportunidades, cuando es la misma Ley la que regula expresamente el concepto de "Planes de Salud" en la letra k) del artículo 170 del DFL N°1, disponiendo que las acepciones "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan", corresponden a cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las GES. Los insumos en cuestión se encuentran en la ley y, en consecuencia, el ajuste obedece a una razón lógica y buscada por el legislador.

Entiende que la norma es absolutamente clara, por lo que no corresponde su aclaración ni interpretación a través de una norma administrativa; y que si aun así quisiese interpretarse, debe en este proceso considerarse la intención o espíritu de la ley, que se explica por lo señalado precedentemente y que aclara, en caso de no ser lo suficientemente clara la norma legal, el por qué se modifica la referencia de "contratos" a "planes", bajo la lógica del cambio en la forma y fondo del proceso de adecuación.

Por lo anterior, solicita que se elimine esta norma, ajustándose ésta a texto legal expreso.

En relación con el punto 1.3 de la Circular, que crea un nuevo numeral 1 bis titulado "Adecuación de precios de contratos vigentes al 1 de diciembre de 2022 que no contemplaban la Tabla Única de Factores", dispone entre otras materias, lo siguiente: "Para estos efectos, el precio final se determina multiplicando el precio base por la tabla de factores, sin perjuicio de lo que se señalará en el penúltimo párrafo de este numeral. En concordancia con lo anterior, se excluyen del cálculo: el precio de la GES, CAEC, las primas extraordinarias, el ajuste al 7% Ley 21.674 y beneficios adicionales y cualquier otro ítem adicional.

Para calcular dicho precio, las isapres deberán considerar que el factor aplicable al afiliado o beneficiario, según la tabla de factores correspondiente, es aquel determinado por la Tabla Única de Factores para la edad que la persona tenía al 1 de abril de 2020, si se incorporó con posterioridad, la edad que tenía en ese momento.

Con miras a dar cumplimiento a la ley y mantener actualizado el valor del precio base de los contratos de salud previsional, en los contratos de salud en que la aplicación de la Tabla Única de Factores resultó desfavorable para el afiliado, y por ello se mantuvo el precio final calculado con la antigua tabla de factores, las isapres deberán aplicar el porcentaje de adecuación previamente verificado tanto al precio base como al ítem denominado "Diferencia fallo E. Corte Suprema", definido en el Capítulo III, Título III, del Compendio de Instrumentos Contractuales. La misma operación aritmética deberá ser considerada para la oferta de planes alternativos.

Finalmente, en caso de que durante el proceso de adecuación, ya sea por precio base o de excedentes, un afiliado opte por cambiarse de plan, conservará excepcionalmente las primas extraordinarias que se le hayan asignado."

Menciona que, sin perjuicio de que esta norma se opone a lo establecido en el inciso segundo del artículo 10 de la Ley 21.674 en relación a la definición de "Precio Final", norma que dispone que "Para estos efectos, el precio final de los contratos indicados en el inciso anterior será el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados", hace presente, que las normas contenidas en el nuevo numeral 1 bis, "Adecuación de precios de contratos vigentes al 1 de diciembre de 2022 que no contemplaban la Tabla Única de Factores" indicada precedentemente, resulta contradictoria con las normas que esa misma Intendencia impartió en el mes de junio de 2024 mediante la Circular IF 470, en base a las cuales esa Isapre preparó y presentó su Plan de Pago y Ajustes, esta Superintendencia lo aprobó y se encuentra a la fecha en etapa de plena ejecución.

Esta norma, en cuya introducción se incorpora expresamente que "la Excma. Corte Suprema instruyó a cada Isapre calcular el precio final de todos los contratos de salud administrados, multiplicando el valor del plan base correspondiente por la suma de los factores del grupo familiar, en aplicación de la Tabla de Factores Única (en adelante TFU)", dispone en el punto 2.2. del Título VII para efectos del "precio final", que éste es aquel calculado en la forma indicada en el artículo 19° de las Condiciones Generales del Contrato de Salud. Este artículo, a su vez, dispone que "El precio final del Plan de Salud Complementario se obtiene de la multiplicación del "precio base", que corresponde al asignado por la Isapre al respectivo plan y que es idéntico para todas las personas que lo contraten, por los factores que correspondan al afiliado y a los beneficiarios, de conformidad a la tabla de factores por edad y condición de cotizante o carga contenida en el Plan de Salud Complementario, que el afiliado o beneficiario declara conocer y aceptar."

La definición de precio final, reitera, alteró las reglas en base a las cuales obtuvo la aprobación de su PPA y solo 5 días corridos antes de finalizar el plazo para comunicar la adecuación, fue

nuevamente alterada por la Circular IF/N°499, disponiéndose que éste se determina multiplicando el precio base por la tabla de factores, pero, en los contratos de salud en que la aplicación de la Tabla Única de Factores resultó desfavorable para el afiliado, y por ello se mantuvo el precio final calculado con la antigua tabla de factores, las isapres deberán aplicar el porcentaje de adecuación previamente verificado tanto al precio base como al ítem denominado "Diferencia fallo E. Corte Suprema", definido en el Capítulo III, Título III, del Compendio de Instrumentos Contractuales, lo que fue complementado posteriormente mediante el Oficio Circular IF/09 de fecha 28 de marzo de 2025, en que "el precio final en estos contratos no corresponde, estrictamente, al producto de la multiplicación del precio base por la suma de los factores del grupo familiar de acuerdo a la TFU, que se incorporó a todos los contratos, porque hay que considerar el descuento "Diferencia fallo E. Corte Suprema." y que, en consecuencia, el precio final es el contenido en el párrafo segundo del numeral 1.3 de la Circular IF/N°499, el que corresponde a la multiplicación del precio base por la suma de factores, menos la "Diferencia Fallo E. Corte Suprema".

Apartando el hecho de existir, a su juicio, una contradicción entre una norma y otra y de ambas con la ley, la incorporación de esta regla, de aplicarse en forma "única" excluyendo otros componentes, provoca el grave efecto de romper el equilibrio financiero que se pretendió lograr con la Ley corta de Isapres y la normativa administrativa dictada al efecto (Circular IF 470), materializada en los hechos, reitera, en el Plan de Pago y Ajustes presentado por su representada y aprobado por esta Superintendencia con las reglas vigentes y ejecutoriadas a esa fecha. Ello no ocurriría, sin embargo, si a su vez, se incorporara el reajuste de las primas extraordinarias, con lo que, de paso, se cumpliría con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 21.674 en relación con la definición de Precio Final.

Por lo tanto, solicita en esta materia que, con el fin de no afectar el equilibrio que se buscó e implementó en la Ley 21.674, se elimine el ajuste al ítem descuento de Fallo E. Corte Suprema.

Por otro lado, estima no corresponde aplicar la misma operación aritmética en cuanto a la incorporación del descuento "Diferencia Fallo E. Corte Suprema" en la oferta de planes alternativos. Ello, toda vez que el plan alternativo, por su esencia, es un plan distinto al que se encuentra adscrito el afiliado, que solo compartiría con aquel el hecho de tener un precio base equivalente o que más se asemeja al precio base del plan vigente y que por definición, tiene incorporada la Tabla Única de Factores, generándose en razón de estos elementos su valor, en especial si se considera que, de producirse la incorporación a éste dentro del período de apertura de cartera, se mantienen los factores etarios que se determinaron al momento de aplicarse la adecuación a la TFU.

Expone que, al aplicarse las reglas en la forma que indica la Circular IF/N°499 y las explicaciones que al respecto, se dieron en el Oficio Circular IF/N°09 sobre esta misma Circular, se produce el absurdo, por ejemplo, de que el plan alternativo arroja una cotización pactada final negativa o tremendamente inferior a la pactada antes del proceso de adecuación, considerando que no hay equivalencia real entre precios base de planes antiguos, versus los que la isapre tiene en actual comercialización y que cumplen con la regla para ser ofrecidos en esta condición:

N°	Item	Plan Actual (UF)	Plan Actual Ajustado (UF)	Plan Alternativo (UF)
1	Precio base	11,99	12,43	6,46
2	Suma de factores de grupo familiar(*)	2,40	2,40	2,40
3	**Precio del plan complementario (**)**	28,78	29,83	15,50
4	Cobertura adicional enfermedades catastróficas (CAEC)	0,10	0,10	0,00
5	Precio GES (AUGE)	0,77	0,77	0,77
6	Beneficios adicionales	0,00	0,00	0,00
7	Valor UF edad >= 2 años y <65 años	0,00	0,00	0,00
8	Diferencia fallo E. Corte Suprema (***)	-16,79	-17,41	-16,79
9	Ajuste al 7% Ley 21.674	0,00	0,00	0,00
10	Prima Extraordinaria Ley 21.674	0,244	0,244	0,244
11	**Cotización mensual pactada (****)**	13,104	13,534	0,000
12	Compensación con otro plan	0,000	0,000	0,000
13	**Precio final a pagar (*****)**	13,104	13,534	0,000

Como se puede apreciar en este ejemplo, el plan alternativo ofrecido, a pesar de ser aquel con el precio base más alto, no es comparable con los precios bases antiguos que se calculaban con otra lógica. Así, se llega a que el precio final a pagar debe ser imputado para que dé 0 ya que matemáticamente da -0,276 = 15,5 + 0,77 - 16,79 + 0,244.

De hecho, al aplicar esta regla, esto es, al incorporar el descuento "Diferencia Fallo E. Corte Suprema" en la oferta de planes alternativos, se produce justamente el efecto contrario a lo que, en palabras de esta Autoridad según se indica en el Oficio Circular IF 9 que se refiere a la Circular IF 499, "no fue buscado por la ley", pues al ofrecer un plan con el precio base similar, no se arribaría a un precio final muy superior, sino que al revés: a uno muy inferior, valor cero o incluso negativo, lo que claramente no fue buscado por la ley, la que, en abundamiento, pretendió lograr el equilibrio financiero de las Isapres para que éstas cumplieran con las obligaciones adquiridas con sus afiliados y beneficiarios y con las restituciones a que dieron origen los ya conocidos fallos de la Corte Suprema.

Refiere que, paradojalmente, al aplicar la regla dispuesta se incumple la ley, al generar que el precio final del plan alternativo sea menor a la cotización legal obligatoria para salud, cuestión que a esa isapre le ha ocurrido en más de 1.000 casos en los que, aun ofreciendo el plan con el precio base más elevado (y más cercano a su precio base actual) y de mejores beneficios comercializado por la Isapre, estos cotizantes quedan en definitiva pagando una cotización pactada inferior a su cotización legal obligatoria o, peor aun, en el caso del cotizante indicado en el ejemplo anterior, termina pagando $0 por el mejor plan de la Isapre, lo que, en los hechos, implicó que a su respecto y por aplicación de la regla definida en la Circular IF/N°499, se le aplicó un descuento de 16,79 UF. Estima que eso no fue lo buscado por la Ley.

Menciona, como antecedente adicional, lo establecido en la Circular IF 475, en cuya letra a) se indica: "Diferencia Fallo E. Corte Suprema: Corresponde a la diferencia negativa que se produce cuando el precio que resulte de la aplicación de la Tabla de Factores Única al 1 de diciembre de 2022, es superior al precio del Plan Complementario que tenía el cotizante a esa fecha"; y que al cambiarse el cotizante de plan, la diferencia no tiene asidero, es más, se produce una discriminación entre quien contrata este plan (o se cambia de otro con menor campo o sin éste) dado que no pagarán lo mismo.

Entiende que el problema puede radicar en que es la ley la que exige que se entregue un plan cuyo precio base más se asemeje al precio base del plan actual, pero que, a su vez, no dispone que el mismo plan debe tener un precio pactado semejante. Una solución que estima posible es que en estos casos la Isapre pueda ofrecer 2 planes alternativos: uno por precio base para cumplir los requisitos que la ley dispone y otro por cotización final a pagar, sin incorporar la diferencia de fallo. Con ello, no se daría el absurdo que ocurre con la aplicación de este

descuento en el plan alternativo y al que ha hecho referencia en el párrafo anterior.

En consecuencia, solicita eliminar la obligación de incorporar en los planes alternativos, el descuento "Diferencia Fallo E. Corte Suprema", por los motivos ya señalados.

Por otra parte, expone que el punto 1.4 de la Circular, que indica que en el numeral 2 "Situaciones especiales de adecuación", subsección "Adecuación por ajuste de excedentes superiores al 10% de la cotización legal", letra b), reemplaza el contenido de la subsección, se incorpora que "Sin perjuicio del plazo para pronunciarse sobre la propuesta de la isapre, la persona afiliada tendrá hasta el próximo proceso de adecuación para optar entre los planes o beneficios adicionales ofrecidos por la isapre."

Al respecto, solicita reevaluar el contenido de esta norma, toda vez que al indicar que la persona afiliada tendrá hasta el próximo proceso de adecuación para optar entre los planes o beneficios adicionales que la isapre debe ofrecer en la carta de ajuste, limita tanto para la isapre como el mismo cotizante las opciones de productos que pueden ser ofrecidos. Los limita para la persona cotizante, pues en rigor, sólo los ofrecidos en la comunicación son aquellos a los que podrá incorporarse hasta el mes de marzo del año siguiente y los limita para la isapre, pues ésta solo podrá ofrecer productos de los que tenga total certeza se mantendrán en idénticas condiciones hasta el próximo período, cuestión que no necesariamente depende de su voluntad o de su capacidad de negociación con el tercero cuando, por diferentes razones, pueden ser ajustados por éstos, modificados en su precio por los mismos o cambiar sus condiciones o coberturas.

Por todo lo anterior, solicita tener por presentado recurso de reposición en contra de la Circular IF/N°499, solicitando que se deje ésta sin efecto en todas aquellas partes objetadas en este recurso, junto con la suspensión temporal de los efectos de la resolución impugnada, en razón de los argumentos aportados que hacen meritoria la revisión del caso particular tanto por los impactos que genera como por las contradicciones existentes con la normativa legal vigente.

3.3. Que, **Isapre Consalud**, por su parte, expone que, de acuerdo con el punto 1.1 de la Circular IF/N°499, se establece una regla relativa al universo de afiliados que forman parte de los procesos de adecuación de valores base.

Sobre el particular, se indica que "Dicho procedimiento se aplicará sólo a los contratos de salud que tengan a lo menos un año de vigencia al 1 de junio de año en que se aplique la respectiva adecuación."

A su turno, esta Superintendencia, mediante Oficio Circular IF/N°9 de fecha 28 de marzo de 2025, resolviendo una serie de consultas formuladas por las Isapres relativas al proceso de adecuación del año 2025, se pronunció sobre la materia bajo los siguientes términos:

"Adecuación por ley aplica a planes con más de 1 año, no contratos con más de un año".

"Respuesta: La Circular IF N°499, en el Capítulo I "Procedimientos Relativos al Contrato de Salud", Título III "Instrucciones sobre procedimientos de adecuación de contratos de salud", reemplazó el segundo párrafo por el que sigue: "Dicho procedimiento se aplicará solo a los contratos de salud que tengan a lo menos un año de vigencia al 1 de junio del año en que se aplique la respectiva adecuación. "

Lo anterior, por cuanto lo susceptible de ser adecuado es únicamente el contrato de salud, y respecto de un determinado afiliado al mismo, pudiendo modificarse, al igual que antes de la Ley 21.350, exclusivamente el precio base del plan, de acuerdo a las nuevas normas y plazos que establece el artículo 198 del DFL 1, de Salud, en su actual redacción.

En conclusión, atendido que el proceso de adecuación afecta a personas que han suscrito un contrato de salud con una Isapre, debe entenderse que cuando la ley exceptúa del mismo a aquellos planes que a dicha fecha tengan menos de un año, se refiere a contratos que tengan menos de un año pues el plan de salud solo nace a la vida jurídica en virtud de la suscripción del respectivo contrato."

La regla de la Circular IF/N°499, junto con la aclaración de la Superintendencia mediante el Oficio Circular N°9 antes citado, se oponen expresamente al texto expreso de la ley, la cual ha sido clara en establecer que el proceso de adecuación anual se aplica a los "Planes" de salud y no a los "Contratos" individualmente considerados.

A mayor abundamiento, el inciso final del artículo 198 del DFL N°1 de 2005, de salud, dispone lo siguiente respecto al universo de afiliados que son objeto de procesos de revisión anual de tarifas:

"Los nuevos precios entrarán en vigencia a partir del mes de junio de cada año, con excepción de aquellos planes que a dicha fecha tengan menos de un año, de aquellos expresados en la cotización legal obligatoria y de aquellos que se rigen de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 200 de este cuerpo legal. "

La norma del artículo 198 es clara, los PLANES de salud deben tener más de un año al mes de junio de cada año, no los contratos.

Dicha diferencia entre un plan de salud y un contrato es importante y es reconocida por la propia ley de Isapres en su artículo 170, que se encarga de definir expresamente el concepto de plan de salud según los siguientes términos:

k) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud;

El plan de salud, de acuerdo a lo expuesto, incorpora los beneficios que el afiliado mantiene vigentes en su isapre, es decir, las coberturas con las cuales cuenta, el detalle de los prestadores, los topes por contratos, entre otras materias.

Por otra parte, el contrato de salud viene representado por las condiciones generales del contrato de salud, texto que es normado por esta Superintendencia de acuerdo a un formato tipo, y regula materias tales como la vigencia, la forma de bonificación, las causales de término, etc.

Por lo tanto, estima que esta Superintendencia no puede hacer sinónimos ambos conceptos, se trata de documentos contractuales distintos, y, en consecuencia, si la ley es clara en mandatar que los ajustes de valor base se deben realizar a los planes de salud que tengan más de 1 año a una determinada fecha, no hace extensivo dicho concepto a los contratos de salud, el cual puede haber sido suscrito en una fecha distinta a la vigencia del plan de salud.

En suma, estima que corresponde que esta Superintendencia revise la instrucción impartida en la Circular IF/N°499, para dejarla sin efecto, manteniendo vigente la regla legal del artículo 198 del DFL N°1 de 2005, de Salud.

Por otra parte, de acuerdo con el punto 1.3 de la Circular N°499 en comento, se crea un nuevo numeral 1 bis, el cual se incorpora al título III "instrucciones sobre procedimientos de adecuación de contratos de salud" del Capítulo I "Procedimientos Relativos al Contrato de salud " del Compendio de normas Administrativas en Materia de Procedimientos.

En conformidad a lo expuesto, dicho numeral 1 bis indica lo siguiente: "Adecuación de precios de contratos vigentes al 1 de diciembre de 2022 que no contemplaban la Tabla Única de Factores":

"Conforme el artículo 10 de la Ley 21.674, respecto de los contratos que se encontraban vigentes al 1 de diciembre de 2022 y que no empleaban la Tabla Única de Factores, las modificaciones a los precios bases de los planes de salud realizados de conformidad a los artículos 197 y 198 del DFL N°1, de 2005, de Salud, se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final.

Para estos efectos, el precio final se determina multiplicando el precio base por la tabla de factores, sin perjuicio de lo que se señalará en el penúltimo párrafo de este numeral. En concordancia con lo anterior, se excluyen del cálculo: el precio de la GES, CAEC, las primas extraordinarias, el ajuste al 7% Ley 21.674 y beneficios adicionales y cualquier otro ítem adicional.

Para calcular dicho precio, las isapres deberán considerar que el factor aplicable al afiliado o beneficiario, según la tabla de factores correspondiente, es aquel determinado por la Tabla Única de Factores para la edad que la persona tenía al 1 de abril de 2020 o, si se incorporó con posterioridad, la edad que tenía en ese momento.

Con miras a dar cumplimiento a la ley y mantener actualizado el valor del precio base de los contratos de salud previsional, en los contratos de salud en que la aplicación de la Tabla Única de Factores resultó desfavorable para el afiliado, y por ello se mantuvo el precio final calculado con la antigua tabla de factores, las isapres deberán aplicar el porcentaje de adecuación previamente verificado tanto al precio base como al ítem denominado "Diferencia Fallo E. Corte Suprema", definido en el Capítulo III, Título III, del Compendio de Instrumentos Contractuales. La misma operación aritmética deberá ser considerada para la oferta de planes alternativos.

Finalmente, en caso de que, durante el proceso de adecuación, ya sea por precio base o de excedentes, un afiliado opte por cambiarse de plan, conservará excepcionalmente las primas extraordinarias que se le hayan asignado.

En conformidad a lo regulado por esta Superintendencia de Salud, se reconoce expresamente la regla incorporada por la ley N°21.674, relativa a la forma de aplicar los ajustes de valor base para el universo de planes de salud que vieron incorporada la TFU a sus contratos. Dicha regla establece que los futuros ajustes de tarifa de aplicarán sobre "El Precio Final" y no sobre el precio base como ocurre regularmente.

Pues bien, a partir de lo anterior, refiere que esta Superintendencia instruye que las isapres deberán aplicar el porcentaje de adecuación previamente verificado tanto al precio base como al ítem denominado "Diferencia Fallo E. Corte Suprema", definido en el Capítulo III, Título III, del Compendio de Instrumentos Contractuales.

Es decir, refiere que esta Superintendencia establece una nueva definición de precio final distinta de aquella regulada en la ley N°21.674, no incorporando elementos que forman parte del precio pactado del contrato de salud previsional y que por lo tanto deben ser objeto de ajuste de precio anual.

La regla antes descrita representa -en su criterio- una arbitrariedad manifiesta al excluir del ajuste por adecuación de precios, a las primas extraordinarias de las leyes 21.647 y 21.674, que fue esta última ley la que estableció una regla expresa sobre ajuste de tarifa respecto de aquellos contratos que al 1 de diciembre de 2022 no empleaban la Tabla Única de la Circular

N°343 y que fueron adecuados en su precio final para ajustarse a dichas disposiciones según el N°1 del artículo 2 de la ley N° 21.674.

Menciona que dicha regla dispone lo siguiente: Artículo 10.- Para los contratos afectos al numeral 1) del artículo 2° de esta ley, las modificaciones a los precios bases de los planes de salud realizados de conformidad a los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley N°1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final.

Para estos efectos, el precio final de los contratos indicados en el inciso anterior será el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados.

Como se puede apreciar, según refiere, el legislador expresamente estableció una regla expresa para aquellos contratos ajustados a la Tabla Única de Factores, ya que indicó que en dicho caso las futuras adecuaciones anuales no se aplicarán sobre el precio base, sino que sobre el precio final de contrato.

Piensa que es de toda lógica que el legislador haya incorporado esta regla, ya que cabe recordar –en su visión particular- que esta clase de contratos ajustados a la TFU, habían experimentado en su mayoría una reducción de su precio, por lo que dicho efecto debe ser tenido en cuenta ante futuros reajustes de tarifas, para reflejar de mejor manera los eventuales aumentos de costos futuros.

Aclarado lo anterior, señala que hay que revisar entonces qué debe entenderse por precio final y precio pactado del contrato, a efectos de dar aplicación a la regla antes citada del artículo 10 de la ley N° 21.674, y que para resolver dicha interrogante, señala que una vez más se debe recurrir a la propia normativa interna de este organismo regulador, quien al emitir la Circular N°470 definió expresamente lo que debe entenderse por precio pactado, indicando que: Para los efectos de lo instruido en la presente Circular, se entenderá por precio pactado del contrato de salud previsional, la cotización para salud del afiliado, en los términos del Artículo 20° de las CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL, además de la Prima extraordinaria de la ley N°21.647 y de la Prima Extraordinaria de la Ley N°21.674, si correspondiere.

En consecuencia, entiende que el precio pactado será la suma del precio final del Plan de Salud Complementario, calculado en la forma indicada en el artículo 19 de las citadas condiciones Generales, más el precio de la Prima Extraordinaria de la ley N°21.647, si correspondiere; más el precio de la Prima Extraordinaria de la Ley N°21.674, si correspondiere, más el precio de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CAEC), si correspondiere; más el precio que la Isapre cobre por el aseguramiento de la Garantías Explícitas en Salud (GES); y más el precio de los beneficios adicionales contratados por el afiliado, si corresponde.

En suma, estima que aparece claramente tanto en la ley como en la normativa emanada de este organismo regulador, que las primas extraordinarias de las leyes N°21.647 y 21.674 forman parte del ajuste o adecuación anual de precios, específicamente para aquellos contratos que fueron objeto de la incorporación de la TFU a sus condiciones particulares, por lo que la circular en comento debe ser modificada para incorporar a las primas extraordinarias antes citadas al proceso de ajustes de tarifas.

En otro tema, de acuerdo con el punto 1.4 de la Circular N° 499, se reemplaza el contenido de la subsección relativa a la adecuación por ajuste de excedentes, del Título II "Instrucciones sobre procedimientos de adecuación de contratos de salud", del Capítulo I del Compendio de Normas Administrativas en materia de Procedimientos.

El nuevo texto de la referida subsección dispone lo siguiente: "El artículo 188 del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud establece que, en caso de que, en las sucesivas adecuaciones anuales, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual supere el 5% de la cotización legal para salud, una vez aplicada la propuesta de adecuación anual de que tratan los numerales I y I bis que preceden, la institución de salud previsional estará obligada a ofrecer a la persona afiliada la incorporación de nuevos beneficios o planes de salud alternativos, cuyos precios más se aproximen al valor de su nueva cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento.

Los beneficios y condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser los mismos que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo beneficio o plan y no podrán importar una discriminación entre dichas personas afiliadas.

En cuanto a su oportunidad, la adecuación por ajuste de excedentes se efectuará en la misma oportunidad en que tenga lugar la adecuación general a que se refiere el numeral 1 precedente.

Para efectos del cálculo de la cotización legal para salud y de los excedentes que pudieren generarse, se empleará el promedio correspondiente a los últimos seis meses tanto de la cotización como de los excedentes.

En el evento de que la isapre haya comunicado su intención de adecuar sus precios base y se encuentre legalmente habilitada para ello, el monto de excedentes que deberá destinarse a la cuenta corriente individual del afiliado se calculará considerando el monto total que este deba pagar por su contrato de salud, una vez aplicado el nuevo precio base, conforme a la comunicación efectuada por la isapre en el marco del proceso de adecuación.

Por el contrario, si la isapre opta por no efectuar la adecuación del precio base o se encuentra impedida de hacerlo, el cálculo del monto de excedentes a destinar a la cuenta corriente individual se realizará en función del monto total que el afiliado deba pagar por su contrato de salud vigente al mes de marzo del año respectivo, mes en que corresponde a la isapre efectuar la comunicación de adecuación.

En ambos casos, la isapre deberá informar conforme al Anexo N°2 de este capítulo, titulado "Contenido de la comunicación de adecuación por ajuste de excedentes", incluyendo la información correspondiente según se trate de una adecuación del precio base junto con un ajuste de excedentes, o únicamente de este último, según corresponda.

La comunicación señalada en este numeral deberá explicar con claridad las consecuencias de no responder a la propuesta de adecuación. Vale decir, en caso de que la persona afiliada no se pronuncie, se mantendrá en su plan de salud actual, incluido el ajuste al precio base, en caso que corresponda. Asimismo, deberá precisarse que, mientras no acepte los nuevos beneficios o suscriba un nuevo plan cuyo precio se ajuste mejor a su cotización legal, toda diferencia que supere el 5% de dicha cotización, no generará excedentes.

Si la isapre no comunica al afiliado dicha adecuación especial, todo excedente que se genere durante el año correspondiente aumentará su cuenta individual de excedentes, sin la limitación descrita en el párrafo anterior.

Si la isapre no acredita haber efectuado la comunicación, se considerará que la persona afiliada no fue informada, debiendo ésta restituir los excedentes a la cuenta corriente individual de excedentes.

Tratándose de la adecuación especial por ajuste de excedentes, la persona afiliada podrá

manifestar su disconformidad con los planes ofrecidos por la institución de salud previsional. En tal caso, la isapre deberá ofrecerle alternativas de planes de salud actualmente en comercialización manteniendo el factor de riesgo vigente.

Sin perjuicio del plazo para pronunciarse sobre la propuesta de la isapre, la persona afiliada tendrá hasta el próximo proceso de adecuación para optar entre los planes o beneficios adicionales ofrecidos por la isapre.

Si durante el plazo que tiene la persona afiliada para pronunciarse ella opta por un plan alternativo u otro en comercialización, las isapres no podrán modificar el factor asociado al plan de salud, si éste fuere superior al que se aplicaba a la persona cotizante o grupo familiar, ni el monto calculado en el ítem "Diferencia Fallo E. Corte Suprema".

Si la persona afiliada estimare que los planes ofrecidos no reúnen las condiciones indicadas en el inciso noveno del art. 188 del DFL N°1, podrá recurrir ante la Superintendencia, la que resolverá en los términos señalados en el artículo 117 del DFL N°1, de Salud, de 2005.

En ningún caso, la persona afiliada estará obligada a suscribir uno de los planes de salud alternativos ofrecidos por la isapre."

Expone que el nuevo numeral que cita anteriormente, mantiene una regla ya definida en la Circular N°493 de fecha 15 de enero de 2025, de esta Superintendencia de Salud, relativa a la mantención de los factores de riesgo en caso de que el afiliado suscriba el plan alternativo u otro en comercialización.

En relación con ello, mantiene su convicción manifestada en el recurso de reposición presentado contra la Circular N°493 ya mencionada, respecto de que la regla antes señalada constituye un grave error de regulación, ya que en caso alguno los factores determinados por aplicación de la TFU quedan inamovibles en el tiempo en caso de cambios de plan por parte de los titulares de los contratos de salud.

Por otra parte, estima que no parece ser ésta la instancia para que a través de aclaraciones a determinadas figuras operativas de la ley N°21.674, se proceda a modificar de manera sustantiva la manera en que opera el sistema privado de salud, especialmente en materia de tarificación de productos. Lo anterior, si era objetivo de esta Superintendencia, requería al menos un proceso de consulta, en donde las distintas isapres pudieran expresar sus puntos de vista, lo cual no ocurre en este caso.

Tampoco es posible determinar en estos momentos los efectos que en el futuro podría traer una norma como la que está comentando en materia de precios, ya que de mantenerse congelados los factores incluso para cambios de plan (en circunstancias que se trata de un símil a una suscripción para todos los efectos legales), se podrían generar alzas de valor base que afecten a los nuevos contratantes en el futuro.

Al respecto, hace presente que el DFL N°1, de Salud, de 2005, en su artículo 170 letra n) establece a propósito de la Tabla de Factores que: "...Esta tabla representa un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida, el que es conocido y aceptado por el afiliado o beneficiario al momento de suscribir el contrato o incorporarse a él, según corresponda, y que no podrá sufrir variaciones en tanto la persona permanezca adscrita a ese plan".

De esta forma, expone que, si la ley establece que la Tabla de Factores debe ser aplicada al momento de la suscripción del contrato de salud, es posible interpretar que cada vez que se produce un cambio de plan de salud, se produce una nueva "suscripción", dado que dicho cambio se formaliza igualmente mediante la firma del formulario único de notificación y del

nuevo plan de salud, (el cual difiere en coberturas, topes y precio del antiguo plan).

En el mismo sentido anterior, hace presente que la Circular IF/N°468 de fecha 13 de mayo de 2024, a propósito de la regulación de la Tabla de Factores Única, estableció que: "La Tabla de Factores Única deberá ser aplicada para la determinación del precio del plan de salud en el momento de la suscripción del contrato y de la incorporación o retiro de personas beneficiarias del mismo. Así, cada vez que la persona cotizante incorpore o retire una carga, la isapre deberá considerar el factor de la respectiva carga de acuerdo a la Tabla de Factores Única y la edad que tenga al momento de la incorporación o retiro, para recalcular el nuevo precio del plan salud.

El precio determinado no variará con motivo de los cambios de tramos etarios propios del transcurso del tiempo."

Refiere que lo anterior regula la determinación del precio del plan de salud al momento que el afiliado se incorpora a una Isapre determinada, pero nada dice respecto a si ya una vez suscrito el contrato de salud, se produce un cambio de plan.

En este sentido, estima de toda lógica que, si se produce un cambio de plan de salud, se modifiquen los factores etarios de la TFU, por cuanto se debe reflejar en el precio final del nuevo plan, las actuales condiciones de edad de los beneficios respecto de los cuales la Isapre debe financiar sus prestaciones de salud.

En efecto, refiere que la propia TFU demuestra que el costo de las prestaciones de salud sube a medida que el beneficiario tiene mayor edad; dado que va aumentando el factor que se aplica a determinado rango de edad.

En consecuencia, y dado lo descrito en los párrafos anteriores, y al contrario de lo indicado en la regla antes enunciada, la Tabla de Factores Única debe ser aplicada para la determinación del precio del nuevo plan, actualizando los factores de riesgo de los beneficiarios del contrato de salud.

Por otro lado, expone que la Circular adolece de falta de motivación, puesto que, al haberse fundado en antecedentes contradictorios e incoherentes, el acto administrativo carece de razonabilidad.

En este sentido, la Ley N°19.880, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, consagra los principios de transparencia y publicidad, en cuanto permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado, calidad que precisamente detenta (sic) el organismo recurrido.

El inciso 2° del artículo 11 del referido texto legal, previene la obligación de motivar en el mismo acto administrativo la decisión, los hechos y fundamentos de derecho que afecten los derechos o prerrogativas de las personas.

En vista de lo expuesto, conteniendo determinados puntos de la Circular impugnada fundamentos evidentemente incoherentes y contradictorios entre sí, carece absolutamente de motivación, siendo de esta manera ilegal.

Por otra parte, alega que, mediante la Circular IF/N°499, se ha procedido -de facto- a derogar y modificar normas legales vigentes, con lo cual la Superintendencia se ha excedido en el ejercicio de las facultades que le han sido entregadas por el Legislador.

En consecuencia, en la Circular impugnada se ha excedido la Superintendencia en su facultad

de interpretar la Ley, atribuyéndose potestades derogatorias.

En vista de lo antes expuesto, refiere que no resulta admisible que un Órgano Administrativo -Superintendencia de Salud- emita instrucciones que vienen en inaplicar normas legales vigentes, ya que, impidiendo el establecimiento de un elemento que es consustancial a un concepto definido por el Legislador (precio), en definitiva, está -en los hechos- modificando parcialmente una serie de normas legales.

Menciona que en ningún caso la facultad de interpretar la Ley que detenta (sic) la Superintendencia de Salud le permite derogar o modificar total o parcialmente normas legales. La facultad de interpretar una norma legal no puede extenderse a instruir su inutilización, ya que eso constituye una derogación. La facultad de interpretar una norma sólo alcanza hasta la posibilidad de fijar el correcto sentido y alcance de una norma, pero no se puede instruir su derogación para actos futuros.

En consecuencia, y por lo que expone, mediante un acto administrativo no se puede alterar la esencia de normas legales al punto que conlleve de facto la derogación o modificación de las mismas, ya que con ello la Superintendencia se está arrogando potestades que en nuestro ordenamiento jurídico están atribuidas a órganos constitucionales distintos.

En el mismo sentido, alega que la Superintendencia, si bien tiene la potestad de dictar instrucciones de carácter general, dicha potestad no puede implicar la derogación o modificación de normas legales, ya que las instrucciones constituyen el establecimiento de un método para el cumplimiento de un deber legal, pero en ningún caso permiten establecer normas de conducta que impliquen la derogación o modificación de normas legales vigentes.

Destaca además, que el Tribunal Constitucional ha señalado que el Contrato de Salud forma parte de la seguridad social y, justamente en base a ello es que ha establecido que un elemento esencial del contrato como es la determinación del precio es materia de reserva legal en conformidad a lo dispuesto en el artículo 63 N°4 de nuestra Constitución; en consecuencia, no resulta posible que el elemento precio del contrato de salud cuya regulación se encuentra en la ley, sea regulado en base a instrucciones administrativas que contradicen normas legales vigentes.

En vista de lo expuesto, argumenta que la Circular IF/N°499 adolece de graves vicios de legalidad que hacen necesario que sea modificada o dejada sin efecto en aquellos puntos indicados previamente, toda vez que dicho acto administrativo constituye una vulneración al deber de motivación y constituye también la arrogación de una potestad derogatoria y modificatoria de normas legales vigentes, que resulta inadmisible, habiéndose excedido claramente la autoridad administrativa en el ejercicio de sus facultades de interpretar la ley y de dictar instrucciones de carácter general.

Por todo lo expuesto, solicita tener por interpuesto el presente recurso de reposición en contra de la Circular IF/N°499, del 26 de marzo de 2025, aceptarlo a tramitación y en definitiva acogerlo en todas sus partes. En subsidio, de conformidad a lo que dispone la Ley N°19.880 sobre procedimiento administrativo, para el evento de no acceder a lo solicitado en lo principal de esta presentación, pide tener por interpuesto Recurso Jerárquico para ante el Sr. Superintendente de Salud, en contra de la Circular IF/N° 499, del 26 de marzo de 2025, con el fin de que dicho superior jerárquico, conociendo de este recurso, previa concesión del mismo, modifique o deje sin efecto dichas instrucciones en el sentido que se indicó.

3.4. Que, **Isapre Cruz Blanca** refiere que deja constancia de que se ha tenido en consideración que, con posterioridad a la dictación de la Circular, esa Intendencia emitió con fecha 28 de marzo de 2025, el Oficio Circular IF/N°9 y el Oficio Circular IF / N°10, por los que se responden consultas relativas al proceso de adecuación año 2025, y que dicen relación con disposiciones

de la Circular IF/N°499.

Ahora bien, refiere que la Circular contiene disposiciones que exceden su propósito declarado y las atribuciones de esta Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, ya que, si bien se invoca las facultades legales que la autorizan a interpretar y regular administrativamente en materias de su competencia la ley y reglamentos que rigen a las instituciones de previsionales de salud, el ejercicio de la labor interpretativa y regulatoria no puede contravenir o exceder el marco legal, cosa que ocurre con las disposiciones de la Circular que repone.

Refiere que la Circular, por tanto, contiene disposiciones que necesariamente deben ser eliminadas o modificadas, de modo que la regulación que determina no contradiga la ley, y se ajuste a sus propósitos, especialmente a las Leyes 21.674 y 21.700 y, particularmente, a las disposiciones del DFL N°1 de Salud de 2005.

Por lo anterior, por medio de la presente reposición, solicita modificar y/o eliminar, según se indica para cada caso, los aspectos de la Circular que procede a exponer.

En cuanto a la modificación introducida al segundo párrafo del Título III, Capítulo I del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos. Conforme con el numeral 1.1 de la Circular, se reemplaza el segundo párrafo del Título III, del Capítulo I del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, por el siguiente "Dicho procedimiento se aplicará solo a los contratos de salud que tengan a lo menos un año de vigencia al 1 de junio del año en que se aplique la respectiva adecuación". La norma vigente, y que se modifica, consistentemente con lo dispuesto en el inciso final del artículo 198 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, indicaba correctamente que: "Dicho procedimiento se aplicará solo a los planes de salud que tengan a lo menos un año de vigencia al 1 de junio del año en que se aplique la respectiva adecuación".

Refiere que, en respuesta a la consulta que se formuló en relación con esta modificación, contenida en la letra c) del N°3 del Oficio Circular IF/N°9, esta Intendencia señaló que ésta se funda en que: "lo susceptible de ser adecuado es únicamente el contrato de salud, y respecto de un determinado afiliado al mismo, pudiendo modificarse, al igual que antes de la Ley 21.350, exclusivamente el precio base del plan, de acuerdo a las nuevas normas y plazos que establece el artículo 198 del DFL 1, de Salud, en su actual redacción", y que "atendido que el proceso de adecuación afecta a personas que han suscrito un contrato de salud con una Isapre, deben entenderse que cuando la ley exceptúa del mismo a "aquellos planes que a dicha fecha tengan menos de un año", se refiere a contratos que tengan menos de un año pues el plan de salud sólo nace a la vida jurídica en virtud de la suscripción del respectivo contrato".

Expone que lo anterior no es correcto, debiendo ser dejada sin efecto la modificación introducida en este punto por la Circular, puesto que la regulación produce una grave distorsión que vulnera el principio de no discriminación establecido en diversas normas de rango legal del DFL N°1 de Salud de 2005.

Menciona que debe considerarse que el Artículo 170 del DFL N°1 establece: "Para los fines de este Libro se entenderá: m) La expresión "precio base", por el precio asignado por la Institución a cada plan de salud. Se aplicará idéntico precio base a todas las personas que contraten el mismo plan."

A continuación, refiere que debe considerarse la concordancia que contiene el artículo 197 del citado DFL N°1, que establece que las revisiones de los contratos deben efectuarse en "condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan", y que son reiteradas por la disposición de dicho artículo que establece: "Estas condiciones

generales deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes en el respectivo plan."

Refiere que, siguiendo tal principio de no discriminación, el inciso final del artículo 198 dispone: "Los nuevos precios entrarán en vigencia a partir del mes de junio de cada año, con excepción de aquellos planes que a dicha fecha tengan menos de un año".

Señala que, al disponer la nueva normativa introducida por el punto 1.1 de la Circular IF/N°499 que: "Dicho procedimiento se aplicará solo a los contratos de salud que tengan a lo menos un año de vigencia al 1 de junio del año en que se aplique la respectiva adecuación", sustituye el párrafo que disponía: "Dicho procedimiento se aplicará solo a los planes de salud que tengan a lo menos un año de vigencia al 1 de junio del año en que se aplique la respectiva adecuación."

Lo anterior, importa contradecir el texto expreso de la norma legal del artículo 198, ya citada, que exceptuaba de la adecuación sólo a aquellos planes que a dicha fecha tengan menos de un año de vigencia, extendiéndolo a los contratos que cumplan esa condición, produciéndose el efecto de que existirán idénticos planes de salud con distintos precios base, lo que vulnera el texto expreso de la ley.

Expone que la disposición cuestionada en este punto, de no suprimirse, producirá una situación en la que un cotizante, con un contrato de menos de un año, va a tener condiciones de precio distinto de aquellos cotizantes que, a la misma época contraten en ese plan en la misma condición, y también respecto de aquellos a quienes, estando en el mismo plan y con un contrato que tenga más de un año de vigencia, se le aplica la adecuación.

Refiere que la incorporación del inciso final del artículo 198 por parte de la ley 21.350, que establece que: "los nuevos precios entrarán en vigencia a partir del mes de junio de cada año, con excepción de aquellos planes que a dicha fecha tengan menos de un año..." resulta del cambio a la normativa legal, puesto que en forma previa a la modificación introducida por la ley 21.350, se establecía que la adecuación se efectuaba en el mes de anualidad de cada contrato, la cual se suprimió. Así, el inciso 3° del artículo 197 del DFL N°1, previo a la modificación legal, indicaba que "Anualmente, en el mes de suscripción del contrato...", y en el antiguo N°3 del art. 198 se disponía que "la variación anual de los precios base de los planes creados entre febrero y junio del año en curso, ambos meses inclusive, deberá ajustarse a la regla indicada en el párrafo primero del numeral precedente, al cumplirse la anualidad respectiva".

Expone que al regularse que la adecuación de precios se hace para todos los planes de salud vigentes, sin sujeción a la fecha de suscripción del contrato o anualidad, la Ley 21.350 resguardó que dicho proceso se aplicara respecto de los planes de salud que tuviesen más de un año, en la misma línea de lo que se disponía en el texto anterior del N°3 del artículo 198, respecto de los planes creados entre febrero y junio del año en curso.

Concluye que lo relevante y decisorio, es que la adecuación debe efectuarse a todos los planes de salud vigentes al 1° de junio de cada año, sin sujeción a la fecha de suscripción del contrato o anualidad, excluyendo únicamente, aquellos planes de salud que tengan menos de un año; debiendo modificarse la normativa dispuesta, en cuanto establece que el procedimiento de adecuación se aplicará solo a los contratos que tengan a lo menos un año de vigencia al 1° de junio de cada año", porque tal disposición introduce distorsiones en el precio base prohibidas expresamente por la ley, que ordena: "Se aplicará idéntico precio base a todas las personas que contraten el mismo plan."

Por otro lado, refiere que la Circular incorpora al Título III, del Capítulo I del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, un nuevo numeral 1 bis llamado

"Adecuación de precios de contratos vigentes al 1 de diciembre de 2022 que no contemplaban la Tabla Única de Factores", disponiendo en el párrafo segundo de este nuevo numeral que para efectos de la aplicación del artículo 10 de la Ley 21.674, que dispone que para los referidos contratos las modificaciones a los precios bases de los planes de salud realizados de conformidad a los artículos 197 y 198 del DFL N°1, de 2005, de Salud, se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final, se debe excluir del cálculo del precio final "el precio de la GES, CAEC, las primas extraordinarias, el ajuste al 7% Ley 21.674 y beneficios adicionales y cualquier otro ítem adicional", lo cual va en contra del texto expreso contenido en el inciso final del mencionado artículo 10.

Expone que el artículo 10, textualmente, dispone: "Para los contratos afectos al numeral 1) del artículo 2° de esta ley, las modificaciones a los precios bases de los planes de salud realizados de conformidad a los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley N°1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final. Para estos efectos, el precio final de los contratos indicados en el inciso anterior será el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados."

Concluye que la regla del numeral 1 bis introducida por la Circular IF/N°499, está en abierta contradicción con el artículo 10 de la Ley N°21.674, el cual expresamente dispone que para las modificaciones a los precios bases de los planes de salud, los contratos de salud vigentes al 1° de diciembre de 2022 que empleaban una tabla de factores distinta de la TFU, realizadas de conformidad a los artículos 197 y 198 del DFL N°1, se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final, esto es, el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor de los eventuales beneficios adicionales pactados.

Es decir, el artículo 10 referido, para determinar el precio final objeto de la adecuación, sólo excluye del precio pactado, el valor del precio GES y el valor que las isapres cobren por eventuales beneficios adicionales pactados, siendo improcedente, las otras exclusiones que la Circular IF/ N°499 arbitrariamente agrega, cuando dispone que, del precio pactado para obtener el precio final, también debe excluirse "las primas extraordinarias, y el ajuste al 7% Ley 21.674." En efecto, según expone, es pertinente tener en cuenta que lo que hace el artículo 10 mencionado, es definir qué se entiende por precio final adecuable. Para ello, y conforme a su tenor literal, expresó taxativamente los elementos que debían ser excluidos del precio pactado, para obtener el precio final de estos contratos. Norma que es particular y especial para los contratos de salud vigentes al 1° de diciembre de 2022 que empleaban una tabla de factores distinta de la TFU.

Agrega que la Circular IF/N°470 que regula precisamente el modo de hacer efectiva la adecuación de todos los contratos de salud a la TFU, dispone en el punto 2.2 de su acápite VI que para los efectos de lo instruido en ella "se entenderá por precio pactado del contrato de salud previsional, la cotización para salud del afiliado, en los términos del artículo 20° de las CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL, además de la Prima Extraordinaria de la Ley N°21.647 y de la Prima Extraordinaria de la Ley N°21.674, si correspondiere", agregando a continuación que "En consecuencia, el precio pactado será la suma del precio final del Plan de Salud Complementario, calculado en la forma indicada en el artículo 19° de las citadas Condiciones Generales; más el precio de la Prima Extraordinaria de la Ley N°21.647, si correspondiere; más el precio de la Prima Extraordinaria de la Ley N° 21.674, si correspondiere; más el precio de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CAEC), si corresponde; más el precio que la isapre cobre por el aseguramiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES); y más el precio de los beneficios adicionales contratados por el afiliado, si corresponde".

Concluye que, dando aplicación a las normas precedentes, a diferencia de lo que dispone la

regla del numeral 1 bis introducida por la Circular IF/N°499, las primas extraordinarias de las Leyes Nº 21.647 y Nº 21.674, sí quedan afectas a los procesos de adecuación, puesto que forman parte del precio final.

En efecto, refiere que tales procesos de adecuación corresponde que sean aplicados sobre el precio final de los contratos, entendido, conforme con el inciso segundo del artículo 10 de la Ley N°21.674, como el precio pactado - que de acuerdo con la definición contenida en la Circular IF/N°470 antes citada, incluye ambas primas extraordinarias - al cual, a efectos de tal adecuación, sólo debe descontársele el precio cobrado por las GES y por los beneficios adicionales.

Por ello, estima que procede que la Circular sea modificada en este punto, estableciendo que, conforme con el artículo 10 de la Ley N°21.674, las primas extraordinarias de las Leyes Nº 21.647 y Nº 21.674, sí quedan afectas a los procesos de adecuación de precios a que se refieren el artículo 95 de la Ley 21.647 y los artículos 197, 198 y 198 bis del DFL N°1.

Por otra parte, en relación con las modificaciones que se incorporan al numeral 2 "Situaciones especiales de adecuación" subsección "Adecuación por ajuste de excedentes superiores al 10% de la cotización legal" del Título III, Capítulo I del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos.

Refiere que los nuevos párrafos 11, 12 y 13 del contenido de la subsección que la Circular denomina como "Adecuación por ajuste de excedentes superiores al 5% de la cotización legal", y que se incorporan en la letra b. del numeral 1.4 de la Circular, disponen lo siguiente: "Tratándose de la adecuación especial por ajuste de excedentes, la persona afiliada podrá manifestar su disconformidad con los planes ofrecidos por la institución de salud previsional. En tal caso, la isapre deberá ofrecerle alternativas de planes de salud actualmente en comercialización manteniendo el factor de riesgo vigente.

Sin perjuicio del plazo para pronunciarse sobre la propuesta de la isapre, la persona afiliada tendrá hasta el próximo proceso de adecuación para optar entre los planes o beneficios adicionales ofrecidos por la isapre.

Si durante el plazo que tiene la persona afiliada para pronunciarse ella opta por un plan alternativo u otro en comercialización, las isapres no podrán modificar el factor asociado al plan de salud, si éste fuere superior al que se aplicaba a la persona cotizante o grupo familiar, ni el monto calculado en el ítem "Diferencia Fallo E. Corte Suprema".

Menciona que, de acuerdo con estos párrafos, si en el contexto de un proceso de adecuación especial por ajuste de excedentes, la persona afiliada opta por un plan alternativo u otro en comercialización dentro del plazo para pronunciarse, esto es, siguiendo las fechas en que se aplica el proceso de adecuación, hasta el último día del mes de mayo del respectivo año, la Isapre no podrá modificar el factor asociado al plan de salud -tanto respeto del plan alternativo ofrecido en el proceso de adecuación especial por ajuste de excedentes, como de cualquier otro en comercialización- si dicho factor fuese superior al que se aplicaba a la persona o grupo familiar, ni el monto calculado en el ítem "Diferencia Fallo E. Corte Suprema".

Refiere que, si bien la regla anterior, puede tener sentido tratándose del plan alternativo, pues es parte del proceso de adecuación y debe ser forzosamente ofertado, extender la obligación de mantener los factores y el ítem "Diferencia Fallo E. Corte Suprema", a cualquier otro plan en comercialización de la Isapre, implica una evidente discriminación respecto de otros contratantes que, en las mismas condiciones de edad, suscriban ese plan, pero fuera de un proceso de adecuación.

Expone que, en este punto, la Circular dispone que, si una persona afiliada cambia de plan

de salud, con posterioridad a la adecuación a la TFU, se mantienen los factores etarios que se determinaron al momento de la adecuación de los contratos a la TFU. En su concepto, ello es admisible sólo para el caso en que el cambio se deba a un plan alternativo ofertado por la isapre en la comunicación de la adecuación; pero no resulta aplicable si, en definitiva, el cotizante opta por un algún plan distinto, en comercialización. La adecuación a la TFU en reemplazo de la tabla de factores que tenía el plan de salud de la persona cotizante y la consecuente variación de los respectivos factores de riesgo, no implican que, ante la suscripción de un nuevo contrato de salud por cambio del plan, no deban considerarse los factores que correspondan al respectivo grupo familiar al tiempo de su contratación.

Menciona que la aplicación de esta nueva regla que incorpora la Circular, además de suponer una evidente situación de discriminación respecto de quienes, bajo las mismas condiciones de edad, suscriban un contrato de salud en el mismo plan de salud, implica que, en la práctica, los precios base de todos los planes de salud en comercialización deberían ser recalculados, con el fin de absorber en el precio base las diferencias que se produzcan en los precios finales, por la aplicación de factores distintos de los que corresponden a los beneficiarios por su rango etario. La modificación al artículo 188 del DFL N°1, introducida por la ley 21.674 establece: "Las condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan y no podrán importar una discriminación entre dichos afiliados." Resulta entonces, que al disponer la Circular que deben mantenerse los factores del grupo familiar, si el cotizante opta por cualquier otro plan en comercialización de la Isapre, distinto a los ofrecidos en la comunicación de adecuación; vulnera expresamente la norma anterior.

Refiere que el cambio de plan de salud supone un nuevo contrato de salud con distintas condiciones que el anterior, en el que varían los beneficios convenidos y aquellos que por ley corresponden a sus beneficiarios. De tal manera, la opción por un cambio de plan, distinto a aquellos que la isapre ha ofrecido al cotizante, con ocasión de la adecuación por excedentes, implica aceptar el nuevo precio, determinado con todas las variables que influyen en el precio pactado, entre ellos los factores actualizados al grupo familiar, sin que ello signifique vulnerar la disposición del artículo 2 de la lay 21.674, que ordena que: "sólo podrán realizar un alza del precio final de dichos contratos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o personas beneficiarias y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar allí previstos así lo determine". En efecto, en este caso se está en una situación distinta, pues se trata de la elección de un plan distinto de aquellos ofrecidos por la Isapre con ocasión de la adecuación por excedentes; donde, conforme a la regla introducida por la Circular, el cotizante podría escoger cualquier plan de un valor muy superior a lo que cotiza, sin actualizar los factores de su grupo familiar, pagando un precio inferior a lo que el plan elegido corresponde; lo que es un absurdo, ya que interpretada así la disposición legal, produce el efecto contrario a lo buscado por la ley, cual es: "abordar este problema relativo al financiamiento de la salud, que afecta al sector íntegramente: personas usuarias del sistema de salud, prestadores tanto públicos como privados, el Fondo Nacional de Salud (en adelante, FONASA o Fondo) y las ISAPRE."

Agrega que, es la misma normativa dictada por esa Superintendencia para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley N° 21.674, la que reconoce lo anterior. En efecto, la Circular IF/N°473 de 03 de julio de 2024, cuyo propósito es el de complementar normas para facilitar el cumplimiento de la mencionada ley, reemplazó una serie de conceptos del archivo maestro específico regulado por el Oficio Circular IF/N°5 de 28 de febrero de 2023, requerido de informar para la verificación del cumplimiento de los fallos de la Corte Suprema, así como al Anexo de Definiciones del Archivo Secundario de Verificación Deuda diciembre 2022 a agosto 2024, de la Circular IF / N°470.

Menciona que las modificaciones de conceptos contenidas en la Circular IF / N°473, dan cuenta, como se indica a continuación, que el factor a emplear en caso de cambios de planes

corresponde al de la fecha de cambio de plan, los que expone de la siguiente manera: a) La nueva frase que se incorpora en la modificación al Campo N°13 del Oficio Circular IF/N°5, denominado "Edad Beneficiario/a al 01/04/2020", señala que "Si la persona beneficiaria se incorporó al contrato o cambió de plan en una fecha posterior debe informarse la edad que tenía el último día del mes en que se incorporó al contrato o cambió de plan".

b) La nueva frase que se incorpora en la modificación al Campo N°20 del Oficio Circular IF/N°5, llamado "Factor de Riesgo Nuevo del Beneficiario/a", señala que "En la eventualidad de un cambio de contrato o plan posterior al 01/04/2020 y que involucre el uso de la Tabla de Factores Única, el factor de riesgo nuevo debe estar asociado a la edad al último día del mes de suscripción del nuevo contrato o plan".

c) En el Anexo de la Circular IF/N°470, en la definición del Campo N°08 Sumatoria Factores de Riesgo Nuevos, se agrega a continuación de la expresión "de ingreso al contrato", la expresión "o plan", de modo que dicha definición queda como sigue: "Corresponde a la suma de los factores de riesgo que se asocian a cada integrante del contrato en la Tabla de Factores Única (TFU) definida en la Circular IF/N°343, considerando para su determinación la edad que la persona tenía al 1 de abril de 2020 o fecha posterior de ingreso al contrato o plan".

d) En el mismo Campo N°08 antes referido, la nueva frase que se incorpora en reemplazo de la contenida en el segundo párrafo de ese campo, indica lo siguiente: "Si la persona beneficiaria se incorporó al contrato o plan en una fecha posterior debe considerarse la edad que tenía al último día del mes en que se incorporó al contrato o plan".

Refiere que le es claro que la propia normativa emitida por este ente regulador, precisamente a propósito de la aplicación de lo resuelto por los fallos de la Corte Suprema y de lo dispuesto por las Leyes Nº 21.647 y Nº 21.674, instruyen en cuanto a que el factor que se debe considerar en caso de cambio de plan de salud, es aquel que corresponde de acuerdo con la edad del beneficiario al momento de incorporación al plan de salud, esto es, en el sentido inverso de lo que ahora, bajo la pretensión de actualizar el proceso de adecuación de precios bases de los contratos de salud previsional a las leyes 21.674 y 21.700, regula.

Concluye que la regla contenida en el numeral 2 "Situaciones especiales de adecuación" subsección "Adecuación por ajuste de excedentes superiores al 10% de la cotización legal" del Título III, Capítulo I del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, introducida por la Circular IF/N°499, debe modificarse en el sentido de señalar que si una persona afiliada, en el proceso por adecuación por excedentes, opta por un plan de salud en comercialización, distinto de aquellos ofrecidos por la Isapre en la comunicación respectiva, se aplicarán los factores etarios vigentes a la época del cambio de plan de acuerdo con la TFU.

Menciona que las eliminaciones y modificaciones solicitados, son indispensables para que la regulación contenida en la Circular IF/N°499, no contradiga la ley, se ajuste a sus propósitos, sin producir alteraciones extemporáneas que alteren el equilibrio económico que, para la subsistencia del sistema privado de salud y de la provisión mixta apuntaron las normas de las Leyes Nº 21.647 y Nº 21.674.

Por todo lo expresado, pide que se acoja este recurso de reposición en contra de lo instruido en la Circular IF/N°499 de fecha 26 de marzo de 2025, y en contra del Oficio Circular IF/N°9, de fecha 28 de marzo de 2025, efectuando las eliminaciones y modificaciones en la forma indicada en el cuerpo de este escrito. En subsidio, interpone recurso jerárquico, para que se efectúen las eliminaciones y modificaciones en la forma indicada en su escrito.

3.5. Que **Isapre Nueva Masvida** expone que repone lo señalado en el acápite II de la Circular, relativo a las modificaciones al Capítulo I "Procedimientos Relativos al Contrato de Salud",

Título III "Instrucciones sobre procedimientos de adecuación de contratos de salud" del Compendio de Normas Administrativas en materia de Procedimientos, refiriendo que este Organismo señala en su numeral 1.3 que para aquellos contratos en que la adecuación se debe realizar sobre el precio final y no en el precio base del plan de salud, dicho precio final se determina multiplicando el precio base por la tabla de factores, excluyendo del cálculo: el precio de la GES, CAEC, las primas extraordinarias, el ajuste al 7% Ley 21.674, los beneficios adicionales y cualquier otro ítem.

Asimismo, repone lo señalado en el acápite II numeral 1.4. letra b), en relación con las características de los beneficios adicionales, a fin de aclarar lo que allí se indica.

Además, solicita hacer modificaciones adicionales al Anexo N°2 del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, fuera de las ya señaladas en acápite II, letra b), número 1.5 de la Circular, referente al contenido mínimo de la comunicación de adecuación por ajuste de excedentes.

Finalmente, repone la regulación en relación con los promedios que se deben considerar para efectos del cálculo de la cotización y los excedentes generados, tratado también en el acápite II numeral 1.4. letra b), en el sentido que más adelante se indica, a fin de corregir una –a su juicio- antinomia.

En relación con la instrucción impartida mediante el acápite II numeral 1.3. de la Circular IF/ N° 499, menciona que la instrucción vulnera flagrantemente lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley N°21.674.

Al respecto, refiere que el art. 10 de la ley N° 21.674 señala que: "Para los contratos afectos al numeral 1) del artículo 2° de esta ley, las modificaciones a los precios bases de los planes de salud realizados de conformidad a los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley N°1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud. se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final.

Para estos efectos, el precio final de los contratos indicados en el inciso anterior será el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados".

Arguye que, de la sola lectura del artículo 10 antes transcrito se desprende que, dado que el precio final es el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explicitas en Salud (GES) y los beneficios adicionales pactados entre las ISAPRES y sus beneficiarios, se encuentran incluidos en el precio final, todos los demás componentes que sean parte del pactado y por lo tanto el precio final incluye, el precio base multiplicado por la suma de factores del grupo familiar, las primas por menores de dos años y de la Ley 21.674, el precio de la CAEC y el denominado factor fallo. De hecho, según menciona, la propia Superintendencia ha señalado que se debe adecuar el efecto del fallo de la Corte Suprema, precisamente porque no se encuentra dentro de los elementos excluidos en la norma del artículo 10 de la Ley 21.674.

Refiere que la citada Ley en caso alguno, para determinar el precio final, resta del precio pactado las primas extraordinarias y el valor asignado a la CAEC, como lo hace entender esta Superintendencia de Salud, sino que sólo resta el precio por las GES y los beneficios adicionales.

Refiere que la norma legal previamente citada es "preclara" (sic) en establecer en forma explícita la base para la adecuación de precio, señalando expresamente que esta debe hacerse sobre el precio final. Asimismo, definir como se determina el precio final, no es interpretable, ya que el tenor literal de la ley no admite interpretación alguna.

Agrega que la exclusión del GES y de los Beneficios Adicionales del proceso de adecuación de precio tiene toda lógica y sentido, ya que ambos tienen procedimientos de modificación de precio particulares definidos especialmente por el legislador. Por esta misma razón es que no corresponde adecuar el valor del ajuste al 7% Ley 21.674, que tiene su propio procedimiento de ajuste.

Estima que, en consecuencia, la adecuación anual de precio de los planes debe considerar o aplicarse a los siguientes conceptos: a) Precio Plan de Salud Complementario; b) La Diferencia Fallo Corte Suprema; c) La Prima edad >= 2 años y <65 años; d) Precio CAEC y; e) Prima Extraordinaria Ley 21.674.

Sostiene que la exclusión de las primas y de la CAEC del proceso de adecuación de precio resulta abiertamente ilegal y expropiatoria, ya que se establece contra una norma legal expresa, alterando el equilibrio financiero y la conmutatividad de los contratos de salud.

En otro orden de ideas, refiere que es necesario señalar que la exclusión de la adecuación de algunos de los elementos que componen el precio final implica que se produzca un desequilibrio financiero en los contratos de salud y, en definitiva, en las isapres, lo que es contrario al propósito buscado por el legislador al establecer las primas. Una interpretación contraria tanto al texto expreso como al espíritu de la ley 21.674 constituye un efecto no previsto al proponerse el Plan de Pago y Ajuste aprobado por esta Superintendencia de Salud, lo que tiene impacto directo en el pretendido equilibrio financiero de las isapres.

Menciona que de la mera lectura del artículo 10 de la recién citada ley al establecer que, en lo sucesivo, la adecuación anual se haría sobre el precio final, aparece palmario que el legislador buscó asegurar, por una parte, la mantención de los efectos de los fallos de la Excma. Corte Suprema al considerar dentro de lo valores sujetos a adecuación la diferencia generada en virtud de dichos fallo y, por otra, mantener el equilibrio financiero, al incorporar también la CAEC y las primas establecidas por ley para dicho efecto.

En síntesis, señala que la única interpretación ajustada a derecho es que la adecuación anual incluya: Precio Base Plan de Salud Complementario; la Diferencia Fallo diferencia fallo Corte Suprema; la Prima edad >= 2 años y ‹65 años, precio CAEC y; la Prima Extraordinaria Ley 21.674. Así únicamente se excluirían aquellos conceptos para los que el legislador ha establecido un procedimiento ad hoc de ajuste de precio, a saber: GES, Beneficios Adicionales y el ajuste al 7% Ley 21.674.

Por otro lado, agrega que también resulta necesario precisar la manera en que quedará conformado el Pactado si los afiliados optan por los planes alternativos a ofrecer dentro del proceso de adecuación de precio base del plan de salud o de Excedentes, cuando estos superan el máximo definido por Ley.

Menciona que el sentido final de la normativa es que el afiliado pueda seguir pagando el mismo precio; en consecuencia, el plan alternativo debe permitir mantener el valor pactado. Para ello el plan alternativo debe tener un precio base equivalente al del plan adecuado (antes de la adecuación) y mantener idénticos todos los demás componentes incluidos en el precio, a saber: el valor de la CAEC, la prima GES, los beneficios adicionales contratados, la Diferencia Fallo Corte Suprema; la Prima edad >= 2 años y <65 años, la Prima Extraordinaria Ley 21.674 y el ajuste al 7% Ley 21.674, de tal manera de cumplir con el propósito de ofrecer una opción en la que el afiliado pueda mantener un precio final equivalente al vigente.

Ahonda en lo anterior, mencionando que la facultad interpretativa de la Superintendencia de Salud no la habilita para modificar el procedimiento para calcular el precio final de los contratos previsionales de salud establecido en virtud de la Ley N° 21.674.

Señala que, si bien el art. 110 N°2 del D.F.L. N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, consagra en cuanto a las funciones y atribuciones la Superintendencia de Salud la 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", dicha facultad en caso alguno le permite al intérprete, en este caso a esta Superintendencia de Salud, ir derechamente en contra de la ley, como lo hace en el numeral 4° de la letra B) del Título II de la Circular recurrida, al restar o excluir las primas extraordinarias de los procesos de adecuación de precios a que se refieren el artículo 95 de la Ley 21.647 y los artículos 197, 198 y 198 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

En efecto, menciona que las instrucciones impartidas contrastan con lo mandatado por el legislador respecto de la forma o metodología de cálculo del precio final de los contratos previsionales de salud, toda vez que, como se mencionó anteriormente, para el cálculo del precio final se debe considerar el precio pactado menos el precio cobrado por las GES y los beneficios adicionales pactados.

Además, menciona que, por mandato expreso de la ley, en lo sucesivo dichas adecuaciones se realizarán sobre el precio final y no sobre el precio base, es decir, la voluntad de innovar respecto del objeto de la adecuación y la base de cálculo es manifiesta por parte del legislador y no puede pretender desconocerse a través de un acto administrativo so pretexto de una simple interpretación.

Expone que el sentido de la norma del art. 10 del Ley N°21.674 es claro, por lo que no admite ningún tipo de interpretación, y se debe estar a lo señalado en el inciso 1° del art. 19 del Código Civil: "Cuando el sentido de la ley es claro, no se desatenderá su tenor literal, a pretexto de consultar su espíritu."

Sostiene que de la simple lectura del N°2 del art. 110 del D.F.L. N°1 de 2005 del Ministerio de Salud, no se desprende facultad alguna que se le confiera a la Superintendencia de Salud para aplicar una metodología diversa a la contenida en el artículo 10° de la Ley N° 21.674, por lo que lo señalado en el numeral 4° de la letra B) del Título I de la Circular es derechamente *contra legem*. Lo que está haciendo el Organismo de Control mediante la Circular impugnada no es interpretar, sino que pretender modificar una disposición legal, vulnerando de paso la Constitución Política de la República al infringir principios básicos del Estado de Derecho como lo son los de 'juridicidad" y "legalidad" consagrados en los artículos 6 y 7 de nuestra Constitución Política, ya que la modificación de una Ley constituye una facultad privativa y excluyente del Poder Legislativo.

Por otra parte, estima que es necesaria una aclaración respecto al párrafo final del numeral 1.3 del acápite II. El numeral 1.3 del acápite II contiene un párrafo final del siguiente tenor: "Finalmente, en caso de que, durante el proceso de adecuación, ya sea por precio base o de excedentes, un afiliado opte por cambiarse de plan, conservará excepcionalmente las primas extraordinarias que se le hayan asignado."

Señala que, no obstante, la ubicación geográfica de dicha disposición normativa quedaría bajo el epígrafe que se crea en el citado numeral de la Circular que se repone llamado: "Adecuación de precios de contratos vigentes al 1 de diciembre de 2022 que no contemplaban la Tabla Única de Factores", al quedar en dicha ubicación geográfica se genera una confusión respecto al alcance de dicha disposición, ya que podría interpretarse que únicamente resulta aplicable cuando se trate de adecuación de precios de contratos vigentes al 1 de diciembre de 2022 que no contemplaban la Tabla Única de Factores. Sin embargo, esta Intendencia, mediante Oficio IF/N°12.228 de fecha 20 de marzo del presente, en respuesta a las consultas formuladas por las Asociación de Isapres AG, en particular, en el párrafo final de aquella

signada con el número 9, señaló textualmente: "Sin perjuicio de lo anterior, de las reglas señaladas precedentemente, se desprende que, en las adecuaciones por excedentes y de precio base, lo que se intenta modificar es el plan de salud o los beneficios adicionales con el objeto que el afiliado no genere excedentes por sobre el 5% de la cotización legal obligatoria y el aumento autorizado por la Superintendencia al precio base del plan. De esta forma, los otros elementos del precio pactado, tales como: primas extraordinarias, prima por menores de 2 años y prima GES, no deben modificarse por los referidos procesos. En consecuencia, si a propósito de esos procesos un cotizante se cambia de plan, conservaría las primas GES, Extraordinaria y por menores de 2 años."

Menciona que del tenor del Oficio IF/N° 12.228 queda claro que la aclaración del Regulador con relación a que, entre otros conceptos, se conservaría la prima extraordinaria y por menores de 2 años si un cotizante se cambia de plan a propósito de un proceso de adecuación de precio de planes o de excedentes. Así las cosas, Señala que resulta necesario aclarar que la disposición contenida en el párrafo final del numeral 1.3 del acápite II de la Circular que se repone tiene aplicación general en los procesos de adecuación y no únicamente para los contratos señalados en el epígrafe que allí se crea bajo el numeral 1 bis del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos (Contratos sin TFU).

Agrega que es necesario hacer presente que, tal como se ha señalado en la parte final del acápite 1.1. de esta presentación, se deben complementar y precisar las instrucciones contenidas en la Circular que se repone, en el sentido de agregar todos aquellos conceptos que deben incluirse en el plan alternativo que debe ofrecerse en el contexto de los procesos anuales de adecuación de precio base de los planes de salud.

Refiere que estos conceptos, además del precio base, son los siguientes: el valor de la CAEC; la prima GES; los beneficios adicionales contratados; la Diferencia Fallo Corte Suprema; la Prima edad >= 2 años y <65 años; la Prima Extraordinaria Ley 21.674 y el ajuste al 7% Ley 21.674; y que sólo incluyendo todos estos conceptos, al momento de definir el plan alternativo a ofrecer en los procesos de adecuación, es posible determinar un plan en que el afiliado mantenga su precio final vigente, si es que opta por cambiarse al nuevo plan. Por lo anterior, estima indispensable incorporarlo en la normativa como una regulación expresa y de aplicación general para dichos procesos.

Por otro lado, y en relación con las características de los beneficios adicionales, que se encuentra en el acápite II numeral 1.4. letra b) de la Circular IF/N° 499, esta Circular establece que "Los beneficios y condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser los mismos que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo beneficio o plan y no podrán importar una discriminación entre dichas personas afiliadas."

A su vez, menciona que el Oficio IF/N°12228 de 20 de marzo de 2025, en que se contestaron las consultas realizadas por el Sr. Matías Avendaño, señala en la pregunta número 7: "Dado que la ley no establece limitaciones, estimamos que se pueden ofrecer nuevos beneficios complementarios creados para este efecto". La respuesta fue la siguiente: "El inciso 9° artículo 188 establece: "En caso de que, en las sucesivas adecuaciones anuales, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual supere el 5% de la cotización legal para salud, la Institución de Salud Previsional estará obligada a ofrecer al afiliado la incorporación nuevos beneficios o planes de salud alternativos, cuyos precios más se aproximen al valor de su nueva cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento".

Por tanto, menciona que la exigencia de comercialización dentro de los seis meses anteriores es una cuestión que dice relación con los planes alternativos a ofertar y no con los beneficios adicionales, respecto de los cuales no existe exigencia alguna de antigüedad de comercialización."

Estima que es posible ver una aparente contradicción entre la Circular que se viene reponiendo y el oficio citado, dado que la primera, de alguna manera iguala las condiciones y requisitos para los nuevos beneficios y planes a ofrecer, limitándose a señalar en ambos casos deben ser aquellos que se estén ofreciendo. En virtud de lo expuesto y a la luz de lo señalado en el Oficio, solicita que se aclare en la Circular que sólo los planes de salud ofrecidos en el contexto de las comunicaciones efectuadas para informar a los afiliados que tienen excedentes por sobre el 5% de la cotización legal, deben tener seis meses en comercialización.

Expone que, a diferencia de lo que ocurre con los planes alternativos, en cuanto a los beneficios, como nada dice la norma, se debe aclarar que pueden ser especialmente creados para este efecto, en consecuencia, se puede iniciar la comercialización de estos juntamente con la remisión de las comunicaciones a los afiliados, tal como posteriormente lo ha señalado esta Superintendencia, de tal manera de evitar cualquier confusión posterior.

En otro tema, en relación con los promedios que se deben considerar para efectos del cálculo de la cotización y los excedentes generados, tratado en el acápite II, numeral 1.4. letra b) de la Circular IF/ N°499, se señala que: "Para efectos del cálculo de la cotización legal para salud y de los excedentes que pudieren generarse, se empleará el promedio correspondiente a los últimos seis meses tanto de la cotización como de los excedentes."

Por otra parte, la misma Circular señala más adelante lo siguiente: "En el evento de que la isapre haya comunicado su intención de adecuar sus precios base y se encuentre legalmente habilitada para ello, el monto de excedentes que deberá destinarse a la cuenta corriente individual del afiliado se calculará considerando el monto total que este deba pagar por su contrato de salud, una vez aplicado el nuevo precio base, conforme a la comunicación efectuada por la isapre en el marco del proceso de adecuación.

Por el contrario, si la isapre opta por no efectuar la adecuación del precio base o se encuentra impedida de hacerlo, el cálculo del monto de excedentes a destinar a la cuenta corriente individual se realizará en función del monto total que el afiliado deba pagar por su contrato de salud vigente al mes de marzo del año respectivo, mes en que corresponde a la isapre efectuar la comunicación de adecuación."

Menciona que hay una inconsistencia o antinomia en la Circular que se viene reponiendo, que debe ser salvada, dado que sólo se debe calcular el promedio de las cotizaciones legales obligatorias para salud, no de los excedentes.

Por ello estima que, consecuencialmente, es necesario que se elimine del primer párrafo citado en este acápite, la alusión al cálculo del promedio de los excedentes, dado que la operación que se debe realizar para evaluar la situación del afiliado es comparar el promedio de la cotización legal obligatoria de los últimos seis meses, con la cotización total pactada del mes de marzo, salvo en la presente anualidad, en que de manera excepcional se utilizan sólo cinco meses en vez de seis. El valor del excedente que se debe considerar se encuentra dado por el diferencial que se produzca entre el promedio de las cotizaciones legales obligatorias para salud con la cotización total pactada del mes de marzo; no se requiere calcular un promedio de los excedentes de los seis meses anteriores, dado que esto no tendrá ninguna aplicación.

Por otro lado, sobre las modificaciones al Anexo 2 "Contenido de la Comunicación de Adecuación por ajuste de excedentes" del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, menciona que en la letra b), número 1.5, de su acápite II, se establece las modificaciones que tendrá el Anexo N°2 del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, referente al contenido mínimo de la comunicación de adecuación por ajuste de excedentes.

Refiere que, en la instrucción, se modifican todos los 10% por 5% y se agrega como mención obligatoria en el número 9, a continuación de la frase existente, lo siguiente: "Esto es, que toda diferencia superior al 5% de la cotización legal, en caso de no aceptar el plan de salud alternativo o nuevos beneficios, no generará excedentes."

Alega que, si bien estas modificaciones son necesarias, se requiere realizar otras adicionales, para cumplir con el marco normativo actual.

Señala que se debe agregar, a continuación del punto 6 del Anexo N°2 que señala: "Oferta de planes alternativos de acuerdo con la normativa vigente, incluyendo su precio base y precio final a pagar", lo siguiente: "y/o la oferta de beneficios adicionales y su precio."

Asimismo, refiere que se debe agregar a continuación del punto 8 que señala "Oferta de plan propuesto, incluyendo el precio base y precio final", lo siguiente: "y/o de los beneficios complementarios, con su precio y el valor final a pagar en caso de contratarlos."

Además, estima que se debe eliminar el número 10 del Anexo N°2 que establece la opción de desafiliarse, dado que la ley no lo dispone. Lo anterior, sin perjuicio que la persona podrá desafiliarse en cualquier momento, si es que cumple con alguno de los requisitos que la ley dispone para ello.

Finalmente, tal como se reconoce en la misma Circular, hay casos en que no se hará adecuación de precio base, pero se procederá de todas formas con la comunicación por ajuste de excedentes, por superar el tope legal establecido; esto también se señaló expresamente en el número 8 del Oficio IF/N°12228 de 20 marzo de 2025. Por ello es que debe dejarse explícitamente establecido que cuando se da dicha hipótesis, no se deben realizar las menciones contenidas en el Anexo N°2 que sean propias de los procesos de adecuación de precio base.

En líneas generales, expone que existe un argumento común a las diversas instrucciones que se reponen: La Superintendencia de Salud debe actuar dentro del ámbito de sus facultades, respetando la confianza legítima, los principios de legalidad y juridicidad.

En línea con lo mencionado anteriormente, estima del caso recordar que los Órganos del Estado deben actuar en observancia del principio de legalidad y juridicidad y observar los artículos 6 y 7 de la Constitución Política de la República, en relación con el art. 110 del DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud.

Los preceptos constitucionales antes citados, constituyen un pilar fundamental del derecho público chileno, en virtud del cual todos los Órganos del Estado deben regir integralmente su comportamiento a la Constitución y a la Ley, tanto en su ser como en su obrar, lo que garantiza una efectiva limitación del ejercicio del poder público y la existencia de un Estado de Derecho. El artículo 6° de la Constitución establece que "Los órganos del Estado deben someter su acción a la Constitución y a las normas dictadas conforme a ella, y garantizar el orden institucional de la República.

Los preceptos de esta Constitución obligan tanto a los titulares o integrantes de dichos órganos como a toda persona, institución o grupo. La infracción de esta norma generará las responsabilidades y sanciones que determine la ley."

A su vez, el artículo 7 de la CPR señala que "Los órganos del Estado actúan válidamente previa investidura regular de sus integrantes, dentro de su competencia y en la forma que prescriba la ley.

Ninguna magistratura, ninguna persona ni grupo de personas pueden atribuirse, ni aun a pretexto de circunstancias extraordinarias, otra autoridad o derechos que los que expresamente se les hayan conferido en virtud de la Constitución o las leyes.

Todo acto en contravención a este artículo es nulo y originará las responsabilidades y sanciones que la ley señale".

De esta norma, estima que se desprende el llamado principio de legalidad que establece claramente requisitos de validez para las actuaciones de los órganos del Estado. La Circular que se impugna importa, a su juicio, una actuación de la Superintendencia fuera del ámbito de sus facultades ya que, como se dijo anteriormente, lo que está haciendo el Organismo de Control mediante la Circular impugnada no es interpretar, sino que derechamente está modificando una norma legal nítida como lo es el artículo 10 de la Ley 21.674 y el inciso final del artículo 198 del DFL N°1 de salud, modificado por la Ley 21.700, vulnerando la Constitución Política de la República al infringir los principios de juridicidad y legalidad antes señalados.

Por todo lo anterior, pide tener por interpuesto el presente recurso de reposición en contra de la Circular IF/N°499 de fecha 26 de marzo de 2025, solicitando, en definitiva, modificar la resolución recurrida en aquello que se refiere a los 1.3, 1.4 y 1.5 letra b) del acápite I, en los términos antes expuestos. En subsidio y, para el improbable evento de que esta Intendencia no acoja la reposición impetrada, por las mismas razones y argumentos expuestos, solicita tener por interpuesto recurso jerárquico para ante el Sr. Superintendente de Salud, darle la tramitación que conforme a derecho corresponde y, en definitiva, elevar el recurso al Sr. Superintendente de Salud para que éste, conociendo del mismo, lo acoja en todas sus partes.

4. Que, vistos los recursos presentados y considerando que todas las Isapres han recurrido respecto de la misma norma, han presentado argumentaciones en términos similares, y atendiendo a los principios de celeridad[1] y economía procedimental[2], **se resolverá de manera conjunta respecto de todas ellas**.

5. Que, respecto de la **solicitud de suspensión de la Circular recurrida**, presentada por las Isapres **Colmena** y **Cruz Blanca**, cabe señalar que, según lo establecido en el Art. 57 de la Ley N° 19.880, la interposición de un recurso administrativo no suspende la aplicación del acto que se impugna. De manera excepcional, esta Superintendencia de Salud puede suspender la ejecución del acto impugnado cuando su cumplimiento pudiere causar daño irreparable o hacer imposible el cumplimiento de lo que se resolviere, en caso de acogerse el recurso.

   En este caso, como se explicará más adelante al analizar el fondo de lo solicitado, no se cumplen los requisitos legales para otorgar la suspensión, ya que los argumentos entregados no demuestran de forma adecuada la existencia de un daño irreparable ni la imposibilidad de cumplir con lo que se decida.

   A mayor antecedente, debe tenerse en cuenta que la incertidumbre generada por una eventual suspensión de los efectos de esta Circular, en medio de un proceso de adecuación en curso, podría generar un daño mayor al sistema privado de salud, al desarrollarse sin reglas claras.

   Por tanto, se denegará la solicitud de suspensión requerida por las Isapres Colmena Golden

---

[1] Art. 7 Ley 19.880.
[2] Art. 9 Ley 19.880.

Cross y Cruz Blanca.

6. Que, en cuanto a las **alegaciones de forma**, las Isapres **Consalud**, **Banmédica** y **Nueva Masvida** alegan que esta Superintendencia estaría obrando **fuera de su competencia legal**. Sobre esta materia, la doctrina clásica ha establecido que la competencia es la "Medida de la potestad que corresponde a cada entidad y a cada órgano"[3]. A su vez, la Constitución Política de la República establece claramente en sus Arts. 7 y 64 N°2 que la competencia se atribuye por Ley.

   En tal sentido, la ley que confiere potestades a esta Superintendencia de Salud es el DFL N°1, de 2005, de Salud. En esta ley se expresa claramente que a esta Entidad le corresponde "Supervigilar y controlar a las instituciones de salud previsional, en los términos que señale este Capítulo, el Libro III de esta Ley y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley en relación con las Garantías Explícitas en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen." Además, agrega, que corresponderán a la Superintendencia, en general, las siguientes funciones y atribuciones... 2.- 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."

   Por tanto, y sin perjuicio de lo que se desarrollará respecto del fondo de los recursos, cabe asentar que esta Superintendencia ha actuado dentro del marco de supervigilancia y control de las isapres respecto a las normas que las rigen, y de acuerdo a las potestades que le han sido entregadas, por lo que **la alegación de incompetencia será desestimada**.

   Mismas argumentaciones caben para las **alegaciones de ilegalidad y anti-juridicidad** que menciona **Isapre Nueva Masvida**, lo que en consecuencia se rechazará.

6.1. Que, en cuanto a la alegación de **afectación a la confianza legítima**, mencionado por Isapre Nueva Masvida, debe tenerse en consideración que la confianza legítima no es una institución reconocida por las leyes chilenas, a diferencia de lo que ocurre en otros países, como Alemania. Sin embargo, la jurisprudencia judicial y administrativa la reconoce en ciertos casos. Así, para la doctrina, la confianza legítima "exige que se mantengan las situaciones que han creado derecho a favor de sujetos determinados, sujetos que confían en la continuidad de las relaciones surgidas de actos firmes de la Administración, por lo que habrá razón para considerarlos definitivos y actuar en consecuencia"[4].

   Ahora bien, la Isapre no desarrolla qué hecho o cuál es la norma en específico que habría quebrantado la confianza legítima, en los términos anteriormente expuestos. Por tanto, no habiéndose demostrado una conducta previa en un sentido diferente y de entidad suficiente para los efectos que conlleva la confianza legítima, el recurso será rechazado en este punto.

6.2. Que, respecto a la alegación de **falta de motivación**, hecha por la **Isapre Consalud**, cabe establecer que el motivo o fundamento de la Circular recurrida fue el de actualizar el procedimiento para la adecuación de los precios base y adecuación especial por excedentes de los planes de salud, conforme a las modificaciones introducidas por las Leyes 21.674 y 21.700.

---

[3] Luis Cordero Vega, *Lecciones de Derecho Administrativo*, Segunda edición corregida (Thomson Reuters, 2015), 198.

[4] Cordero Vega, 307.

Como se puede observar, y a diferencia de lo que menciona la recurrente, sí existe una fundamentación expresa y suficiente en la norma sobre la necesidad de emitir la Circular impugnada. De esta manera, esta Intendencia estima que la norma cumple el estándar impuesto por la Excma. Corte Suprema (C.10°; Sentencia Excma. Corte Suprema N°39.649 de 2020), en el sentido de que se señalan los motivos del por qué se determinó la decisión en razón del interés público involucrado y, a su vez, se permite verificar que la decisión fue emitida dentro del marco de legalidad, por lo que no se observa el incumplimiento que la recurrente invoca.

A mayor antecedente, 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[5].

Tanto es así, lo anteriormente señalado, que las mismas isapres han podido desarrollar sus defensas y demostrar latamente su visión del por qué la norma debió instruirse en otro sentido o -derechamente- no hacerse.

Por estas razones debe desestimarse la alegación de falta de fundamentación de la Circular recurrida, sin perjuicio de lo que se señale más adelante.

6.3. Que, respecto de la **antinomia jurídica** que plantea Isapre **Nueva Masvida**, al señalar que "solo debería calcularse el promedio de las cotizaciones legales obligatorias para salud, y no de los excedentes", es importante aclarar que para que exista una antinomia jurídica o conflicto de normas, deben concurrir al menos dos disposiciones normativas que sean formal o materialmente incompatibles[6].

En este caso, la Isapre menciona únicamente una norma, que se refiere al cálculo de la cotización legal para salud y a los excedentes que pudieran generarse. No identifica otra norma con la que esa disposición entraría en conflicto.

Por lo tanto, al no demostrarse la existencia de dos normas incompatibles, no puede hablarse de un conflicto normativo, razón por la cual esta alegación será rechazada.

7. Que, resueltas las alegaciones de forma, procede proseguir con el fondo del asunto.

Así, en cuanto a la **expresión de la Circular recurrida: "Dicho procedimiento se aplicará solo a los contratos de salud que tengan a lo menos un año de vigencia al 1 de junio del año en que se aplique la respectiva adecuación",** cabe hacer presente a las Isapres **Colmena Golden Cross, Cruz Blanca y Consalud**, que la Ley N° 21.350 se limitó a modificar el procedimiento de adecuación de los precios base de los planes de salud, principalmente a través de la sustitución del antiguo artículo 198 del DFL N°1, de 2005, de Salud, por uno nuevo, y realizando las alteraciones respectivas, producto del nuevo procedimiento, en el artículo 197.

Por tanto, la modificación legislativa no alteró otras normas ya existentes del citado decreto con fuerza de ley ni modificó preceptos sustantivos referidos al contrato de salud, el plan de salud, su precio base o la facultad de adecuación anual de dicho valor, salvo las que expresamente se indicaron.

---

[5] Cordero Vega, 90–91.

[6] Miriam Lorena Henríquez Viña, "Los jueces y la resolución de antinomias desde la perspectiva de las fuentes del Derecho Constitucional chileno", *Estudios constitucionales* 11, n° 1 (2013): 459–76, https://doi.org/10.4067/S0718-52002013000100012.

De tal modo, cabe tener presente que la facultad de las isapres en cuestión sigue existiendo, y que ésta se aplica al "precio base del plan", como indica el inciso tercero del artículo 197. A su vez, dicha atribución continúa siendo una excepción al carácter indefinido e inmodificable de los contratos de salud, establecido en el inciso primero del mismo artículo 197. Por su parte, lo que se modifica es una cláusula del contrato de salud, contemplada en la letra e) del inciso segundo del artículo 189, la que es distinta del plan de salud propiamente tal, que corresponde al conjunto de beneficios pactados y que se regula en la letra b) del mismo precepto.

En tal sentido, se debe tener presente que lo adecuado anualmente es el precio base de un plan de salud de un determinado afiliado, esto es, de una de las cláusulas de su contrato de salud. Por consiguiente, que el procedimiento actual establezca la misma oportunidad para que la adecuación de toda la cartera de afiliados de una isapre surta sus efectos, es decir, una anualidad "única", en nada altera el objeto de dicha modificación ni su naturaleza jurídica.

Por el contrario, para efectos de lo previsto en el artículo mencionado, no puede disociarse un plan de salud de un contrato del que forme parte, ni menos podría alterarse en forma general, el precio base preestablecido de dicho conjunto de beneficios, mediante un proceso distinto de la adecuación, dado que tal modificación implicaría, en la práctica, la creación de un plan de salud nuevo y distinto del anterior.

En tal sentido, la exclusión del proceso de adecuación anual contenida en la norma en análisis, respecto de "aquellos planes que a dicha fecha tengan menos de un año", sólo puede entenderse referida a los contratos de salud que hayan sido suscritos en fecha posterior a la respectiva vigencia anual incorporada por la nueva ley.

A mayor antecedente, de la Historia de la Ley N° 21.350, en particular el Informe de la Comisión de Salud del Senado de fecha 24 de mayo de 2021 (oportunidad en que se introdujeron indicaciones al proyecto de ley en curso, adoptándose el texto definitivo que se incorporó al DFL 1/2005, de Salud), se desprende que la propuesta legislativa alude constantemente al término "plan de salud" para referirse, obviamente, al "contrato de salud", que es lo que se adecua anualmente.

En efecto, en parte del texto se indica que la senadora Goic señaló que "no hay justificación para aumentar los precios de los contratos" (sic), mientras que el Superintendente de Salud aludió a que los reajustes deben dar certeza "a las personas que contratan un plan" (sic).

Finalmente, los integrantes de la comisión presentaron un texto de acuerdo en el que incluyeron el texto que se analiza, esto es, la referencia a "planes que a dicha fecha tengan menos de un año".

Sin embargo, como consta en dicha Historia de la Ley y en el texto aprobado, el proyecto legislativo tiene por único objetivo limitar o disminuir las alzas anuales de los precios base de los planes de salud, utilizando para ello el indicador que ya venía elaborando esta Superintendencia (IRCSA), al que se le otorga reconocimiento legal.

Por consiguiente, el proyecto en cuestión introdujo ciertos cambios de procedimiento para aplicar este nuevo tipo de adecuaciones anuales, pero no innovó en otras materias ni menos pretendió modificar aspectos sustantivos del contrato de salud o del conjunto de sus beneficios (planes de salud).

Así, el artículo 197 del DFL N°1 de 2005, de Salud, continúa señalando: "Anualmente, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan...".

Por cierto, esta interpretación es coherente con el artículo 189 letra e) del citado DFL 1 (el precio "sólo podrá variar una vez cumplidos los respectivos períodos anuales") y con el objeto de esta facultad extraordinaria que la ley otorga a las isapres, de modificar unilateralmente el precio de los contratos de salud, que no es otro que reflejar en cada contrato el aumento que los costos de la salud han experimentado en el último año, lo que haría improcedente que a un afiliado se le aumentara el precio de su contrato antes de que cumpla un año en la isapre.

A mayor antecedente, lo anterior se viene aplicando en los juicios arbitrales llevados por esta Superintendencia de Salud, por lo que debería ser un criterio conocido por las recurrentes.

Por todo lo expresado, se rechazarán los recursos de reposición que dicen relación con este punto.

8. Que, Isapre **Nueva Masvida** hace argumentaciones en base a las respuestas dadas en **Oficio IF/N°12.228**, de 20 de marzo de 2025. Específicamente, pide que se deje establecido que los nuevos beneficios a ofrecer dentro del contexto de la "Adecuación por ajuste de excedentes superiores al 5% de la cotización legal" no están sujetos a límite temporal respecto a la antigüedad de comercialización, tal cual se habría señalado en ese oficio.

   El Oficio aludido, refiere como pregunta N°7 "Dado que la ley no establece limitaciones, estimamos que se pueden ofrecer nuevos beneficios complementarios creados para este efecto". A ello se respondió, en lo que interesa, que "Por tanto, la exigencia de comercialización dentro de los seis meses anteriores es una cuestión que dice relación con los planes alternativos a ofertar y no con los beneficios adicionales, respecto de los cuales no existe exigencia alguna de antigüedad de comercialización."

   Como se puede observar, resulta efectivo lo argumentado por la recurrente. Consecuentemente, y con miras a asegurar la coherencia normativa, se agregará lo solicitado de la siguiente forma:

   Agréguese entre el primer y segundo párrafo incorporados por la letra b, del numeral 1.4, del Título II, de la Circular IF/N°499, de 26 de marzo de 2025, el siguiente párrafo: "La exigencia de que los planes hayan sido comercializados en los seis meses anteriores fue establecida por el legislador únicamente para la oferta de planes de salud alternativos. Por lo tanto, y para efectos de la adecuación por ajuste de excedentes, las isapres podrán ofrecer beneficios adicionales que hayan sido creados sin estar sujetos a dicha limitación temporal."

   Asimismo, en el antiguo párrafo segundo, actual tercero, de esa misma ubicación, reemplácese la primera expresión "Los beneficios y condiciones generales" por "No obstante, los beneficios y condiciones generales".

9. Qué, en relación con las alegaciones hechas sobre las **primas extraordinarias**, deben hacerse previamente algunas aclaraciones.

   Primeramente, como consecuencia de los efectos que conllevaron las sendas sentencias dictadas por la Excma. Corte Suprema en el año 2022, el Congreso Nacional emitió dos normas de rango legal que habilitaron el cobro de las primas extraordinarias. La primera inserta en la Ley 21.647 sobre reajuste de remuneraciones del sector público y, la segunda, en la Ley 21.674 -llamada coloquialmente Ley Corta de Isapres-.

   A la primera prima extraordinaria se le denominó "Total Prima Extraordinaria Ley 21.647" en el Archivo Maestro de Contratos, la que es informada a través de la sección "D", del Formulario Único de Notificación, bajo la denominación "Valor UF edad > ó = 2 años y < 65".

Su causa jurídica se encuentra en el artículo 95 de la Ley 21.647, y esta perseguía un fin específico: "...financiar en parte las prestaciones de salud de las cargas nonatas o menores de dos años de edad que no estén cubiertas a través del régimen de garantías explícitas en salud...".

En cuanto al universo de contratos afectos a esta prima, el artículo aludido lo circunscribe al proceso de adecuación del año 2024 en dos oportunidades al menos: 1. En su inciso primero (con la expresión "Excepcionalmente, en el proceso de adecuación de precios"); y 2. En su numeral quinto al establecer que se incorporaría "luego de la adecuación". Esto fue recogido por la norma administrativa de esta Superintendencia a través de las Circulares IF/N°460, de 2 de febrero de 2024, e IF/N°467, de 9 de mayo de 2024.

La Circular IF/N°460 estableció la incorporación de esta Prima Extraordinaria, y la Circular IF/N°467, por su parte, fijó que: "Se debe informar cero (0) en el caso de personas beneficiarias que no tengan asociada Prima Extraordinaria Ley 21.647, sea, por ejemplo, porque la Isapre no cobra esta prima, porque la persona no cumple el requisito de edad establecido en la ley, o porque se incorporó al contrato en un período posterior a marzo 2024" (fecha en que se produjo la adecuación de precios que alude la Ley 21.647).

Respecto a su extinción, la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025, estableció reglas comunes para las primas extraordinarias de las Leyes, fijando que: "Si una persona cotizante de la cartera que está afecta a alguna de las primas extraordinarias cambia de plan, se le deja de aplicar las respectivas primas." (N° 3, letra B).

En cuanto a su reajustabilidad, la mentada Circular IF/N°493 agregó como regla común adicional que: "Las primas extraordinarias no estarán afectas a ninguno de los procesos de adecuación de precios a que se refieren el artículo 95 de la Ley 21.647 y los artículos 197, 198 y 198 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud."

En relación con el retiro de cargas, esa misma Circular estableció dos principios: 1. No se aplica la prima a los beneficiarios incorporados con posterioridad a su fijación; 2. El retiro de un beneficiario implica la extinción de su prima asociada.

En base a lo mencionado, la caracterización de la Prima Extraordinaria Ley 21.647 puede resumirse de la siguiente manera:

a) Se incorporó a los contratos de salud en la adecuación de marzo de 2024.
b) Los contratos suscritos con posterioridad a esa fecha no pueden incluirla.
c) Si un afiliado cambia de plan de salud, se extingue.
d) Respecto de las cargas, no se aplica a los beneficiarios incorporados con posterioridad a su fijación y el retiro de un beneficiario implica la extinción de su prima asociada
e) La prima no es objeto de las adecuaciones a que se refieren los artículos 197, 198 y 198 bis del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, y el artículo 95 de la Ley 21.647.

Ahora bien, la Prima Extraordinaria Ley 21.674 se circunscribe al plan de pago y ajustes que podían presentar las isapres, por eso también se le llama "Prima Extraordinaria PPA". Su finalidad es: "cubrir el costo de las obligaciones con sus personas afiliadas, correspondientes a prestaciones, licencias médicas, excesos y excedentes de cotización, entre otros. Asimismo, deberá considerar los costos operacionales y no operacionales que permiten el cumplimiento de los contratos de salud, incluyendo, además, las medidas de contención de costos propuestas en el mismo plan."

Respecto al universo de contratos afectados, la Circular IF/N°484 de 15 de octubre de 2024, estableció los campos del Archivo Maestro de Contratos que las isapres debían informar respecto a esta prima. Allí se fijó que "Se informará **valor 0 (cero) si el contrato fue**

suscrito en un período posterior a la fijación de la prima; si la isapre decidió no aplicar una prima extraordinaria por beneficiario o en otras situaciones en que no corresponda el cobro de dicha prima."

En cuanto a su extinción por los cambios de planes de salud, la Circular IF/N°470, de 7 de junio de 2024, en su numeral X, estableció un derecho de opción de los afiliados, en el sentido de que podían elegir entre: 1. Mantener su plan con los beneficios ofrecidos, al nuevo precio pactado; 2. Aceptar alguno de los planes alternativos ofrecidos por la isapre, al menos uno cuyo precio pactado sea más cercano al valor de la cotización legal (en el caso del ajuste a la cotización legal obligatoria) y cuyo precio sea equivalente al vigente (para el caso de la incorporación de la prima extraordinaria); o 3. Desafiliarse de la Institución de Salud Previsional.

En lo que interesa, esa circular estableció que "En los casos en que la persona cotizante **no acepte el ajuste de precio con los nuevos beneficios propuestos o la aplicación de la prima extraordinaria y opte por un plan alternativo u otro que comercialice la isapre** o por desahuciar el contrato de salud previsional, la isapre deberá dejar sin efecto el FUN enviado junto a la comunicación del ajuste de precio, emitir el respectivo FUN y, en caso de que corresponda, proceder a la reliquidación de prestaciones y restitución de diferencias de cotizaciones y/o copagos que se hubieren generado entre la vigencia del FUN enviado y del que lo reemplace".

Lo anterior fue reforzado en las reglas comunes de la Circular IF/N°493, contenidas en su N°3, letra B, como ya se señaló.

Respecto a su reajustabilidad, la mentada Circular IF/N°493 agregó como regla común adicional que: "Las primas extraordinarias no estarán afectas a ninguno de los procesos de adecuación de precios a que se refieren el artículo 95 de la Ley 21.647 y los artículos 197, 198 y 198 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud."

En relación con el retiro de cargas, esa misma Circular estableció dos principios: 1. No se aplica la prima a los beneficiarios incorporados con posterioridad a su fijación; 2. El retiro de un beneficiario implica la extinción de su prima asociada.

A modo de resumen, la caracterización de la Prima Extraordinaria Ley 21.674 (PPA) puede sintetizarse de la siguiente manera:

a) Se incorporó a los contratos de salud en la fecha que la isapre respectiva fijó la prima ligada a su Plan de Pago y Ajuste.
b) Los contratos suscritos con posterioridad a esa fecha no pueden incluirla.
c) Los cambios de planes de salud extinguen esta prima.
d) Respecto de las cargas, no se aplica a los beneficiarios incorporados con posterioridad a su fijación y el retiro de un beneficiario implica la extinción de su prima asociada
e) La prima no es objeto de las adecuaciones a que se refieren los artículos 197, 198 y 198 bis del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, y el artículo 95 de la Ley 21.647.

Aclarado lo anterior, Isapre **Banmédica** y **Nueva Masvida** argumentan que la transmisibilidad de **las primas extraordinarias durante el proceso de adecuación debe ser considerada como regla general**. Al respecto, efectivamente estas primas -si bien son excepcionales- no son exclusivas de los contratos de salud suscritos con anterioridad al 1 de diciembre de 2022. En tal sentido, la primera de esas primas comenzó a cobrarse dos años después, por lo que efectivamente, y sin perjuicio de su carácter temporal y excepcional, deben establecerse reglas al efecto. Por tanto, se acoge parcialmente las alegaciones de Banmédica y Nueva Masvida, se ajustará la redacción de lo solicitado en el siguiente sentido: En el numeral 1.3, del Título II, de la Circular IF/N°499 de 29 de marzo de 2025, se elimina

el párrafo "Finalmente, en caso de que durante el proceso de adecuación, ya sea por precio base o de excedentes, un afiliado opte por cambiarse de plan, conservará excepcionalmente las primas extraordinarias que se le hayan asignado."

Se crea un nuevo numeral 1.3 bis en el Título II, de la Circular IF/N°499, con el siguiente contenido: "1.3 bis. Se crea un nuevo numeral 1 ter llamado "Vigencia de las primas extraordinarias de la Ley 21.647 y 21.674 en relación con el proceso de adecuación" y se agrega en este el siguiente contenido:

"Las primas extraordinarias surgieron como medidas excepcionales autorizadas por dos leyes dictadas tras fallos judiciales de la Excma. Corte Suprema. La primera, denominada Prima Extraordinaria Ley 21.647, fue creada para financiar en parte las prestaciones de salud de cargas nonatas o menores de dos años sin cobertura GES. Esta prima se incorporó durante el proceso de adecuación de precios de marzo de 2024, conforme a lo indicado por esta Superintendencia de Salud en sus Circulares IF/N°460, de 2 de febrero de 2024, y 467, de 9 de mayo de 2024. En cambio, la Prima Extraordinaria Ley 21.674, también llamada "Prima Extraordinaria PPA", está asociada a los planes de pago y ajuste que presentaron las isapres para cubrir sus obligaciones contractuales con los afiliados, incluidos costos operacionales. Esta prima se incorpora a los contratos según la fecha en que la isapre la haya fijado, conforme lo establecido en la Circular IF/N°470, de 7 de junio de 2024.

Ambas primas no pueden incorporarse en los nuevos contratos de salud que celebre la isapre y se extinguen si el afiliado cambia de plan de salud. Sin embargo, de manera excepcional, si el afiliado decide cambiar su plan de salud durante el proceso de adecuación, ya sea por precio base o de excedentes, conservará las primas extraordinarias."

10. Que, **Isapre Banmédica** pide que se **incorpore a las instrucciones lo aclarado por el Oficio Circular IF/N°9, de 28 de marzo de 2025**. En relación a lo solicitado, en ese oficio, al resolver sobre las dudas acerca de la "...determinación de plan alternativo para ajuste de precio base", específicamente la "Necesidad del *"arrastre"* del ajuste del 7%", se respondió que: "No obstante, una interpretación sistemática de las leyes relacionadas con las cotizaciones a pagar por los afiliados, implica que el plan alternativo que ofrezca la isapre debe ser equivalente al total de la cotización a pagar antes de la adecuación, es decir, incluyendo el ajuste a la cotización legal obligatoria."

    El ajuste fue sólo una vez, no permanente de acuerdo al Art. 9 de la Ley 21.674, por lo que se determina que no es una materia de Compendio, al ser temporal.

11. Que, en cuanto al concepto de **"precio final"** considerado para efectos de la adecuación, las isapres recurrentes hacen diferentes alegaciones.

    Una de ellas, hecha por Isapre **Nueva Masvida,** refiere que el concepto de **precio final no sería interpretable** y que, a su juicio, el artículo 10 de la Ley 21.674 es una norma con elementos taxativos. En la misma línea, Isapres **Cruz Blanca** y **Consalud** refieren que la Ley 21.674 fue la que incorporó la regla expresa sobre reajuste y que no se podrían obviar las primas extraordinarias.

    En tal sentido el inciso segundo del artículo 10 aludido establece que para efectos de las adecuaciones de precio base de los artículos 197 y 198 del DFL N°1, de 2005, de Salud, "...el precio final de los contratos indicados en el inciso anterior será el **precio pactado** menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados".

    Ahora bien, ni la norma sectorial de las isapres ni la Ley 21.674 dan un concepto acabado de

"precio pactado". Por tanto, y a diferencia de lo dicho por las recurrentes, no es un elemento exento del ejercicio de la interpretación.

Ahora bien, el Diccionario Panhispánico de la Real Academia Española refiere que "pactar" es "Acordar algo entre dos o más personas o entidades, obligándose mutuamente a su observancia"[7]. En tal sentido, hace alusión a una fuente de obligación específica de las que trata el artículo 1.437 del Código Civil: las obligaciones que nacen del concurso real de voluntades de dos o más personas, o también llamadas convencionales.

Por tanto, los únicos elementos que no han emanado de una obligación legal y, por el contrario, sí de una obligación convencional, son los que menciona la Circular recurrida. Es decir: 1. El precio base; y 2. La tabla de factores; ambos operando respecto de la fijación del precio consensuado.

A mayor antecedente, y como se mencionó en la Resolución Exenta IF/N°2.883 de 2025 que resolvió los recursos en contra de la Circular IF/N°493, "...que el artículo 10 invocado y mediante el cual se define "precio final", no tiene la aplicación general que argumentan las recurrentes, sino que su incorporación dentro de la Ley N°21.674 sólo tuvo por objeto regular la transición de un grupo especial de planes, esto es, aquellos que debían sustituir sus tablas de factores vigentes por la Tabla Única de Factores, indicando que, respecto de aquellos, los procesos de adecuación del artículo 197 y 198 no se efectuarían sobre el precio base, sino sobre el precio final...". Bajo ese aserto, constituiría una discriminación arbitraria que se adecuaran las primas extraordinarias de ese grupo de contratos; puesto que no hay duda de que, a los demás, solo se les ajusta el precio base.

Descartado, entonces, que el tenor literal del inciso segundo del artículo 10 de la Ley 21.674 sea claro, y sin perjuicio del análisis ya efectuado, la historia fidedigna de la ley es clara a este respecto. De hecho, con ocasión de la redacción del aludido artículo 10 –indicación que se aprobó por unanimidad de la comisión- se consignó expresamente que: *"El Superintendente de Salud, señor Víctor Torres explicó que habitualmente se genera una confusión respecto a este concepto, pero ya ha sido clarificado por sentencias de la Corte Suprema y también por la postura de la misma Superintendencia. El precio final se refiere al precio pactado, que resulta de la multiplicación del precio base por la suma de los factores en cada uno de los contratos. Por eso se dice ahí que se resta tanto la prima GES como eventuales otros beneficios como el CAEC* ***u otro****, porque eso no constituye parte del precio final del plan complementario propiamente tal"* (página 309 de la versión en formato PDF)[8].

Por tanto, y por las consideraciones expresadas, deben de rechazarse estas alegaciones.

A mayor antecedente, esta materia ya fue recurrida respecto de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025, cuyos recursos fueron rechazados y que ahora se encuentran recurridos ante el Poder Judicial.

11.1. Que, también sobre el "precio final", y en relación con lo alegado por Isapre **Colmena** respecto a una supuesta **contradicción en la definición del "precio final" contenida en la Circular IF/N°470** y en el Anexo "Metodología de cálculo de la deuda por fallo de la Corte Suprema sobre tabla de factores y no cobro a menores de 2 años", cabe señalar que dicha afirmación carece de sustento técnico y jurídico.

---

[7] Disponible en: https://dpej.rae.es/lema/pactar

[8] Disponible en: https://www.bcn.cl/historiadelaley/nc/historia-de-la-ley/8298/

En efecto, el contenido de ambas disposiciones debe interpretarse sistemáticamente, teniendo en cuenta tanto su objeto como el contexto normativo en el cual fueron emitidas. La Circular IF/N°470 tiene como finalidad establecer instrucciones para la implementación de los contratos de salud previsional conforme a la Tabla Única de Factores y la entrega de los planes de pago y ajuste, en cumplimiento de la Ley N° 21.674. Por tanto, el cálculo del "precio final" allí previsto guarda relación con la determinación del precio del plan vigente conforme al nuevo marco legal.

Por su parte, el Anexo metodológico referido no modifica dicho concepto, sino que lo adapta para una finalidad específica y transitoria: el cálculo de los saldos adeudados derivados del cumplimiento del fallo de la Corte Suprema, particularmente en lo que respecta a la restitución de cobros indebidos y ajustes retroactivos en contratos ya celebrados.

En consecuencia, no existe contradicción entre ambas disposiciones, pues responden a finalidades claramente diferenciadas: mientras una establece criterios prospectivos y permanentes, la otra contiene una fórmula técnica de carácter transitorio y específico, orientada a viabilizar el cumplimiento de un mandato judicial. La interpretación armónica de ambos cuerpos normativos, en función de sus respectivos objetos y fundamentos jurídicos, descarta la supuesta inconsistencia alegada por la Isapre, razón por la cual el recurso será desestimado en este punto.

12. Qué, en cuanto a lo mencionado por Isapre **Nueva Masvida**, respecto a que **existe un error conceptual** respecto al **cálculo de los excedentes** para la Adecuación por ajuste de excedentes superiores al 5% de la cotización legal, específicamente la que señala "Para efectos del cálculo de la cotización legal para salud y de los excedentes que pudieren generarse, se empleará el promedio correspondiente a los últimos seis meses tanto de la cotización como de los excedentes."

    La isapre recurrente alega que no se requiere calcular un promedio de los excedentes de los seis meses anteriores, dado que esto no tendrá ninguna aplicación. Esa afirmación es correcta, por cuanto lo que interesa son los excedentes que se van "a destinar a la cuenta corriente individual" de excedentes, conforme el artículo 188, y no su promedio. Por tanto, se acogerá el recurso en esta parte, modificándose la Circular recurrida en el siguiente sentido:

    En la letra b, del numeral 1.4, del Título II, el antiguo cuarto párrafo insertado, actual quinto, cuyo contenido es: "Para efectos del cálculo de la cotización legal para salud y de los excedentes que pudieren generarse, se empleará el promedio correspondiente a los últimos seis meses tanto de la cotización como de los excedentes.", se reemplaza por el siguiente: "Para efectos del cálculo de la cotización legal para salud y de los excedentes que pudieren generarse, se empleará el promedio correspondiente a los últimos seis meses de la cotización."

13. Que, en relación con la **eliminación del ítem de cálculo: "Diferencia Fallo E. Corte Suprema"**, incorporado dentro del Título 1 bis, de la "Adecuación de precios de contratos vigentes al 1 de diciembre de 2022 que no contemplaban la Tabla Única de Factores", previo al análisis de la materia impugnada, debe aclararse a las Isapres recurrentes el origen de dicho ítem.

    La Circular IF/N°468, de 13 de mayo de 2024, formalizó la incorporación de la Tabla de Factores Única a los contratos de salud, para con ello dar cumplimiento a las sentencias de protección del año 2022 emanadas de la Excma. Corte Suprema. En esa Circular se estableció dos premisas bases para entender el ítem recurrido, a saber: 1. Se incorporó la Tabla Única

de Factores a todos los contratos de salud[9]; y 2. La Isapre debía mantener el precio final que el cotizante tenía al 30 de noviembre de 2022 en caso de que el precio final vigente a esa fecha fuere menor al determinado según la Tabla de Factores Única, debiendo reajustarse posteriormente a causa de los respectivos procesos anuales de adecuación, si correspondiere.

La materialización práctica y técnica (que permitía el registro y fiscalización de las anteriores premisas) se llevó a cabo con la Circular IF/N°475, de 24 de julio de 2024, que incorporó el ítem recurrido al Formulario Único de Notificación que deben utilizar las isapres; junto con la Circular IF/N°484, de 15 de octubre de 2024, que incorporó el ítem recurrido al Campo 34 del Archivo Maestro de Contratos.

En consecuencia, se aclara que la "Diferencia Prima E. Corte Suprema" no es más que una variable informativa y fiscalizable, que refleja el valor que la isapre debía respetar (precio final) como consecuencia directa de aplicar la Tabla Única de Factores en aquellos casos que el precio final vigente a noviembre de 2022 era menor al determinado por la Tabla de Factores Única.

A mayor antecedente, en la Resolución IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025, que resolvió los recursos presentados en contra de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025, ya se había aclarado que el ítem recurrido tiene el sentido de mantener el precio en los contratos que se les incorporó una Tabla Única de Factores que resultó más gravosa.

13.1. Qué, respecto a lo alegado por **Colmena Golden Cross, Cruz Blanca y Consalud**, en el sentido de que no corresponde aplicar la misma operación aritmética respecto a la **incorporación del ítem "Diferencia Fallo E. Corte Suprema" en la oferta de planes alternativos"**, debe establecerse que el ítem aludido es una variable que refleja el precio final que ciertos contratos debían mantener como consecuencia del gravamen que les producía la aplicación de la Tabla Única de Factores, en virtud de la Circular IF/N°468, de 13 de mayo de 2024.

Dicho de otra forma, es la fórmula que permite el registro y fiscalización del cumplimiento de lo ordenado por la Excma. Corte Suprema allá en el año 2022, como se señaló con anterioridad.

Ahora bien, los contratos de salud que tienen el descuento por ese ítem no están excluidos de la regla general del inciso tercero del artículo 197, de 2005, de Salud. Esta regla establece que "...se deberán ofrecer idénticas alternativas a todos los afiliados del plan cuyo precio se adecua, los que, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se les ofrezcan o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional. En este caso, las Isapres **no podrán modificar el factor asociado al plan de salud, si éste fuere superior**. Sólo podrán ofrecerse planes que estén disponibles para todos los afiliados y el precio deberá corresponder al precio base modificado por las tablas de riesgo según edad y sexo correspondientes."

El caso excepcional de los contratos que fueron perjudicados por la aplicación de la Tabla Única de Factores conlleva necesariamente a aceptar el hecho de que sus tablas anteriores eran más beneficiosas que aquella que les fue impuesta.

El ítem "Diferencia Fallo E. Corte Suprema" no constituye una mera anotación técnica sin relevancia jurídica. Por el contrario, materializa el derecho subjetivo del afiliado a mantener el precio final más bajo, cuando la aplicación de la Tabla Única de Factores le hubiese resultado

---

[9] N°1, Punto III, de la Circular Circular IF/N°468, de 13 de mayo de 2024.

perjudicial.

En tal sentido, desconocer dicho ítem en la oferta de planes alternativos implicaría dejar sin aplicación la regla general mencionada y, de facto, anular los efectos concretos de las sentencias de protección de 2022, dictadas por la Excma. Corte Suprema, y cuya implementación obligatoria fue formalizada por la Circular IF/N°468.

Por tanto, el ítem "Diferencia Fallo E. Corte Suprema" en la oferta de planes alternativos" viene a reconocer sus factores etarios más beneficiosos. Es por ello, en aplicación del artículo 197 aludido y los fines perseguidos por las sentencias y normas que dieron origen a ese ítem, que la regla no puede ser sino su reconocimiento.

Por todo lo señalado, se rechazará los recursos sobre este punto.

Bajo los mismos argumentos, no tiene cabida lo señalado por **Isapre Consalud**, en el sentido de que "si se produce un cambio de plan de salud, se modifiquen los factores etarios de la TFU, por cuanto se debe reflejar en el precio final del nuevo plan", esto, dado que, como se señaló, existe una regla legal especial contenida en el Art. 197 aludido, que ampara a los beneficiarios en la mantención del factor asociado al plan de salud, si el del nuevo plan fuere superior.

13.2. Que, en cuanto a lo alegado por **Isapre Cruz Blanca** sobre la mantención de los factores etarios, en el sentido de que: "...ello es admisible **sólo para el caso en el cambio se deba a un plan alternativo ofertado por la Isapre** en la comunicación de la adecuación; pero no resulta aplicable si en definitiva, el cotizante opta por un algún plan distinto, en comercialización", cabe señalar que esta Superintendencia interpreta en un sentido armónico que corresponde al período en que se adecúa el plan de salud y la persona se ve impelida a cambiarse de plan y no se limita a los planes ofertados por la isapre. Al contrario de lo argumentado por la recurrente, la discriminación se produciría si se modificara la instrucción como se pretende, pues, ello implicaría que, sólo algunos de los afiliados que se cambien de plan mantendrían sus factores y otros no, lo que evidentemente no es lo que busca el artículo 197 mencionado.

13.3. Que, ahora bien, en relación con el ítem "Diferencia Fallo E. Corte Suprema", **Banmédica** menciona que se habrían incorporado reglas diferentes para el caso de la "Adecuación por ajuste de excedentes superiores al 5% de la cotización legal" en relación a la "Adecuación de precios de contratos vigentes al 1 de diciembre de 2022 que no contemplaban la Tabla Única de Factores".

La regla de la Adecuación por Ajuste de Excedentes menciona: "Si durante el plazo que tiene la persona afiliada para pronunciarse ella opta por un plan alternativo u otro en comercialización, las isapres no podrán modificar el factor asociado al plan de salud, si éste fuere superior al que se aplicaba a la persona cotizante o grupo familiar, ni el monto calculado en el ítem "Diferencia Fallo E. Corte Suprema".

Por otra parte, respecto de la adecuación especial de contratos anteriores al 1 de diciembre 2022, se establece que: "...las isapres deberán aplicar el porcentaje de adecuación previamente verificado tanto al precio base como al ítem denominado "Diferencia Fallo E. Corte Suprema", definido en el Capítulo III, Título III, del Compendio de Instrumentos Contractuales. **La misma operación aritmética deberá ser considerada para la oferta de planes alternativos**."

Como se podrá observar, y a diferencia de lo alegado por la Isapre, las reglas van en el mismo sentido y sólo difieren en el punto de vista. En la primera se establece desde el momento que la persona acepta el plan alternativo y la segunda respecto de la oferta de planes.

Consecuentemente, y como una Isapre no puede sino respetar el precio del plan alternativo ofertado, el efecto jurídico es el mismo: la Isapre debe respetar el ítem "Diferencia fallo E. Corte Suprema". No obstante, para que exista un cumplimiento efectivo de parte de la norma administrativa, se modificará la Circular recurrida, de la siguiente manera:

Con posterioridad al párrafo cuarto inserto por el numeral 1.3, del Título II, de la Circular IF/N°499 de 26 de marzo de 2025, se inserta el siguiente: "Si durante el plazo que tiene la persona afiliada para pronunciarse ella opta por un plan alternativo u otro en comercialización, las isapres no podrán modificar el monto calculado en el ítem "Diferencia fallo E. Corte Suprema."

13.4. Que, relacionado con el anterior cuestionado ítem, **Isapre Colmena relata una problemática** que la aqueja con la oferta de planes alternativos respecto de los planes de salud en la adecuación de contratos de salud para contratos vigentes al 1 de diciembre de 2022, específicamente con el hecho de que es la ley la que exige que se entregue un plan cuyo precio base más se asemeje al precio base del plan actual, pero que, a su vez, no dispone que el mismo plan debe tener un precio pactado semejante. Como solución a su problema, pide que en estos casos las isapres pueda ofrecer 2 planes alternativos: uno por precio base para cumplir los requisitos que la ley dispone y otro por cotización final a pagar, sin incorporar la "Diferencia Fallo E. Corte Suprema".

Sobre este punto, primeramente, Isapre Colmena, de entre todas las recurrentes, es la única que refiere el aludido problema. Por otra parte, pide que se permita ofertar un plan de salud en el que se omita el ítem "Diferencia Fallo E. Corte Suprema", que como se mencionó es una variable que refleja el precio final que ciertos contratos debían mantener como consecuencia del gravamen que les producía la aplicación de la Tabla Única de Factores.

En consecuencia, dado que la solicitud presentada por la Isapre implicaría dejar sin aplicación la norma de adecuación establecida en el artículo 197 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, esta no será acogida. No obstante, la situación podrá ser analizada y resuelta en una revisión específica con los antecedentes que aporte la Isapre interesada, ya que no corresponde abordar este tipo de problemática particular mediante un recurso de reposición ni a través de una modificación de una circular que imparte instrucciones de carácter general.

14. Que, respecto a la solicitud de **Colmena Golden Cross** de **reevaluar la regla** de "Sin perjuicio del plazo para pronunciarse sobre la propuesta de la isapre, la persona afiliada tendrá hasta el próximo proceso de adecuación para optar entre los planes o beneficios adicionales ofrecidos por la isapre".

Dicha regla se funda en la propia ley (artículo 188 inciso 9° del citado DFL N° 1), que priva al afiliado de los excedentes que superen el 5% de su cotización legal "*mientras* no suscriba un nuevo plan cuyo precio mejor se aproxime al valor de su cotización legal". Así, la ley establece una sanción (privación de derechos) a la inactividad del cotizante, la cual requiere una interpretación estricta y sólo puede extenderse hasta el cese de esa inactividad. De tal manera, la regla de la Circular impugnada se encuentra ajustada a la ley.

Por tanto, no existiendo motivos plausibles que ameriten su modificación, no se realizarán cambios sobre esa regla.

14.1. Que, finalmente, Isapre Colmena afirma que la Circular recurrida limita a la isapre y al cotizante las opciones de productos que pueden ser ofrecidos. Al respecto, debe aclararse a la recurrente que son las isapres las que generan sus productos y, por tanto, está en su resorte la creación de éstos. Si bien las isapres deben de acatar el ordenamiento jurídico a la hora de confeccionar sus productos, la Circular recurrida no vino a modificar ninguna norma relativa a la confección de éstos o su oferta.

14.2. Que, finalmente, **Isapre Nueva Masvida** pide incorporar una serie de aspectos a la Circular recurrida, la primera agregación que solicita **Nueva Masvida**, dice relación con que se debe agregar a continuación del punto 6 del Anexo N°2 que señala: "Oferta de planes alternativos de acuerdo a la normativa vigente, incluyendo su precio base y precio final a pagar", lo siguiente: "y/o la oferta de beneficios adicionales y su precio."

En el mismo sentido, la segunda petición es la de incorporar a continuación del punto 8 del aludido Anexo, en la parte que señala "Oferta de plan propuesto, incluyendo el precio base y precio final", lo siguiente: "y/o de los beneficios complementarios, con su precio y el valor final a pagar en caso de contratarlos".

Estas agregaciones son coherentes con las modificaciones por lo que se acogerá en el siguiente sentido:

En el numeral 1.5, del Título II, de la Circular IF/N°499, de 26 de marzo de 2025, se agrega una letra c con lo siguiente: "Se reemplaza el contenido del numeral 6 por el que sigue: "Oferta de planes alternativos y/o beneficios de acuerdo con la normativa vigente, incluyendo precio y valor final a pagar."

Asimismo, en la misma sección, se agrega una letra d con lo siguiente: "Se reemplaza el contenido del numeral 8 por el que sigue: "Oferta de plan y/o los beneficios propuestos, con su precio y valor final a pagar."

14.3. Que, como tercera petición, la **Isapre Nueva Masvida** menciona que **se debe eliminar el número 10 del Anexo N°2 que establece la opción de desafiliarse,** dado que la ley no lo dispone, lo que estima sin perjuicio que la persona pueda desafiliarse en cualquier momento, si es que cumple con alguno de los requisitos que la ley dispone para ello.

Al respecto, si bien es cierto que la ley no contempla literalmente la desafiliación en el caso específico que regula el Anexo N°2, desde una interpretación finalista de la normativa, permite concluir que, ante una modificación sustancial de los elementos esenciales del contrato de salud, el afiliado debe tener el derecho a ponerle término. Negarlo implicaría consolidar situaciones que podrían potencialmente provocarle un perjuicio, contrariando el objeto mismo del sistema de salud previsional. Por este motivo, se rechaza esta petición.

14.4. Que, la **Isapre Nueva Masvida**, refiere que hay casos en que no se hará adecuación de precio base, pero se procederá de todas formas con la comunicación por ajuste de excedentes que superen el 5%; lo que también se habría señalado expresamente en el número 8 del Oficio IF/N°12228 de 20 marzo de 2025. Por ello estima que debe dejarse explícitamente establecido que cuando se da dicha hipótesis, no se deben realizar las menciones contenidas en el Anexo N°2 que sean propias de los procesos de adecuación de precio base.

Al ser una incorporación que es congruente con lo instruido, se accederá a ella, modificándose la Circular recurrida de la siguiente manera:

En la letra b, del punto 1.4, del Título II, de la Circular IF/°499 de 26 de marzo de 2025, el párrafo: "En ambos casos, la isapre deberá informar conforme al Anexo N°2 de este capítulo, titulado "Contenido de la comunicación de adecuación por ajuste de excedentes", incluyendo la información correspondiente según se trate de una adecuación del precio base junto con un ajuste de excedentes, o únicamente de este último, según corresponda." se reemplaza por el que sigue: "En ambos casos, la isapre deberá entregar la información conforme al Anexo N°2 de este capítulo, titulado "Contenido de la comunicación de adecuación por ajuste de excedentes". Esta comunicación debe incluir los antecedentes correspondientes, ya sea que

se trate de una adecuación del precio base junto con un ajuste de excedentes, o sólo de este último. En este último caso, es decir, si únicamente se realiza un ajuste de excedentes, deberá omitirse la información relativa a la adecuación del precio base."

15. Que, por las consideraciones expuestas y en uso de las facultades que me confiere la ley,

RESUELVO:

1. Rechazar la solicitud de suspensión de los efectos de la Circular IF/N°499, de 26 de marzo de 2025, presentada por las Isapre Colmena Golden Cross S.A. y Cruz Blanca S.A.

2. Rechazar en su totalidad los recursos de reposición presentados por las Isapres Colmena Golden Cross, Consalud y Cruz Blanca en contra de la Circular IF/N°499, de 26 de marzo de 2025.

3. Acoge parcialmente los recursos de reposición interpuestos por las Banmédica y Nueva Masvida en contra de la Circular IF/N°499, de 26 de marzo de 2025.

4. En atención a lo señalado en el numeral que precede, se realizan las modificaciones mencionadas en los numerales 8, 9, 12, 13.3, 14.2 y 14.4, de esta resolución, a la Circular IF/N°499, de 26 de marzo de 2025, junto con el Compendio de Normas Administrativas respectivo.

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

6. Notifíquese al resto de las isapres la presente resolución.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y ARCHÍVESE. -

OSVALDO VARAS SCHUDA
INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD

KBM/MPA/RTM/FAHM
(TT)

DISTRIBUCIÓN:
- Gerentes Generales de Isapres
- Superintendencia de Salud
- Departamento de Estudios y Desarrollo
- Subdepartamento de Fiscalización de Beneficios
- Fiscalía
- Oficina de Partes

C. 5.149