

# SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud  
Subdepartamento Regulación

RESOLUCIÓN EXENTA IF/N° 58

SANTIAGO, 26 ENE 2022

## 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°7, de 2019, de la Contraloría General de la República y la Resolución RA N°882/181/2021, de la Superintendencia de Salud.

## CONSIDERANDO:

1. Que, mediante la Circular IF/N°401 de fecha 30 de diciembre de 2021, de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en adelante indistintamente "la Circular", se impartieron instrucciones relativas al procedimiento de adecuación anual de precios base de los planes de salud de acuerdo a las nuevas disposiciones de la Ley N°21.350.

2. Que la Isapre Banmédica S.A. interpuso ante esta Intendencia recursos de reposición y jerárquico subsidiario, en contra de las instrucciones impartidas en la citada circular, solicitando que se deje sin efecto en su redacción original, incorporando y/o modificando la norma impugnada de acuerdo con lo que expone a continuación.

2.1. Indica, en relación con la obligación de que las isapres deban justificar los precios de sus planes de salud, que la Ley N°21.350, al reemplazar el artículo 198 del DFL N°1 de Salud, estableció de manera clara y precisa, en las letras d) y e), el primero de los requisitos para que las isapres puedan aplicar la adecuación de sus planes de salud. Dicho requisito consiste en que el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud.

Añade que la referida ley, al incorporar el artículo 198 bis al DFL N°1, de 2005, de Salud, estableció el segundo requisito que las isapres deben cumplir para que puedan efectuar una variación en el precio base de los planes de salud, de acuerdo al procedimiento y condiciones señaladas en el artículo 198 del mismo cuerpo legal.

Señala que este segundo requisito dice relación con que las isapres, para que puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud, deberán dar cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del indicador calculado por la Superintendencia de Salud, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres, así como a las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva.

Conforme a lo expuesto, concluye que con el cumplimiento de los dos requisitos antes señalados, se entiende validada la aplicación de la adecuación de los precios de los planes de salud por parte de la isapre.

Por lo anterior, agrega que carece de toda lógica y no se ajusta a la ley, que la Circular IF/N°401 agregue un nuevo requisito no contemplado en la norma legal para tener por justificada la adecuación de precio de los planes de salud, a saber, tener que enviar a la Superintendencia de Salud la información que justifique el precio base que aplicarán a sus planes de salud. Más aun, la referida circular no puede establecer otro requisito adicional que habilite a las isapres para efectuar el proceso de adecuación, como lo es, que este Organismo deba validar la información que ellas envíen justificando el alza de precio.

Indica que la ley tampoco establece ningún requisito adicional a los ya señalados, ni otorga facultades a este Organismo para cuestionar la validez de la aplicación del alza de los precios base de los planes de salud, en la medida en que se hayan cumplido las disposiciones contenidas en la citada Ley N°21.350.

Sostiene que el hecho de que la propia ley establezca un procedimiento técnico y expresamente reglado para la determinación del índice, con el propósito lógico de que este último sea calculado con base en parámetros objetivos, exentos de toda subjetividad y arbitrio, y sin participación alguna por parte de las Instituciones de salud (sic), de lo que se infiere inequívocamente que, dando cumplimiento además al requisito de cumplir la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres, así como a las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, la aplicación del alza de los precios de los planes de salud se entiende justificada para todos los efectos legales a que haya lugar, sin que corresponda establecer para las isapres una obligación de justificación adicional.

Refiere que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19 inciso primero del Código Civil, relativo a las normas de interpretación, que señala: *"cuando el sentido de lo Ley es claro, no se desatenderá su tenor literal, a pretexto de consultar su espíritu [...]"*, no puede esta Superintendencia establecer requisitos no contemplados en la ley para que se entienda justificada la aplicación del proceso de adecuación de precio base.

Expresa que, al agregar la Superintendencia en la Circular el requisito adicional de justificar el alza de precio, está atribuyéndose facultades que el legislador no le ha concedido, toda vez que, al establecer este nuevo requisito, se está alterando el contenido y/o sentido de una disposición legal cuya modificación le corresponde exclusivamente al legislador, conforme a la institucionalidad y jerarquía normativa vigente consagrada en la Constitución Política. En este sentido, el artículo 6 inciso primero de la Constitución Política señala: *"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"*.

Por lo anterior, solicita a esta Superintendencia se sirva modificar la Circular IF/N°401, eliminando la referida obligación de justificación adicional no contemplada en la ley.

2.2. En relación a la comunicación del alza a sus cotizantes, la Isapre señala que, al establecer la Circular que ella debe ser realizada durante el mes de marzo, entiende que cuenta con todo el mes para efectuar la comunicación, con independencia de la fecha de recepción de la carta certificada por parte del afiliado destinatario. A modo de ejemplo, se entendería cumplida la obligación de comunicación al afiliado si la carta certificada se envía el día 31 de marzo del año respectivo, independiente de que se entienda recibida por el afiliado el día 5 (sic) de abril.

En conclusión, expresa que, si bien se establece que la comunicación se entiende practicada al quinto día, contado desde el día siguiente a su envío, la isapre, al contar con todo el mes de marzo para efectuar la comunicación -según lo autoriza la propia Circular- puede depositar la carta certificada en las oficinas de correo hasta el día 31 de marzo del año respectivo, sin que pueda exigirse su remisión con una anticipación que suponga su recepción dentro del mes de marzo.

2.3. Indica que, al instruir la Circular que, en caso de que el afiliado opte por el plan alternativo ofrecido, no pueda aplicarse un factor al grupo familiar, si éste es superior al del plan que se está adecuando (aun cuando los factores que se deben aplicar corresponden a la suma de los factores establecidos en el plan alternativo al que está adscribiendo el afiliado), se afecta directamente la estructura del plan de salud y se contraviene la normativa que regula la forma de determinar el precio del mismo, produciéndose, en la práctica, que las isapres tendrán tantas tablas de factores como planes de salud vigentes existan, toda vez que, en caso de que el cambio de plan por el alternativo produzca un incremento en la suma de los factores del grupo familiar, la isapre tendría que aplicar la tabla de factores de un plan anterior y no la del plan elegido, el cual se ajusta a la tabla única instruida por esta Superintendencia, lo que se hace imposible y produce el efecto señalado.

Conforme a lo anterior, afirma que lo que debe establecer la Circular es que, para efectos de la aplicación del factor etario, en caso de que un afiliado opte por alguno de los planes alternativos que le ofrece la isapre en la comunicación de adecuación, se aplique el factor que corresponda de acuerdo al nuevo plan de salud seleccionado, esto es, que se considere como un cambio de plan tradicional.

Por otra parte, estima que la circular impugnada debiese señalar que la oferta de planes alternativos debe considerar sólo aquellos planes de salud cuyos precios se acerquen más al valor pactado que el afiliado pagaba antes de la adecuación, siempre considerando al grupo familiar completo, y de acuerdo al esquema de planes de salud y tablas de factores vigentes para los planes que actualmente se encuentran en comercialización, esto es, aquellos que tienen incorporada la tabla única instruida por esta Superintendencia mediante la Circular IF/N°343.

2.4. La isapre solicita revisar una situación particular que puede producirse en la práctica, de aplicarse, sin modificaciones, la normativa que señala que las personas afiliadas que reciban la comunicación del alza de precio base, dispondrán hasta el último día del mes de mayo del mismo año para pronunciarse, ya sea aceptando el alza, alguno de los planes alternativos ofrecidos o desahuciando el contrato de salud.

Al respecto, estima que puede darse el caso de que un mismo plan de salud registre precios base distintos, considerando aquellos afiliados que se hayan adscrito al plan antes de su adecuación, por ejemplo, en el mes de abril. En consecuencia, solicita que se establezca en la Circular que, una vez que la isapre informe en el mes de marzo su decisión de adecuar, deberá aplicarse el alza a contar del primero de abril siguiente, respecto de todos aquellos planes de salud que tengan, a esa fecha, más de un año de vigencia.

2.5. Adicionalmente, y en relación con la modificación de las Condiciones Generales del Contrato de Salud, solicita a esta Superintendencia se sirva otorgar un plazo superior a la vigencia inmediata señalada en la referida normativa. Lo anterior, con el fin de poder dar cumplimiento efectivo y oportuno a las instrucciones impartidas en la circular impugnada, atendidas las modificaciones que deberán realizarse y la necesidad de coordinar con entes externos, según corresponda, para la ejecución de las tareas que permitan las referidas modificaciones al contrato de salud. Por lo anterior, la Isapre requiere de un plazo mínimo de 3 meses para asegurar

correctamente la implementación de la Circular, permitiendo además, durante el referido período, continuar utilizando el saldo de documentos correspondientes a las Condiciones Generales del Contrato de Salud, bajo el formato antiguo.

3. Que, por su parte, la Isapre Colmena Golden Cross S.A., también interpuso recurso de reposición y, en subsidio, recurso jerárquico, en contra de la Circular, para que, de acogerse, se elimine el párrafo recurrido según los argumentos que expone a continuación.

Señala que la exigencia de remitir la información que justifique el precio base que aplicará a sus planes de salud, constituye una obligación y una condición no establecida en la ley, de manera tal que no corresponde incorporarla en esta Circular.

Agrega que la respectiva norma legal no condiciona ni supedita, ni tampoco dispone la obligación para las isapres, de justificar ni remitir información que justifique el precio base que aplicará a sus planes de salud. El procedimiento se encuentra establecido de manera tal que, cumpliendo con las formalidades legales, tendrá la facultad, para el año 2022, de aplicar como máximo el indicador correspondiente al promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022 y para el año 2023 en adelante, supeditado al cumplimiento de las metas definidas en la misma ley. En ninguno de estos escenarios, se supedita o condiciona su facultad ni tampoco se exige que justifique el precio base que aplicará o el alza que pretende aplicar, por lo que estima que dicha norma administrativa debe ser eliminada.

4. Que la Isapre Consalud S.A. también interpuso recurso de reposición y, en subsidio, recurso jerárquico, en contra de la Circular IF/N°401, para que, de acogerse, se dejen sin efecto o modifiquen las normas recurridas, según los argumentos que expone a continuación.

4.1. Estima que esta Superintendencia debiera revisar aquella parte de la nueva normativa que requiere que la isapre que comunique un determinado aumento de valor de tarifa de sus contratos, en conformidad a los términos de la Ley N°21.350, deba justificar el nuevo precio base que aplicará a sus planes de salud.

Agrega que dicha instrucción no estaba contenida en el borrador de circular que fue previamente remitido a las isapres para sus comentarios, sino que fue incorporado en la versión final de la circular.

Sobre el particular, expresa que no es necesario que las isapres deban ejecutar este nuevo paso dentro del proceso de comunicación a la autoridad sobre su determinación de hacer uso o no de la facultad de adecuar el precio base de sus contratos de salud, ya que la justificación detallada del aumento de costos está precisamente tratada en el Índice de Variación Porcentual que cada año deberá calcular esta Superintendencia. Este es el elemento al cual el legislador expresamente otorgó la justificación necesaria para ser validado ante los beneficiarios del sistema.

Por otra parte, añade que las disposiciones de la Ley N°21.350, que establecieron este nuevo procedimiento de comunicación de la adecuación a realizar por una determinada isapre, no contemplan este paso previo, de tener que remitir una justificación, por la simple razón de que ya existe un índice preparado por un tercero que valida el aumento de costos experimentados en la industria, el cual, como señaló anteriormente, se entiende justificado para todos los efectos legales.

Concluye que incorporar esta nueva exigencia, a la larga lo que podría producir es un efecto indeseado, en el sentido de que se cuestione la determinación de la isapre

de revisar las tarifas de sus planes, con base en la justificación previamente otorgada, cuando en la práctica las instituciones se están sometiendo a un índice que está preparado por un tercero y que goza de una presunción legal de validez otorgada por el propio legislador.

4.2. La Isapre refiere que un segundo tema que es necesario revisar por parte de esta Autoridad Administrativa, está relacionado con el hecho de que la Ley N°21.350 no estableció un plazo para que el afiliado pueda pronunciarse respecto de la adecuación informada por una isapre, lo cual tiene importantes implicancias también para los efectos de la vigencia del nuevo precio luego de la adecuación, por lo que se hace necesario armonizar esta nueva disposición con el resto del nuevo articulado, en especial el artículo 198.

Para realizar lo anterior, estima que la opción del afiliado de pronunciarse respecto a la adecuación debería manifestarse hasta el mes de abril de cada año, lo cual también tiene implicancias para los efectos de la vigencia del nuevo precio.

Al efecto, explica que si la vigencia de los nuevos precios según la Ley N°21.350 corresponde al mes de junio de cada año, entiende que a esa fecha debe encontrarse financiado el plan de salud con el nuevo precio, por lo que no correspondería que el descuento (o pago en el caso de independientes y voluntarios) se realice recién en la remuneración de dicho mes, sino que el pago o descuento debe efectuarse en la remuneración del mes de mayo del año respectivo. Con esto, se cumple el mandato legal de que el nuevo precio entre en vigencia en el mes de junio del año respectivo.

Agrega que, de mantenerse la redacción actual, existiría un mes de cobertura, el de junio de cada año, que estaría siendo financiado por sus afiliados con un precio base que no corresponde en caso de haberse ejercido la facultad de adecuar los precios base, en circunstancias que la ley es –a su juicio– absolutamente clara al decir que *"Los nuevos precios entrarán en vigencia a partir del mes de junio de cada año"*.

Añade que lo anterior hace sentido también respecto de las modificaciones de precio base del stock de planes comercializables, los cuales serán ofrecidos al público con el nuevo precio a partir de abril de cada año.

Por lo tanto, expresa que se hace necesario modificar la Circular en comento, cambiando en todas aquellas partes que sea necesario, que el afiliado tiene derecho a pronunciarse hasta el último día hábil del mes de abril de cada año y que la respectiva cotización de salud adecuada rige desde el descuento o pago de la cotización de salud pactada en el mes de mayo de cada año, ya que de esa forma se adecua la nueva normativa a los términos de la Ley N°21.350.

5. Que, por su parte, la Isapre Cruz Blanca S.A. también interpuso recurso de reposición y, en subsidio, recurso jerárquico, en contra de la Circular, para que, de acogerse, se eliminen de las instrucciones los aspectos impugnados, según los argumentos que expone a continuación.

5.1. Señala que carece de lógica que la Superintendencia de Salud exija adicionalmente a las isapres que justifiquen el precio base que aplicarán a sus planes de salud, cuestión que además no significará que con dicho envío la Superintendencia valide la referida información. Es decir, la justificación carece de propósito, ya que la Superintendencia de Salud la solicita sin ningún fin específico, y además, lo que es más grave, echa por tierra todo el sistema objetivo legal establecido por la ley para autorizar las alzas de precio base.

Agrega que, en efecto, si el alza definida por la isapre se encuentra dentro del rango permitido por el índice de variación porcentual definido por la propia

Superintendencia de Salud, estableciendo la ley la regla que da por justificado para todos los efectos legales el índice en cuestión, no se entiende que la Superintendencia de Salud, por vía reglamentaria, requiera información adicional, que en nada alterará el referido índice.

Manifiesta que lo que reprocha es la falta de motivación por incongruencia, en este caso, respecto de la labor interpretativa efectuada en la Circular IF/Nº401, ya que el párrafo que cuestiona resulta incongruente con el texto expreso de la ley y con su espíritu. Afirma que esa incongruencia se hace más patente si se contrasta el párrafo cuestionado con aquel señalado en la introducción de la circular, donde se expresó que: *"La citada Ley indica que el Superintendente de Salud fijará el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud de las Instituciones de Salud Previsional y establece el procedimiento que las Isapres se encuentran obligadas a observar para adecuar los precios de los planes de salud, que se entenderá justificado para todos los efectos legales."*

Añade que la motivación debe resultar de un proceso lógico y lo que en ella se exprese debe concordar no sólo con los antecedentes que sirven de base, en este caso la ley. Por lo tanto, la disconformidad de la motivación con el mundo real, viciará a aquélla por incongruente.

Advierte que debe considerarse que la integridad de la motivación es un primer criterio que se exige al acto administrativo. Esto es, debe indicar y desarrollar todos y cada uno de los motivos de hecho y derecho que le sirven de sustento; no se admiten indicaciones parciales ni fraccionamiento de motivos. El omitir u ocultar uno o más motivos torna ilegal al acto. La Ley Nº19.880 exige una motivación fundada, esto es, que los motivos que fundan el acto administrativo tengan lógica y coherencia jurídica, lo que no se visualiza en la nueva normativa, al menos en lo que al párrafo reprochado se refiere, pues se contradice con lo señalado en la introducción y con el texto y el espíritu de la ley.

Concluye que de allí que el párrafo reprochado de la Circular IF/Nº401 es ilegal y debe ser suprimido.

5.2. Por otra parte, la isapre afirma que la Circular incurre en un exceso normativo al exigir un elemento que no está en la ley.

En ese sentido, indica que el Capítulo I "Procedimientos Relativos al Contrato de Salud", Título III "Instrucciones sobre procedimientos de adecuación de contratos de salud", incluye el numeral 1.1, que en el segundo párrafo establece que: *"Dicho procedimiento se aplicará solo a los planes de salud que tengan a lo menos un año de vigencia de comercialización al 1 de junio del año en que se aplique la respectiva adecuación."*

Sostiene que, si se contrasta lo dispuesto por ese párrafo con el tenor de la ley, se verá que ella no contiene un elemento que ha sido introducido por la Circular. En efecto, la ley señala que el nuevo precio no se aplica a los planes que tengan menos de un año. La Circular le agrega que *tengan a lo menos un año de vigencia de comercialización*.

Agrega que de acuerdo con la ley, el procedimiento de adecuación sólo se aplica 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, y no como se indica en la Circular.

Concluye que al añadir la circular en comentario un elemento extraño, no considerado en la ley, esto es, la **"vigencia de comercialización"**, la Superintendencia de Salud

ha excedido su potestad, incurriendo en un vicio de ilegalidad, que debe corregir eliminándolo.

6. Que la Isapre Nueva Masvida S.A. también interpuso recurso de reposición y, en subsidio, recurso jerárquico, en contra de la Circular, para que, de acogerse, se elimine de dicha normativa la instrucción recurrida, según los argumentos que expone a continuación.

Al respecto, expresa que la nueva regulación administrativa excede a lo establecido en la Ley N°21.350, ya que la finalidad del legislador ha sido modificar la regulación de las adecuaciones de precio base, estableciendo una serie de obligaciones tanto para las isapres como para la Superintendencia, señalando que existirá un índice máximo fijado que se entenderá justificado para todos los efectos legales. Sin embargo, en ningún caso el legislador ha pretendido que se remita la justificación del alza efectuada por cada una de las isapres.

Agrega que las limitaciones de las isapres se encuentran claramente descritas. Por su parte, el artículo 197 del DFL N°1, de Salud, señala que la adecuación debe hacerse en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados y las revisiones no podrán tener en consideración el estado de salud de los afiliados y beneficiarios.

Manifiesta que el artículo 198 del mismo cuerpo normativo establece otra limitación, en cuanto a que el ajuste aplicado no podrá superar al indicador calculado por la Superintendencia de Salud y que, si este fuera negativo, no podrá hacerse adecuación de los precios base. Luego, el artículo 198 bis señala otra limitación para que las isapres puedan efectuar adecuación de precios base, por una parte, el cumplimiento del Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, así como de las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva.

De esta forma, indica que se puede ver cómo es que las restricciones que el DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, no han establecido una obligación de justificar el porcentaje de alza de precio base, por lo que mal se podría establecer esta exigencia en la norma administrativa.

En otro orden de ideas, afirma que la normativa, si bien exige la remisión de "la información que justifique el precio base que aplicarán a sus planes de salud", es ambigua, ya que no señala expresamente a qué información adicional a la que ya conoce la Superintendencia se refiere, toda vez que la isapres ya remiten, con la periodicidad exigida por el regulador, los archivos en que se pueden ver las prestaciones, licencias médicas y subsidios, cotizaciones etc. Incluso es más, de acuerdo a lo establecido en el Oficio Circular IF/N°53, de 11 de noviembre de 2021, se deben remitir durante todo el año 2022, los Forecast Proyectados, por lo que realmente le cuesta entender qué información adicional a la que no tenga acceso podría requerir la Superintendencia, para justificar el alza efectuada por cada isapre, ya que como regulador, tiene conocimiento cabal de la situación de cada una de ellas.

7. Que, en atención a que algunas peticiones de las recurrentes se refieren a las mismas instrucciones, aquéllas serán analizadas y resueltas conjuntamente.

8. Que, en primer lugar, las recurrentes solicitan que se deje sin efecto el párrafo cuarto del punto 1 "Comunicación de la adecuación propuesta por la isapre", del Título III del Capítulo I del Compendio de Procedimientos.

Dicho párrafo efectivamente fue incorporado por el numeral 1.2 del acápite III de la Circular, en los siguientes términos:

*"Además, en la misma oportunidad señalada precedentemente, las isapres*

*deberán enviar a esta Superintendencia, la información que justifique el precio base que aplicarán a sus planes de salud, lo que no significa que con dicho envío la Superintendencia valide la referida información."*

Al respecto, debe tenerse presente que, si bien es cierto lo que afirman las isapres, en cuanto la Ley 21.350 establece que "El índice de variación porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales", también es cierto que dicho indicador constituye el aumento máximo de precio base que la ley permite. En efecto, el nuevo artículo 198 letra d) del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, dispone que "Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud." En la letra e) que le sigue, el legislador confirma que "el porcentaje de ajuste informado [por las isapres] será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud." (Énfasis agregados).

Los preceptos transcritos establecen que el indicador que calcula la Superintendencia se entenderá justificado, pero éste no constituye el porcentaje de alza que cada isapre debe aplicar, sino sólo un límite que ninguna de ellas podrá exceder. En otras palabras, no es lo mismo que la ley otorgue justificación al indicador a que se la otorgue al alza, pues aquél no es más que un límite que en ningún caso podría ser sobrepasado, pero no es necesariamente el reflejo del alza de costos experimentada por cada una de las isapres por separado.

En atención a lo expuesto, y en uso de sus atribuciones legales para fiscalizar y requerir la información necesaria para el cumplimiento de sus funciones, esta Intendencia incluyó en sus instrucciones el párrafo objetado. No obstante, ha estimado razonable y oportuno hacer una separación de las instrucciones relacionadas con el procedimiento mismo de la adecuación, de aquellas que tienen que ver con la eventual solicitud de información, motivo por el cual acogerá esta parte de los recursos, eliminando la citada instrucción. Lo anterior es sin perjuicio del ejercicio de las facultades de fiscalización y de requerir información, consagradas en el artículo 110 del DFL N°1, de 2005, de Salud.

9. Que, en relación al planteamiento de la Isapre Banmédica detallado en el punto 2.2 de la presente resolución, en el sentido de que interpreta de la Circular, que puede depositar la carta certificada que comunica el alza a sus cotizantes, en las oficinas de correo, hasta el día 31 de marzo del año respectivo, sin que pueda exigirse su remisión con una anticipación que suponga su recepción dentro del mes de marzo, esta Superintendencia cumple con confirmar a esa Institución que efectivamente así lo dispone la referida Circular IF/N°401, al establecer que dicha comunicación debe enviarse "en el mismo mes de marzo", lo que se entenderá cumplido si ello se realiza hasta el día 31 de marzo de cada año. En consecuencia, ni se ha solicitado ni procede modificar la instrucción aludida.

10. Que, respecto de lo señalado por la Isapre Banmédica según se cita en el punto 2.3 de la presente resolución, afirmando que lo que debe establecer la Circular es que, para efectos de la aplicación del factor etario, en caso de que un afiliado opte por alguno de los planes alternativos ofrecidos, se aplique el factor que corresponda de acuerdo al nuevo plan de salud seleccionado, se debe aclarar a esa Institución que ello resulta abiertamente contrario al tenor literal de lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 197 del DFL N°1 de 2005, de Salud, modificado precisamente en este aspecto por la Ley N°21.350, que establece que: "En este caso, las Isapres no podrán modificar el factor asociado al plan de salud, si este fuere superior". Por lo anterior, este Organismo Fiscalizador rechazará esta parte del recurso de reposición.

11. Que, sobre lo que solicita la Isapre Banmédica también en el punto 2.3, respecto de que la Circular debiese señalar que la oferta de planes alternativos debe considerar sólo aquellos planes de salud cuyos precios se acerquen más al valor pactado que el afiliado pagaba antes de la adecuación, siempre considerando al grupo familiar completo, y de acuerdo al esquema de planes de salud y tablas de factores vigentes para los planes que actualmente se encuentran en comercialización, esto es, aquellos que tienen incorporada la tabla única instruida mediante la Circular IF/N°343, en primer lugar corresponde hacer presente que el citado inciso tercero del artículo 197, establece expresamente que: *"En la misma oportunidad y forma en que se comuniquen la adecuación, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio base sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca..."*, por lo que esta parte de la propuesta de la isapre también se contrapone a la ley.

En segundo lugar, en lo que respecta a que la Circular señale que se debiera ofrecer como planes alternativos aquellos que tienen incorporada la tabla única instruida mediante la Circular IF/N°343, en opinión de esta Superintendencia dicha Circular ya contiene en forma suficiente las instrucciones sobre la materia, las que ya se encuentran plenamente vigentes, razón por la cual no es necesario insistir en ellas en la norma recurrida.

En virtud de lo señalado en el presente numeral, se procederá a rechazar estas partes del recurso de reposición presentado por la citada isapre.

12. Que, en relación al planteamiento de la Isapre Banmédica, detallado en el punto 2.4 de la presente resolución, según el cual solicita que se establezca en la Circular que, una vez que la isapre informe en el mes de marzo su decisión de adecuar, deberá aplicarse el alza a contar del primero de abril siguiente, respecto de todos aquellos planes de salud que tengan, a esa fecha, más de un año de vigencia, se debe estar a lo establecido en el nuevo artículo 198 del citado DFL N°1 de 2005, reemplazado por la Ley N°21.350, que en el último inciso dispone que *"Los nuevos precios entrarán en vigencia a partir del mes de junio de cada año..."*, y asimismo se debe tener presente lo establecido en el inciso sexto del artículo 197 del mismo cuerpo legal, que señala *"Los beneficios contemplados para un mes estarán financiados por la cotización devengada en el mes inmediatamente anterior cualquiera sea la época en que la Institución perciba efectivamente la cotización..."*.

Como se advierte de la sola lectura del último de los preceptos señalados, la clave, para los efectos del financiamiento de las prestaciones, radica en la cotización devengada, por lo que, al indicar la ley que la vigencia de los nuevos precios es el mes de junio, significa que desde ese mes nace el derecho de la isapre de cobrar el nuevo valor y la consecuente obligación del afiliado de que se le deduzca de su remuneración o pensión el nuevo precio. Lo anterior, por cuanto que algo esté vigente significa que está en vigor y observancia; y que esté en vigor implica que es obligatorio. Por tanto, el nuevo precio es obligatorio desde junio y no desde abril como lo sugiere esa Isapre, razón por la que se rechazará esta parte del recurso de reposición.

13. Que, en relación con la solicitud de la Isapre Banmédica detallada en el punto 2.5 de esta resolución, para que se otorgue un plazo mínimo de 3 meses para modificar las Condiciones Generales del contrato de salud, permitiendo durante el referido período, el uso del saldo de documentos bajo el formato antiguo, esta Superintendencia estima razonable dicho requerimiento, por lo que lo acogerá en los términos planteados por la referida Institución.

14. Que, respecto de lo planteado por la Isapre Consalud, que se detalla en el punto 4.2 de la presente resolución, en el sentido de que debiera modificarse la Circular,

cambiando en todas aquellas partes que sea necesario, que el afiliado tiene derecho a pronunciarse hasta el último día hábil del mes de abril de cada año y que la respectiva cotización de salud adecuada, rige desde el descuento o pago de la cotización de salud pactada en el mes de mayo de cada año, cabe aplicar los mismos argumentos y conclusiones a que arriba esta Superintendencia en el numerando 12 de esta resolución, a propósito de similar planteamiento de la Isapre Banmédica, por lo que también será rechazada esta parte del recurso de reposición.

15. Que, en lo que concierne a lo expresado por la Isapre Cruz Blanca, detallado en el punto 5.2 de la presente resolución, en orden a que, al añadirse en el numeral 1.1 de la circular recurrida un elemento extraño, no considerado en la ley, esto es, la "vigencia de comercialización", la Superintendencia de Salud ha excedido su potestad, incurriendo en un vicio de ilegalidad, que debe corregir eliminándolo, debe tenerse presente que, en efecto, la ley 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...".

Pues bien, como puede verse, el legislador ha plasmado un concepto indeterminado, el que, para que produzca efecto, debe ser desentrañado, de modo de que se adecue a las demás normas que rigen el sistema isapre y, en particular, el proceso de adecuación.

Es pertinente destacar que Cruz Blanca realizó el mismo ejercicio, toda vez que en su recurso agrega que "de acuerdo con la ley, el procedimiento de adecuación sólo se aplica 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". Así, cometería aparentemente el mismo supuesto exceso que imputa a este Órgano Fiscalizador, al agregar el elemento "de vigencia" al concepto legal, pero no explica esa interpretación.

Ahora bien, un análisis armónico de los distintos preceptos de la Ley de Isapres (contenida en el DFL N° 1 de marras), nos revela que el precio del plan solo podrá variar una vez cumplidos los respectivos períodos anuales, según dispone su artículo 189 letra e), que no fue modificado por la Ley N° 21.350. Entonces, como, para ser contratado, el plan debe haber estado en comercialización en ese momento, es indudable que, para que el precio sea aumentado a través del mecanismo de la adecuación, el plan debe tener, a lo menos, un año de vigencia.

No obstante, en virtud de una nueva revisión de la norma, esta Intendencia advierte que es posible que en el intervalo que existe entre la contratación y la adecuación, el plan pudiera haber dejado de ser comercializado, por lo que concuerda con la redacción que sugiere la recurrente y acogerá su petición en ese sentido.

En consecuencia, el recurso será acogido en este capítulo.

16. Que, en mérito de lo expuesto precedentemente y en uso de las facultades que la ley otorga a esta Intendenta,

#### **RESUELVO:**

1. Acoger parcialmente los recursos de reposición interpuestos por las Isapres Banmédica S.A., Consalud S.A. y Cruz Blanca S.A. y en su totalidad los deducidos por las Isapres Colmena Golden Cross S.A. y Nueva Masvida S.A., en contra de la Circular IF/N°401, de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, de la Superintendencia de Salud, en los términos señalados en el numeral 8 de la presente resolución, eliminando el párrafo cuarto del punto 1.2 del acápite III de la referida circular.

2. Acoger la segunda petición de la Isapre Cruz Blanca, en los términos expuestos en el considerando 15 del presente instrumento, en el sentido de que, en el numeral 1.1 del acápite I de la Circular, párrafo segundo, se suprime la expresión "de comercialización".

De esta manera, queda acogido en su totalidad el recurso de reposición deducido por Isapre Cruz Blanca.

3. Acoger la solicitud de la Isapre Banmédica en los términos expresados en el numeral 13 de la presente resolución, agregando los siguientes nuevos párrafos al Título VI "Vigencia" de la Circular IF/Nº401:

"Sin perjuicio de lo anterior, las isapres deberán utilizar las Condiciones Generales del Contrato de Salud ajustadas a las modificaciones introducidas por la presente circular, a contar de las suscripciones de contratos que se efectúen desde el 1 de abril de 2022, pudiendo usar el stock existente de dichos documentos hasta el 31 de marzo de 2022.

Durante el referido período transitorio, y con el objeto de entregar una correcta información a las personas contratantes, las isapres deberán tachar en el artículo 22 "Adecuación del Contrato de Salud", de las Condiciones Generales, las partes que no se ajustan a la normativa vigente y entregar a dichas personas un anexo que informe acerca de las modificaciones introducidas en los puntos 1.1 y 1.2 del Título IV de la presente Circular".

4. Rechazar las demás peticiones de los recursos de reposición presentados por las Isapres Banmédica y Consalud.

Remítase para el conocimiento y resolución del Superintendente de Salud, los recursos jerárquicos interpuestos subsidiariamente por las Isapres Banmédica y Consalud.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE.-**



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

  
KBM/RTM/MPA  
TT /TT  
**DISTRIBUCIÓN:**

- Gerente General de Isapre Banmédica S.A.
- Gerente General de Isapre Colmena Golden Cross S.A.
- Gerente General Isapre Consalud S.A.
- Gerente General Isapre Cruz Blanca S.A.
- Gerente General Isapre Nueva Masvida S.A.
- Gerentes Generales de Isapres
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Fiscalía- Depto. Estudios y Desarrollo
- Subdepto. de Regulación Oficina de Partes

