

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
Subdepartamento de Regulación

RESOLUCION EXENTA IF/N°

2883

Santiago,

24 MAR 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; la Resolución RA N°882/182/2023, y

CONSIDERANDO:

1.- Que, mediante la **Circular IF/N°493, de fecha 15 de enero de 2025**, esta Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud impartió instrucciones generales a las isapres sobre las restituciones de las cantidades percibidas en exceso por adecuación a la Tabla de Factores Única (TFU) y suspensión del cobro de las cargas no natas y menores de dos años y mayores de 65 años; primas extraordinarias incorporadas por las leyes N°s 21.647 y 21.674; ajuste excepcional a la cotización legal obligatoria y aplicación de la TFU ante diversos escenarios.

2.- Que, dentro del plazo legal, las isapres Cruz Blanca S.A., Banmédica S.A., Vida Tres S.A., Consalud S.A., Colmena Golden Cross S.A., Nueva Masvida S.A., Isalud Isapre de Codelco SpA, y Esencial S.A. interpusieron sendos recursos de reposición en contra de las aludidas instrucciones.

Asimismo, a excepción de Isapre Vida Tres S.A., todas las mencionadas interpusieron, en forma subsidiaria, recursos jerárquicos para ante el Superintendente de Salud, solicitando se enmiende y/o deje sin efecto la aludida Circular.

Finalmente, todas las recurrentes solicitaron que se suspendiera la vigencia del acto en tanto se resolvieran los recursos pendientes.

3.- Que las recurrentes, en términos muy similares, plantearon diversas observaciones, objeciones y solicitudes de complementación de la citada normativa, las cuales, atendido el volumen de los recursos, se desarrollarán de manera conjunta, siguiendo para ello el orden dado por la Circular.

4.- Que, contra el **literal A)**, referido a las restituciones de las cantidades percibidas en exceso producto de la adecuación a la Tabla de Factores Única (TFU) y de la suspensión del cobro por cargas no natas y menores de dos años, Isapres Colmena Golden Cross e Isalud, han impugnado la siguiente **Regla N°2:**

"2.- Las personas afiliadas con acreencias a su favor que no estén vigentes en la isapre deudora, mantendrán el acceso a la cuenta especial de excedentes que ésta debe abrir para el pago de la deuda, pudiendo hacer uso de los respectivos fondos para los fines previstos en la ley. Asimismo, los ex afiliados podrán consultar sobre la existencia y monto de la deuda en las sucursales de la isapre y a través del vínculo directo en su página institucional, en los términos que instruye el punto V. 2. "Información a las personas acreedoras", de la Circular IF/N° 470 de 2024."

Sobre el particular, Colmena Golden Cross indica que, la Circular debe ser complementada, ya que los usos que la persona que no es afiliada por término

del contrato de salud pudiera dar a estos excedentes no son todos los del artículo 188, debiendo especificar las materias a las que, por su condición de ex afiliado, podrían ser destinados. Asimismo, argumenta que el acreedor de las restituciones puede utilizarlos para el pago de una deuda generada; no obstante, para financiar prestaciones no cubiertas, es necesario que aquellas hubieran sido otorgadas en el mes de diciembre, época en la que se inicia el devengo de las restituciones. Añadiendo, finalmente, que la implementación de usos tratándose de ex afiliados requiere de desarrollos que superan el año.

En cuanto a Isalud, afirma que la generación de una cuenta adicional de excedentes resulta un costo adicional, ya que optó por la devolución directa.

- 5.- Que, con relación a estas objeciones, si bien la Ley N°21.674 permite devolver esta deuda en forma de excedentes, los cuales pueden ser utilizados para los fines del artículo 188 del DFL N°1/2005 de Salud, la naturaleza facultativa de estos vocablos sugiere que, para la imputación a alguno de los usos, se requerirá encontrarse en alguno de los supuestos que dicha norma contempla, salvo regulación expresa en contrario, la cual no ha sido impartida mediante la regla que se repone.

En este sentido, atendido que Isapre Colmena Golden Cross indicó en su Plan de Pago y Ajustes que se encontraba llana a prepagar y/o compensar estas acreencias, en la práctica, dispone de otras alternativas de pago que resultan perfectamente viables para todas las categorías de acreedores que menciona, las cuales no requieren de la regulación complementaria que exige.

Adicionalmente, atendido que los excedentes reconocidos en esta cuenta especial pueden ser empleados para compensar deudas pasadas con la isapre, no se aprecia por qué Colmena Golden Cross pretende limitar su empleo tratándose de prestaciones no cubiertas, sólo a aquellas que fueran otorgadas después del inicio del devengo de las restituciones.

En este sentido cabe afirmar que, encontrándose disponibilizados en la cuenta respectiva, no puede limitarse el uso de los excedentes en los términos planteados por esta isapre. En efecto, si bien el devengo se produce mes a mes, aquella modalidad de pago en cuotas obra en único beneficio de la recurrente; no obstante, la deuda acumulada por no haber ajustado los contratos a la TFU tiene su origen desde hace años, por tanto, malamente puede exigir que el uso de estas acreencias se limite a prestaciones posteriores a diciembre de 2024.

Finalmente, en cuanto a lo argumentado por Isapre Isalud, cabe señalar que la creación de una cuenta adicional de excedentes fue una obligación que la Ley N°21.674 estableció en su artículo 5°, tanto respecto de los cotizantes vigentes como ex afiliados (inciso penúltimo), precisando dicha normativa que la aludida cuenta no podrá ser cerrada sino hasta el pago total de la deuda.

No obstante, si la recurrente, tal como afirma en su presentación, definió que el pago se efectuaría mediante devolución directa, en lugar de dar el tratamiento de excedentes, posibilidad que se desprende del artículo 3 de la referida ley al emplear el vocablo "podrá", lógicamente, la regla impugnada no le resulta aplicable, correspondiendo el rechazo de su impugnación.

- 6.- Que, por tanto, se mantiene íntegramente la instrucción consignada en la Regla N°2 del literal A) de la Circular IF/N°493.
- 7.- Que, contra el **literal A)**, referido a las restituciones de las cantidades percibidas en exceso producto de la adecuación a la Tabla de Factores Única (TFU) y de la suspensión del cobro por cargas no natas y menores de dos años, Isapre Cruz Blanca S.A. e Isalud, han impugnado la siguiente **Regla N°3**:

"3.- Respecto al concepto "Diferencia fallo E. Corte Suprema", que forma parte de la descomposición de la cotización pactada, en la

sección D del formato del FUN que debe expresarse en dicho formulario producto de la incorporación de la TFU al contrato de salud, efectuada el 1 de septiembre de 2024, el monto calculado del ajuste no se ve alterado por los posteriores ingresos o retiros de personas beneficiarias del contrato."

Sobre el particular, Cruz Blanca indica que, esta regla de inamovilidad del monto correspondiente al concepto "Diferencia fallo E. Corte Suprema" genera un desequilibrio, pues su cálculo dependió de una determinada composición de beneficiarios a cierta fecha y con el objeto de no generar un aumento de precio producto de la adecuación de los contratos a la tabla de factores única, traduciéndose en un descuento sobre el precio final que no se justificaría si el beneficiario, vigente al momento del cálculo, se retira, produciéndose desequilibrios indeseados, ya que la isapre terminaría recibiendo menor ingreso que el que le corresponde o el efecto contrario, dependiendo del factor que se hubiere asignado al beneficiario que se retira.

Transcribe ejemplos en acreditación de sus aseveraciones, y solicita modificar la Circular, indicando que el monto "Diferencia fallo E. Corte Suprema" se vea alterado, en la proporción que corresponda, por el retiro de personas beneficiarias que estaban vigentes en el respectivo contrato al momento de efectuarse su cálculo.

Por su parte, Isapre Isalud indica que, este rubro fue creado mediante la Circular IF/Nº468, para que el total a descontar al beneficiario sea igual a lo que pagaba con la antigua tabla de factores que le favorecía y, por tanto, no se observa ninguna razón para mantener este beneficio si las circunstancias cambian, ya que al retirar una carga el monto total baja, por tanto, no resultaría pertinente seguir descontando el mismo valor por "diferencia fallo E. Corte Suprema" que es preexistente.

- 8.- Que, tal como indican las recurrentes, efectivamente, lo pretendido con la incorporación del ítem aludido fue que la aplicación de la Tabla de Factores Única a los contratos que contaban con una tarificación de riesgo diferente, no se tradujera en un incremento de precio para los cotizantes, dando cumplimiento a las instrucciones de la Excma. Corte Suprema y la Ley Nº21.674, sobre el particular.

Desde un punto de vista de la descomposición de la cotización pactada, este ítem "diferencia fallo E. Corte Suprema" se registra como un valor negativo, por tanto, si alguno de los beneficiarios que dieron origen a esta diferencia se retira del plan respectivo, efectivamente, corresponderá descontar la proporción que dicha persona representaba en dicho monto.

En este sentido es importante aclarar que, no cualquier retiro permite reducir la cifra antedicha, sino que debe corresponder a la carga que dio origen al descuento aludido y, únicamente, en la proporción respectiva.

- 9.- Que, por tanto, se acoge parcialmente el recurso de reposición respecto de la instrucción consignada en la Regla Nº3 del literal A) de la Circular IF/Nº493, sólo tratándose del retiro de una carga y en los términos detallados previamente.

Por tanto, el nuevo tenor de la regla será el siguiente:

"3.- Respecto al concepto "Diferencia fallo E. Corte Suprema", que forma parte de la descomposición de la cotización pactada, en la sección D del formato del FUN que debe expresarse en dicho formulario producto de la incorporación de la TFU al contrato de salud, efectuada el 1 de septiembre de 2024, el monto calculado del ajuste no se ve alterado por los posteriores ingresos de personas beneficiarias del contrato. No obstante, tratándose del retiro de alguna de las cargas que dieron origen al descuento,

dicho monto podrá disminuir, únicamente, en la proporción correspondiente a aquella."

- 10.- Que, contra el **literal B)**, referido a las reglas comunes para las primas extraordinarias de las Leyes N° 21.647 y N°21.674, Isapre Cruz Blanca, Consalud, Colmena Golden Cross y Nueva Masvida, han impugnado la siguiente **Regla N°4:**

" 4.- 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."

De forma generalizada, las recurrentes indican que las adecuaciones, conforme a lo dispuesto en los artículos 197 y 198 del DFL N°1/2005 de Salud, en lo sucesivo, se aplicarán sobre el precio final y, conforme al tenor expreso del artículo 10 de la Ley N°21.674, norma que no resultaría interpretable por esta Superintendencia, dicho precio sólo excluiría el valor de las GES y los beneficios adicionales, no al valor de las primas extraordinarias.

Afirman que, conforme a las reglas básicas de interpretación, se debe estar al tenor literal de la ley antes que a su espíritu y que el acto impugnado resultaría *contra legem*, vulnerando la Constitución Política, junto a los principios de juridicidad y legalidad.

Añaden que, en este mismo sentido, la Circular IF/N°470, al regular la adecuación de todos los contratos a la TFU indica que el precio pactado es la suma del precio final calculado en la forma indicada en el artículo 19° de las condiciones generales, más el precio de la prima extraordinaria de la ley N°21.647, más el precio de la prima extraordinaria de la N°21.674, más el precio de la cobertura adicional para enfermedades catastróficas, más el precio GES, más los beneficios adicionales contratados por el afiliado.

Hacen hincapié que, fue el legislador quien innovó con relación a la base de cálculo de la adecuación, aplicándola sobre el precio final y no sobre el precio base, determinación que no puede ser dejada sin efecto mediante un acto administrativo so pretexto de tratarse de una simple interpretación.

Concluyen que, los procesos de adecuación se aplican sobre el precio final de los contratos que, de acuerdo al artículo 10 de la Ley N°21.674, corresponde al precio pactado menos las GES y a los beneficios adicionales, no obstante, el precio pactado incluye a las aludidas primas extraordinarias, conforme al tenor de la Circular IF/N°470, por tanto, quedarían afectas a los procesos de adecuación de precios a que refieren los artículos 95 de la Ley N°21.647, además de los artículos 197, 198 y 198 bis del DFL N°1/2005 de Salud, en especial, tratándose de aquellos contratos que fueron objeto de la incorporación de la TFU a sus condiciones particulares.

- 11.- Que, con relación a estas objeciones, cabe señalar 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 de Factores Única (TFU), 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.

De hecho, es tan evidente que las primas extraordinarias no forman parte de la noción de precio final que, para efectos de determinar las adecuaciones de precio de los contratos a los cuales se les aplicó la TFU e impedir la discriminación proscrita entre afiliados, conforme al artículo 197 DFL N°1/2005 de Salud, como sería, por ejemplo, aquella existente entre quienes se les incorporó la TFU y los

que contrataron con la tabla ya incorporada, la única cifra que se ve incrementada (además del precio base multiplicado por la suma de los factores etarios TFU), es la "Diferencia fallo E. Corte Suprema", de existir aquella, y en la misma proporción que el alza de precio base. Es decir, lo único que se adecua (aumenta) es el "descuento" para conservar la paridad en estos planes, pero jamás los ítems que pretenden las recurrentes.

- 12.- Que, el argumento descontextualizado de las recurrentes respecto de la Ley N°21.674, al indicar que el artículo 10 sólo excluye el precio cobrado por las Garantías Explícitas (GES) y los eventuales beneficios adicionales pactados, constituye una discriminación arbitraria entre afiliados que no se ajusta, en nada, a la estabilidad del sistema que afirman defender.

En efecto, en la interpretación de las recurrentes, estos beneficiarios que, por disposición de la Excma. Corte Suprema y del Legislador se les incorporó una tabla de factores distinta de la contratada, esto es, sin mediar voluntad alguna de su parte, ya que, en la mayoría de ellos, no recurrieron de protección, no obstante, los efectos del citado fallo fueron generales.

Por tanto, atendido mandato expreso de la Excma. Corte, dichos cotizantes no podían resultar perjudicados. De ahí que, si la TFU importaba un alza del precio del contrato, dicho incremento debía ser anulado, hecho que ocurre con el concepto "Diferencia fallo E. Corte Suprema", que es el único ítem que debe ser adecuado, conforme se explicó precedentemente. De lo contrario, este cotizante que, con la nueva tabla genera un precio final más alto, terminaría pagando más que otro que ingresa con la nueva tabla suscrita desde sus inicios.

Sin embargo, en ningún escenario, ni el poder judicial, ni el legislativo, ni el propio ejecutivo que presentó el proyecto, establecieron la posibilidad que, a este grupo de personas, se les hicieran adecuaciones adicionales sobre las dos primas extraordinarias, como arguyen las recurrentes.

- 13.- Que, de hecho, tan evidente resulta esta conclusión, que la denominada Ley Corta de Isapres, en el mensaje consignado en la historia fidedigna de su establecimiento, aclara que el motivo de su dictación es dar aplicación al fallo sin precedentes de la Excma. Corte Suprema; enfatiza que la aplicación de este procedimiento no podrá importar un alza del precio final de los contratos de las personas afiliadas, salvo fundado en la incorporación de una nueva carga; delegando en esta Superintendencia la ejecución del proceso y el cumplimiento de las referidas condiciones.

- 14.- Que, a mayor abundamiento, resulta caprichoso desconocer que, el artículo 10 de la denominada Ley Corta de isapres, obviando la norma permanente del artículo 170 letra m) del DFL N°1/2005 de Salud, plenamente vigente, que establece la definición general y para toda la industria de precio final, en los siguientes términos: "*El precio final que se pague a la Institución de Salud Previsional por el plan contratado, excluidos los beneficios adicionales, se obtendrá multiplicando el respectivo precio base por el factor que corresponda al afiliado o beneficiario de conformidad a la respectiva tabla de factores*", tuvo por objeto dar viabilidad a la adecuación de precios de aquellos contratos que, en un primer momento, habían quedado sin tablas por la anulación efectuada por la Excma. Corte Suprema.

En efecto, el artículo 10 se limita a aclarar que, aquellos contratos que, con ocasión de la eliminación de las antiguas tablas; la incorporación de la nueva TFU; y, sin experimentar un aumento de precio, llevarían a cabo el proceso de ajuste del "precio base", lo harían sobre el precio final.

Claramente, el legislador no tenía los insumos técnicos para llevar a cabo esa instrucción, por eso lo delega en esta Entidad, pero jamás pretendió incorporar elementos adicionales al concepto "precio final", de aquellos que define el artículo 170 letra m) del DFL N°1/2005 de salud.

En efecto, en este sentido, 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).

Por tanto, el artículo 10 de la Ley N°21.674 no incorporó otros elementos para ser reajustados al momento de efectuar la adecuación de precio base, ni pretendió afectar a una parte específica de la cartera, justamente, aquella que se le modificó su tabla de factores por la TFU y que la norma es enfática al indicar que, este proceso, no podía importar un alza de precio para aquellos.

- 15.- Que, además de tratarse de una discriminación arbitraria y no buscada, establece una diferencia ilegítima entre cotizantes, ya que mediante una interpretación parcial y no sistemática de las leyes que regulan el precio, intenta incorporar un mecanismo adicional de reajustabilidad que fue expresamente negado durante la discusión legislativa, por no formar parte de las materias instruidas en el fallo de la Excma. Corte Suprema y que la ley se dispuso a aplicar.

En efecto, ni en el fallo de la Excma. Corte Suprema, ni en la ley que permitió su aplicación, se establecieron mecanismos de reajustabilidad de primas, como sugieren las recurrentes y que, por el contrario, el presente recurso insiste en reponer una petición que fue expresamente rechazada a nivel legislativo y judicial.

De hecho, el mensaje de la Ley N°21.674 es claro al indicar que con esta normativa se pretendía, entre otros fines, reducir la judicialización de estas materias, no obstante, si las isapres persisten en crear una diferencia artificial en contra de este grupo específico de personas afiliadas (aquellas a las cuales se incorporó la TFU), esta Superintendencia, en su rol fiscalizador, cumple con representar su oposición a dicha práctica.

- 16.- Que, a mayor abundamiento, cabe señalar que dichas primas extraordinarias regulan una situación circunstancial y excepcional que fue ponderada por la isapre al momento de su determinación, cifrándolas en UF, por tanto, ya contempla un mecanismo de reajustabilidad intrínseco, sin que resulte plausible acceder a la modificación solicitada.

En efecto, la cuantificación de las primas extraordinarias de las leyes 21.647 y 21.674, tuvieron a la vista elementos excepcionales.

En el caso de la prima de la Ley 21.647, el objeto fue financiar los menores ingresos por el no cobro a menores de 2 años ordenado por la Excma. Corte Suprema, reconociéndose que esta situación producía un desequilibrio que era necesario paliar. Es más, cuando dichos beneficiarios cumplen 2 años de edad, se prevé que las Isapres puedan cobrar el factor correspondiente de la TFU por dicho beneficiario.

En este mismo sentido, la prima extraordinaria establecida en el artículo 3 letra c) de la Ley N°21.674, tuvo un objetivo específico: *"monto necesario para cubrir el costo de las obligaciones con sus personas afiliadas..."* regulándose además por la Circular IF/N°470 de tal forma, que dicha prima debía financiar un déficit determinado en un período específico, por lo que la prima en cuestión estaba destinada, únicamente, a financiar ese déficit concreto, generado por los fallos de la Corte Suprema, la incorporación forzosa de la TFU, junto a la devolución de la deuda, de ahí su denominación de "extraordinaria."

Por lo expuesto, pretender incluir ambas primas en un proceso anual de adecuación de precios, que responde a otra lógica, a otros elementos, que se realiza año a año y que para su determinación objetiva deben analizarse costos definidos específicamente en la normativa, resulta improcedente, importando amplificar el cobro de una situación ya compensada, que permitió el equilibrio financiero que la normativa pretendía.

Finalmente, cabe hacer presente que es deber del regulador interpretar conforme a derecho las normas que regulan la modificación de precios, lo que implica hacerlo en forma sistemática, teniendo a la vista toda la normativa que influye en ello y no sólo aspectos parciales como hacen las recurrentes.

17.- Que, por tanto, se mantiene íntegramente la instrucción consignada en la Regla N°4 del literal B) de la Circular IF/N°493.

18.- Que, contra el **literal E)**, referido a las reglas para el ajuste del precio de contratos a la Cotización Legal Obligatoria, Isapre Cruz Blanca, Banmédica, Vida Tres, Colmena Golden Cross, Isalud y Nueva Masvida, han impugnado la siguiente **Regla N°1:**

"1.- El ajuste excepcional y por única vez incorporado por el artículo 9 de la Ley N°21.674, no se extiende a aquellos contratos cuyos titulares habían previamente renunciado a sus excedentes o habían destinado su uso, en todo o parte, para el financiamiento de contratos individuales compensados, beneficios adicionales u otros fines a los que alude el inciso primero del artículo 188 del DFL N°1/2005 de Salud."

Dentro de los argumentos de la mayoría, se indica que, sin fundamento alguno, se habrían excluido contratos de una de las disposiciones básicas y estructurantes de la Ley N°21.674 como es el ajuste a la cotización legal obligatoria, a saber, aquellos contratos cuyos titulares, previamente, habían renunciado a sus excedentes, en todo o parte, para el financiamiento de contratos individuales compensados, beneficios adicionales u otros fines a los que alude el inciso 1° del artículo 188 del DFL N°1/2005 de Salud, contraviniendo el texto expreso del artículo 9 de la Ley N°20.674 que, en términos imperativos, señala que el ajuste al 7% se aplica a todos aquellos contratos de salud que tengan un precio pactado inferior a la cotización legal obligatoria, regla pura y simple que aplica, exista o no, renuncia de excedentes.

Añaden que, la regla antes citada, no contiene ninguna excepción y aquella no puede ser establecida ni aún por la vía de una interpretación administrativa, en especial, considerando que la propia Ministra de Salud, durante la tramitación de la Ley N°21.674, habría señalado que, con dicha norma, se pretendía llegar a la normalidad de la cotización legal y que no existieran planes por debajo del 7%, además de garantizar una mayor estabilidad para los flujos financieros futuros de las isapres. Por tanto, la aludida instrucción sería una regla distinta y, derechamente, contraria a la dispuesta por el legislador.

Asimismo, la mayoría entiende que, con este ajuste, los contratos se vieron mejorados por la incorporación de nuevos beneficios que deberían ser dejados sin efecto en plena utilización o que perderían la capacidad de ser utilizados en el futuro.

Pormenorizan que, al regularse el concepto de precio pactado mediante la Circular IF/N°470, no se habrían considerado ni las compensaciones ni la renuncia a los excedentes, por tanto, no corresponde que una norma modifique ese criterio y disponga que el ajuste a la cotización legal obligatoria no debe considerar aquellos contratos cuyos titulares habían previamente renunciado a su excedentes o bien destinado su uso en todo parte el financiamiento de contrato individuales compensados, beneficios adicionales u otros fines del artículo 188 del DFL N°1/2005 de Salud.

Isalud, a su turno expresa que, la regla que el ajuste al 7% no se aplica a los planes con renuncia a los excedentes (sólo vigente para los planes grupales y planes de isapre cerradas) o si los hubiera usado para obtener beneficios adicionales, hecho que importaría limitar los efectos de la Ley N°21.674 a un universo de situaciones que dicha norma no habría exceptuado y cuya interpretación resultaría confirmada por el Oficio Circular IF/N°22, de 12 de julio de 2024.

Finalmente, Isapre Nueva Masvida S.A., indica que la instrucción tendría sentido tratándose de una renuncia total de excedentes o si aquellos se destinaran íntegramente al financiamiento de contratos individuales compensados, beneficios adicionales u otros fines del inciso primero del artículo 188 del DFL N°1/2005 de Salud, no obstante, si la destinación sólo es parcial, resultaría absurdo que el "contrato" quede completamente excluido del ajuste excepcional y por única vez incorporado por el artículo 9 de la Ley N°21.674.

Atendido lo expuesto, solicita aclarar la instrucción impartida en el sentido de señalar que, tratándose de una destinación parcial de los excedentes, el ajuste excepcional y por única vez, se hará sólo en la parte no destinada a dichos fines excluyéndose la parte efectivamente utilizada de los excedentes.

- 19.- Que, en relación a estos argumentos, efectivamente, la Ministra de Salud planteó la necesidad que el 7% de la cotización legal fuese destinado a Seguridad Social, no obstante, también manifestó, en reiteradas oportunidades y con relación a los excedentes, que no se trataba de un cambio retroactivo de los contratos, afirmación que resultó materializada en el artículo 2° de la ley al indicar que los excedentes ya devueltos, renunciados o requeridos no serían restituidos.

Por tanto, si los excedentes fueron renunciados en forma previa al ajuste al 7%, ya sea para financiar un plan compensado o un beneficio adicional, prerrogativas que permanecen plenamente vigentes en el artículo 197 del DFL N°1/2005 Salud y que forman parte de la Seguridad Social, dicha renuncia no puede ser dejada sin efecto, en los términos que han entendido las recurrentes.

Lo anterior, no sólo importaría efectuar una alteración unilateral del contrato no autorizada por la normativa, sino que también presenta una inconsistencia jurídica, ya que los excedentes respectivos no figuraban en la cuenta corriente individual del cotizante, es decir, ya se trataba de un contrato ajustado a la cotización legal por la renuncia previa para los fines aludidos.

No obstante, las isapres desconocieron el mandato de renuncia de los excedentes e impusieron una cotización adicional para el financiamiento de la compensación y los beneficios previamente pactados, pese a tratarse, valga reiterar, de contratos ya ajustados.

- 20.- Que, lo expuesto mediante la presente regla, no se contradice con ninguna de las instrucciones previas, ni tampoco se han excluido planes, como afirman las recurrentes.

No obstante, para mayor claridad, quizás resulta necesario explicitar, tal como afirma Isapre Nueva Masvida que, tratándose de contratos con renuncia de excedentes, el ajuste al 7% corresponde sea efectuado respecto del saldo no utilizado de aquellos.

- 21.- Que, por tanto, se acoge parcialmente el recurso de reposición respecto de la instrucción consignada en la Regla N°1 del literal E) de la Circular IF/N°493, sólo en cuanto, se aclara que el ajuste a la cotización legal se extiende a la parte no renunciada de los excedentes.

Por tanto, el nuevo tenor de la regla será el siguiente:

"1.- El ajuste excepcional y por única vez incorporado por el artículo 9 de la Ley N°21.674, no se extiende a aquellos contratos cuyos titulares habían previamente renunciado a sus excedentes o habían destinado su uso para el financiamiento de contratos individuales compensados, beneficios adicionales u otros fines a los que alude el inciso primero del artículo 188 del DFL N°1/2005 de Salud, por encontrarse ajustados a la cotización legal. No obstante, dicho ajuste se podrá aplicar respecto de aquella parte de los excedentes no destinada para tales fines.

22.- Que, contra el **literal E)**, referido a las reglas para el ajuste del precio de contratos a la Cotización Legal Obligatoria, Isapre Banmédica, Vida Tres, Consalud, Isalud, Nueva Masvida, Cruz Blanca, Esencial y Colmena Golden Cross han impugnado la siguiente **Regla N°2:**

"2.- En caso de que haya correspondido efectivamente la aplicación del ajuste excepcional y por única vez incorporado por el artículo 9 de la Ley N° 21.674, la Isapre deberá informar a la persona cotizante a través de correo electrónico o -en caso de no disponer de una dirección para ese efecto- a través de carta certificada, dentro de quince días hábiles contados desde la notificación de la presente Circular, acerca de la opción que éste podrá ejercer de intercambiar los nuevos beneficios que se le otorgaron en el proceso de ajuste a la cotización legal obligatoria por alguna o algunas de las siguientes alternativas y la manera de hacer efectiva su preferencia:

a) para financiar total o parcialmente el valor correspondiente al ingreso de una nueva carga. Si aun así quedare un remanente del valor del ajuste, las partes podrán acordar la modificación de los nuevos beneficios en forma proporcional a la diferencia de ajuste. Se presumirá que el cotizante que incorporare una nueva carga, opta por esta forma de financiamiento, salvo que manifieste lo contrario por escrito a la Isapre.

b) para obtener beneficios, convenidos de común acuerdo, distintos a los que se le otorgaron por la Isapre en el referido proceso de ajuste a la cotización legal."

Dentro de los argumentos de la mayoría, se indica que, las alternativas de intercambio de los beneficios ya otorgados, por unos diferentes, o el financiamiento de nuevas cargas, constituye una alteración de las reglas dispuestas por el legislador que afectan los ingresos futuros de las isapres, particularmente, la consignada en el literal a, consistente en el financiamiento del valor, total o parcial, de una nueva carga, ya que reduce el monto correspondiente al ajuste a la cotización legal que fue aplicado y elimina el monto de las primas extraordinarias de todas las cargas que sean traspasadas entre contratos de una misma isapre, atendido lo consignado en el literal B Regla N°1 de la circular impugnada.

A estos efectos, Isapre Nueva Masvida indica que esta obligación de financiar la incorporación de un beneficiario con cargo al aludido ajuste, importa una infracción a la igual repartición de las cargas públicas consagrada en el artículo 19 N°20 de la Constitución Política de la República, pues sin fundamento legal y mediante una norma de carácter reglamentario, como isapres y sin que ello ocurra con otras industrias, se les estaría forzando a otorgar un beneficio adicional obligatorio que resulta ilegal, discriminatorio y vulnera derechos fundamentales, ya que se trata de una carga pública que no tiene una ley que la sustente.

En general, todas las recurrentes enfatizan que, incorporar cargas completamente nuevas, imputando su precio al valor del ajuste, constituiría una especie de beneficio compensatorio que excedería el ámbito de la ley, obligación

que carecería de fuente y pondría en riesgo la sustentabilidad de los PPA aprobados por esta Entidad y los indicadores legales.

Enfatizan que, la Ley N°21.674 tuvo por objeto dotar de contenido al fallo de Excelentísima Corte Suprema en materia de tabla de factores y buscar el equilibrio financiero del sistema, incorporando un ajuste al 7% de la cotización legal obligatoria, por una vez, respecto de los contratos cuyo pactado fuera inferior a la cotización legal para salud individualmente calculada.

En este sentido, Isapre Consalud S.A., afirma que el ajuste al 7% opera por una sola vez y de manera extraordinaria; la isapre debe ofrecer nuevos beneficios gratuitos y planes alternativos cuyo precio sea más cercano al valor de la cotización legal y el afiliado podrá mantener su plan al nuevo valor y con los nuevos beneficios o aceptar un nuevo plan de salud.

Por tanto, no contempla ajustes posteriores producto de eventuales modificaciones de la renta imponible, ya que dicho ajuste ha pasado a formar parte del precio final del contrato previsional, extralimitándose al establecer la posibilidad de intercambiar los beneficios gratuitos e incorporar cargas, imputando su precio al valor del ajuste, ya que aquél fue un elemento considerado para el cálculo del déficit y posterior prima extraordinaria y, por tanto, la normativa impugnada cambia las condiciones bajo las cuales la isapre logró su equilibrio financiero y atenta contra los objetivos de la Ley N°21.674.

Isalud, por su parte, impugna la obligación de informar y dar opciones de beneficios nuevos a todos los afiliados que ya habían optado por uno, intercambiado por otros o los habían destinado al financiamiento de una nueva carga, lo que importaría rehacer un reproceso ya terminado, en circunstancias que sólo resultaría procedente revisar la situación de las personas que quieren cambiar de beneficio.

Colmena Golden Cross, a su vez, cita y transcribe las normas dictadas por esta Superintendencia, argumentado que, conforme a las mismas, aquella tenía plena libertad para definir sus nuevos beneficios, sin que la opción de intercambiar los nuevos beneficios por otros estuviera incorporada ni en la ley, ni en la Circular IF/N°470.

Argumenta que, la incorporación unilateral de un beneficio adicional obligatorio, como sería el financiamiento total o parcial del valor correspondiente al ingreso de una nueva carga, resultaría contrario al marco legal y la jurisprudencia de la E. Corte Suprema, los cuales indican que la determinación del precio final de plan de salud se define por la multiplicación del precio base por el factor del beneficiario dentro de la TFU, no obstante, al incorporar el precio de un nuevo beneficiario dentro del ajuste a la cotización legal obligatoria, por la vía administrativa, modificaría las reglas establecidas para la definición del precio final del plan de salud, hecho que resulta ilegal, altera los PPA aprobados y aumenta el déficit, al punto que, de haber conocido esta regla oportunamente, habría podido definir correctamente los nuevos beneficios y la prima extraordinaria.

En cuanto al intercambio por nuevos beneficios atentan contra la legalidad y regulación de la propia Intendencia, ya que las opciones del cotizante ante el ajuste al 7% eran quedarse en su plan y aceptar los nuevos beneficios o cambiarse de plan, pero nunca esta tercera alternativa.

Adicionalmente, la extemporaneidad de esta regulación afecta a la confianza legítima y le causa un perjuicio económico, ya que dicha isapre habría decidido otorgar los nuevos beneficios a la totalidad de la cartera que se ajustaba la cotización mínima legal, sin tener en cuenta el monto de los excedentes que el afiliado pudiese generar, en cambio, ahora se le estaría obligando a incorporar nuevos beneficios fuera del ajuste a la cotización legal o de los nuevos procesos

de adecuación anual a que alude el nuevo inciso 8° del artículo 188 del DFL N°1/2005 de Salud.

Al indicar que estos nuevos beneficios deben ser convenidos de común acuerdo, los hacen depender de la autonomía de la voluntad, por tanto, no requerían de una regulación y menos de la obligación de remitir una comunicación en dicho sentido, ya que aquello generará una alta tasa de reclamo de los afiliados, ante la negativa de la isapre de "convenir" los nuevos beneficios que ellos quieran incorporar, instrucción que resulta absolutamente extemporánea al proceso de ajuste al 7% y que, como se indicó, altera la reglas de definición del precio del plan de salud.

Finalmente, Isapre Esencial, argumenta que los beneficios otorgados con ocasión del ajuste a la cotización legal obligatoria no contaban con tarificación, por tanto, no resulta viable aplicar una suerte de proporcionalidad respecto de los "nuevos beneficios", ya que se ofrecieron de una manera conjunta y general a los afiliados de dicha isapre, instrucción que incorpora nuevos elementos no dispuestos en la ley o normativas previas y que, en definitiva, infringe los principios de jerarquía normativa y certeza jurídica.

- 23.- Que, efectivamente, el legislador pretendió, a un momento determinado, fijar un mínimo que permitiera alcanzar un equilibrio que diera viabilidad al sistema privado de salud.

En este sentido, a diferencia de lo que ocurre con la Regla N°5 que se analizará posteriormente, la incorporación de una carga y/o la contratación de beneficios adicionales con cargo al ítem "Ajuste al 7% Ley 21.674", en la práctica, importa un aumento de los beneficiarios del contrato y/o de las coberturas, que podría alterar las obligaciones de la isapre y el equilibrio alcanzado.

- 24.- Que, por tanto, se acoge el recurso, dejando sin efecto la instrucción consignada en la Regla N°2 del literal E) de la Circular IF/N°493.
- 25.- Que, contra el **literal E)**, referido a las reglas para el ajuste del precio de contratos a la Cotización Legal Obligatoria, Isapre Banmédica y Vida Tres, han impugnado la siguiente **Regla N°3**:

"3.- En el caso de la persona afiliada a la que se le haya aplicado el ajuste a la cotización legal obligatoria, si con posterioridad retira un beneficiario del contrato o aumenta su renta imponible, los eventuales excedentes que se generen con dicho retiro o aumento ingresarán íntegramente a su cuenta corriente normal de excedentes, sin perjuicio de las normas sobre limitación de excedentes en las sucesivas adecuaciones anuales, consagrada en el artículo 188 inciso 9° del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud."

Las recurrentes indican que, mencionar que los excedentes generados por el retiro de un beneficiario o el aumento de la renta imponible ingresan íntegramente a la cuenta corriente importaría dejar sin efecto la restricción del 5% establecida por el legislador.

- 26.- Que, lo argumentado en contra de la presente regla, corresponde a error de interpretación sobre los alcances y vinculación entre el límite de acumulación de excedentes establecido por el artículo 188 inciso 9° del DFL N°1/2005 de Salud y el ajuste al 7% del artículo 9 de la Ley N°21.674.

En aplicación del artículo 9°, los contratos vigentes se ajustaron a la cotización legal (7%), cifra que registró en el recuadro de la descomposición de la cotización pactada del FUN, bajo la denominación "Ajuste al 7% Ley 21.674", impidiéndose la generación de excedentes en su cuenta individual.

Ahora bien, si con posterioridad a dicho ajuste, el afiliado volviera a generar excedentes de cotización, por ejemplo, por la eliminación de una carga o el aumento de la remuneración, dichas sumas ingresan a su cuenta individual de excedentes, de forma íntegra y hasta la **nueva adecuación anual**, que será el momento en el cual la isapre **deberá ofrecer** nuevos beneficios o planes alternativos "cuyos precios más se aproximen al valor de su nueva cotización legal para salud" (artículo 188 inciso 9°)

- 27.- Que, a diferencia de lo indicado por las recurrentes, el único ajuste automático a la cotización pactada, fue el verificado de forma excepcional y por única vez durante el mes septiembre de 2024 y que el artículo 9 de la Ley N°21.674 permitió.

La normativa no contempla otros ajustes automáticos, por tanto, sólo durante el proceso de adecuación anual y teniendo como contrapartida nuevos beneficios o la suscripción de planes alternativos que más se aproximen a la nueva cotización legal, la isapre podrá limitar la acumulación de estos nuevos excedentes al 5%.

- 28.- Que, por tanto, se mantiene íntegramente la instrucción consignada en la Regla N°3 del literal E) de la Circular IF/N°493.

- 29.- Que, contra el **literal E)**, referido a las reglas para el ajuste del precio de contratos a la Cotización Legal Obligatoria, Isapre Banmédica, Vida Tres, Colmena Golden Cross, Nueva Masvida, Consalud y Cruz Blanca, han impugnado la siguiente **Regla N°5**:

"5.- Si la renta imponible de una persona cotizante disminuye con posterioridad al ajuste a la cotización legal obligatoria, deberá reducirse o eliminarse, según el caso, de manera permanente, el monto determinado en el referido ajuste. Conjuntamente con ello, la isapre estará facultada para ofrecer al o la cotizante, modificaciones de los nuevos beneficios adicionales convenidos en virtud del ajuste."

Sobre el particular, ciertas recurrentes afirman que la normativa opera sobre la lógica de ajustes anuales y no mensuales, motivo por el cual esta regla generaría distorsión y resultaría inviable debiendo ser eliminada o, en su defecto, indicar expresamente que el ajuste se realizará anualmente en las sucesivas adecuaciones.

Isapre Colmena Golden Cross afirma que, si bien comparte la regla, estima que debe ser complementada en el sentido que la rebaja no puede materializarse en forma automática, sino que debe ir aparejada de la obligación del cotizante de acreditar, fehacientemente, haberse producido dicha disminución de la renta imponible, ya sea mediante la declaración de impuestos, entrega de finiquito, certificado de cotizaciones de la AFP, contrato de trabajo o anexo de éste, junto a la respectiva firma del FUN que así lo formalice. Asimismo, solicita aclarar el segundo inciso, en especial, si el afiliado no acepta las modificaciones de los nuevos beneficios que la isapre puede ofrecer.

Isapre Cruz Blanca, a su vez, indica que la regulación tiene falencias operativas y además resultaría innecesaria, ya que se trata de una materia regulada desde antaño en las normas que regulan el plan de salud, particularmente, el artículo 197 del DFL N°1/2005 de Salud, que establece el deber de la isapre de ofrecer un nuevo plan si es requerido por el afiliado y se fundamenta en la variación permanente de la cotización legal, regla que habría sido reiterada en el Compendio de Procedimientos, por tanto, la nueva disposición sólo agregaría confusión.

Por su parte, Isapre Nueva Masvida, rechazó la aludida regla, indicando que carecería de asidero legal e infringiría el espíritu de la Ley N°21.674 que, entre otros fines, buscaba dar cumplimiento al fallo de la Excm. Corte Suprema y viabilidad financiera al sistema. Agrega que, el ajuste es excepcional y por única

vez, por tanto, en caso de disminuir la renta del afiliado, siempre podrá cambiarse a un plan más barato que más se ajuste a sus intereses, existiendo diversas hipótesis bajo las cuales podría cambiar la renta imposible, ya sea al alza o la baja.

Agrega que, la instrucción impugnada, infringe los principios de juridicidad, autonomía de la voluntad e intangibilidad de los contratos, ya que por vía administrativa se estaría modificando el precio pactado entre el afiliado y su isapre, elemento de la esencia del contrato que sólo puede ser modificado por consentimiento mutuo o por causa legal que lo habilite, vulnerando la garantía constitucional a la propiedad, consagrada en el artículo 19 N°24 de la CPR, al impedir que la isapre perciba el precio pactado en razón de un cambio en los ingresos de los afiliados.

Finalmente, Isapre Consalud, en términos similares agrega que, el ajuste legal al 7% no contempla ajustes posteriores producto de eventuales modificaciones de la renta imponible, ya que dicho ajuste pasó a formar parte del precio final del contrato, por tanto, ante eventuales disminuciones de renta u otras circunstancias, el afiliado tendrá la opción de cambiar de plan, pero en caso alguno se puede intervenir el precio vigente, el cual se encuentra equilibrado luego del Plan de Pago y Ajustes.

- 30.- Que, en respuesta a estas objeciones, particularmente lo indicado por Isapre Nueva Masvida S.A. y Consalud S.A., el ajuste al 7% no constituyó un aumento de precio o ingreso neto para las isapres, sino, únicamente, que los afiliados destinaran la totalidad de su cotización legal a salud, tal como lo hacen los beneficiarios del Fonasa, impidiendo la acumulación libre de excedentes y estableciendo una especie de solidaridad con el sistema privado de salud que, hasta la fecha de dictación de la Ley N°21.674 no había existido.

No obstante, los planes ajustados mediante el ítem "ajuste al 7% Ley 21.674" que compone el recuadro "descomposición de la cotización pactada" del FUN (Circular IF/N°475) siguen manteniendo las características y coberturas que determinaron que su precio fuera inferior a la cotización legal.

Por tanto, si la remuneración baja y, como consecuencia de aquello el 7% del afiliado disminuye, no se ajusta a derecho que deba pagar una cotización adicional para mantener su mismo plan, sino modificar proporcionalmente el ítem aludido.

Como lógica consecuencia, los nuevos beneficios que la isapre otorgó como compensación de los excedentes que dejaron de acumularse libremente y que ellas mismas han reconocido que carecen de precio, pueden dejar de entregarse o disminuirse su número, pero, en ningún caso, pueden exigirse las sumas adicionales que se pretenden para mantener el mismo plan.

- 31.- Que, en este sentido, es importante aclarar que mediante la presente regla administrativa, no se está vulnerando el artículo 9 de la ley N°21.674 que, en lo pertinente, indica:

"Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso octavo del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N°1 (...) de forma excepcional y por una sola vez, todos aquellos contratos que tengan un precio pactado que sea inferior a la cotización legal obligatoria, se ajustarán al valor de dicha cotización.

Previo a hacer efectivo el ajuste, la institución de salud previsional deberá ofrecer a la persona afiliada nuevos beneficios. Asimismo, ofrecerá los planes alternativos cuyo precio pactado sea más cercano al valor de su cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los 6 meses anteriores al ofrecimiento (...)

La persona afiliada podrá optar por mantener su plan ajustado al nuevo valor con los beneficios ofrecidos, aceptar alguno de los planes alternativos, o bien desafiliarse de la institución de salud previsional. En el evento que nada diga se entenderá que la persona acepta mantener su plan con los nuevos beneficios propuestos por la institución."

Lo anterior, porque el aludido ajuste regulaba una situación excepcional que buscaba dar estabilidad financiera a las isapres, eliminando la posibilidad de acumular excedentes en la cuenta individual en términos libres, los cuales se traducían, entre otras cosas, en deudas para el sistema con farmacias o prestadores de salud por su utilización, además de devoluciones anuales a los cotizantes, debido a una "anomalía" inexistente en FONASA.

Sin embargo, este "ajuste", como su nombre lo indica y la discusión legislativa lo aclara, jamás importó un aumento de precio del contrato. De lo contrario, habría sido regulado como un alza del precio base o una prima adicional, sin que ocurriera aquello.

- 32.- Atendido lo expuesto, si la cotización legal del cotizante disminuye, también lo hará el ítem "Ajuste al 7% Ley 21.674", ya que los nuevos ingresos del afiliado no le permiten seguir generando los excedentes que determinaron crear este ítem especial dentro de la cotización pactada.

Las isapres efectúan ajustes al alza por concepto de excedentes atendida la nueva redacción del inciso 9º del artículo 188 del DFL N°1/2005 de Salud, por tanto, también deben hacerlo cuando ellos se dejan de generar. La instrucción impugnada constituye un hecho sobreviniente que resulta satisfactoriamente compensado con nuevas contrataciones, adecuación anual, ajuste al alza por excedentes, junto a los demás incrementos asociados a su industria y que no importa un mayor costo para el sistema, ya que el plan aludido sigue teniendo las mismas características y coberturas que determinaron un valor inferior a la cotización legal obligatoria, por tanto, no existe un atentado al equilibrio, como ocurría con la Regla N°2, del presente literal.

- 33.- Que, en materia de excedentes, lo pretendido por el legislador, y que resulta aclarado por los nuevos incisos incorporados al artículo 188 DFL N°1/2005 de Salud, normativa con la que se inicia la redacción del artículo 9 de la Ley N°21.674 y, por tanto, le otorga pleno valor ("*Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso octavo del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N°1*"), fue avanzar hacia un sistema que permitiera que los contratos vigentes y las nuevas contrataciones se ajustaran a la cotización legal, de allí que se estableciera un límite de sólo 5% de acumulación individual de excedentes.

No obstante, nunca pretendió expropiar parte de la cotización legal de los afiliados o subir el precio de los planes.

Por ello, si habiéndose efectuado el ajuste cambia la cotización legal por una disminución de la renta imponible del cotizante, el monto denominado "ajuste al 7% Ley 21.674" debe mutar en forma proporcional, sin que pueda considerarse un perjuicio para la isapre, ya que lo pretendido por el legislador fue asegurar que los afiliados aporten su cotización legal al sistema privado, tal como los beneficiarios del Fonasa, pero no la creación de un flujo adicional vinculado a dicho ajuste, como pretenden las isapres.

De hecho, sin el ajuste las isapres deberían seguir reconociendo esta diferencia íntegra dentro de la cuenta individual de excedentes y, entre otros fines, devolverlas anualmente a sus cotizantes, pero no fue un ingreso neto que cambiara las características o precio del plan convenido.

- 34.- Que, el ajuste se efectuó, de forma excepcional y por única vez, para que todos los contratos vigentes dejaran de generar excedentes, pero en ningún caso, esta situación importó un aumento de precio en favor de las isapres.

No obstante, como resultaba cierto que las isapres habían otorgado unos nuevos beneficios por este ajuste, ya que el legislador no podía expropiar en forma

directa los excedentes acumulados en las cuentas individuales, mediante la Circular IF/Nº493 se les reconoció el derecho de modificar los nuevos beneficios.

- 35.- Que, en cuanto a la forma de acreditación de la rebaja de la cotización legal, ello es conocido por las isapres, atendido que es un antecedente informado en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica, sin que resulta pertinente impartir instrucciones adicionales sobre la materia.
- 36.- Que, por tanto, se mantiene íntegramente la instrucción consignada en la Regla Nº5 del literal E) de la Circular IF/Nº493.
- 37.- Que, contra el **literal F)**, referido a la regla para la adecuación a la tabla de factores única (TFU) e incorporación de las primas extraordinarias en contratos compensados, Isapre Colmena Golden Cross ha impugnado la siguiente **Regla**:

"En los casos de contratos compensados, al efectuarse la adecuación a la TFU e incorporación de las primas extraordinarias, corresponde que la isapre revise el monto de la compensación y, de ser necesario, la recalculé o elimine, de acuerdo al precio que resulte de las referidas adecuación e incorporación para el contrato que es compensado. Asimismo, si, en virtud de dicha revisión, resultare que ha recibido una compensación que - parcial o totalmente- no corresponde, deberá restituir el exceso al aportante poniéndolo a su disposición dentro de quinto día hábil."

Sobre el particular, la recurrente afirma que, para modificar el monto a compensar, resultaría necesario que ambos afiliados se presenten en la isapre para alterar dicha compensación, ya que fue la voluntad de ambos contratantes la que concretó dicha compensación y no un acto de la isapre.

Agrega que, en caso de existir diferencias, aquellas serán restituidas como excedentes o excesos, por tanto, no vislumbra el fin de recalcular o eliminar el monto de la compensación, ni tampoco la forma u oportunidad para materializar esta indicación en los contratos.

Añade que, en los casos que existió sobrecompensación por causa de la adecuación a la TFU, la isapre ya habría realizado modificaciones para la disminución de la compensación correspondiente, situación informada a los cotizantes en la carta de ajuste al 7%.

- 38.- Que, la instrucción se justifica, ya que el cambio de la cotización pactada que hace innecesaria la compensación tuvo su origen en una causa legal, por tanto, además de la autonomía de la voluntad, es la ley la que habilitó la dictación de la regla impugnada, en particular, porque con ocasión de la disminución del precio del contrato que recibía la compensación, mantenerla en los términos originalmente pactados carecería de fundamento, recibándose por la isapre un pago de lo no debido.

De igual forma, atendidas las nuevas limitaciones que existen respecto del monto que resulta posible acumular en la cuenta individual de excedentes (5%), no resulta satisfactoria una respuesta que informe que estas diferencias serán devueltas bajo dicho mecanismo.

- 39.- Que, por tanto, se mantiene íntegramente la instrucción consignada en el literal F) de la Circular IF/Nº493.
- 40.- Que, contra el **literal G)**, referido a la regla para la aplicación de la TFU ante un cambio de plan, Isapres Consalud, Cruz Blanca, Nueva Masvida e Isalud, han impugnado la siguiente **Regla**:

"Si la 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 términos generales, las recurrentes afirman que esta norma discrimina entre afiliados que se cambian de plan y los que contratan un plan por primera vez, vulnerando el principio de igualdad ante la ley. Asimismo, agregan que los factores etarios deben actualizarse en un cambio de plan, ya que implica la suscripción de un nuevo contrato, una cobertura diferente y un precio que debe corresponder a dichos cambios, sin que exista justificación para que se mantengan congelados, afectando los costos futuros de las prestaciones.

Isapre Isalud afirma que, a su juicio, el propósito de la ley fue la incorporación de la TFU (que la Corte Suprema estimaba como correcta) a los contratos de salud, y no otros fines, estimando pertinente mantener el principio contenido en la Circular IF/N°468, mediante el cual para la incorporación y retiro de una carga se deben emplear los factores de la edad que dicha carga tenía al momento de la incorporación o retiro.

A su turno, Isapre Nueva Masvida afirma que, ni en la Ley N°21.674, ni en la Circular IF/N°343 de 2019 que incorporó la Tabla de Factores Única (TFU) se confirió a los afiliados el derecho de congelar ficticiamente su edad, en caso de cambiarse de plan y no emplear su edad actual a dicho un momento, sin que corresponda al ente regulador arrogarse potestades privativas del legislador. Asimismo, insiste y pormenoriza que, la presente regla, importaría una infracción a la igualdad ante la ley, garantizada por el artículo 19 N°2 de la CPR, ya que el estatuto jurídico diferenciado, entre afiliados vigentes que se cambian de plan y los nuevos contratantes que se suman al mismo plan, constituiría una diferencia arbitraria que carecería de sustento legal.

En términos similares, Isapres Colmena Golden Cross, Consalud y Cruz Blanca enfatizan que, dicha instrucción carecería de texto legal expreso y, más aún, resultaría contraria a la legislación vigente contenida en los artículos 199 y 170 letra n) del DFL N°1/2005 de Salud, los cuales, si bien deben ajustarse al hecho de existir una tabla única que se encuentra definida en la Circular IF/N°343, de 2019 y no por las isapres, en lo restante se encuentran vigentes y no permiten variar el factor de la tabla sólo en la medida que los beneficiarios se encuentren adscritos al mismo plan de salud, contemplando como única excepción que el cambio de plan se produzca con ocasión de un proceso de adecuación anual, siempre que el nuevo factor resultara superior, todo lo cual resultaría concordante con lo sentenciado por la Excma. Corte Suprema en la materia.

Añaden que esta regla también sería contraria a lo regulado por esta Superintendencia, particularmente, las Circulares IF/N°473 y 470, ya que, en la primera, al definir los campos 13 y 20, reconocerían que en la incorporación al contrato o el cambio de plan en una fecha posterior al 1 de abril de 2020 y que involucre el uso de la TFU, el factor de riesgo nuevo debe estar asociado a la edad al último día del mes de suscripción del nuevo contrato o plan. Por su parte, en la segunda circular, al regular el archivo secundario de verificación de deuda, se asimilarían las expresiones ingreso al contrato o al plan, debiendo aplicarse los factores etarios – establecidos en la misma TFU – asociados a la edad que tengan el titular y/o sus beneficiarios al último día del mes de suscripción del nuevo plan de salud.

En este sentido, hacen hincapié que, la propia normativa definida por el regulador para dar aplicación a estas materias, instruyó que el factor que se debía considerar para un cambio de plan era el correspondiente a la edad del beneficiario al momento de la materialización de aquello.

Finalmente, reiteran el carácter discriminatorio de la regla, tanto respecto de quienes se encontraban afiliados con planes con TFU versus quienes debieron ser ajustados a la misma (para quienes correría esta alternativa de congelamiento) y respecto de los afiliados vigentes que se cambian de plan y las nuevas contrataciones.

- 41.- Que, en respuesta a estas aseveraciones, cabe señalar que la Circular IF/N°468 no regula el cambio de plan, sino la incorporación y retiro de una carga, por tanto, de aquella no se desprenden principios que pudieran ser predicables para la presente regla.

Por el contrario, el principio general en materia de tabla de factores, es que aquella no puede emplearse como mecanismo de ajuste de precio.

En este sentido, cualquier impugnación a esta regla resulta extemporánea, ya que la letra G) reitera instrucciones afirmes, tales como, el Oficio SS/N°541 de 2011, que indicó: *"La declaración de inconstitucionalidad de los numerales 1, 2, 3 y 4 del artículo 199 ter, y su consecuente derogación, impide a las isapres modificar el precio por cambio de tramo etario, por cuanto esa facultad contemplada en el contrato ha quedado sin sustento legal"*.

En iguales términos la Circular IF/N°317, reiteró *"No existe controversia en cuanto a que mientras no sea modificada la ley, las isapres se encuentran impedidas de aplicar aumentos de precio por cambio de factor etario de los beneficiarios de los contratos de salud, toda vez que han dejado de regir las normas que otorgaban sustento legal a esa facultad"*.

Más recientemente, la Circular IF/N°470 (misma en que se basan las isapres) es categórica al explicitar: *"Una vez formalizado el cálculo del precio final de los contratos en la forma instruida, las isapres sólo podrán alzarlo fundado en la incorporación de nuevas cargas o personas beneficiarias y en la medida que la suma de los factores de riesgo del grupo familiar así lo determinen, es decir, ya no se podrá emplear la tabla de riesgo como mecanismo de ajuste de precio"*.

- 42.- Que, dichas instrucciones se ajustaron a la jurisprudencia del Tribunal Constitucional (fallo INA 1710-2010) y de la Excelentísima Corte Suprema (sentencias con efectos generales de 30 de noviembre 2022).

Sobre el particular, la Corte resolvió: *"Una vez calculado el precio final de los contratos individuales, aplicando la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343 de la Superintendencia de Salud, sólo podrá autorizarse una (sic) alza del precio final de dichos contratos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o beneficiarios y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar allí previstos así lo determine"*.

- 43.- Que, si bien la Excma. Corte Suprema se refiere a contratos, no a planes, el razonamiento de sus considerandos, sin la precisión técnica de la regla impugnada, efectivamente, regula la situación del "plan vigente" al momento de su dictación y cómo su precio sólo podría verse incrementado por la incorporación de nuevos beneficiarios.

Por tanto, si seguimos dicha interpretación, efectivamente, un cambio de plan podría suponer un aumento de factores, ya que el congelamiento en el factor inferior sólo diría relación con el plan vigente.

- 44.- Que, no obstante, como las tablas no pueden seguir siendo empleadas como mecanismos de ajuste de precio y la totalidad de los factores de la Circular IF/N°343 o Tabla de Factores Única (TFU), se encuentran establecidos de una forma creciente, la isapre no podrá emplear la oportunidad de la "adecuación de precio base" y "adecuación por ajuste por excedentes", para vulnerar esta prohibición y, en la práctica, forzar a los cotizantes a asumir alza de precio por aplicación de factores.

Por tanto, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 197 inciso 3° del DFL N°1/2005 de Salud que, regulando el proceso de adecuación de precio base, prohíbe modificar el factor cuando fuere superior, regla que también resulta predicable por analogía respecto del ajuste por excedentes.

- 45.- Que, por tanto, se estima pertinente acoger parcialmente el recurso de reposición y morigerar la instrucción consignada en el literal G) de la Circular IF/N°493, en los siguientes términos:

"Si la persona afiliada cambia de plan de salud, con posterioridad a la adecuación a la TFU, se mantendrán los factores etarios que se determinaron a dicho momento, siempre que tenga por fundamento una adecuación de precio base y/o ajuste por excedentes de cotización. Esta regla resulta aplicable tanto respecto del plan alternativo ofrecido por la isapre, como el solicitado por el cotizante durante el tiempo de apertura de cartera."

- 46.- Que, todas las recurrentes solicitaron suspensión de la vigencia de la presente Circular, en tanto no se emitiera un pronunciamiento sobre los recursos, petición que fue acogida mediante la Resolución Exenta IF/N°1023, de 31 de enero de 2025, disponiendo prorrogar la entrada en vigencia de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025, hasta la resolución de los recursos de reposición interpuestos y por un mínimo de 30 días.
- 47.- 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 deducido por las Isapres Cruz Blanca S.A., Banmédica S.A., Vida Tres S.A., Consalud S.A., Colmena Golden Cross S.A., Nueva Masvida S.A., Isalud Isapre de Codelco SpA, y Esencial S.A., en contra de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025, en los siguientes términos:
- En cuanto a la Regla N°3 del literal A) y tratándose del retiro de una carga, el monto definido para el ítem "diferencia fallo E. Corte Suprema" podrá ser recalculado, siempre que se trate de la carga que dio origen al descuento y, únicamente, en la proporción respectiva, esto es, respetando su peso relativo.

Por tanto, el nuevo tenor de la regla será el siguiente:

"3.- Respecto al concepto "Diferencia fallo E. Corte Suprema", que forma parte de la descomposición de la cotización pactada, en la sección D del formato del FUN que debe expresarse en dicho formulario producto de la incorporación de la TFU al contrato de salud, efectuada el 1 de septiembre de 2024, el monto calculado del ajuste no se ve alterado por los posteriores ingresos de personas beneficiarias del contrato. No obstante, tratándose del retiro de alguna de las cargas que dieron origen al descuento, dicho monto podrá disminuir, únicamente, en la proporción correspondiente a aquella."

- En cuanto a la Regla N°1 del literal E), sólo en cuanto, se aclara que el ajuste a la cotización legal se extiende a la parte no renunciada de los excedentes.

Por tanto, el nuevo tenor de la regla será el siguiente:

"1.- El ajuste excepcional y por única vez incorporado por el artículo 9 de la Ley N°21.674, no se extiende a aquellos contratos cuyos titulares habían previamente renunciado a sus excedentes o habían destinado su uso para el financiamiento de contratos individuales compensados, beneficios adicionales u otros fines a los que alude el inciso primero del artículo 188 del DFL N°1/2005 de Salud, por encontrarse ajustados a la cotización legal. No obstante, dicho ajuste se podrá aplicar respecto de aquella parte de los excedentes no destinada para tales fines."

- En cuanto a la Regla N°2 del literal E), se deja sin efecto.
- En cuanto a la instrucción consignada en el literal G), el nuevo tenor de la regla será el siguiente:

"Si la persona afiliada cambia de plan de salud, con posterioridad a la adecuación a la TFU, se mantendrán los factores etarios que se determinaron a dicho momento, siempre que tenga por fundamento una adecuación de precio base y/o ajuste por excedentes de cotización. Esta regla resulta aplicable tanto respecto del plan alternativo ofrecido por la isapre, como el solicitado por el cotizante durante el tiempo de apertura de cartera."

- Se confirma la regulación en todo lo demás.
- 2.- Remítase para el conocimiento y resolución del Superintendente de Salud los recursos jerárquicos interpuestos subsidiariamente por las antedichas isapres.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFIQUESE Y ARCHÍVESE


OSVALDO VARAS SCHUDA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD




 KBM/RTM/PAS

Distribución:

- Gerentes Generales de Isapres
- Fiscalía
- Departamento de Estudios y Desarrollo
- Unidad de Datos y Estadística
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Subdepto. Fiscalización Financiera
- Subdepto. Regulación
- Oficina de Partes