

RESOLUCION EXENTA IF/N° 6890

Santiago, 15 JUN 2026

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; la Resolución RA N°882/182/2023, y

CONSIDERANDO:

1.- Que, mediante la **Circular IF/N°518, de 12 de diciembre de 2025**, esta Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud impartió instrucciones generales para la implementación efectiva del Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) por las instituciones de salud previsional, estableciendo un marco general que asegure el acceso y difusión de esta alternativa de atención, introduciendo, para dicho efecto, modificaciones al Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios.

2.- Que, dentro del plazo legal, las isapres Consalud S.A. y Colmena Golden Cross S.A., interpusieron recursos de reposición en contra de la aludida instrucción general. Asimismo, en forma subsidiaria, ambas dedujeron recursos jerárquicos para ante el Superintendente de Salud, solicitando enmendar y/o dejar sin efecto dichas disposiciones.

Adicionalmente, mediante presentación de 13 de mayo de 2026, Isapre Consalud S.A. aportó un escrito adicional a su recurso de reposición, exponiendo sus aprehensiones y dificultades operativas vinculadas a la implementación de Circular IF/N°518 que, atendida la directa vinculación, será respondido mediante la presente resolución.

3.- Que, sobre el particular, **Isapre Colmena Golden Cross S.A.**, formuló alegaciones referidas a la subordinación del PAD al cumplimiento de criterios de acceso y exclusiones de las Normas Técnico Administrativas del Ministerio de Salud, preexistencias y otras propias del contrato; a la compatibilidad del mecanismo PAD con otros beneficios; a las condiciones de emisión del presupuesto; y a la forma de fiscalización de la cobertura mínima.

4.- Que, en primer lugar, la aludida isapre solicitó que se precisara expresamente que la bonificación del PAD y la elección de este mecanismo debía quedar supeditada al cumplimiento de los criterios de acceso y exclusiones establecidos en las Normas Técnico Administrativas del Ministerio de Salud, así como a las condiciones de salud preexistentes y exclusiones del contrato.

En cuanto a sujeción a las Normas Técnico Administrativas, la Circular impugnada, desde su misma introducción, define el mecanismo de acuerdo a la Resolución Exenta N°277/2011 de Salud, que contiene la Norma Técnico Administrativa para la aplicación del Arancel FONASA en la Modalidad de Libre Elección o aquella que la reemplace en el futuro.

Por tanto, la obligación de la isapre será incorporar el código y tener disponible el convenio, no obstante, el otorgamiento y bonificación PAD para un paciente

específico estará condicionado a que éste cumpla los mismos requisitos clínicos que dicha norma técnica exige a los beneficiarios del FONASA o, en su defecto, requisitos inferiores por determinación de la propia isapre.

Sobre el particular, el numeral 6.2 letra a) instaura la referida norma técnica como el parámetro exacto de aplicación, al exigir que los convenios suscritos por las isapres *"no podrán imponer a los usuarios del mecanismo PAD mayores obligaciones o restricciones que aquellas dispuestas en la Resolución Exenta N°277/2011"*.

En consecuencia, la sujeción a los criterios clínicos y administrativos definidos por el Ministerio de Salud ya se encuentra incorporada y resguardada estructuralmente en la instrucción general impartida, sin que resulte pertinente la enmienda solicitada.

- 5.- Que, en relación a lo solicitado por Isapre Colmena Golden Cross S.A. en el punto 2 de su recurso, respecto a la necesidad de supeditar el acceso al mecanismo del PAD a la evaluación de condiciones de salud preexistentes y otras exclusiones contractuales, corresponde enfatizar que la Circular IF/N°518 no constituye una derogación ni una excepción al marco normativo general que rige los contratos de salud.

Por el contrario, tal como se explicita en el numeral 6.1 letra f): *"la presente regulación no modifica, limita, ni condiciona las coberturas individuales contempladas en el plan de salud contratado, ni altera las obligaciones legales o contractuales de las isapres"*. En consecuencia, como el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) corresponde a un beneficio o prestación obligatoria que integra el Plan Complementario de Salud - conforme a lo dispuesto en el artículo 189 letra a) del DFL N°1/2005 de Salud -, a su respecto, resulta plenamente aplicable el régimen de restricciones a la cobertura por enfermedades preexistentes, establecido en la letra g) de dicho artículo, así como las causales de exclusión de cobertura estipuladas en el artículo 190.

Por lo tanto, frente a la solicitud de activación de un PAD, la isapre se encuentra facultada para aplicar las restricciones por preexistencias y exclusiones legales que procedan, siempre que ello se ajuste a los plazos y condiciones que establece la ley.

En consecuencia, la norma resguarda plenamente lo solicitado por la parte recurrente, sin que resulte pertinente la enmienda requerida.

- 6.- Que, en segundo lugar, en cuanto a la alegación relativa a que el PAD constituye un paquete cerrado que excluye el cobro de prestaciones adicionales, cuestionando la compatibilidad establecida en la letra g) del numeral 6.1 de la Circular, se advierte una discrepancia interpretativa por parte de la recurrente.

En efecto, la disposición impugnada establece claramente que, en el evento de existir prestaciones excluidas del copago conocido asociado al PAD, éstas deberán ser informadas y darán lugar a la elaboración de un programa complementario financiado conforme al plan de salud o los demás estatutos que resulten aplicables.

Por consiguiente, la regla no vulnera la naturaleza del paquete cerrado, sino que armoniza operativamente la ocurrencia de atenciones adicionales no amparadas por el PAD y que se describen en las Normas Técnico Administrativas del Ministerio de Salud, garantizando la cobertura integral del beneficiario.

- 7.- Que, a mayor abundamiento, no debe olvidarse que es la isapre quien, en su negociación de convenios PAD con prestadores de salud, deberá propender a la eficiencia clínica y transparencia tarifaria que la recurrente arguye en su reposición.

En este sentido, nada impide que, en el copago único, el convenio incluya a prestaciones que, tradicionalmente, se encuentran excluidas en la norma técnica, como ocurre, por ejemplo, con el lente intraocular en las cataratas o la malla de la hernia abdominal complicada. A su vez, dichos convenios no pueden establecer restricciones mayores a las que contempla la aludida norma técnica, tal como se reguló.

No obstante, si la isapre sólo se limitara a replicar al FONASA manteniendo las restricciones de su norma técnica, al igual que ocurre en dicho régimen, la prestación excluida del PAD se considerará para la elaboración de un programa complementario y, tratándose de beneficiarios de isapre, dicha prestación independiente se bonificará conforme al plan de salud, la cobertura catastrófica o los demás estatutos que resulten aplicables, según sea el caso.

- 8.- Que, en tercer lugar, en cuanto a la solicitud de precisar que sea el paciente quien deba presentar el presupuesto a la isapre para que ésta certifique requisitos, autorice e informe la cobertura en forma previa a la intervención, así como entregar presupuestos alternativos conforme al plan de salud, cabe señalar que, si bien es un tema ya regulado en materia de presupuestos, para mayor claridad, se accederá a la enmienda solicitada y, en el primer párrafo del numeral 6.2 letra b) de la Circular IF/N°518, se incluirá una **"coma"** y la frase **"previa presentación por parte del beneficiario"**.
- 9.- Que, finalmente, en cuanto a la objeción a la regla del numeral 6.2 letra c) de la Circular, la isapre se limita a insistir en su argumentación del numeral 3 de su reposición.

Dicha disconformidad ya fue respondida en los considerandos 6° y 7° de esta resolución, argumentos que se reiteran a fin de rechazar esta solicitud de enmienda, insistiendo, a mayor abundamiento, en el incentivo que tiene la propia isapre de negociar copagos únicos con sus prestadores, inclusive, como ocurre con la presente regla, para fines de fiscalización.

- 10.- Que, por su parte, respecto al **recurso de reposición** deducido por **Isapre Consalud S.A.**, en síntesis, exige modificar la instrucción para que la determinación de la bonificación específica del PAD sea fijada "según el plan de salud contratado por el afiliado", argumentando, como consecuencia de ello, una supuesta imposibilidad general de informar los "copagos pactados" en la página web institucional y en la sección de "Otras Coberturas" de los planes, aduciendo que dichos copagos dependerían de las coberturas variables estipuladas en el contrato individual de cada persona.
- 11.- Que, mediante presentación adicional de 13 de mayo de 2026, denominada **"Téngase presente – implicancias en la red de prestadores, coberturas y deber de información"**, dicha isapre manifestó encontrarse en una imposibilidad práctica de conformar una red médica, afirmando que habría intentado negociar con prestadores de salud, no obstante, se habrían encontrado con una falta generalizada y significativa de interés por unirse a una Red PAD privada, agregando que el propio FONASA carece de convenios para la totalidad de su arancel PAD.

Por otra parte, esgrime que existiría un riesgo de menores beneficios para el usuario, argumentando que actualmente ya cuenta con cobertura de prestaciones paquetizadas propios que suelen ser más favorables para el afiliado que las condiciones del PAD FONASA, advirtiendo del solapamiento con otras coberturas ventajosas ya existentes, como el GES o la CAEC.

Luego, reitera las objeciones planteadas en su reposición con relación al deber de informar, indicando que las campañas masivas instruidas mediante la Circular IF/N°518, a su juicio, podrían desorientar a los afiliados llevándolos a tomar

decisiones desinformadas en las que terminen eligiendo la cobertura PAD por error, en desmedro de los paquetes propios de la isapre o de beneficios como el GES/CAEC que le resultarían más económicos.

Finalmente, como propuesta de solución para resolver la imposibilidad de crear la red y mitigar la confusión, propone establecer al reembolso de prestaciones individuales como mecanismo exclusivo para el funcionamiento de los PAD, de modo de permitir el acceso de los beneficiarios a este beneficio legal, sin destruir ni desplazar los actuales paquetes médicos que, según afirma, serían financieramente mejores para el afiliado.

- 12.- Que, en lo que respecta al recurso de reposición, Isapre Consalud intenta que, de forma imperativa, esta Superintendencia someta un mecanismo de paquete cerrado, **cuya única limitación es la cobertura financiera mínima**, a la lógica de liquidación de prestaciones individuales del plan complementario tradicional, contraviniendo el texto expreso del artículo 190 del DFL N°1/2005 de Salud.

En efecto, el inciso segundo de dicha disposición consagra una **excepción a la estructura de cobertura de prestaciones específicas o individuales** estipulando imperativamente que la regla general de cobertura mínima *"no será aplicable a los planes complementarios cuya bonificación esté definida en copago fijo o a través de mecanismos de pago al prestador por paquetes de prestaciones, tales como pago asociado al diagnóstico"*, (PAD).

En consecuencia, la ley independiza el copago del PAD de los porcentajes y topes por línea del plan de salud de cada persona, estableciendo, como única limitante legal que, las coberturas que otorguen las isapres a este paquete no podrán ser inferiores a aquellas que asegure el Fondo Nacional de Salud para el mismo mecanismo de pago.

- 13.- Que, conforme a lo razonado, no resulta posible acceder a la enmienda solicitada, aisladamente, por la recurrente, en el sentido de limitar la forma en que las isapres establecerán sus convenios y bonificaciones asociadas, más allá de las restricciones normativas en cuanto a la cobertura mínima.
- 14.- Que, a mayor abundamiento, la libertad de convenir el valor de paquetes completos, en lugar de continuar con la revisión prestación a prestación, fue recibida de forma muy positiva por las instituciones.

En efecto, la rigidez normativa que Isapre Consalud S.A. solicita mantener, constituyó una problemática que fue alertada durante la tramitación de la Ley N°21.674, conforme se acredita en la historia fidedigna de su establecimiento, dando origen a la exclusión de los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD), entre otros mecanismos similares, de las reglas de cobertura mínima para las prestaciones individualmente consideradas.

Sobre el particular, en la discusión del informe de la Comisión de Salud, el Director del FONASA expuso la dificultad histórica que han tenido las isapres para ocupar paquetes de prestaciones, explicando que, aunque acordaran un valor fijo de paquete con una clínica, la normativa las obligaba a bonificarle al prestador, como mínimo, lo que ofrezca el plan, prestación por prestación, ejemplificando que: *"aunque se haya acordado un valor de paquete de 2 millones, por ejemplo, igual estaban obligados a calcular cada prestación."* (sic).

Por tanto, habiéndose eliminado esta restricción de la cobertura individual de prestaciones para el caso de los PAD y, atendido que aquellos que integran el Grupo 25 del Arancel FONASA en la Modalidad de Libre Elección, constituyen prestaciones mínimas que las Instituciones de Salud Previsional deben otorgar a sus beneficiarios, los criterios impartidos por esta Intendencia, en especial, lo dispuesto en el apartado 6.1 letra b) referido a la libertad de las instituciones para convenir el valor y determinar la bonificación específica de cada uno de los

PAD arancelados - en la medida que cumplan con la cobertura financiera mínima de FONASA -, se ajusta a derecho y no será modificada.

15.- Que, como consecuencia de lo expuesto, no se vislumbran los problemas de difusión argumentados, no obstante, de perseverar en tal afirmación, cabe hacer presente que, la página web institucional, incluye a la sucursal virtual de los afiliados, en caso de estimar que es el mecanismo más apropiado para informar a sus beneficiarios respecto de los copagos convenidos.

16.- Que, con respecto de la misiva de 13 de mayo de 2026, sin perjuicio de resultar improcedente por cuanto pretende complementar, extemporáneamente, el recurso de reposición previamente analizado, en atención a la alegada imposibilidad de conformar una Red de Prestadores PAD, cabe señalar que dicha argumentación, además de no haberse acreditado, carece de sustento, ya que la Circular IF/N°518 consagra la plena libertad de las instituciones para convenir el valor y determinar la bonificación específica para cada PAD arancelado, siendo la única limitante el respeto a la cobertura financiera mínima tantas veces aludida.

A estos efectos es importante hacer notar que, a diferencia del FONASA y, conforme se explicita en la Circular impugnada, los convenios que pudieran celebrar con prestadores no tienen la limitación de los valores dispuestos en el Arancel MLE del FONASA para cada PAD respectivo, por tanto, esta Entidad no vislumbra motivación alguna para que exista una falta generalizada y significativa de interés de los prestadores, como afirma la Isapre en su escrito y que, por el contrario, ninguna otra Institución ha manifestado, a menos de un mes de la entrada en vigencia de la Circular IF/N°518.

17.- Que, en el mismo sentido, atendido que Consalud manifiesta que sus paquetizaciones propias resultarían más beneficiosas que los PAD, nada impide extender su uso en términos equivalentes, siempre que resuelvan los diagnósticos del Grupo 25 del Arancel FONASA y no impongan mayores requisitos o condiciones que los aludidos en la presente regulación.

18.- Que, la aplicación de los PAD no importa un riesgo de menor cobertura versus la cobertura del plan complementario, el GES o la CAEC, ya que la Circular establece, claramente, que esta modalidad es facultativa para el beneficiario, además de su compatibilidad con los demás beneficios contractuales y legales. Asimismo, se establecen deberes de información y del otorgamiento de presupuestos, precisamente, para que el paciente escoja el mecanismo que le resulte más conveniente, en base a una efectiva orientación por parte de la isapre.

Por tanto, no se aprecia de qué forma la difusión masiva de una cobertura legal afectará al patrimonio de los beneficiarios, como afirma la institución.

19.- Que, la propuesta del reembolso de prestaciones individuales como mecanismo exclusivo para la cobertura de los PAD, que incorpora Isapre Consalud en su escrito adicional, desvirtúa por completo la naturaleza jurídica y operativa de este beneficio. En efecto, pretender bonificar bajo una lógica "prestación a prestación" contraviene la esencia de esta modalidad, definida normativamente como un conjunto estandarizado e integral de prestaciones sujeto a la regla de una cuenta conocida. Por el contrario, el mecanismo de reembolso traslada la incertidumbre financiera al afiliado, destruyendo la garantía fundamental que determina la elección del PAD, a saber, la certeza de asumir un copago fijo y conocido en forma previa a la atención.

20.- Que, por último, a fin de conseguir un cumplimiento óptimo de esta instrucción general, se accede a la solicitud de Isapre Consalud S.A. en el sentido de ampliar la entrada en vigencia de la Circular IF/N°518, a más tardar, el 1° de diciembre de 2026.

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

RESUELVO:

- 1.- Acoger parcialmente los recursos de reposición interpuestos por Isapre Colmena Golden Cross S.A. e Isapre Consalud S.A. en contra de la Circular IF/N°518, de 12 de diciembre de 2025, accediéndose a las siguientes modificaciones:
 - a) En el primer párrafo del numeral 6.2 letra b) de la Circular, se incluirá una "coma" y la frase "previa presentación por parte del beneficiario", quedando como sigue:

"En los convenios PAD que celebren las isapres se deberá pactar que, previo a la ejecución del procedimiento y en cumplimiento del derecho de información que establece la Ley N°20.584, el prestador convenido deberá emitir un presupuesto que indique las condiciones de acceso y el valor de la resolución diagnóstica bajo la modalidad PAD y otro bajo el mecanismo prestación a prestación, los cuales deberán ser valorizados por las instituciones, **previa presentación por parte del beneficiario.**"
 - b) En cuanto a la vigencia de la Circular, se reemplaza la frase "el 1° de julio de 2026", por la expresión: "**a más tardar, el 1° de diciembre de 2026**".
- 2.- Téngase presente el escrito adicional de Isapre Consalud S.A., de fecha 13 de mayo de 2026, dejándose expresa constancia que dicho documento no forma parte del recurso de reposición deducido, por haber sido presentado de manera extemporánea. Sin perjuicio de lo anterior, téngase por respondidos y aclarados sus planteamientos, conforme a lo razonado en los considerandos 16° al 19° de la presente resolución.
- 3.- Remítase para el conocimiento y resolución del Superintendente de Salud los recursos jerárquicos interpuestos subsidiariamente por las antedichas isapres, mediante presentaciones de 19 de diciembre de 2025, respectivamente.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE


OSVALDO VARAS SCHUDA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD




KBM/MPA/PAS

Distribución:

- Gerentes Generales de Isapres
- Fiscalía
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Subdepto. Fiscalización de Beneficios
- Subdepto. Regulación
- Oficina de Partes

Correlativo 5163-2026