

C.A. de Santiago

Santiago, veintiuno de julio de dos mil veintiséis.

Vistos y considerando:

Primero: Que, comparece don Francisco Javier González Sesé, en representación de Isapre Consalud S.A., e interpone reclamación judicial, de conformidad con el artículo 113 del DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud, en contra de la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025, que rechazó parcialmente el recurso de reposición deducido en contra de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025, decisión posteriormente confirmada por la Resolución Exenta SS/N°331, de 28 de marzo de 2025.

Expone que la Circular IF/N°493 impartió instrucciones sobre diversas materias relacionadas con la aplicación de las Leyes N°21.647 y N°21.674, entre ellas, restituciones derivadas de la adecuación a la Tabla Única de Factores, primas extraordinarias y ajuste excepcional de los contratos de salud a la cotización legal obligatoria, impugnando específicamente las reglas contenidas en el literal B N°4, el literal E N°1 y N°5 y el literal G.

Sostiene, en síntesis, que la Superintendencia excedió sus facultades interpretativas al dictar instrucciones que modifican o dejan sin aplicación normas legales vigentes, alterando el régimen establecido por el legislador. En cuanto al literal B N°4, afirma que resulta ilegal excluir las primas extraordinarias de los procesos de adecuación de precios, pues el artículo 10 de la Ley N°21.674 dispone que, tratándose de los contratos afectos a dicha ley, las adecuaciones deben efectuarse sobre el precio final, concepto que comprende el precio pactado, dentro del cual se incorporan las primas extraordinarias, interpretación que, además, sostiene, fue recogida por la propia Circular IF/N°470. Respecto del literal E N°1, sostiene que la autoridad introdujo una excepción no prevista en el artículo 9 de la Ley N°21.674, al excluir del ajuste excepcional a determinados contratos cuyos titulares habían renunciado previamente a sus excedentes o los habían destinado al financiamiento de beneficios adicionales u otros fines, infringiendo el tenor expreso de la ley, contradiciendo las instrucciones impartidas con anterioridad por la propia Superintendencia y vulnerando los principios de confianza legítima, seguridad jurídica e igualdad ante la ley, al establecer una diferencia de trato que estima carente de justificación. En relación con el literal E N°5, alega que la regla impugnada desconoce el régimen previsto en



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: PUKUCQLXJGX

el mismo artículo 9 de la Ley N°21.674, al imponer consecuencias no contempladas por el legislador cuando la renta imponible del cotizante disminuye con posterioridad al ajuste excepcional efectuado. Finalmente, respecto del literal G, sostiene que la instrucción que ordena mantener los factores etarios de la Tabla Única de Factores determinados al momento de la adecuación, incluso en caso de cambio de plan de salud, es ilegal, pues dicho cambio importa la suscripción de un nuevo contrato de salud, correspondiendo aplicar el factor vigente a esa fecha; que la regla de "congelamiento" invocada por la jurisprudencia del Tribunal Constitucional y de la Corte Suprema opera únicamente al interior de un mismo contrato y no frente a un cambio de plan; y que, al extender dicha regla a esta hipótesis, la Superintendencia excede sus facultades interpretativas y vulnera el artículo 7° de la Constitución Política de la República.

Solicita, en definitiva, dejar sin efecto la Resolución Exenta IF/N°2883, con los efectos consiguientes respecto de la Circular IF/N°493, en las materias impugnadas.

Segundo: Que, informando la Superintendencia de Salud, solicita, en primer término, que se declare inadmisile la reclamación, por cuanto ésta se dirige en contra de la Resolución Exenta IF/N°2883, que resolvió el recurso de reposición, pese a que la reclamante dedujo además recurso jerárquico, de manera que el acto terminal del procedimiento administrativo corresponde a la Resolución Exenta SS/N°331, el cual -afirma- no resulta susceptible de reclamación conforme al artículo 113 del DFL N°1 de 2005, por lo que la interposición voluntaria del recurso jerárquico importó optar por la vía administrativa y renunciar a la acción jurisdiccional respecto del rechazo de la reposición. Cita en apoyo de esta tesis diversos fallos de esta Corte.

En subsidio, solicita el rechazo del recurso en todas sus partes, con costas, exponiendo en primer término el marco normativo y regulatorio que antecedió la dictación de la Circular impugnada, en especial la Circular IF/N°343, de 2019, que estableció la Tabla de Factores Única, y la Circular IF/N°470, de 2024, que reguló la adecuación de los contratos a dicha tabla en cumplimiento de los fallos de la Corte Suprema.

En cuanto al fundamento de sus potestades, sostiene que su actuación se encuentra amparada en el artículo 110 del DFL N°1 de 2005, que le confiere las funciones de velar por el cumplimiento de la normativa



aplicable a las instituciones fiscalizadas, de interpretar administrativamente las leyes y reglamentos del sector, y de dictar instrucciones de carácter general para la correcta interpretación de los contratos de salud.

Respecto de la Regla N°4 de la letra B, sostiene que las primas extraordinarias establecidas por las Leyes N°21.647 y N°21.674 constituyen mecanismos excepcionales, ajenos a los procesos ordinarios de adecuación de precios de los artículos 197, 198 y 198 bis del DFL N°1, creados para financiar la suspensión del cobro respecto de determinadas cargas y para asegurar la viabilidad financiera de las instituciones de salud previsional en el cumplimiento de los fallos de la Corte Suprema. Agrega que el proceso de adecuación a que se refiere el artículo 10 de la Ley N°21.674 recae únicamente sobre el precio final del plan de salud -esto es, el precio base multiplicado por la suma de factores-, sin comprender las primas extraordinarias, invocando en tal sentido la historia fidedigna de la ley y las explicaciones del Superintendente de Salud durante su tramitación, en cuanto a que el precio final resulta de multiplicar el precio base por la suma de factores, restándose la prima GES y los demás beneficios adicionales, así como lo resuelto por la Corte Suprema al resolver los recursos de protección que motivaron la dictación de las Leyes N°21.647 y N°21.674. Añade que aceptar la interpretación de la reclamante importaría una discriminación en perjuicio de los afiliados beneficiados por las sentencias de la Corte Suprema sobre tablas de factores.

Respecto de la Regla N°1 de la letra E, sostiene que la exclusión del ajuste excepcional respecto de los contratos cuyos titulares renunciaron a sus excedentes o los destinaron a los fines del artículo 188 del DFL N°1 de 2005 no constituye una restricción ajena a la ley, sino el reconocimiento de que dichos contratos ya se encuentran ajustados a la cotización legal, lo que resulta coherente con la historia fidedigna de la Ley N°21.674 -en particular con las expresiones de la Ministra de Salud durante su tramitación, en el sentido de que no se trataba de un cambio retroactivo de los contratos- y con el artículo 2° de dicha ley, que excluye de restitución los excedentes ya devueltos, renunciados o requeridos. Cita en el mismo sentido lo expuesto por Isapre Nueva Masvida S.A. en su recurso de reposición contra la Resolución Exenta IF/N°2883, en cuanto a que la exclusión sólo debía operar en caso de renuncia o destinación total de los excedentes, lo que -afirma- fue



recogido mediante la Circular IF/N°500, de 14 de abril de 2025, que precisó la regla circunscribiéndola a los casos de renuncia total, circular que no fue objeto de recursos por Isapre alguna, de manera que estima que una parte importante de las alegaciones de la reclamante sobre este punto habría perdido oportunidad. Agrega que, para el cálculo del déficit que debía financiarse mediante la prima extraordinaria y que fue aprobado en el Plan de Pago y Ajustes de la propia Isapre Consalud S.A. -ratificado por el Consejo Consultivo de Seguros Previsionales de Salud, según consta en la Resolución Exenta IF/N°14.406, de 8 de octubre de 2024 -, se restaron de los mayores ingresos por el ajuste al 7% los contratos con renuncia a los excedentes, de manera que aplicar nuevamente dicho ajuste a estos últimos importaría una duplicidad no ajustada a los propios términos en que fue aprobado el plan de pago de la reclamante.

Respecto de la Regla N°5 de la letra E, sostiene que el ajuste al 7% nunca importó 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 ocurre con los beneficiarios de Fonasa-, impidiendo la libre acumulación de excedentes; que los planes ajustados mediante el ítem “Ajuste al 7% Ley 21.674” mantienen las mismas características y coberturas que determinaron que su precio fuera inferior a la cotización legal; y que, en consecuencia, si la renta imponible del cotizante disminuye, dicho ítem debe modificarse proporcionalmente, invocando en tal sentido la regla general del artículo 170 letra m) del DFL N°1 de 2005. Agrega que si las Isapres efectúan ajustes al alza por concepto de excedentes atendida la nueva redacción del inciso 9° del artículo 188 del mismo cuerpo legal, también deben hacerlo cuando éstos se dejan de generar, sin que ello importe desconocer el carácter excepcional y por una sola vez del ajuste del artículo 9° de la Ley N°21.674.

Finalmente, en cuanto al Literal G, sostiene que la interpretación de la reclamante -en orden a que un cambio de plan de salud implica la suscripción de un nuevo contrato y, por tanto, la aplicación del factor etario vigente a esa fecha- resulta errada, por cuanto el contrato de salud y el plan de salud son elementos distintos, siendo este último uno de los contenidos mínimos de aquél conforme al artículo 189 del DFL N°1 de 2005, de manera que su modificación no importa el término del contrato ni la celebración de



uno nuevo, en los términos del artículo 197 del mismo cuerpo legal. Añade que la instrucción se ajusta a lo resuelto por la Excma. Corte Suprema en sus sentencias de 30 de noviembre de 2022, en cuanto disponen que, calculado el precio final aplicando la Tabla Única de Factores, sólo puede autorizarse un alza de dicho precio cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o beneficiarios, de manera que la Isapre no puede valerse de la oportunidad de la adecuación de precio base o del ajuste por excedentes para eludir dicha prohibición mediante un cambio de factores.

Plantea, en definitiva, que el recurso no denuncia una ilegalidad sino una mera disconformidad con la interpretación normativa que compete efectuar a la Superintendencia de Salud conforme al artículo 110 N°2 del DFL N°1 de 2005, por lo que solicita el íntegro rechazo de la reclamación, con costas.

Tercero: Que, el reclamo de autos, fundado en el artículo 113 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 del Ministerio de Salud del año 2005, es uno de ilegalidad y fue interpuesto en contra de la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025, que rechazó parcialmente el recurso de reposición deducido por la reclamante en contra de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025.

Cuarto: Que, la reclamación de ilegalidad, contemplada en el artículo 113 del DFL N°1, de 2005, de Salud, dispone en su inciso tercero: *“En contra de la resolución que deniegue la reposición, el afectado podrá reclamar, dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal”*.

Quinto: Que, en cuanto a la alegación de inadmisibilidad planteada por la Superintendencia, fundada en que Consalud dedujo, en forma subsidiaria a su recurso de reposición, un recurso jerárquico para ante el Superintendente, de manera que el acto terminal del procedimiento sería la Resolución Exenta SS/N°331 -no susceptible, a su juicio, de reclamación judicial-, se hace necesario precisar que el artículo 113 del DFL N°1/2005 contempla, en forma específica y autónoma la reposición ante la propia Superintendencia como único trámite previo y necesario para la procedencia de la reclamación judicial, sin supeditar ésta a la suerte de un recurso



jerárquico, institución de carácter general y supletorio contemplada en el artículo 59 de la Ley N°19.880, cuya interposición voluntaria y en subsidio no puede interpretarse como una renuncia tácita e inequívoca a la vía jurisdiccional especial que el propio legislador sectorial ha franqueado en términos expresos frente al rechazo de la reposición. Sostener lo contrario importaría privar de aplicación práctica al inciso tercero del artículo 113 citado cada vez que un regulado, por cautela, decida hacer uso de ambos arbitrios administrativos, lo que no se aviene con la letra ni con el espíritu de dicha disposición.

De esta forma, constando que la reclamación fue deducida dentro de los quince días hábiles siguientes a la notificación de la Resolución Exenta IF/N°2883 y que se cumplieron los demás requisitos que exige la norma, se rechazará la alegación de inadmisibilidad, debiendo entrarse al examen de fondo de las alegaciones formuladas.

Sexto: Que, para una adecuada resolución del asunto, resulta pertinente efectuar una breve reseña del origen del conflicto que ha llevado a la dictación de una serie de cuerpos normativos de diversa jerarquía, y que han dado origen al presente litigio.

Los numerales 1, 2, 3 y 4 del artículo 38 ter de la Ley N°18.933 -actual artículo 199 del DFL N°1- autorizaban a las Isapres a fijar sus propias tablas de factores, todos los cuales fueron declarados inconstitucionales el 9 de agosto de 2010 por el Tribunal Constitucional, manteniendo su vigencia el inciso primero de dicho artículo, que exige aplicar a los precios base el factor que corresponda a cada beneficiario, según la tabla que fije la Superintendencia de Salud.

Para dar cumplimiento a dicho mandato, el 11 de diciembre de 2019, la aludida Superintendencia dictó la Circular IF/N°343, que “Imparte Instrucciones Sobre Una Tabla de Factores Única para el Sistema Isapre”.

En virtud de aquello y ante los innumerables recursos de protección intentados en contra de las Isapres, por continuar aplicando sus propias tablas de factores a los planes de salud de sus afiliados, en noviembre de 2022, la Corte Suprema resolvió dejarlas sin efecto, ordenando a cada Isapre calcular el precio final de todos los contratos administrados, multiplicando el precio base por la suma de los factores del grupo familiar según la Tabla de Factores Única (“TFU”), disponiendo que dicho procedimiento no podía



importar un alza del precio final de los contratos vigentes y que, en lo sucesivo, sólo podría autorizarse un alza fundada en la incorporación de nuevas cargas o beneficiarios. Adicionalmente le ordenaba a la Superintendencia de Salud determinar el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud administrados por las Isapres a los términos de la TFU, lo que aquella hizo el 13 de mayo de 2024 mediante la Circular IF/N°468; y determinar, cuando procediere, las devoluciones por las cotizaciones que las Isapres habían cobrado en exceso -por haber aplicado sus propias tablas de factores- desde el 1 de abril de 2020, que fue la fecha en la que había entrado en vigencia la Circular IF N°343, que fijó la TFU.

El 24 de mayo de 2024 se publicó la Ley N°21.674 ("Ley Corta"), cuyo objetivo, según su historia fidedigna, fue *"viabilizar el cumplimiento de la jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema"* y *"asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en dicha jurisprudencia por parte de las Isapres, protegiendo la viabilidad financiera de las mismas"*. Para tales fines, dicha ley, mandató a la Superintendencia en su artículo 2, determinar mediante una circular, el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de los contratos que usaron tablas de factores propias (distintas a la TFU), imponiéndole a la misma regular el siguiente contenido mínimo obligatorio: obligación de adecuar el precio final de contratos vigentes al 1 de diciembre de 2022; obligación de informar los contratos que en virtud de lo anterior, resultaren con un precio final inferior al cobrado; obligación de restituir las Isapres lo percibido en exceso desde el 1 de abril de 2020; obligación de restituir cobros por cargas no natas y menores de 2 años desde el 1 de diciembre de 2022, en virtud de lo establecido en el artículo 95 de la Ley N°21.647; mandatándola asimismo, instruir en la misma circular o en otra distinta, el ajuste excepcional y por única vez de los contratos con precio pactado inferior a la cotización legal obligatoria, contemplado en el artículo 9 de la Ley Corta, incluyendo plazo y forma de notificación a los afiliados.

En cumplimiento de lo anterior, el 7 de junio de 2024, la Superintendencia dictó la Circular IF/N°470, cuyo objeto fue instruir el modo de hacer efectiva la adecuación de todos los contratos de salud a la TFU, las restituciones de lo percibido en exceso, y el ajuste excepcional del artículo 9°



de la Ley Corta, además de fijar los parámetros de los Planes de Pago y Ajustes ("PPA").

Con posterioridad, el 15 de enero de 2025, la misma Superintendencia dictó la Circular IF/N°493, con el objeto de aclarar aspectos de las Leyes N°21.647 y N°21.674 relacionados con la suspensión del cobro por cargas no natas y menores de dos años, las restituciones derivadas de la adecuación a la TFU, las primas extraordinarias y el ajuste excepcional de los contratos de salud a la cotización legal obligatoria, distribuyendo sus instrucciones en siete literales (A a G), de los cuales interesan a esta causa el literal B N°4 (exclusión de las primas extraordinarias de los procesos de adecuación de los artículos 95 de la Ley 21.647 y 197, 198 y 198 bis del DFL N°1), el literal E N°1 y N°5 (reglas sobre el ajuste excepcional a la cotización legal obligatoria) y el literal G (aplicación de la TFU ante cambio de plan de salud).

En contra de la Circular IF/N°493, ocho Isapres -entre ellas Consalud- dedujeron sendos recursos de reposición y, en forma subsidiaria, recursos jerárquicos. Mediante la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025 -que es la resolución reclamada en autos-, la Superintendencia acogió parcialmente dichos recursos, modificando las reglas de los literales A N°3, E N°1 y G, dejando sin efecto la Regla N°2 del literal E, y confirmando en lo demás el texto original de la Circular IF/N°493, remitiendo a continuación los recursos jerárquicos subsidiarios al Superintendente, quien los rechazó por Resolución Exenta SS/N°331, de 28 de marzo de 2025.

Séptimo: Que, en cuanto a la impugnación del Literal B, Regla N°4, de la Circular IF/N°493 -que dispone que las primas extraordinarias de las Leyes N°21.647 y N°21.674 no estarán afectas a los procesos de adecuación de precios de los artículos 95 de la Ley 21.647 y 197, 198 y 198 bis del DFL N°1-, Consalud sostiene, en síntesis, que dicha exclusión es ilegal, toda vez que el artículo 10 de la Ley Corta dispone que, tratándose de los contratos afectos a la incorporación de la TFU, las adecuaciones del artículo 197 se aplicarán *"en lo sucesivo sobre el precio final"*, concepto que -según el inciso segundo del mismo artículo 10- corresponde al precio pactado menos el precio de las GES y los beneficios adicionales; y que, dado que la Circular IF/N°470 definió el "precio pactado" como comprensivo, entre otros rubros, de las primas extraordinarias de las Leyes N°21.647 y N°21.674, resultaría



forzoso concluir que dichas primas quedan comprendidas en la base sobre la cual opera la adecuación anual.

Lo cierto es que hasta antes del artículo 10 de la Ley Corta, el proceso ordinario y anual de adecuación de todos los contratos de salud, de los artículos 197, 198 y 198 bis del DFL N°1 se hacía sobre el “precio base”, a que se refiere el artículo 197 de dicho DFL, que es el valor -único para todos los afiliados de un mismo plan- antes de aplicarle el respectivo factor para cada afiliado según la tabla de factores. En tal sentido, el artículo 10 de la Ley Corta, vino a innovar respecto a la adecuación ordinaria y anual de algunos contratos de salud, específicamente aquellos que hubo que adecuar por haberse estructurado sobre la tabla de factores propia de cada Isapre y no sobre la TFU, cuando ésta ya estaba vigente, estableciendo que para estos casos, dicha adecuación anual se haría *“en lo sucesivo sobre el precio final”*, agregando que este corresponde al “precio pactado” menos el precio de las GES y de los beneficios adicionales. La pregunta que surge es si aquella innovación involucró también un cambio en lo que debe entenderse por precio final en esos contratos, pues lo cierto es que artículo 170 letra m) del DFL N°1, norma que regula de manera general el sistema de salud, y que no fue modificada por la Ley Corta establece que aquel es el que *“se obtendrá multiplicando el respectivo precio base por el factor que corresponda al afiliado o beneficiario de conformidad a la respectiva tabla de factores”* excluidos los beneficios adicionales.

Dicha pregunta es relevante, porque la expresión *“precio pactado”* empleada en el artículo 10 de la Ley Corta, y que es completamente ajena al DFL N°1, puede llevar a entender -como lo ha hecho la recurrente- que en este se incluye el ítem “primas extraordinarias” introducido por las Leyes N°21.647 y N°21.674, ayudando más a la confusión el concepto de “precio pactado” empleado en la Circular IF/N°470.

Sin embargo, de la historia fidedigna del establecimiento del artículo 10, reproducida en la Resolución Exenta IF/N°2883 y en el informe evacuado por la Superintendencia -sin haber sido desvirtuada por la reclamante-, se desprende que el propio Superintendente de Salud, durante la tramitación de la Ley Corta, explicó a la comisión legislativa respectiva que *“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”*, agregando 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". De ello se sigue que la única finalidad del artículo 10 fue precisar que, para el universo acotado de contratos que debieron adecuarse a la TFU -y que, por efecto de dicha adecuación, habían experimentado en su mayoría una reducción del precio final respecto del que exhibían con sus antiguas tablas-, la adecuación anual de los artículos 197 y 198 debía practicarse en lo sucesivo sobre el precio final (esto es, precio base multiplicado por el factor TFU) y no sobre el precio base aisladamente considerado, evitando que la reducción obtenida por aplicación de la TFU quedara neutralizada al reajustarse, año a año, únicamente el precio base primigenio. Nada en el texto de la norma ni en su historia permite concluir que ella tuvo por objeto alterar la definición permanente de precio final del artículo 170 letra m), ni menos incorporar a dicho concepto una prima de naturaleza y origen enteramente distintos, como son las primas extraordinarias de las Leyes N°21.647 y N°21.674, calificadas por el propio legislador como "extraordinarias" precisamente por tratarse de mecanismos excepcionales, transitorios y ajenos a la lógica de la tarificación ordinaria del plan, destinados a financiar la suspensión de cobros y a compatibilizar el cumplimiento de los fallos de la Corte Suprema con la viabilidad financiera de las instituciones, según da cuenta el propio artículo 3° letra c) de la Ley Corta, y que a mayor abundamiento contemplaron su propia reajustabilidad, al fijarse en unidades de fomento.

Cabe agregar a lo anterior, que el concepto de "precio pactado" también es empleado en el artículo 9 de la Ley Corta, el que en su inciso cuarto a propósito del ajuste excepcional y por una sola vez de los contratos que tengan un precio pactado inferior al 7% legal, alude al "precio pactado" en un sentido que, atendido su contexto excluye indefectiblemente el ítem de primas extraordinarias, por ser anterior a la fijación de estas, estableciendo que *"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 seis meses anteriores al ofrecimiento"*.



Por último, en cuanto a la Circular IF/N°470, cabe observar, que dicho acto administrativo -en su acápite VII, N°2.2- si bien definió el concepto de "precio pactado" en el sentido que pretende darle la recurrente al artículo 10 de la Ley Corta, lo cierto es que lo hizo exclusivamente "para los efectos de lo instruido en la presente Circular", esto es, para la adecuación a la TFU del artículo 2° de dicha ley para el ajuste excepcional del artículo 9° de la misma ley, materias ambas ajenas a la adecuación ordinaria de los artículos 197, 198 y 198 bis que es objeto de la Regla B N°4 de la Circular IF/N°493. La Circular IF/N°470, en consecuencia, no incide ni pretendió incidir sobre el proceso de adecuación anual regulado en dichos artículos, de modo que la definición de precio pactado que en ella se contiene resulta inaplicable, por su propio tenor y ámbito de vigencia, a la controversia de autos.

Por lo razonado, esta Corte concluye que la Regla N°4 del Literal B de la Circular IF/N°493 se ajusta al correcto sentido y alcance del artículo 10 de la Ley Corta y no importa una modificación o derogación de norma legal alguna, por lo que la Superintendencia, al dictarla y al confirmarla mediante la Resolución Exenta IF/N°2883, obró dentro del ámbito de las facultades interpretativas y regulatorias que le confieren los artículos 110 N°2 y 4 y 114 del DFL N°1, no incurriendo en la ilegalidad que se le reprocha, razón por la cual esta impugnación será rechazada.

Octavo: Que, en lo tocante a la impugnación del literal E, Regla N°1, de la Circular IF/N°493 -que excluye del ajuste excepcional del artículo 9 de la Ley N°21.674 a aquellos contratos cuyos titulares hubieren renunciado previamente a sus excedentes o los hubieren destinado al financiamiento de contratos individuales compensados, beneficios adicionales u otros fines del artículo 188 del DFL N°1/2005-, cabe hacer una primera prevención de orden procesal.

En efecto, consta del propio recurso de reposición deducido por Isapre Consalud S.A. con fecha 22 de enero de 2025 que dicha reclamante circunscribió expresamente su impugnación a las reglas contenidas en el literal B, numeral 4; literal E, numerales 2 y 5; y literal G de la Circular IF/N°493, sin formular reproche alguno respecto de la Regla N°1 del literal E, cuya modificación en la Resolución Exenta IF/N°2883 obedeció a los recursos de reposición deducidos por otras instituciones de salud previsual. De esta manera, el reproche que en estos autos formula Consalud respecto



de dicha regla constituye una alegación enteramente nueva, que jamás fue sometida al conocimiento de la Superintendencia por esta reclamante en sede administrativa. Mal podría, entonces, imputarse a la autoridad recurrida haber incurrido en una ilegalidad, en perjuicio de Consalud, respecto de una materia que ésta nunca planteó ni sometió a su decisión, pues la reclamación de ilegalidad del artículo 113 del DFL N°1/2005 presupone la existencia de un agravio que la propia interesada hubiere hecho valer ante el órgano fiscalizador, no correspondiendo a esta vía servir de instancia para introducir por primera vez alegaciones que no fueron oportunamente propuestas en el procedimiento administrativo respectivo.

Sin perjuicio de lo anterior, y en atención a que la Resolución Exenta IF/N°2883 modificó dicha regla con alcance general -aplicable a todas las instituciones de salud previsional, incluida la reclamante-, esta Corte estima pertinente, hacerse cargo del fondo del asunto.

En primer término, el inciso 1° del artículo 9° de la Ley N°21.674 dispone que *"...de forma excepcional y por una sola vez, todos aquellos contratos de salud que tengan un precio pactado que sea inferior a la cotización legal obligatoria, se ajustarán al valor de dicha cotización"*, exigiendo su inciso 4° que, previo al ajuste, la Isapre ofrezca al afiliado nuevos beneficios y planes alternativos, mecanismo que presupone precisamente la existencia de un ajuste de precio y no su exclusión. Por lo anterior, no corresponde que, por la vía de una instrucción administrativa, el ente fiscalizador intente introducir una distinción no prevista por el legislador, ni aun a pretexto de corregir un eventual reparo de intangibilidad contractual -esto es, la renuncia a excedentes como cláusula integrante del contrato- que pudiera advertir al interpretarse dicha disposición legal. Semejante corrección, excede la potestad reglamentaria de la Superintendencia y compromete el principio de legalidad que rige su actuación.

En segundo lugar, la propia Circular IF/N°470 -dictada por la Superintendencia el 7 de junio de 2024, esto es, con anterioridad a la Circular impugnada- desarrolló en términos sistemáticos la aplicación del artículo 9°, sin introducir en ningún pasaje la distinción que ahora se pretende. Por el contrario, dicha Circular reconoció que la ley estableció como *"única condición"* para la procedencia del ajuste que se tratara de *"contratos de salud que tengan un precio pactado que sea inferior a la*



cotización legal obligatoria", precisando que este ajuste debía aplicarse "a todos los contratos que cumplan la citada condición, aun cuando no se les deba aplicar la adecuación a la TFU". Más aún, al distinguir las distintas situaciones que podían generarse con la cotización legal obligatoria, y situándose en aquella hipótesis en que el precio pactado fuera inferior a dicha cotización legal, la misma Circular señaló expresamente que la aplicación del artículo 9° "implica que, si bien el precio pactado se ajustará, este ajuste irá aparejado con nuevos beneficios o planes alternativos acordes al nuevo precio, lo que no ocurriría si se aplicara sólo el artículo 2°". De esta forma, la consistencia que el considerando 20° de la Resolución Exenta IF/N°2883 le atribuye al actuar de la recurrida al afirmar que "...lo expuesto mediante la presente regla -E N°1-, no se contradice con ninguna de las instrucciones previas", no resulta admisible pues la Circular IF/N°493 introdujo, respecto de la renuncia a los excedentes, un criterio que la instrucción anterior simplemente no contemplaba, vulnerando con ello el principio de confianza legítima que debe regir la actuación de la autoridad administrativa.

Adicionalmente a ello, la alusión efectuada por la Superintendencia de Salud a las declaraciones formuladas por la Ministra de Salud durante la tramitación legislativa señalando específicamente que *"La restitución no considerará los montos por concepto de excedentes de conformidad al artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, promulgado en 2005 y publicado en 2006, del Ministerio de Salud, que, en el período en cuestión ya fueron devueltos, renunciados o requeridos por las personas afiliadas para los fines establecidos en el referido artículo"*, en nada se contrapone a lo que se ha venido reflexionando, en tanto que la aplicación irrestricta del artículo 9 de la Ley Corta, esto es, sin excepciones, no importa de manera alguna la afectación de aquellos excedentes que ya se habían generados y respecto de los cuales el afiliado dispuso de alguna de las maneras reseñadas en dicha cita.

Por otra parte, la Superintendencia incurre en un error al homologar dos situaciones jurídicas diversas al sostener que los contratos con renuncia previa ya se encontrarían "ajustados" a la cotización legal obligatoria. En efecto, quienes renunciaban a sus excedentes recibían a cambio beneficios adicionales sin que se modificara el valor de su plan, mientras que lo que



exige el artículo 9° es, precisamente, ajustar dicho valor al 7% de la renta imponible. Si bien es cierto que el primer mecanismo satisfacía ya uno de los objetivos declarados de la Ley Corta -"proteger la viabilidad financiera" de las Isapres, en tanto estas retenían los excedentes-, no satisfacía el objetivo que la propia Superintendencia identificó en el considerando 30° de la Resolución Exenta IF/N°2883, al señalar que *"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"*. De esta forma, la Regla N°1 del Literal E), al eximir del ajuste a quienes renunciaron a sus excedentes, se aparta abiertamente de este objetivo explicitado por la propia autoridad, incurriendo en una contradicción interna que la Resolución Exenta IF/N°2883 no logra salvar.

Por último, no deja de llamar la atención a esta Corte que ha sido la propia Superintendencia la que en la Circular IF/N°475 -que instruyó la forma de registrar en el Formulario Único de Notificación la descomposición de la cotización pactada en cumplimiento de la Ley N°21.674, y que fue acompañada a estos autos-, consigna el "Ajuste al 7% Ley 21.674" como un ítem que se suma al precio del Plan para conformar la "Cotización Pactada", exactamente en la misma condición que la Prima Extraordinaria, el GES, el CAEC y los beneficios adicionales. De ello se sigue que, en la propia contabilidad regulatoria diseñada por la Superintendencia, el ajuste al 7% constituye un componente pecuniario adicional, de manera que la afirmación, de que dicho ajuste *"no importa un aumento de precio"*-, no resulta consistente con la estructura de cobro que la misma autoridad ha instruido aplicar.

Tampoco resulta suficiente, para salvar la ilegalidad advertida, el argumento fundado en el Plan de Pago y Ajustes (PPA) que la Superintendencia expone en su informe, en cuanto sostiene que, para el cálculo del déficit financiado mediante la prima extraordinaria de Isapre Consalud S.A. -aprobado según refiere, en la Resolución Exenta IF/N°14.406, de 8 de octubre de 2024-, se restaron de los mayores ingresos por el ajuste al 7% los contratos cuyos titulares habían renunciado a sus



excedentes. Se trata de un argumento de carácter financiero y administrativo, mas no de un argumento jurídico: la circunstancia de que el déficit se haya calculado excluyendo a estos contratos no explica ni justifica por qué dicha decisión de cálculo debería primar por sobre el tenor literal e imperativo del artículo 9° de la Ley.

Por las razones expuestas, la Regla N°1 del Literal E) de la Circular IF/N°493 excede el marco legal que le sirve de fundamento, careciendo de sustento normativo suficiente para excluir del ajuste excepcional del artículo 9° de la Ley N°21.674 a los contratos cuyos afiliados hubieren renunciado previamente a sus excedentes o los hubieren destinado al 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 lo que corresponde declarar su ilegalidad.

Noveno: Que, en cuanto a la impugnación del Literal E, Regla N°5 - que dispone que si la renta imponible de un cotizante disminuye con posterioridad al ajuste a la cotización legal obligatoria, deberá reducirse o eliminarse de manera permanente, el monto determinado en dicho ajuste, facultándose a la Isapre para ofrecer modificaciones a los nuevos beneficios adicionales convenidos-, Consalud sostiene, en síntesis, que el ajuste del artículo 9° de la Ley Corta opera de forma excepcional y por una sola vez, que dicho ajuste pasó a integrar el precio final del contrato, y que la ley no contempla reajustes posteriores derivados de variaciones de la renta imponible, existiendo además, en el artículo 197 del DFL N°1, un mecanismo ya previsto por el legislador para el caso de disminución de la cotización legal del afiliado.

La Superintendencia, por su parte, sostiene en su informe y en los considerandos 30 a 34 de la Resolución Exenta IF/N°2883 que el ajuste al 7% *"no constituyó un aumento de precio o ingreso neto para las Isapres"*, sino sólo la eliminación de la posibilidad de acumular excedentes libremente, de manera que, si la renta disminuye, debe rebajarse proporcionalmente el monto del referido ítem, sin que ello importe alterar el precio del plan ni infringir el carácter excepcional y único del ajuste, invocando en apoyo de dicho razonamiento que, según el inciso noveno del artículo 188 del DFL N°1, las propias Isapres se encuentran facultadas para efectuar ajustes al alza cuando se generan nuevos excedentes.



Esta Corte no comparte el razonamiento de la reclamada, y no podría ser de otra manera desde el momento en que la Superintendencia parte de una premisa que ya ha sido descartada por este tribunal en el considerando precedente. En efecto, si el ajuste excepcional y por una sola vez al 7%, contemplado en el artículo 9 de la Ley Corta, constituye un aumento de precio, no existe norma legal alguna que permita a la reclamada, eximir a dicho contrato del tratamiento que de manera general contempla el inciso 1° del artículo 197 del DFL N°1, al imponerle a la Isapre la obligación de *“ofrecer un nuevo plan si este es requerido por el afiliado y se fundamenta en la cesantía o en una variación permanente de la cotización legal, o de la composición del grupo familiar del cotizante, situaciones que deberán acreditarse ante la Institución”*, constituyendo este el cauce que el legislador dispuso para dar respuesta a la disminución de ingresos del cotizante, sin que exista un mandato legal que autorice adicionalmente, la reducción automática y periódica del monto del ajuste excepcional, prestación cuya determinación no puede quedar entregada a la sola interpretación administrativa cuando el texto de la ley que se dice ejecutar no la contempla ni la autoriza expresamente.

A lo anterior, cabe agregar que ha sido la propia Superintendencia la que en la Resolución Exenta IF/N°2883, a propósito de la reposición de la Regla E N°3 -no impugnada en todo caso por Isapre Consalud- reconoció en el considerando vigésimo séptimo *“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”*, agregando en lo atinente a dicha Regla E N°3 que *“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%”*.

En este contexto, el argumento esgrimido por la reclamada asimilando la regla cuestionada a la facultad que el artículo 188 inciso 9° del DFL N°1 le otorga a las Isapres para ajustar al alza los planes por generación de nuevos excedentes, no altera lo reflexionado previamente, desde que dicha facultad, en primer lugar, sí está contemplada en la ley, y en



segundo lugar, como lo ha reconocido y declarado enfáticamente la misma Superintendencia, se ejerce en el contexto del proceso de adecuación anual de los artículos 197 y 198, y no como una recalibración continua y automática ligada a cada variación de la remuneración del afiliado, que es lo que en la práctica exige la Regla N°5 impugnada.

Por consiguiente, al disponer la Regla N°5 del Literal E un mecanismo de recálculo permanente no previsto por el artículo 9° de la Ley Corta la Superintendencia excedió el ámbito de sus facultades interpretativas, por lo que esta impugnación será acogida, dejándose sin efecto la referida instrucción.

Décimo: Que, finalmente, en cuanto a la impugnación del Literal G de la Circular IF/N°493 -que, en el texto fijado por la Resolución Exenta IF/N°2883, dispone que si el afiliado cambia de plan de salud con posterioridad a la adecuación a la TFU, se mantendrán los factores etarios determinados a dicho momento, siempre que el cambio tenga por fundamento una adecuación de precio base y/o un ajuste por excedentes de cotización, regla aplicable tanto al plan alternativo ofrecido por la isapre como al solicitado por el cotizante durante la apertura de cartera-, Consalud sostiene que dicha instrucción carece de sustento legal, por cuanto el cambio de plan importa la suscripción de un nuevo contrato de salud, de manera que corresponde aplicar el factor etario vigente al momento de dicha suscripción, y que la extensión del "congelamiento" de factores a los cambios de plan que efectúa la regla impugnada no encontraría respaldo ni en la sentencia del Tribunal Constitucional de 2010 ni en los fallos de la Corte Suprema de noviembre de 2022 -esgrimidos por la reclamada como sustento argumentativo para su decisión-, que se referirían únicamente a la situación intra-contrato.

Esta Corte advierte, en primer término, que le asiste razón a la reclamante en cuanto a que la sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Rol N°1710-10 no se pronuncia sobre la cuestión aquí debatida: dicho fallo se limitó a declarar la inconstitucionalidad de los numerales 1° a 4° del entonces artículo 38 ter de la Ley N°18.933 -relativos a la estructura de las tablas de factores y a la diferenciación por sexo y edad-, manteniendo vigente el inciso primero de la misma norma, que ordena aplicar el factor correspondiente conforme a la tabla vigente, sin resolver ni tratar la situación



específica del cambio de plan de un mismo afiliado ni el eventual congelamiento del factor asignado. Otro tanto ocurre con la sola referencia a la Circular IF/N°470, que regula materias distintas de la aquí controvertida. Por consiguiente, tales citas, en la medida en que fueron invocadas por la reclamada como fundamento autónomo y suficiente de la instrucción, no resultan atingentes ni aportan, por sí solas, sustento bastante a la Regla del Literal G.

Sin perjuicio de lo anterior, esta Corte estima que la instrucción impugnada encuentra fundamento suficiente en otras consideraciones que sí resultan decisivas. En efecto, los fallos de la Corte Suprema de 30 de noviembre de 2022 -que dispusieron el cálculo del precio final de los contratos individuales aplicando la TFU- establecieron, como regla general y con efectos generales para todo el sistema, que *"una vez calculado el precio final de los contratos individuales, aplicando la Tabla Única de Factores (...) sólo podrá autorizarse una alza del precio final de dichos contratos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o beneficiarios"*, proscribiendo que la tabla de factores sea empleada como mecanismo de reajuste o alza del precio del plan por el mero transcurso del tiempo o el envejecimiento del afiliado. Pues bien, la Regla del Literal G, en el texto fijado por la Resolución Exenta IF/N°2883, no congela los factores etarios frente a cualquier cambio de plan que el afiliado decida libremente ejercer en el mercado -situación que queda sujeta a las reglas generales, resultando aplicable el factor vigente a la fecha de la nueva suscripción, sin que la instrucción impugnada diga otra cosa-, sino únicamente respecto de aquellos cambios de plan que *tengan "por fundamento una adecuación de precio base y/o un ajuste por excedentes de cotización"*, esto es, los que se verifican precisamente dentro y con ocasión de los procesos de adecuación anual que las propias isapres se encuentran obligadas a ofrecer conforme a los artículos 197, 198 y 188 del DFL N°1. Se trata en ambos casos de situaciones que suponen la existencia de un afiliado cuya motivación para cambiar de plan deriva de circunstancias que no le son imputables viéndose de algún modo compelido a ello, sea que se trate de la revisión a los contratos que anualmente las isapres están autorizadas a efectuar de conformidad con el aludido artículo 197 y que involucren un aumento de su costo, sea porque el afiliado está generando excedentes en su cuenta corriente individual que superan el 5%



de su cotización legal, sin poder apropiarse del monto que excede dicho porcentaje.

La regla impugnada, en consecuencia, no hace sino resguardar, dentro de ese ámbito acotado, la eficacia de la prohibición ya sentada por la Corte Suprema, sin que ello importe negar, en términos generales, la posibilidad de factorizar la edad del afiliado -que continúa siendo la regla general para toda nueva suscripción de un plan de salud ajena a dichos procesos-, ni suponga una discriminación arbitraria entre quienes cambian de plan -en las circunstancias apuntadas-, y quienes contratan por primera vez, desde que unos y otros se encuentran en situaciones de hecho diversas: los primeros ya cuentan con un factor fijado y protegido por la prohibición de alza que rige para su contrato vigente, situación en la que no se hallan quienes recién ingresan al sistema y quienes voluntariamente, sin verse compelidos por las circunstancias antes descritas, han decidido cambiar de plan.

Por lo razonado, esta impugnación será rechazada.

Que, en mérito de todo lo expuesto y razonado precedentemente, y de conformidad, además, con lo dispuesto en el artículo 113 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, **se acoge parcialmente** la reclamación de ilegalidad deducida por Isapre Consalud S.A. en contra de la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025, de la Superintendencia de Salud, sólo en cuanto se refiere a la impugnación de las Reglas N° 1 y N°5, ambas del Literal E de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025, las que se dejan por tanto sin efecto, **rechazándose en lo demás**, la reclamación deducida, esto es, en cuanto se dirige en contra de la Regla N°4 del Literal B y la instrucción del Literal G, ambas de la misma Circular IF/N°493, las que se confirman en los términos fijados por la Resolución Exenta IF/N°2883, todo lo anterior **sin costas**, por no haber sido totalmente vencida ninguna de las partes.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Redacción de la abogada integrante Catalina Infante Correa.

N° Contencioso Administrativo-245-2025.

Pronunciada por la **Séptima Sala** de la Ittma. Corte de Apelaciones de Santiago, presidida por el ministro señor Hernán Crisosto Greisse e integrada por el ministro señor Pablo Toledo González y por la abogada integrante señora Catalina Infante Correa. No firma el ministro señor Toledo por encontrarse ausente.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: PUKUCQLXJGX



Hernán Alejandro Crisosto Greisse

Ministro

Corte de Apelaciones

Veintiuno de julio de dos mil veintiséis
10:05 UTC-4



Catalina CYNTHIA INFANTE CORREA

Abogado

Corte de Apelaciones

Veintiuno de julio de dos mil veintiséis
14:44 UTC-4



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: PUKUCQLXJGX

Pronunciado por la Séptima Sala de la C.A. de Santiago integrada por Ministro Hernan Alejandro Crisosto G. y Abogada Integrante Catalina Infante C. Santiago, veintiuno de julio de dos mil veintiseis.

En Santiago, a veintiuno de julio de dos mil veintiseis, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: PUKUCQLXJGX

C.A. de Santiago

Santiago, veintiuno de julio de dos mil veintiséis.

Vistos y considerando:

Primero: Que, comparece don Germán Concha Zavala, abogado, en representación de Isapre Vida Tres S.A., quien interpone recurso de reclamación en contra de la Resolución Exenta IF/N° 2883, de 24 de marzo de 2025, dictada por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud de la Superintendencia de Salud, que acogió solo parcialmente el recurso de reposición deducido en contra de la Circular IF/N° 493, de 15 de enero de 2025, solicitando que se modifique dicha circular mediante la eliminación de los numerales 1, 3 y 5 de la letra E de su Título II, o, en subsidio, respecto de este último, se adecue su redacción, con costas.

Expone que la reclamación resulta procedente conforme a los artículos 110, 113 y 114 del DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, al dirigirse contra una resolución que resolvió parcialmente el recurso de reposición interpuesto en sede administrativa respecto de instrucciones impartidas por la Superintendencia de Salud. Agrega que la Circular N° 493 tuvo por objeto impartir instrucciones relativas a las restituciones, primas extraordinarias, ajuste excepcional a la cotización legal y adecuación a la Tabla de Factores Única, en cumplimiento de las Leyes N° 21.647 y N° 21.674, y que la resolución impugnada solo acogió parcialmente las observaciones formuladas por su parte, manteniendo vigentes disposiciones que, a su juicio, impiden alcanzar los objetivos perseguidos por dichas leyes, particularmente el equilibrio financiero del sistema.

En cuanto al numeral 1 de la letra E del Título II de la Circular N° 493, sostiene que la modificación introducida por la resolución reclamada no corrige el vicio denunciado, pues continúa excluyendo del ajuste excepcional y por única vez previsto en el artículo 9 de la Ley N° 21.674 a determinados contratos de salud cuyos titulares habían destinado previamente sus excedentes a otros fines. Afirmar que dicha restricción carece de sustento legal, por cuanto el citado artículo solo exige que el precio pactado sea inferior a la cotización legal obligatoria, sin establecer exclusiones adicionales. Añade que la instrucción resulta contradictoria con la propia actuación previa de la Superintendencia de Salud, especialmente con la Circular IF N° 470 y con las instrucciones impartidas para la elaboración y aprobación de los planes de pago y ajuste, en las cuales se consideró



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: XHXZCQNXJGX

aplicable el ajuste excepcional a todos los contratos que cumplieran el requisito legal. Aduce que este cambio infringe el principio de confianza legítima, reconocido por la jurisprudencia de la Corte Suprema, pues altera las reglas sobre cuya base las Isapres estructuraron sus cálculos y ejecutaron los procesos exigidos por la autoridad, comprometiendo además el equilibrio financiero que las Leyes N° 21.647 y N° 21.674 buscaron resguardar.

Respecto del numeral 3 de la letra E del Título II, sostiene que la instrucción dispone que los excedentes generados con posterioridad al ajuste excepcional ingresen íntegramente a la cuenta corriente del afiliado cuando se retire un beneficiario o aumente la renta imponible, omitiendo considerar el límite previsto en el inciso noveno del artículo 188 del DFL N° 1, conforme al cual solo existen excedentes cuando la diferencia supera el 5% de la cotización legal para salud. Señala que ello obliga a efectuar devoluciones superiores a las previstas por el legislador, incrementando injustificadamente la carga económica de la Isapre y contrariando el diseño financiero establecido por la Ley N° 21.674.

Finalmente, en relación con el numeral 5 de la letra E del Título II, argumenta que la regla que ordena reducir o eliminar permanentemente el ajuste excepcional cuando disminuya la renta imponible presenta una redacción ambigua, susceptible de interpretarse como un mecanismo de reajuste mensual, pese a que el sistema de determinación de precios de los contratos de salud opera sobre la base de anualidades. Afirma que dicha falta de precisión puede generar efectos financieros adversos para las Isapres y dificultar el cumplimiento del objetivo de equilibrio financiero perseguido por el legislador.

Pide, en definitiva, que se acoja el recurso de reclamación, se deje sin efecto la Resolución Exenta IF/N° 2883, de 24 de marzo de 2025, en cuanto rechazó parcialmente el recurso de reposición deducido por su parte y, en consecuencia, se modifique la Circular IF/N° 493, eliminando el numeral 1, el numeral 3 y el numeral 5 de la letra E de su Título II, o, en subsidio, respecto de este último, se adecue su redacción en los términos propuestos, con expresa condena en costas.

Segundo: Que, la Superintendencia de Salud evacua informe en relación con el recurso de reclamación interpuesto por Isapre Vida Tres S.A. en contra de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025, solicitando su



íntegro rechazo, con expresa condena en costas, sosteniendo que el acto administrativo impugnado ha sido dictado dentro del ámbito de sus competencias legales, se ajusta estrictamente a la normativa vigente y constituye una legítima manifestación de sus potestades fiscalizadoras e interpretativas.

En primer término, la recurrida expone el marco normativo y regulatorio general en el que se inserta la dictación de la Circular impugnada, efectuando una exposición detallada de los instrumentos jurídicos que la antecedieron.

En cuanto al fundamento jurídico de sus potestades, la Superintendencia sostiene que su actuación se encuentra plenamente amparada en el artículo 110 del DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud, el cual le otorga facultades para velar por el cumplimiento de la normativa aplicable a las instituciones fiscalizadas, dictar instrucciones generales para la correcta interpretación de los contratos de salud y, especialmente, ejercer potestades de interpretación administrativa de las leyes del sector.

En particular, invoca el numeral 2 del artículo 110, que le confiere expresamente la facultad de interpretar administrativamente las leyes y reglamentos del sistema de salud previsional, y el numeral 8, que la habilita para dictar instrucciones generales destinadas a la correcta interpretación y ejecución de los contratos de salud, todo ello en el marco del principio de juridicidad consagrado en los artículos 6 y 7 de la Constitución Política de la República.

En cuanto a la impugnación concreta de Vida Tres S.A., la Superintendencia sostiene que los reproches formulados no se refieren a ilegalidades del acto administrativo, sino a una discrepancia con la interpretación normativa efectuada por la autoridad competente, lo que no constituye causal suficiente para la invalidación de la circular impugnada en sede de reclamación de ilegalidad.

Respecto de la Regla N°1 del literal E, la Superintendencia de Salud señala que la instrucción impugnada -en cuanto limita la procedencia del ajuste excepcional y por única vez incorporado por el artículo 9 de la Ley N°21.674 respecto de aquellos contratos cuyos titulares hubieren previamente renunciado a sus excedentes o los hubieren destinado, total o parcialmente, al financiamiento de contratos individuales compensados, beneficios adicionales u otros fines contemplados en el artículo 188 del DFL



N°1 de 2005- se ajusta plenamente al marco normativo vigente y constituye una aplicación coherente del sistema legal de cotización y excedentes.

En este sentido, la recurrida sostiene que dichos contratos se encuentran ya ajustados a la cotización legal obligatoria, precisamente como consecuencia de la renuncia o destinación previa de los excedentes de cotización, lo que determina que no resulte jurídicamente procedente aplicar nuevamente un mecanismo de ajuste excepcional destinado a corregir situaciones que ya han sido modificadas o absorbidas por decisiones válidamente adoptadas en el marco del sistema de seguridad social.

Añade que esta interpretación no constituye una innovación administrativa ni una restricción arbitraria del alcance de la ley, sino que responde a una lectura armónica del artículo 9 de la Ley N°21.674 con el régimen general de excedentes contenido en el artículo 188 del DFL N°1 de 2005, evitando la duplicidad de efectos sobre situaciones jurídicas ya consolidadas.

Asimismo, la Superintendencia hace presente que el criterio impugnado ha sido posteriormente precisado mediante la Circular IF/N°500 de 2025, la cual delimitó expresamente el alcance de la excepción, confirmando que el ajuste no se extiende a contratos previamente ajustados por renuncia de excedentes, manteniéndose únicamente respecto de la parte de excedentes no destinada a los fines legales respectivos, sin que dicha regulación haya sido objeto de impugnación por parte de las instituciones de salud previsional.

Por otra parte, esta interpretación resulta coherente con la historia fidedigna del establecimiento de la Ley N°21.674, en cuanto durante su tramitación legislativa se dejó constancia del carácter no retroactivo de las medidas relativas a excedentes, precisándose que el mecanismo de ajuste no estaba destinado a alterar situaciones jurídicas consolidadas ni a revisar decisiones ya adoptadas por los afiliados en relación con el destino de sus excedentes.

En dicha línea, el diseño normativo recogido en el artículo 2 de la propia ley excluye expresamente de restitución aquellos montos por concepto de excedentes que hubieren sido previamente devueltos, renunciados o utilizados por los afiliados conforme a las reglas vigentes, lo que confirma que el legislador reconoció la intangibilidad de tales situaciones jurídicas.



De este modo, la instrucción impugnada se limita a explicitar un criterio interpretativo conforme al cual el ajuste excepcional no puede proyectarse sobre contratos que ya han sido estructuralmente ajustados al régimen de cotización legal por efecto de la gestión previa de excedentes, evitando así duplicidades regulatorias y asegurando la coherencia del sistema.

Agrega que, para el cálculo del déficit que debía financiarse mediante la prima extraordinaria y que fue aprobado en el Plan de Pago y Ajustes de la propia Isapre Vida Tres S.A. -ratificado por el Consejo Consultivo de Seguros Previsionales de Salud según consta en la Resolución Exenta IF/N°14.403, de 8 de octubre de 2024-, se restaron de los mayores ingresos por el ajuste al 7% aquellos contratos con renuncia a los excedentes, de manera que aplicar nuevamente dicho ajuste a esos contratos importaría una duplicidad no ajustada a los propios términos en que fue aprobado el Plan de Pago de la reclamante.

En relación con la Regla N°3, la Superintendencia sostiene que no existe vulneración al artículo 188 del DFL N°1 de 2005 por cuanto el único ajuste automático a la cotización pactada, fue el verificado de forma excepcional y por única vez durante el mes de septiembre de 2024 y que el artículo 9 de la Ley N°21.674 no contempla en la ley 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%, cumpliendo así con lo establecido en el mencionado artículo 188.

Finalmente, respecto de la Regla N°5, la Superintendencia sostiene que la instrucción impugnada no altera el sistema de reajustes del contrato de salud, sino que regula una consecuencia directa del ajuste excepcional ya efectuado, estableciendo que si la renta imponible del cotizante disminuye, debe ajustarse proporcionalmente el componente del contrato asociado al mecanismo del artículo 9 de la Ley N°21.674.

Señala que dicho ajuste no constituye un aumento de precio del plan, sino una reconfiguración del componente específico vinculado al mecanismo excepcional de financiamiento, manteniéndose inalteradas las coberturas del contrato.



Agrega que las Isapres efectúan ajustes al alza por concepto de excedentes atendida la nueva redacción del inciso 9° del artículo 188 del DFL N°1/2005 de Salud, por tanto, también deben hacerlo cuando ellos se dejan de generar.

Concluye que la Circular IF/N°493 se dictó dentro del ámbito de competencia de la Superintendencia, en ejercicio de sus potestades legales de fiscalización e interpretación, y que su contenido se encuentra debidamente fundado en la normativa legal y jurisprudencia aplicable, por lo que solicita el rechazo íntegro del recurso de reclamación interpuesto por Isapre Vida Tres S.A., con expresa condena en costas.

Tercero: Que, el reclamo de autos, fundado en el artículo 113 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 del Ministerio de Salud del año 2005, es uno de ilegalidad y fue interpuesto en contra de la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025, que acogió parcialmente el recurso de reposición deducido por la reclamante en contra de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025.

Cuarto: Que, la reclamación de ilegalidad, contemplada en el artículo 113 del DFL N°1, de 2005, de Salud, dispone en su inciso tercero: *“En contra de la resolución que deniegue la reposición, el afectado podrá reclamar, dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal”*.

Quinto: Que, para una adecuada resolución del asunto, resulta pertinente efectuar una breve reseña del origen del conflicto que ha llevado a la dictación de una serie de cuerpos normativos de diversa jerarquía, y que han dado origen al presente litigio.

Los numerales 1, 2, 3 y 4 del artículo 38 ter de la Ley N°18.933 -actual artículo 199 del DFL N°1- autorizaban a las Isapres a fijar sus propias tablas de factores, todos los cuales fueron declarados inconstitucionales el 9 de agosto de 2010 por el Tribunal Constitucional, manteniendo su vigencia el inciso primero de dicho artículo, que exige aplicar a los precios base el factor que corresponda a cada beneficiario, según la tabla que fije la Superintendencia de Salud.



Para dar cumplimiento a dicho mandato, el 11 de diciembre de 2019, la aludida Superintendencia dictó la Circular IF/N°343, que “Imparte Instrucciones Sobre Una Tabla de Factores Única para el Sistema Isapre”.

En virtud de aquello y ante los innumerables recursos de protección intentados en contra de las Isapres, por continuar aplicando sus propias tablas de factores a los planes de salud de sus afiliados, en noviembre de 2022, la Corte Suprema resolvió dejarlas sin efecto, ordenando a cada Isapre calcular el precio final de todos los contratos administrados, multiplicando el precio base por la suma de los factores del grupo familiar según la Tabla de Factores Única (“TFU”), disponiendo que dicho procedimiento no podía importar un alza del precio final de los contratos vigentes y que, en lo sucesivo, sólo podría autorizarse un alza fundada en la incorporación de nuevas cargas o beneficiarios. Adicionalmente le ordenaba a la Superintendencia de Salud determinar el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud administrados por las Isapres a los términos de la TFU, lo que aquella hizo el 13 de mayo de 2024 mediante la Circular IF/N°468; y determinar, cuando procediere, las devoluciones por las cotizaciones que las Isapres habían cobrado en exceso -por haber aplicado sus propias tablas de factores- desde el 1 de abril de 2020, que fue la fecha en la que había entrado en vigencia la Circular IF N°343, que fijó la TFU.

El 24 de mayo de 2024 se publicó la Ley N°21.674 (“Ley Corta”), cuyo objetivo, según su historia fidedigna, fue *“viabilizar el cumplimiento de la jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema”* y *“asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en dicha jurisprudencia por parte de las Isapres, protegiendo la viabilidad financiera de las mismas”*. Para tales fines, dicha ley mandató a la Superintendencia en su artículo 2, determinar mediante una circular, el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de los contratos que usaron tablas de factores propias (distintas a la TFU), imponiéndole a la misma regular el siguiente contenido mínimo obligatorio: obligación de adecuar el precio final de contratos vigentes al 1 de diciembre de 2022; obligación de informar los contratos que en virtud de lo anterior, resultaren con un precio final inferior al cobrado; obligación de restituir las Isapres lo percibido en exceso desde el 1 de abril de 2020; obligación de restituir cobros por cargas no natas y menores de 2 años desde el 1 de diciembre de 2022, en virtud de lo establecido en el artículo 95



de la Ley N°21.647; mandatándola asimismo, instruir en la misma circular o en otra distinta, el ajuste excepcional y por única vez de los contratos con precio pactado inferior a la cotización legal obligatoria, contemplado en el artículo 9 de la Ley Corta, incluyendo plazo y forma de notificación a los afiliados.

En cumplimiento de lo anterior, el 7 de junio de 2024, la Superintendencia dictó la Circular IF/N°470, cuyo objeto fue instruir el modo de hacer efectiva la adecuación de todos los contratos de salud a la TFU, las restituciones de lo percibido en exceso, y el ajuste excepcional del artículo 9° de la Ley Corta, además de fijar los parámetros de los Planes de Pago y Ajustes (“PPA”).

Con posterioridad, el 15 de enero de 2025, la misma Superintendencia dictó la Circular IF/N°493, con el objeto de aclarar aspectos de las Leyes N°21.647 y N°21.674 relacionados con la suspensión del cobro por cargas no natas y menores de dos años, las restituciones derivadas de la adecuación a la TFU, las primas extraordinarias y el ajuste excepcional de los contratos de salud a la cotización legal obligatoria, distribuyendo sus instrucciones en siete literales (A a G), de los cuales interesan a esta causa las Reglas N°1, N°3 y N°5 del literal E, referidas al ajuste excepcional a la cotización legal obligatoria.

En contra de la Circular IF/N°493, ocho Isapres -entre ellas Vida Tres- dedujeron sendos recursos de reposición; a excepción de Isapre Vida Tres S.A., las demás recurrentes interpusieron además, en forma subsidiaria, recursos jerárquicos para ante el Superintendente. Mediante la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025 -que es la resolución reclamada en autos-, la Superintendencia acogió parcialmente dichos recursos, modificando, en lo que interesa a esta causa, la Regla N°1 del Literal E, dejando sin efecto la Regla N°2 del mismo literal, y confirmando las Reglas N°3 y N°5 del Literal E, remitiendo a continuación los recursos jerárquicos subsidiarios deducidos por las demás recurrentes al Superintendente, quien los rechazó por Resolución Exenta SS/N°331, de 28 de marzo de 2025. Al no haber deducido Isapre Vida Tres S.A. recurso jerárquico subsidiario, la Resolución Exenta IF/N°2883 agotó a su respecto la vía administrativa, quedando habilitada para deducir directamente el presente reclamo de ilegalidad.



Sexto: Que, en lo tocante a la impugnación de la Regla N°1 del Literal E de la Circular IF/N°493 -que excluye del ajuste excepcional del artículo 9 de la Ley N°21.674 a aquellos contratos cuyos titulares hubieren renunciado previamente a sus excedentes o los hubieren destinado, en todo o parte, al financiamiento de contratos individuales compensados, beneficios adicionales u otros fines del artículo 188 del DFL N°1/2005-, se hace necesario en primer término tener presente el inciso 1° del artículo 9° de la Ley N°21.674 que dispone que “...de forma excepcional y por una sola vez, todos aquellos contratos de salud que tengan un precio pactado que sea inferior a la cotización legal obligatoria, se ajustarán al valor de dicha cotización”, exigiendo su inciso 4° que, previo al ajuste, la Isapre ofrezca al afiliado nuevos beneficios y planes alternativos, mecanismo que presupone precisamente la existencia de un ajuste de precio y no su exclusión. Por lo anterior, no corresponde que, por la vía de una instrucción administrativa, el ente fiscalizador intente introducir una distinción no prevista por el legislador, ni aun a pretexto de corregir un eventual reparo de intangibilidad contractual -esto es, la renuncia a excedentes como cláusula integrante del contrato- que pudiera advertir al interpretarse dicha disposición legal. Semejante corrección excede la potestad reglamentaria de la Superintendencia y compromete el principio de legalidad que rige su actuación.

En segundo lugar, la propia Circular IF/N°470 -dictada por la Superintendencia el 7 de junio de 2024, esto es, con anterioridad a la Circular impugnada- desarrolló en términos sistemáticos la aplicación del artículo 9°, sin introducir en ningún pasaje la distinción que ahora se pretende. Por el contrario, dicha Circular reconoció que la ley estableció como “única condición” para la procedencia del ajuste que se tratara de “contratos de salud que tengan un precio pactado que sea inferior a la cotización legal obligatoria”, precisando que este ajuste debía aplicarse “a todos los contratos que cumplan la citada condición, aun cuando no se les deba aplicar la adecuación a la TFU”. Más aún, al distinguir las distintas situaciones que podían generarse con la cotización legal obligatoria, y situándose en aquella hipótesis en que el precio pactado fuera inferior a dicha cotización legal, la misma Circular señaló expresamente que la aplicación del artículo 9° “implica que, si bien el precio pactado se ajustará, este ajuste irá aparejado con nuevos beneficios o planes alternativos acordes al nuevo precio, lo que no ocurriría si se aplicara sólo el artículo 2°”.



De esta forma, la consistencia que el considerando 20° de la Resolución Exenta IF/N°2883 le atribuye al actuar de la recurrida al afirmar que *"lo expuesto mediante la presente regla -E N°1-, no se contradice con ninguna de las instrucciones previas"*, no resulta admisible pues la Circular IF/N°493 introdujo, respecto de la renuncia a los excedentes, un criterio que la instrucción anterior simplemente no contemplaba, vulnerando con ello el principio de confianza legítima que debe regir la actuación de la autoridad administrativa.

Adicionalmente a ello, la alusión efectuada por la Superintendencia de Salud a la historia fidedigna del establecimiento de la Ley N°21.674 y, en particular, a la circunstancia de que su artículo 2° excluye de restitución los montos por concepto de excedentes que, en el período respectivo, ya hubieren sido devueltos, renunciados o requeridos por las personas afiliadas para los fines del artículo 188 del DFL N°1/2005, en nada se contrapone a lo que se ha venido reflexionando, en tanto que la aplicación irrestricta del artículo 9° de la Ley Corta, esto es, sin excepciones, no importa de manera alguna la afectación de aquellos excedentes que ya se habían generado y respecto de los cuales el afiliado dispuso de alguna de las maneras reseñadas.

Por otra parte, la Superintendencia incurre en un error al homologar dos situaciones jurídicas diversas al sostener que los contratos con renuncia previa ya se encontrarían "ajustados" a la cotización legal obligatoria. En efecto, quienes renunciaban a sus excedentes recibían a cambio beneficios adicionales sin que se modificara el valor de su plan, mientras que lo que exige el artículo 9° es, precisamente, ajustar dicho valor al 7% de la renta imponible. Si bien es cierto que el primer mecanismo satisfacía ya uno de los objetivos declarados de la Ley Corta -"proteger la viabilidad financiera" de las Isapres, en tanto éstas retenían los excedentes-, no satisfacía el objetivo que la propia Superintendencia identificó en el considerando 30° de la Resolución Exenta IF/N°2883, al señalar que *"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"*. De esta forma, la Regla N°1 del Literal E, al eximir del ajuste a quienes



renunciaron a sus excedentes, se aparta abiertamente de este objetivo explicitado por la propia autoridad, incurriendo en una contradicción interna que la Resolución Exenta IF/N°2883 no logra salvar.

Por último, no deja de llamar la atención a esta Corte que ha sido la propia Superintendencia la que en la Circular IF/N°475 -que instruyó la forma de registrar en el Formulario Único de Notificación la descomposición de la cotización pactada en cumplimiento de la Ley N°21.674, y que fue acompañada a estos autos-, consigna el "Ajuste al 7% Ley 21.674" como un ítem que se suma al precio del Plan para conformar la "Cotización Pactada", exactamente en la misma condición que la Prima Extraordinaria, el GES, el CAEC y los beneficios adicionales. De ello se sigue que, en la propia contabilidad regulatoria diseñada por la Superintendencia, el ajuste al 7% constituye un componente pecuniario adicional, de manera que la afirmación, de que dicho ajuste "no importa un aumento de precio"-, no resulta consistente con la estructura de cobro que la misma autoridad ha instruido aplicar.

Tampoco resulta suficiente, para salvar la ilegalidad advertida, el argumento fundado en el Plan de Pago y Ajustes (PPA) que la Superintendencia expone en su informe, en cuanto sostiene que, para el cálculo del déficit financiado mediante la prima extraordinaria de Isapre Vida Tres S.A. -aprobado, según refiere, en la Resolución Exenta IF/N°14.403, de 8 de octubre de 2024-, se restaron de los mayores ingresos por el ajuste al 7% los contratos cuyos titulares habían renunciado a sus excedentes. Se trata de un argumento de carácter financiero y administrativo, mas no de un argumento jurídico: la circunstancia de que el déficit se haya calculado excluyendo a estos contratos no explica ni justifica por qué dicha decisión de cálculo debería primar por sobre el tenor literal e imperativo del artículo 9° de la Ley.

Por las razones expuestas, la Regla N°1 del Literal E de la Circular IF/N°493 excede el marco legal que le sirve de fundamento, careciendo de sustento normativo suficiente para excluir del ajuste excepcional del artículo 9° de la Ley N°21.674 a los contratos cuyos afiliados hubieren renunciado previamente a sus excedentes o los hubieren destinado al 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 lo que corresponde declarar su ilegalidad.



Séptimo: Que, en cuanto a la impugnación de la Regla N°3 del Literal E de la Circular IF/N°493 -que dispone que, 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-, Vida Tres sostiene, en síntesis, que dicha instrucción omite considerar que, conforme al inciso 9° del artículo 188 del DFL N°1, para que existan excedentes se requiere que la diferencia supere el 5% de la cotización legal para salud, por lo que la regla impugnada obligaría a la Isapre a efectuar devoluciones superiores a las previstas por el legislador, incrementando injustificadamente su carga económica.

La Superintendencia, por su parte, sostiene que no existe la vulneración denunciada, por cuanto el ajuste al 7% dispuesto por el artículo 9° de la Ley N°21.674 constituye una adecuación excepcional y única de la cotización legal que impide, durante su vigencia, la generación de excedentes en la cuenta individual, de manera que los eventuales excedentes que se generen con posterioridad a una variación de renta o al retiro de una carga deben ingresar íntegramente a la cuenta respectiva hasta la siguiente adecuación anual, oportunidad en la que sí operará el límite del 5% del artículo 188 inciso 9°, el cual, agrega, opera en el contexto de las adecuaciones sucesivas del sistema y no resulta aplicable como restricción al régimen excepcional ya ejecutado conforme a la Ley N°21.674.

Esta Corte comparte el criterio sostenido por la reclamada. En efecto, tal como la propia Superintendencia lo señaló en el considerando vigésimo séptimo de la Resolución Exenta IF/N°2883 -precisamente a propósito de la reposición deducida en contra de esta misma Regla N°3-, *“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”*, agregando que *“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%”*.



De lo anterior se sigue que el límite del 5% contemplado en el artículo 188 inciso 9° del DFL N°1 opera respecto de la acumulación de excedentes que se produce en el contexto de las sucesivas adecuaciones anuales de los artículos 197 y 198, y no respecto del reconocimiento inmediato que corresponde efectuar cuando, con posterioridad al ajuste excepcional y por única vez del artículo 9°, se modifican las circunstancias que le dieron origen -sea por el retiro de un beneficiario, sea por el aumento de la renta imponible del cotizante-, evento en el cual la diferencia que se libera debe restituirse íntegramente al afiliado, sin que ello importe alterar el límite legal de acumulación de excedentes, el que seguirá aplicándose, tal como lo precisa la propia regla impugnada, en las sucesivas adecuaciones anuales.

Por lo razonado, esta impugnación será rechazada.

Octavo: Que, en cuanto a la impugnación de la Regla N°5 del Literal E -que dispone que 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, facultándose a la Isapre para ofrecer modificaciones a los nuevos beneficios adicionales convenidos-, Vida Tres sostiene, en síntesis, que su redacción resulta ambigua, pudiendo interpretarse como un mecanismo de reajuste mensual, en circunstancias que el sistema de determinación de precios de los contratos de salud opera sobre la base de anualidades, lo que generaría efectos financieros adversos y dificultaría el objetivo de equilibrio financiero perseguido por el legislador, solicitando su eliminación o, en subsidio, la adecuación de su redacción.

La Superintendencia, por su parte, sostiene en su informe que para los efectos de entender esta instrucción, corresponde indicar que 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 en el sistema privado de salud que, hasta antes de la dictación de la Ley N°21.674 no había existido. Agrega que los planes ajustados mediante el ítem “ajuste al 7% Ley 21.674” siguen manteniendo las características y coberturas que determinaron que su precio fuera inferior a la cotización legal, por tanto, si la remuneración disminuye 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.

Sostiene además que si las Isapres efectúan ajustes al alza por concepto de excedentes atendida la nueva redacción del inciso 9° del artículo 188 del DFL N°1/2005 de Salud, también deben hacerlo cuando ellos se dejan de generar.

Esta Corte no comparte el razonamiento de la reclamada, y no podría ser de otra manera desde el momento en que la Superintendencia parte de una premisa que ya ha sido descartada por este tribunal en el considerando precedente. En efecto, si el ajuste excepcional y por una sola vez al 7%, contemplado en el artículo 9° de la Ley Corta, constituye un aumento de precio -según se razonó en el considerando sexto precedente-, no existe norma legal alguna que permita a la reclamada eximir a dicho contrato del tratamiento que de manera general contempla el inciso 1° del artículo 197 del DFL N°1, al imponerle a la Isapre la obligación de *“ofrecer un nuevo plan si este es requerido por el afiliado y se fundamenta en la cesantía o en una variación permanente de la cotización legal, o de la composición del grupo familiar del cotizante, situaciones que deberán acreditarse ante la Institución”*, constituyendo este el cauce que el legislador dispuso para dar respuesta a la disminución de ingresos del cotizante, sin que exista un mandato legal que autorice, adicionalmente, la reducción automática y periódica del monto del ajuste excepcional, prestación cuya determinación no puede quedar entregada a la sola interpretación administrativa cuando el texto de la ley que se dice ejecutar no la contempla ni la autoriza expresamente.

A lo anterior cabe agregar que ha sido la propia Superintendencia la que, a propósito de la Regla N°3 del mismo literal, precedentemente analizada, reconoció en el considerando vigésimo séptimo de la Resolución Exenta IF/N°2883 que *“el único ajuste automático a la cotización pactada, fue el verificado de forma excepcional y por única vez durante el mes septiembre de 2024”*, agregando en lo atinente a dicha Regla E N°3 que *“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%”*.



En este contexto, el argumento esgrimido por la reclamada asimilando la regla cuestionada a la facultad que el artículo 188 inciso 9° del DFL N°1 le otorga a las Isapres para ajustar al alza los planes por generación de nuevos excedentes, no altera lo reflexionado previamente, desde que dicha facultad, en primer lugar, sí está contemplada en la ley, y en segundo lugar, como lo ha reconocido y declarado enfáticamente la misma Superintendencia, se ejerce en el contexto del proceso de adecuación anual de los artículos 197 y 198, y no como una recalibración continua y automática ligada a cada variación de la remuneración del afiliado, que es lo que en la práctica exige la Regla N°5 impugnada.

De este modo, aun cuando el reproche formulado por Vida Tres se plantea primeramente como uno de imprecisión en la redacción de la regla -en cuanto a si el reajuste que ella ordena opera mensual o anualmente-, lo cierto es que, cualquiera sea la periodicidad que se le atribuya, la Regla N°5 carece de sustento legal, por lo que la instrucción impugnada debe ser dejada sin efecto en su integridad.

Por consiguiente, al disponer la Regla N°5 del Literal E un mecanismo de recálculo permanente no previsto por el artículo 9° de la Ley Corta, la Superintendencia excedió el ámbito de sus facultades interpretativas, motivo por el cual esta impugnación será acogida, dejándose sin efecto la referida instrucción.

Que, en mérito de todo lo expuesto y razonado precedentemente, y de conformidad, además, con lo dispuesto en el artículo 113 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, **se acoge parcialmente** la reclamación de ilegalidad deducida por Isapre Vida Tres S.A. en contra de la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025, de la Superintendencia de Salud, sólo en cuanto se refiere a la impugnación de las Reglas N°1 y N°5, ambas del Literal E de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025, las que se dejan, por tanto, sin efecto, **rechazándose en lo demás**, la reclamación deducida, esto es, en cuanto se dirige en contra de la Regla N°3 del Literal E de la misma Circular IF/N°493, la que se confirma en los términos fijados por la Resolución Exenta IF/N°2883, todo lo anterior sin costas, por no haber sido totalmente vencida ninguna de las partes.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Redacción de la abogada integrante Catalina Infante Correa.

N° Contencioso Administrativo-246-2025.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: XHXZCQNXJGX

Pronunciada por la **Séptima Sala** de la Itma. Corte de Apelaciones de Santiago, presidida por el ministro señor Hernán Crisosto Greisse e integrada por el ministro señor Pablo Toledo González y por la abogada integrante señora Catalina Infante Correa. No firma el ministro señor Toledo por encontrarse ausente.

 Hernán Alejandro Crisosto Greisse Ministro Corte de Apelaciones Veintiuno de julio de dos mil veintiséis 10:05 UTC-4 	 Catalina CYNTHIA INFANTE CORREA Abogado Corte de Apelaciones Veintiuno de julio de dos mil veintiséis 14:44 UTC-4 
---	--



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: XHXZCQNXJGX

Pronunciado por la Séptima Sala de la C.A. de Santiago integrada por Ministro Hernan Alejandro Crisosto G. y Abogada Integrante Catalina Infante C. Santiago, veintiuno de julio de dos mil veintiseis.

En Santiago, a veintiuno de julio de dos mil veintiseis, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: XHXZCQNXJGX

C.A. de Santiago

Santiago, veintiuno de julio de dos mil veintiséis.

Vistos y considerando:

Primero: Que, comparece doña Macarena Bravo Vega, abogada, en representación de Isapre Nueva Masvida S.A., e interpone reclamación judicial, de conformidad con el artículo 113 del DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud, en contra de la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025, que acogió parcialmente el recurso de reposición deducido en contra de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025, y en contra de la Resolución Exenta SS/N°331, de 28 de marzo de 2025, que rechazó el recurso jerárquico deducido en subsidio, dirigiendo su reclamo en contra de ambas resoluciones conjuntamente, por estimar, en aplicación del principio de economía procesal, que ello evita toda controversia sobre cuál de los dos actos administrativos constituye propiamente el acto terminal susceptible de reclamación.

Expone que la Circular IF/N°493 impartió instrucciones sobre diversas materias relacionadas con la aplicación de las Leyes N°21.647 y N°21.674, entre ellas, restituciones derivadas de la adecuación a la Tabla Única de Factores, primas extraordinarias y ajuste excepcional de los contratos de salud a la cotización legal obligatoria, habiendo deducido oportunamente recurso de reposición con jerárquico en subsidio en contra de las instrucciones contenidas en los literales B, E y G de dicha circular, las que fueron parcialmente acogidas en sede administrativa. Por ello, subsisten, en lo que interesa a este reclamo, únicamente las contenidas en el numeral 4 de la letra B y el numeral 5 de la letra E, respecto de las cuales dirige el presente arbitrio.

En cuanto al literal B N°4 -que dispone que las primas extraordinarias de las Leyes N°21.647 y N°21.674 no estarán afectas a los procesos de adecuación de precios de los artículos 95 de la Ley 21.647 y 197, 198 y 198 bis del DFL N°1-, sostiene que dicha exclusión vulnera el artículo 10 de la Ley N°21.674 y colisiona con la idea matriz de dicho cuerpo legal, la que -según su historia fidedigna, en particular el Mensaje del Ejecutivo y las intervenciones de la Ministra de Salud y de su asesor durante la discusión en Comisión Mixta respecto del artículo 3° letra c)- perseguía tanto dar cumplimiento a los fallos de la Corte Suprema como asegurar la viabilidad



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: UMNZCQXXJGX

financiera de las Isapres, de manera que los costos que la prima extraordinaria busca financiar, al tener variaciones en el tiempo, no podrían quedar eximidos de los procesos de adecuación sin frustrar dicho propósito.

Añade que el artículo 10 de la Ley Corta dispone que las adecuaciones se practicarán en lo sucesivo sobre el “precio final”, concepto que su inciso segundo define como el precio pactado menos el precio de las Garantías Explícitas en Salud (GES) y los beneficios adicionales, sin excluir las primas extraordinarias, por lo que éstas quedarían comprendidas en la base de cálculo de la adecuación anual; y que la facultad interpretativa que el artículo 110 N°2 del DFL N°1 de 2005 confiere a la Superintendencia no la habilita para modificar, por esta vía, el procedimiento de cálculo del precio final establecido por el legislador, en contravención a los principios de juridicidad y legalidad de los artículos 6° y 7° de la Constitución Política de la República.

En cuanto al literal E N°5 -que dispone que si la renta imponible del cotizante disminuye con posterioridad al ajuste a la cotización legal obligatoria, deberá reducirse o eliminarse de manera permanente el monto de dicho ajuste, facultándose a la Isapre para modificar los nuevos beneficios adicionales convenidos-, sostiene que dicha instrucción carece de sustento legal, toda vez que el ajuste del artículo 9° de la Ley N°21.674 es excepcional y por una sola vez, sin que la ley contemple reajustes posteriores derivados de variaciones de renta; que el mecanismo previsto por el legislador para el caso de disminución permanente de la cotización legal del afiliado es únicamente la obligación de ofrecer un nuevo plan si éste es requerido, conforme al artículo 197 inciso 1° del DFL N°1 de 2005, y no la modificación unilateral del precio pactado; que dicha modificación unilateral infringe la intangibilidad de los contratos de salud consagrada en el artículo 1545 del Código Civil y la garantía de igualdad ante la ley del artículo 19 N°2 de la Constitución, al generar precios distintos para un mismo plan según las variaciones de renta de cada afiliado; y que, adicionalmente, la instrucción vulnera el derecho de propiedad de la Isapre sobre los ingresos derivados del contrato, protegido por el artículo 19 N°24 de la Carta Fundamental.

Agrega, respecto de ambas instrucciones, que éstas inciden retroactivamente en situaciones jurídicas consolidadas, en particular en los Planes de Pago y Ajustes (PPA) aprobados por el Consejo Consultivo de



Seguros Previsionales de Salud y por la propia Superintendencia en ejecución de la Ley N°21.674, cuyas variables de ingreso se verían alteradas por la aplicación de la Circular IF/N°493, en infracción al artículo 52 de la Ley N°19.880; y que dicha alteración, unida al cambio de criterio respecto de instrucciones administrativas previas, vulnera el principio de confianza legítima y la doctrina de los actos propios.

Solicita, en definitiva, que se acoja el reclamo de ilegalidad, dejando sin efecto las instrucciones contenidas en el numeral 4 de la letra B y en el numeral 5 de la letra E de la Circular IF/N°493, con expresa condenación en costas.

Segundo: Que, informando la Superintendencia de Salud, solicita el rechazo íntegro de la reclamación, con costas, exponiendo en primer término el marco regulatorio que antecedió la dictación de la Circular impugnada, y sosteniendo que su actuación se encuentra amparada en los numerales 2, 4 y 8 del artículo 110 del DFL N°1 de 2005, que le confieren las funciones de velar por el cumplimiento de la normativa aplicable a las instituciones fiscalizadas, de interpretar administrativamente las leyes y reglamentos del sector y de dictar instrucciones de carácter general para la correcta interpretación de los contratos de salud.

Respecto de la Regla N°4 de la letra B, sostiene que los artículos 197, 198 y 198 bis del DFL N°1 regulan un proceso de adecuación ordinario y de periodicidad anual, ajeno por su naturaleza a las primas extraordinarias de las Leyes N°21.647 y N°21.674, mecanismos excepcionales creados para financiar la suspensión del cobro respecto de determinadas cargas y para asegurar la viabilidad financiera de las instituciones en el cumplimiento de los fallos de la Corte Suprema. Añade que el artículo 1° de la Ley N°21.674 no modificó el artículo 170 letra m) del DFL N°1, que define el precio final como el resultado de multiplicar el precio base por el factor de la tabla respectiva, de manera que ni la adecuación de los artículos 197 y 198 ni la noción de precio final han comprendido nunca las primas extraordinarias, invocando en tal sentido la historia fidedigna de la ley -en particular las explicaciones del Superintendente de Salud durante su tramitación, en cuanto a que el precio final resulta de multiplicar el precio base por la suma de factores, restándose la prima GES y los demás beneficios- y lo resuelto por la Corte Suprema al resolver los recursos de protección que motivaron la dictación de las Leyes



N°21.647 y N°21.674. Agrega que aceptar la interpretación de la reclamante importaría una discriminación en perjuicio de los afiliados beneficiados por las sentencias de la Corte Suprema sobre tablas de factores, y que, a diferencia de la prima GES -reajustada mediante un procedimiento propio conforme a los artículos 206 y 206 bis del DFL N°1-, las primas extraordinarias sólo contemplan su reajustabilidad en unidades de fomento.

Respecto de la Regla N°5 de la letra E, sostiene que 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 en el sistema privado de salud que, hasta antes de la dictación de la Ley N°21.674. Agrega que los planes ajustados mediante el ítem “Ajuste al 7% Ley 21.674” mantienen las mismas características y coberturas que determinaron que su precio fuera inferior a la cotización legal, de manera que si la renta imponible disminuye, corresponde reducir proporcionalmente dicho ítem, sin que ello implique el cobro de una cotización adicional para mantener el plan; y que lo anterior resulta conforme a la regla general del artículo 170 letra m) del DFL N°1, no modificada por la Ley Corta.

En cuanto al argumento común relativo a la retroactividad y a la infracción del principio de confianza legítima y de la doctrina de los actos propios, reitera que las instrucciones impugnadas se limitan a precisar el sentido y alcance de la normativa vigente y a uniformar su aplicación administrativa, sin modificar situaciones jurídicas consolidadas ni exceder las potestades legales del órgano, agregando que dicha regulación resulta indispensable para resguardar los derechos de los afiliados y beneficiarios del sistema.

Plantea, en definitiva, que el recurso no denuncia una ilegalidad, sino una mera disconformidad con la interpretación normativa que compete efectuar a la Superintendencia de Salud conforme al artículo 110 N°2 del DFL N°1 de 2005, invocando en tal sentido jurisprudencia de esta Corte y de la Corte Suprema, por lo que solicita el íntegro rechazo de la reclamación, con costas.

Tercero: Que, el reclamo de autos, fundado en el artículo 113 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 del Ministerio de Salud del año 2005, es uno



de ilegalidad y fue interpuesto en contra de la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025, que acogió parcialmente el recurso de reposición deducido por la reclamante en contra de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025, y en contra de la Resolución Exenta SS/N°331, de 28 de marzo de 2025, que rechazó el recurso jerárquico deducido en subsidio por la misma reclamante.

Cuarto: Que, para la adecuada resolución del asunto, resulta pertinente efectuar una breve reseña del origen del conflicto que ha dado lugar a la dictación de los diversos cuerpos normativos en juego.

Los numerales 1, 2, 3 y 4 del artículo 38 ter de la Ley N°18.933 -actual artículo 199 del DFL N°1- autorizaban a las Isapres a fijar sus propias tablas de factores, todos los cuales fueron declarados inconstitucionales el 9 de agosto de 2010 por el Tribunal Constitucional, manteniendo su vigencia el inciso primero de dicho artículo, que exige aplicar a los precios base el factor que corresponda a cada beneficiario según la tabla que fije la Superintendencia de Salud. Para dar cumplimiento a dicho mandato, el 11 de diciembre de 2019 la Superintendencia dictó la Circular IF/N°343, que fijó la Tabla de Factores Única (“TFU”).

Ante los innumerables recursos de protección intentados en contra de las Isapres por continuar aplicando sus propias tablas de factores, en noviembre de 2022 la Corte Suprema resolvió dejarlas sin efecto, ordenando calcular el precio final de todos los contratos administrados multiplicando el precio base por la suma de los factores del grupo familiar según la TFU, disponiendo que dicho procedimiento no podía importar un alza del precio final de los contratos vigentes, y ordenando a la Superintendencia determinar el modo de hacer efectiva dicha adecuación -lo que ésta hizo el 13 de mayo de 2024 mediante la Circular IF/N°468- y las devoluciones por las cotizaciones cobradas en exceso desde el 1 de abril de 2020.

El 24 de mayo de 2024 se publicó la Ley N°21.674 (“Ley Corta”), cuyo objetivo, según su historia fidedigna, fue *“viabilizar el cumplimiento de la jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema”* y *“asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en dicha jurisprudencia por parte de las Isapres, protegiendo la viabilidad financiera de las mismas”*. Para tales fines, dicha ley mandató a la Superintendencia, en su artículo 2°, determinar el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de los contratos que



emplearon tablas de factores propias, y le impuso, además, instruir el ajuste excepcional y por una sola vez de los contratos con precio pactado inferior a la cotización legal obligatoria, contemplado en su artículo 9°, así como los parámetros de los Planes de Pago y Ajustes (“PPA”) a que alude su artículo 3°. En cumplimiento de ello, el 7 de junio de 2024 la Superintendencia dictó la Circular IF/N°470.

Con posterioridad, el 15 de enero de 2025, la Superintendencia dictó la Circular IF/N°493, con el objeto de aclarar aspectos de las Leyes N°21.647 y N°21.674, distribuyendo sus instrucciones en siete literales (A a G), de los cuales interesan a esta causa el literal B N°4 -exclusión de las primas extraordinarias de los procesos de adecuación de los artículos 95 de la Ley 21.647 y 197, 198 y 198 bis del DFL N°1- y el literal E N°5 -regla sobre la disminución del ajuste excepcional a la cotización legal obligatoria por variación de la renta imponible del cotizante-. En contra de dicha circular, ocho Isapres -entre ellas Nueva Masvida- dedujeron sendos recursos de reposición y, en forma subsidiaria, recursos jerárquicos. Mediante la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025, la Superintendencia acogió parcialmente dichos recursos respecto de otras reglas de la circular, confirmando en lo demás -y, en lo que interesa a esta causa, en su integridad- las Reglas N°4 del Literal B y N°5 del Literal E, remitiendo a continuación los recursos jerárquicos subsidiarios al Superintendente, quien los rechazó por Resolución Exenta SS/N°331, de 28 de marzo de 2025.

Quinto: Que, en cuanto a la impugnación del Literal B, Regla N°4, de la Circular IF/N°493, Nueva Masvida sostiene, en síntesis, que dicha exclusión es ilegal, toda vez que el artículo 10 de la Ley Corta dispone que las adecuaciones del artículo 197 se aplicarán en lo sucesivo sobre el “precio final”, concepto que -según el inciso segundo del mismo artículo- corresponde al precio pactado menos el precio de las GES y los beneficios adicionales, sin excluir las primas extraordinarias, invocando además la historia fidedigna del artículo 3° letra c) de la Ley Corta, que exigió que la propuesta de prima extraordinaria considerara los costos operacionales y no operacionales de las Isapres.

Lo cierto es que hasta antes del artículo 10 de la Ley Corta, el proceso ordinario y anual de adecuación de todos los contratos de salud, de los artículos 197, 198 y 198 bis del DFL N°1 se hacía sobre el “precio base”, a



que se refiere el artículo 197 de dicho DFL, que es el valor -único para todos los afiliados de un mismo plan- antes de aplicarle el respectivo factor para cada afiliado según la tabla de factores. En tal sentido, el artículo 10 de la Ley Corta, vino a innovar respecto a la adecuación ordinaria y anual de algunos contratos de salud, específicamente aquellos que hubo que adecuar por haberse estructurado sobre la tabla de factores propia de cada Isapre y no sobre la TFU, cuando ésta ya estaba vigente, estableciendo que para estos casos, dicha adecuación anual se haría *“en lo sucesivo sobre el precio final”*, agregando que este corresponde al “precio pactado” menos el precio de las GES y de los beneficios adicionales. La pregunta que surge es si aquella innovación involucró también un cambio en lo que debe entenderse por precio final en esos contratos, pues lo cierto es que artículo 170 letra m) del DFL N°1, norma que regula de manera general el sistema de salud, y que no fue modificada por la Ley Corta establece que aquel es el que *“se obtendrá multiplicando el respectivo precio base por el factor que corresponda al afiliado o beneficiario de conformidad a la respectiva tabla de factores”* excluidos los beneficios adicionales.

Dicha pregunta es relevante, porque la expresión *“precio pactado”* empleada en el artículo 10 de la Ley Corta, y que es completamente ajena al DFL N°1, puede llevar a entender -como lo ha hecho la recurrente- que en este se incluye el ítem “primas extraordinarias” introducido por las Leyes N°21.647 y N°21.674, ayudando más a la confusión el concepto de “precio pactado” empleado en la Circular IF/N°470.

Sexto: Que, sin embargo, de la historia fidedigna del establecimiento del artículo 10, reproducida en la Resolución Exenta IF/N°2883 y en el informe evacuado por la Superintendencia -sin haber sido desvirtuada por la reclamante-, se desprende que el propio Superintendente de Salud, durante la tramitación de la Ley Corta, explicó a la comisión legislativa respectiva que *“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”*, agregando 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”*. De ello se sigue que la única finalidad del artículo 10 fue precisar que, para el universo acotado de contratos que debieron adecuarse a la TFU -y que, por efecto de dicha



adecuación, habían experimentado en su mayoría una reducción del precio final respecto del que exhibían con sus antiguas tablas-, la adecuación anual de los artículos 197 y 198 debía practicarse en lo sucesivo sobre el precio final (esto es, precio base multiplicado por el factor TFU) y no sobre el precio base aisladamente considerado, evitando que la reducción obtenida por aplicación de la TFU quedara neutralizada al reajustarse, año a año, únicamente el precio base primigenio. Nada en el texto de la norma ni en su historia permite concluir que ella tuvo por objeto alterar la definición permanente de precio final del artículo 170 letra m), ni menos incorporar a dicho concepto una prima de naturaleza y origen enteramente distintos, como son las primas extraordinarias de las Leyes N°21.647 y N°21.674, calificadas por el propio legislador como "extraordinarias" precisamente por tratarse de mecanismos excepcionales, transitorios y ajenos a la lógica de la tarificación ordinaria del plan, destinados a financiar la suspensión de cobros y a compatibilizar el cumplimiento de los fallos de la Corte Suprema con la viabilidad financiera de las instituciones, según da cuenta el propio artículo 3° letra c) de la Ley Corta, y que a mayor abundamiento contemplaron su propia reajustabilidad, al fijarse en unidades de fomento.

Séptimo: Que, cabe agregar a lo anterior, que el concepto de "precio pactado" también es empleado en el artículo 9 de la Ley Corta, el que en su inciso cuarto a propósito del ajuste excepcional y por una sola vez de los contratos que tengan un precio pactado inferior al 7% legal, alude al "precio pactado" en un sentido que, atendido su contexto excluye indefectiblemente el ítem de primas extraordinarias, por ser anterior a la fijación de estas, estableciendo que *"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 seis meses anteriores al ofrecimiento"*.

Octavo: Que, por lo razonado precedentemente, esta Corte concluye que la Regla N°4 del Literal B de la Circular IF/N°493 se ajusta al correcto sentido y alcance del artículo 10 de la Ley Corta y no importa una modificación o derogación de norma legal alguna, por lo que la Superintendencia, al dictarla y al confirmarla mediante la Resolución Exenta IF/N°2883, obró dentro del ámbito de las facultades interpretativas y



regulatorias que le confieren los artículos 110 N°2 y 4 y 114 del DFL N°1, no incurriendo en la ilegalidad que se le reprocha, razón por la cual esta impugnación será rechazada.

Noveno: Que, en cuanto a la impugnación del Literal E, Regla N°5 -que dispone que si la renta imponible de un cotizante disminuye con posterioridad al ajuste a la cotización legal obligatoria, deberá reducirse o eliminarse de manera permanente el monto determinado en dicho ajuste, facultándose a la Isapre para ofrecer modificaciones a los nuevos beneficios adicionales convenidos-, Nueva Masvida sostiene, en síntesis, que el ajuste del artículo 9° de la Ley Corta opera de forma excepcional y por una sola vez, que dicho ajuste pasó a integrar el precio pactado del contrato, y que la ley no contempla reajustes posteriores derivados de variaciones de la renta imponible, existiendo en el artículo 197 del DFL N°1 un mecanismo distinto -la oferta de un nuevo plan- ya previsto por el legislador para el caso de disminución permanente de la cotización legal del afiliado.

La Superintendencia, por su parte, sostiene que el ajuste al 7% *“no constituyó un aumento de precio o ingreso neto para las Isapres”*, sino sólo la eliminación de la posibilidad de acumular excedentes libremente, de manera que, si la renta disminuye, debe rebajarse proporcionalmente el monto del referido ítem, sin que ello importe alterar el precio del plan ni infringir el carácter excepcional y único del ajuste.

Décimo: Que, esta Corte no comparte el razonamiento de la reclamada, en primer lugar, por cuanto no resulta ajustado a Derecho sostener que el ajuste al 7% no constituyó un aumento de precio. En efecto, es el propio artículo 9 de la Ley N° 21.674, el que expresamente señala *“que todos aquellos contratos de salud que tengan un precio pactado que sea inferior a la cotización legal obligatoria, se ajustarán al valor de dicha cotización”*. Consecuente con lo anterior la Circular IF/N°470 -dictada por la propia Superintendencia el 7 de junio de 2024, esto es, con anterioridad a la Circular impugnada- al desarrollar en términos sistemáticos la aplicación del artículo 9°, procedió a distinguir las distintas situaciones que podían generarse con la cotización legal obligatoria, y situándose en aquella hipótesis en que el precio pactado fuera inferior a dicha cotización legal, señaló expresamente que la aplicación del artículo 9° *“implica que, si bien el precio pactado se ajustará, este ajuste irá aparejado con nuevos beneficios o*



planes alternativos acordes al nuevo precio, lo que no ocurriría si se aplicara sólo el artículo 2°.

Undécimo: Que, adicionalmente a ello, no deja de llamar la atención la tesis sostenida por la reclamada a propósito de esta Regla N°5, cuando ha sido ella misma, la que en la Circular IF/N°475 -que instruyó la forma de registrar en el Formulario Único de Notificación la descomposición de la cotización pactada en cumplimiento de la Ley N°21.674-, consigna el “Ajuste al 7% Ley 21.674” como un ítem que se suma al precio del plan para conformar la “Cotización Pactada”, exactamente en la misma condición que la Prima Extraordinaria, el GES, el CAEC y los beneficios adicionales. De ello se sigue que, en la propia contabilidad regulatoria diseñada por la Superintendencia, el ajuste al 7% constituye un componente pecuniario adicional del precio pactado, de manera que la afirmación de que dicho ajuste “no importa un aumento de precio” no resulta consistente con la estructura de cobro que la misma autoridad ha instruido aplicar.

Duodécimo: Que, sentado lo anterior, y constituyendo el ajuste del artículo 9° un componente del precio pactado del contrato, no existe norma legal alguna que permita a la reclamada eximir a dicho contrato del tratamiento que, de manera general, contempla el inciso 1° del artículo 197 del DFL N°1, el cual impone a la Isapre la obligación de *“ofrecer un nuevo plan si este es requerido por el afiliado y se fundamenta en la cesantía o en una variación permanente de la cotización legal, o de la composición del grupo familiar del cotizante, situaciones que deberán acreditarse ante la Institución”*, constituyendo éste el cauce que el legislador dispuso para dar respuesta a la disminución de ingresos del cotizante, sin que exista un mandato legal que autorice, adicionalmente, la reducción automática y permanente del monto del ajuste excepcional, prestación cuya modificación no puede quedar entregada a la sola interpretación administrativa cuando el texto de la ley que se dice ejecutar no la contempla ni la autoriza expresamente. Por lo demás, el propio carácter *“excepcional y por una sola vez”* con que el artículo 9° califica a este ajuste resulta incompatible con un mecanismo de recálculo continuo y automático ligado a cada variación posterior de la remuneración del afiliado, como el que en la práctica impone la Regla N°5 impugnada.



Por consiguiente, al disponer la aludida Regla N°5 del Literal E un mecanismo de recálculo permanente no previsto por el artículo 9° de la Ley Corta, la Superintendencia excedió el ámbito de sus facultades interpretativas, por lo que esta impugnación será acogida, dejándose sin efecto la referida instrucción.

Décimo tercero: Que, en lo relativo al argumento común esgrimido por la reclamante -en orden a que ambas instrucciones incidirían retroactivamente en situaciones jurídicas consolidadas, en particular en los Planes de Pago y Ajustes aprobados en ejecución de la Ley N°21.674, y vulnerarían el principio de confianza legítima y la doctrina de los actos propios-, cabe distinguir según la instrucción de que se trate.

En cuanto a la Regla N°4 del Literal B, habiéndose establecido en el motivo Octavo que ella se ajusta al correcto sentido del artículo 10 de la Ley Corta y no importa innovación alguna respecto del régimen legal aplicable a las primas extraordinarias, no se advierte que su aplicación hacia el futuro altere situaciones jurídicas consolidadas ni defraude una confianza legítimamente depositada por la reclamante, desde que la aprobación de un Plan de Pago y Ajustes no tiene la virtud de congelar, en beneficio de la Isapre, la interpretación de disposiciones legales cuyo sentido y alcance corresponde fijar a la Superintendencia en ejercicio de sus facultades permanentes, ni de sustraer a ésta de la posibilidad de precisar, mediante instrucciones de general aplicación, el correcto entendimiento de una normativa que se ha mostrado equívoca para diversos regulados.

En cuanto a la Regla N°5 del Literal E, habiéndose ya declarado su ilegalidad por carecer de sustento en el artículo 9° de la Ley Corta, resulta innecesario pronunciarse adicionalmente sobre la alegación de retroactividad y confianza legítima esgrimida a su respecto, la que en todo caso ha quedado comprendida en la decisión de dejar sin efecto dicha instrucción.

Que, en mérito de todo lo expuesto y razonado precedentemente, y de conformidad, además, con lo dispuesto en el artículo 113 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, **se acoge parcialmente** la reclamación de ilegalidad deducida por Isapre Nueva Masvida S.A. en contra de la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025, y de la Resolución Exenta SS/N°331, de 28 de marzo de 2025, ambas de la Superintendencia de Salud, sólo en cuanto se refiere a la



impugnación de la Regla N°5 del Literal E de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025, la que se deja por tanto sin efecto, **rechazándose en lo demás** la reclamación deducida, esto es, en cuanto se dirige en contra de la Regla N°4 del Literal B de la misma Circular, la que se confirma en los términos fijados por la Resolución Exenta IF/N°2883, todo lo anterior **sin costas**, por no haber sido totalmente vencida ninguna de las partes.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Redacción de la abogada integrante Catalina Infante Correa.

N° Contencioso Administrativo-247-2025.

Pronunciada por la **Séptima Sala** de la Itlma. Corte de Apelaciones de Santiago, presidida por el ministro señor Hernán Crisosto Greisse e integrada por el ministro señor Pablo Toledo González y por la abogada integrante señora Catalina Infante Correa. No firma el ministro señor Toledo por encontrarse ausente.

 Hernán Alejandro Crisosto Greisse Ministro Corte de Apelaciones Veintiuno de julio de dos mil veintiséis 10:05 UTC-4 	 Catalina CYNTHIA INFANTE CORREA Abogado Corte de Apelaciones Veintiuno de julio de dos mil veintiséis 14:44 UTC-4 
--	---



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: UMNZCQXXJGX

Pronunciado por la Séptima Sala de la C.A. de Santiago integrada por Ministro Hernan Alejandro Crisosto G. y Abogada Integrante Catalina Infante C. Santiago, veintiuno de julio de dos mil veintiseis.

En Santiago, a veintiuno de julio de dos mil veintiseis, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: UMNZCQXXJGX

C.A. de Santiago

Santiago, veintiuno de julio de dos mil veintiséis.

Vistos y considerando:

Primero: Que comparece don Germán Concha Zavala, abogado, en representación de Isapre Banmédica S.A., quien interpone recurso de reclamación, de conformidad con el artículo 113 del DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud, en contra de la Resolución Exenta SS/N°331, de 28 de marzo de 2025, dictada por el Superintendente de Salud, que rechazó el recurso jerárquico deducido en subsidio del recurso de reposición interpuesto por su parte en contra de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025, reposición que había sido acogida sólo parcialmente por la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025.

Expone, en primer término, que la reclamación resulta admisible por dirigirse en contra del acto que agotó la vía administrativa, invocando para ello lo dispuesto en los artículos 110 y 114 del DFL N°1 de 2005 y la jurisprudencia de la Corte Suprema recaída en las causas Rol N°7855-2012 y Rol N°76.767-2016, conforme a la cual el plazo para reclamar judicialmente corre desde la notificación de la resolución que agota la vía administrativa, sea ésta la que resuelve la reposición o el recurso jerárquico deducido en subsidio de aquella, encontrándose la reclamación interpuesta dentro de plazo y verificada la consignación exigida por el inciso 4° del artículo 113 del DFL N°1 de 2005.

En cuanto al fondo, señala que la Circular IF/N°493 impartió instrucciones relativas a la aplicación de las Leyes N°21.647 y N°21.674, impugnando específicamente las Reglas N°1, N°3 y N°5 de la letra E de su Título II. Sostiene, en síntesis, que dichas instrucciones exceden el marco legal fijado por el legislador y dificultan el cumplimiento del objetivo de equilibrio financiero que las Leyes N°21.647 y N°21.674 persiguieron.

Respecto de la Regla N°1, afirma que la autoridad incorporó restricciones no previstas en el artículo 9° de la Ley N°21.674, al excluir del ajuste excepcional y por única vez a los contratos cuyos titulares habían renunciado previamente a sus excedentes o los habían destinado al financiamiento de beneficios adicionales u otros fines contemplados en el artículo 188 del DFL N°1 de 2005, en circunstancias que la ley únicamente exige que el precio pactado sea inferior a la cotización legal obligatoria.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: HSKCQSXJGX

Agrega que dicha interpretación contradice las instrucciones previamente impartidas por la propia Superintendencia, especialmente en la Circular IF/N°470 y en el Oficio Ordinario Reservado IF/N°25.150 -este último referido específicamente al cálculo del Plan de Pago y Ajustes de su representada-, vulnerando el principio de confianza legítima e impidiendo alcanzar el equilibrio financiero previsto por el legislador.

En relación con la Regla N°3, sostiene que la instrucción que ordena que los excedentes generados con posterioridad al ajuste excepcional -por retiro de un beneficiario o aumento de la renta imponible- ingresen íntegramente a la cuenta corriente de excedentes, omite considerar que, conforme al inciso 9° del artículo 188 del DFL N°1 de 2005, la generación de excedentes requiere que la diferencia supere el 5% de la cotización legal para salud, lo que incrementaría indebidamente las devoluciones que debe efectuar la institución.

Finalmente, en cuanto a la Regla N°5, alega que su redacción no es suficientemente clara respecto de que el ajuste opera únicamente en las adecuaciones anuales de los contratos, pudiendo entenderse, erróneamente, que rige por ciclos mensuales, lo que generaría un efecto financiero negativo para la Isapre.

Solicita, en definitiva, que se acoja el recurso de reclamación deducido en contra de la Resolución Exenta SS/N°331, se elimine el numeral 1 y el numeral 3 de la letra E del Título II de la Circular IF/N°493, y se elimine o modifique la redacción del numeral 5 de dicha Circular, todo con costas.

Segundo: Que, evacuando el traslado conferido, la Superintendencia de Salud solicita, en lo principal, que se declare la inadmisibilidad del recurso de reclamación, por dirigirse en contra de un acto no susceptible de esta vía de impugnación. Sostiene que el artículo 113 del DFL N°1 de 2005 contempla la reclamación judicial únicamente en contra de la resolución que deniega el recurso de reposición especial regulado en su inciso segundo, y no en contra de la resolución que resuelve un recurso jerárquico deducido conforme al artículo 59 de la Ley N°19.880, arbitrio que dicho estatuto especial no contempla. Argumenta que Isapre Banmédica S.A., al haber deducido recurso jerárquico en subsidio de la reposición, se acogió voluntariamente al procedimiento de la Ley N°19.880, renunciando con ello a la vía de reclamación especial del artículo 113; y que, en todo caso, el plazo



de 15 días hábiles para reclamar debió contarse desde la notificación de la Resolución Exenta IF/N°2883 -que rechazó parcialmente la reposición-, y no desde la notificación de la Resolución Exenta SS/N°331, por lo que la reclamación sería, además, extemporánea. Cita en apoyo de esta tesis los fallos de esta Corte de Apelaciones recaídos en las causas Rol N°3486-2016, N°11-2009, N°7098-2017, N°14686-2017, N°394-2018, N°120-2021 -confirmado por la Corte Suprema en causa Rol N°36.571-2021-, N°287-2022 y N°305-2024, así como la sentencia de la Corte Suprema Rol N°80622-2023.

En subsidio, para el evento de no acogerse la inadmisibilidad, solicita el rechazo del recurso en todas sus partes, exponiendo en primer término, el marco normativo y regulatorio general en el que se inserta la dictación de la Circular impugnada, efectuando una exposición detallada de los instrumentos jurídicos que la antecedieron.

En cuanto al fundamento de sus potestades, sostiene que su actuación se encuentra amparada en el artículo 110 del DFL N°1 de 2005, que le confiere las funciones de velar por el cumplimiento de la normativa aplicable a las instituciones fiscalizadas (N°4), de interpretar administrativamente las leyes y reglamentos del sector (N°2), y de dictar instrucciones de carácter general para la correcta interpretación de los contratos de salud (N°8).

Respecto de la Regla N°1 de la letra E, sostiene que la exclusión del ajuste excepcional en relación con los contratos cuyos titulares renunciaron a sus excedentes o los destinaron a los fines del artículo 188 del DFL N°1 de 2005 no constituye una restricción ajena a la ley, sino el reconocimiento de que dichos contratos ya se encuentran ajustados a la cotización legal. Añade que esta interpretación resulta coherente con la historia fidedigna de la Ley N°21.674, invocando declaraciones formuladas durante su tramitación en el sentido de que las medidas relativas a excedentes no tendrían carácter retroactivo, lo que se materializó en el artículo 2° de dicha ley, que excluye de restitución los montos por concepto de excedentes ya devueltos, renunciados o requeridos por los afiliados. Argumenta, asimismo, que la instrucción no importa una alteración unilateral del contrato no autorizada por la normativa, toda vez que la renuncia a los excedentes constituye una prerrogativa contemplada en el artículo 197 del DFL N°1 de 2005 que



permanece plenamente vigente, y que dicha renuncia previa no puede dejarse sin efecto por la vía de un nuevo ajuste. Agrega que, para el cálculo del déficit que debía financiarse mediante la prima extraordinaria y que fue aprobado en el Plan de Pago y Ajustes de la propia Isapre Banmédica S.A. -ratificado por el Consejo Consultivo de Seguros Previsionales de Salud según consta en la Resolución Exenta IF/N°14.402, de 8 de octubre de 2024- se restaron de los mayores ingresos por el ajuste al 7% aquellos contratos con renuncia a los excedentes, de manera que aplicar nuevamente dicho ajuste a esos contratos importaría una duplicidad no ajustada a los propios términos en que fue aprobado el plan de pago de la reclamante.

Hace presente, finalmente, que con fecha 14 de abril de 2025 dictó la Circular IF/N°500, que precisó esta regla, circunscribiéndola a los casos de renuncia total de excedentes, circular que no fue objeto de recursos por Isapre alguna.

En cuanto a la Regla N°3, sostiene que el reproche de la reclamante descansa en un error de interpretación sobre los alcances y vinculación entre el límite del 5% del artículo 188 inciso 9° del DFL N°1 de 2005 y el ajuste excepcional del artículo 9° de la Ley N°21.674, por cuanto el único ajuste automático a la cotización pactada fue el verificado, de forma excepcional y por una sola vez, en septiembre de 2024, no contemplando la normativa otros ajustes automáticos; de manera que el límite del 5% únicamente opera respecto de las sucesivas adecuaciones anuales de los artículos 197 y 198 del DFL N°1 de 2005, y no respecto de los excedentes que se generen inmediatamente después del ajuste excepcional por retiro de un beneficiario o aumento de la renta imponible, los que deben ingresar íntegramente a la cuenta individual hasta la siguiente adecuación anual.

Finalmente, en cuanto a la Regla N°5, señala que la reclamante no desarrolla fundamento que justifique su eliminación o modificación. Explica que el ajuste al 7% nunca importó 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 ocurre respecto de los beneficiarios de Fonasa-, impidiendo la libre acumulación de excedentes; que los planes ajustados mediante el ítem "Ajuste al 7% Ley 21.674" mantienen las mismas características y coberturas que determinaron que su precio fuera inferior a la cotización legal; y que, en consecuencia, si la renta imponible del cotizante



disminuye, el referido ítem debe modificarse proporcionalmente del mismo modo en que ésta se beneficia cuando dicho ítem aumenta por la generación de nuevos excedentes. Agrega que los nuevos beneficios otorgados como compensación por el cese de la libre acumulación de excedentes carecen de precio, por lo que pueden disminuirse o dejar de otorgarse, sin que ello autorice a la Isapre a exigir sumas adicionales para mantener el mismo plan.

Plantea, en definitiva, que el recurso no denuncia una ilegalidad sino una mera disconformidad con la interpretación normativa que compete efectuar a la Superintendencia de Salud conforme al artículo 110 N°2 del DFL N°1 de 2005, invocando en tal sentido lo resuelto por esta Corte en las causas Rol N°3555-2010, N°3568-2010, N°3593-2010, N°9419-2004 y N°7048-2015 -esta última confirmada por la Corte Suprema en causa Rol N°5111-2016-, por lo que solicita su rechazo, con costas.

Tercero: Que, el reclamo de autos, fundado en el artículo 113 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, es uno de ilegalidad y fue interpuesto en contra de la Resolución Exenta SS/N°331, de 28 de marzo de 2025, dictada por el Superintendente de Salud, que rechazó el recurso jerárquico deducido por Isapre Banmédica S.A. en subsidio del recurso de reposición interpuesto en contra de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025, reposición que había sido acogida sólo parcialmente por la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025.

Cuarto: Que, la reclamación de ilegalidad, contemplada en el artículo 113 del DFL N°1, de 2005, de Salud, dispone en su inciso segundo: *"En contra de las resoluciones o instrucciones que dicte la Superintendencia podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción. La Superintendencia deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga"*, y en su inciso tercero: *"En contra de la resolución que deniegue la reposición, el afectado podrá reclamar, dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal"*.

Quinto: Que, en cuanto a la alegación de inadmisibilidad planteada por la Superintendencia, fundada en que Isapre Banmédica S.A. dedujo, en



forma subsidiaria a su recurso de reposición, un recurso jerárquico para ante el Superintendente, de manera que el acto terminal del procedimiento sería la Resolución Exenta SS/N°331 -no susceptible, a su juicio, de reclamación judicial conforme al artículo 113 del DFL N°1/2005-, se hace necesario precisar que dicho artículo contempla, en forma específica y autónoma, la reposición ante la propia Superintendencia como único trámite previo y necesario para la procedencia de la reclamación judicial, sin supeditar ésta a la suerte de un recurso jerárquico, institución de carácter general y supletorio contemplada en el artículo 59 de la Ley N°19.880, cuya interposición voluntaria y en subsidio no puede interpretarse como una renuncia tácita e inequívoca a la vía jurisdiccional especial que el propio legislador sectorial ha franqueado en términos expresos frente al rechazo de la reposición. Sostener lo contrario importaría privar de aplicación práctica al inciso tercero del artículo 113 citado cada vez que un regulado, por cautela, decida hacer uso de ambos arbitrios administrativos, lo que no se aviene con la letra ni con el espíritu de dicha disposición.

A diferencia de otras reclamantes que, en similar situación, dirigieron derechamente su reclamo en contra de la resolución que rechazó la reposición, Isapre Banmédica S.A. dirigió la presente reclamación formalmente en contra de la Resolución Exenta SS/N°331, que resolvió el recurso jerárquico subsidiario. Dicha circunstancia, sin embargo, no altera lo razonado precedentemente, desde que la Resolución Exenta SS/N°331 se limitó a confirmar, en la parte que aquí se impugna, lo ya resuelto por la Resolución Exenta IF/N°2883 respecto de las Reglas N°1, N°3 y N°5 de la letra E del Título II de la Circular IF/N°493, sin introducir modificación alguna en dicho contenido; de manera que, para los efectos del artículo 113 del DFL N°1/2005, debe entenderse que la reclamación se dirige, en sustancia, en contra de la resolución que denegó la reposición, esto es, la Resolución Exenta IF/N°2883, cuya notificación -24 de marzo de 2025- antecede sólo en cuatro días hábiles a la de la Resolución Exenta SS/N°331 -28 de marzo de 2025-, quedando la reclamación, en todo caso, comprendida dentro del plazo de quince días hábiles que exige la norma, cualquiera sea la fecha que se tome como punto de partida.

De esta forma, constando que la reclamación fue deducida dentro de plazo y que se cumplieron los demás requisitos que exige la norma, se



rechazará la alegación de inadmisibilidad, debiendo entrarse al examen de fondo de las alegaciones formuladas.

Sexto: Que, para una adecuada resolución del asunto, resulta pertinente efectuar una breve reseña del origen del conflicto que ha llevado a la dictación de una serie de cuerpos normativos de diversa jerarquía, y que han dado origen al presente litigio.

Los numerales 1, 2, 3 y 4 del artículo 38 ter de la Ley N°18.933 -actual artículo 199 del DFL N°1- autorizaban a las Isapres a fijar sus propias tablas de factores, todos los cuales fueron declarados inconstitucionales el 9 de agosto de 2010 por el Tribunal Constitucional, manteniendo su vigencia el inciso primero de dicho artículo, que exige aplicar a los precios base el factor que corresponda a cada beneficiario, según la tabla que fije la Superintendencia de Salud.

Para dar cumplimiento a dicho mandato, el 11 de diciembre de 2019, la aludida Superintendencia dictó la Circular IF/N°343, que "Imparte Instrucciones Sobre Una Tabla de Factores Única para el Sistema Isapre".

En virtud de aquello y ante los innumerables recursos de protección intentados en contra de las Isapres, por continuar aplicando sus propias tablas de factores a los planes de salud de sus afiliados, en noviembre de 2022, la Corte Suprema resolvió dejarlas sin efecto, ordenando a cada Isapre calcular el precio final de todos los contratos administrados, multiplicando el precio base por la suma de los factores del grupo familiar según la Tabla de Factores Única ("TFU"), disponiendo que dicho procedimiento no podía importar un alza del precio final de los contratos vigentes y que, en lo sucesivo, sólo podría autorizarse un alza fundada en la incorporación de nuevas cargas o beneficiarios. Adicionalmente le ordenaba a la Superintendencia de Salud determinar el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud administrados por las Isapres a los términos de la TFU, lo que aquella hizo el 13 de mayo de 2024 mediante la Circular IF/N°468; y determinar, cuando procediere, las devoluciones por las cotizaciones que las Isapres habían cobrado en exceso -por haber aplicado sus propias tablas de factores- desde el 1 de abril de 2020, que fue la fecha en la que había entrado en vigencia la Circular IF N°343, que fijó la TFU.



El 24 de mayo de 2024 se publicó la Ley N°21.674 ("Ley Corta"), cuyo objetivo, según su historia fidedigna, fue *"viabilizar el cumplimiento de la jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema"* y *"asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en dicha jurisprudencia por parte de las Isapres, protegiendo la viabilidad financiera de las mismas"*. Para tales fines, dicha ley mandató a la Superintendencia en su artículo 2, determinar mediante una circular, el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de los contratos que usaron tablas de factores propias (distintas a la TFU), imponiéndole a la misma regular el siguiente contenido mínimo obligatorio: obligación de adecuar el precio final de contratos vigentes al 1 de diciembre de 2022; obligación de informar los contratos que en virtud de lo anterior, resultaren con un precio final inferior al cobrado; obligación de restituir las Isapres lo percibido en exceso desde el 1 de abril de 2020; obligación de restituir cobros por cargas no natas y menores de 2 años desde el 1 de diciembre de 2022, en virtud de lo establecido en el artículo 95 de la Ley N°21.647; mandatándola asimismo, instruir en la misma circular o en otra distinta, el ajuste excepcional y por única vez de los contratos con precio pactado inferior a la cotización legal obligatoria, contemplado en el artículo 9 de la Ley Corta, incluyendo plazo y forma de notificación a los afiliados.

En cumplimiento de lo anterior, el 7 de junio de 2024, la Superintendencia dictó la Circular IF/N°470, cuyo objeto fue instruir el modo de hacer efectiva la adecuación de todos los contratos de salud a la TFU, las restituciones de lo percibido en exceso, y el ajuste excepcional del artículo 9° de la Ley Corta, además de fijar los parámetros de los Planes de Pago y Ajustes ("PPA").

Con posterioridad, el 15 de enero de 2025, la misma Superintendencia dictó la Circular IF/N°493, con el objeto de aclarar aspectos de las Leyes N°21.647 y N°21.674 relacionados con la suspensión del cobro por cargas no natas y menores de dos años, las restituciones derivadas de la adecuación a la TFU, las primas extraordinarias y el ajuste excepcional de los contratos de salud a la cotización legal obligatoria, distribuyendo sus instrucciones en siete literales (A a G), de los cuales interesan a esta causa las Reglas N°1, N°3 y N°5 del literal E, referidas al ajuste excepcional a la cotización legal obligatoria.



En contra de la Circular IF/N°493, ocho Isapres -entre ellas Isapre Banmédica S.A.- dedujeron sendos recursos de reposición, acompañados, en el caso de Isapre Banmédica S.A. y de otras recurrentes, de recursos jerárquicos deducidos en subsidio para ante el Superintendente. Mediante la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025, la Superintendencia acogió parcialmente dichos recursos de reposición, modificando, en lo que interesa a esta causa, la Regla N°1 del Literal E, dejando sin efecto la Regla N°2 del mismo literal, y confirmando las Reglas N°3 y N°5 del Literal E, remitiendo a continuación los recursos jerárquicos subsidiarios al Superintendente, quien, en lo que respecta a Isapre Banmédica S.A., los rechazó mediante la Resolución Exenta SS/N°331, de 28 de marzo de 2025, ratificando en todo lo no modificado por la Resolución Exenta IF/N°2883 el contenido de la Circular IF/N°493. Agotada de esta forma la vía administrativa, Isapre Banmédica S.A. dedujo el presente reclamo de ilegalidad en contra de la Resolución Exenta SS/N°331.

Séptimo: Que, en lo tocante a la impugnación de la Regla N°1 del Literal E de la Circular IF/N°493 -que excluye del ajuste excepcional del artículo 9° de la Ley N°21.674 a aquellos contratos cuyos titulares hubieren renunciado previamente a sus excedentes o los hubieren destinado, en todo o parte, al financiamiento de contratos individuales compensados, beneficios adicionales u otros fines del artículo 188 del DFL N°1/2005-, se hace necesario en primer término tener presente el inciso 1° del artículo 9° de la Ley N°21.674, que dispone que *"...de forma excepcional y por una sola vez, todos aquellos contratos de salud que tengan un precio pactado que sea inferior a la cotización legal obligatoria, se ajustarán al valor de dicha cotización"*, exigiendo su inciso 4° que, previo al ajuste, la Isapre ofrezca al afiliado nuevos beneficios y planes alternativos, mecanismo que presupone precisamente la existencia de un ajuste de precio y no su exclusión. Por lo anterior, no corresponde que, por la vía de una instrucción administrativa, el ente fiscalizador intente introducir una distinción no prevista por el legislador, ni aun a pretexto de corregir un eventual reparo de intangibilidad contractual -esto es, la renuncia a excedentes como cláusula integrante del contrato- que pudiera advertir al interpretarse dicha disposición legal. Semejante corrección excede la potestad reglamentaria de la Superintendencia y compromete el principio de legalidad que rige su actuación.



En segundo lugar, la propia Circular IF/N°470 -dictada por la Superintendencia el 7 de junio de 2024, esto es, con anterioridad a la Circular impugnada- desarrolló en términos sistemáticos la aplicación del artículo 9°, sin introducir en ningún pasaje la distinción que ahora se pretende. Por el contrario, dicha Circular reconoció que la ley estableció como *"única condición"* para la procedencia del ajuste que se tratara de *"contratos de salud que tengan un precio pactado que sea inferior a la cotización legal obligatoria"*, precisando que este ajuste debía aplicarse *"a todos los contratos que cumplan la citada condición, aun cuando no se les deba aplicar la adecuación a la TFU"*. Más aún, al distinguir las distintas situaciones que podían generarse con la cotización legal obligatoria, y situándose en aquella hipótesis en que el precio pactado fuera inferior a dicha cotización legal, la misma Circular señaló expresamente que la aplicación del artículo 9° *"implica que, si bien el precio pactado se ajustará, este ajuste irá aparejado con nuevos beneficios o planes alternativos acordes al nuevo precio, lo que no ocurriría si se aplicara sólo el artículo 2°"*. De esta forma, la consistencia que el considerando 20° de la Resolución Exenta IF/N°2883 le atribuye al actuar de la recurrida al afirmar que *"lo expuesto mediante la presente regla -E N°1-, no se contradice con ninguna de las instrucciones previas"*, no resulta admisible pues la Circular IF/N°493 introdujo, respecto de la renuncia a los excedentes, un criterio que la instrucción anterior simplemente no contemplaba, vulnerando con ello el principio de confianza legítima que debe regir la actuación de la autoridad administrativa.

Adicionalmente a ello, la alusión efectuada por la Superintendencia de Salud a la historia fidedigna del establecimiento de la Ley N°21.674 y, en particular, a la circunstancia de que su artículo 2° excluye de restitución los montos por concepto de excedentes que, en el período respectivo, ya hubieren sido devueltos, renunciados o requeridos por las personas afiliadas para los fines del artículo 188 del DFL N°1/2005, en nada se contrapone a lo que se ha venido reflexionando, en tanto que la aplicación irrestricta del artículo 9° de la Ley Corta, esto es, sin excepciones, no importa de manera alguna la afectación de aquellos excedentes que ya se habían generado y respecto de los cuales el afiliado dispuso de alguna de las maneras reseñadas.



Por otra parte, la Superintendencia incurre en un error al homologar dos situaciones jurídicas diversas al sostener que los contratos con renuncia previa ya se encontrarían "ajustados" a la cotización legal obligatoria. En efecto, quienes renunciaban a sus excedentes recibían a cambio beneficios adicionales sin que se modificara el valor de su plan, mientras que lo que exige el artículo 9° es, precisamente, ajustar dicho valor al 7% de la renta imponible. Si bien es cierto que el primer mecanismo satisfacía ya uno de los objetivos declarados de la Ley Corta -"proteger la viabilidad financiera" de las Isapres, en tanto éstas retenían los excedentes-, no satisfacía el objetivo que la propia Superintendencia identificó al señalar que *"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"*. De esta forma, la Regla N°1 del Literal E, al eximir del ajuste a quienes renunciaron a sus excedentes, se aparta abiertamente de este objetivo explicitado por la propia autoridad, incurriendo en una contradicción interna que la Resolución Exenta IF/N°2883 -ratificada en este punto por la Resolución Exenta SS/N°331- no logra salvar.

Por último, no deja de llamar la atención a esta Corte que ha sido la propia Superintendencia la que en la Circular IF/N°475 -que instruyó la forma de registrar en el Formulario Único de Notificación la descomposición de la cotización pactada en cumplimiento de la Ley N°21.674- consigna el "Ajuste al 7% Ley 21.674" como un ítem que se suma al precio del Plan para conformar la "Cotización Pactada", exactamente en la misma condición que la Prima Extraordinaria, el GES, el CAEC y los beneficios adicionales. De ello se sigue que, en la propia contabilidad regulatoria diseñada por la Superintendencia, el ajuste al 7% constituye un componente pecuniario adicional, de manera que la afirmación de que dicho ajuste "no importa un aumento de precio" no resulta consistente con la estructura de cobro que la misma autoridad ha instruido aplicar.

Tampoco resulta suficiente, para salvar la ilegalidad advertida, el argumento fundado en el Plan de Pago y Ajustes (PPA) que la Superintendencia expone en su informe, en cuanto sostiene que, para el



cálculo del déficit financiado mediante la prima extraordinaria de Isapre Banmédica S.A. -aprobado, según refiere, en la Resolución Exenta IF/N°14.402, de 8 de octubre de 2024-, se restaron de los mayores ingresos por el ajuste al 7% aquellos contratos cuyos titulares habían renunciado a sus excedentes. Se trata de un argumento de carácter financiero y administrativo, mas no de un argumento jurídico: la circunstancia de que el déficit se haya calculado excluyendo a estos contratos no explica ni justifica por qué dicha decisión de cálculo debería primar por sobre el tenor literal e imperativo del artículo 9° de la Ley.

Por las razones expuestas, la Regla N°1 del Literal E de la Circular IF/N°493 excede el marco legal que le sirve de fundamento, careciendo de sustento normativo suficiente para excluir del ajuste excepcional del artículo 9° de la Ley N°21.674 a los contratos cuyos afiliados hubieren renunciado previamente a sus excedentes o los hubieren destinado al 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 lo que corresponde declarar su ilegalidad.

Octavo: Que, en cuanto a la impugnación de la Regla N°3 del Literal E de la Circular IF/N°493 -que dispone que, 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-, Isapre Banmédica S.A. sostiene, en síntesis, que dicha instrucción omite considerar que, conforme al inciso 9° del artículo 188 del DFL N°1, para que existan excedentes se requiere que la diferencia supere el 5% de la cotización legal para salud, por lo que la regla impugnada obligaría a la isapre a efectuar devoluciones superiores a las previstas por el legislador, incrementando injustificadamente su carga económica.

La Superintendencia, por su parte, sostiene que no existe la vulneración denunciada, por cuanto el ajuste al 7% dispuesto por el artículo 9° de la Ley N°21.674 constituye una adecuación excepcional y única de la cotización legal que impide, durante su vigencia, la generación de



excedentes en la cuenta individual, de manera que los eventuales excedentes que se generen con posterioridad a una variación de renta o al retiro de una carga deben ingresar íntegramente a la cuenta respectiva hasta la siguiente adecuación anual, oportunidad en la que sí operará el límite del 5% del artículo 188 inciso 9°, el cual, agrega, opera en el contexto de las adecuaciones sucesivas del sistema y no resulta aplicable como restricción al régimen excepcional ya ejecutado conforme a la Ley N°21.674.

Esta Corte comparte el criterio sostenido por la reclamada. En efecto, tal como la propia Superintendencia lo señaló en el considerando vigésimo séptimo de la Resolución Exenta IF/N°2883 -precisamente a propósito de la reposición deducida en contra de esta misma Regla N°3-, *"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"*, agregando que *"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%"*.

De lo anterior se sigue que el límite del 5% contemplado en el artículo 188 inciso 9° del DFL N°1 opera respecto de la acumulación de excedentes que se produce en el contexto de las sucesivas adecuaciones anuales de los artículos 197 y 198, y no respecto del reconocimiento inmediato que corresponde efectuar cuando, con posterioridad al ajuste excepcional y por única vez del artículo 9°, se modifican las circunstancias que le dieron origen -sea por el retiro de un beneficiario, sea por el aumento de la renta imponible del cotizante-, evento en el cual la diferencia que se libera debe restituirse íntegramente al afiliado, sin que ello importe alterar el límite legal de acumulación de excedentes, el que seguirá aplicándose, tal como lo precisa la propia regla impugnada, en las sucesivas adecuaciones anuales.

Por lo razonado, esta impugnación será rechazada.

Noveno: Que, en cuanto a la impugnación de la Regla N°5 del Literal E -que dispone que 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, facultándose a la Isapre para ofrecer modificaciones a



los nuevos beneficios adicionales convenidos-, Isapre Banmédica S.A. sostiene, en síntesis, que su redacción resulta ambigua, pudiendo interpretarse como un mecanismo de reajuste mensual, en circunstancias que el sistema de determinación de precios de los contratos de salud opera sobre la base de anualidades, lo que generaría efectos financieros adversos y dificultaría el objetivo de equilibrio financiero perseguido por el legislador, solicitando su eliminación o, en subsidio, la adecuación de su redacción.

La Superintendencia, por su parte, sostiene en su informe que, para los efectos de entender esta instrucción, corresponde indicar que 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 en el sistema privado de salud que, hasta antes de la dictación de la Ley N°21.674 no había existido. Agrega que los planes ajustados mediante el ítem "ajuste al 7% Ley 21.674" siguen manteniendo las características y coberturas que determinaron que su precio fuera inferior a la cotización legal, por tanto, si la remuneración disminuye 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, invocando en tal sentido la regla general del artículo 170 letra m) del DFL N°1 de 2005.

Sostiene además que si las Isapres efectúan ajustes al alza por concepto de excedentes atendida la nueva redacción del inciso 9° del artículo 188 del DFL N°1/2005 de Salud, también deben hacerlo cuando ellos se dejan de generar.

Esta Corte no comparte el razonamiento de la reclamada, y no podría ser de otra manera desde el momento en que la Superintendencia parte de una premisa que ya ha sido descartada por este tribunal en el considerando precedente. En efecto, si el ajuste excepcional y por una sola vez al 7%, contemplado en el artículo 9° de la Ley Corta, constituye un aumento de precio -según se razonó en el considerando séptimo precedente-, no existe norma legal alguna que permita a la reclamada eximir a dicho contrato del tratamiento que de manera general contempla el inciso 1° del artículo 197 del DFL N°1, al imponerle a la Isapre la obligación de *"ofrecer un nuevo plan si este es requerido por el afiliado y se fundamenta en la cesantía o en una*



variación permanente de la cotización legal, o de la composición del grupo familiar del cotizante, situaciones que deberán acreditarse ante la Institución", constituyendo este el cauce que el legislador dispuso para dar respuesta a la disminución de ingresos del cotizante, sin que exista un mandato legal que autorice, adicionalmente, la reducción automática y periódica del monto del ajuste excepcional, prestación cuya determinación no puede quedar entregada a la sola interpretación administrativa cuando el texto de la ley que se dice ejecutar no la contempla ni la autoriza expresamente.

A lo anterior cabe agregar que ha sido la propia Superintendencia la que, a propósito de la Regla N°3 del mismo literal, precedentemente analizada, reconoció en el considerando vigésimo séptimo de la Resolución Exenta IF/N°2883 que *"el único ajuste automático a la cotización pactada, fue el verificado de forma excepcional y por única vez durante el mes septiembre de 2024"*, agregando en lo atinente a dicha Regla E N°3 que *"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%"*.

En este contexto, el argumento esgrimido por la reclamada asimilando la regla cuestionada a la facultad que el artículo 188 inciso 9° del DFL N°1 le otorga a las Isapres para ajustar al alza los planes por generación de nuevos excedentes, no altera lo reflexionado previamente, desde que dicha facultad, en primer lugar, sí está contemplada en la ley, y en segundo lugar, como lo ha reconocido y declarado enfáticamente la misma Superintendencia, se ejerce en el contexto del proceso de adecuación anual de los artículos 197 y 198, y no como una recalibración continua y automática ligada a cada variación de la remuneración del afiliado, que es lo que en la práctica exige la Regla N°5 impugnada.

De este modo, aun cuando el reproche formulado por Isapre Banmédica S.A. se plantea primeramente como uno de imprecisión en la redacción de la regla -en cuanto a si el reajuste que ella ordena opera mensual o anualmente-, lo cierto es que, cualquiera sea la periodicidad que



se le atribuya, la Regla N°5 carece de sustento legal, por lo que la instrucción impugnada debe ser dejada sin efecto en su integridad.

Por consiguiente, al disponer la Regla N°5 del Literal E un mecanismo de recálculo permanente no previsto por el artículo 9° de la Ley Corta, la Superintendencia excedió el ámbito de sus facultades interpretativas, motivo por el cual esta impugnación será acogida, dejándose sin efecto la referida instrucción.

Que, en mérito de todo lo expuesto y razonado precedentemente, y de conformidad, además, con lo dispuesto en el artículo 113 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, **se acoge parcialmente** el reclamo de ilegalidad deducido por Isapre Banmédica S.A. en contra de la Resolución Exenta SS/N°331, de 28 de marzo de 2025, del Superintendente de Salud, sólo en cuanto se refiere a la impugnación de las Reglas N°1 y N°5, ambas del Literal E de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025, las que se dejan, por tanto, sin efecto, **rechazándose en lo demás**, la reclamación deducida, esto es, en cuanto se dirige en contra de la Regla N°3 del Literal E de la misma Circular IF/N°493, la que se confirma en los términos fijados por la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025, y ratificados por la Resolución Exenta SS/N°331, de 28 de marzo de 2025, todo lo anterior sin costas, por no haber sido totalmente vencida ninguna de las partes.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Redacción de la abogada integrante Catalina Infante Correa.

N° Contencioso Administrativo-257-2025.

Pronunciada por la **Séptima Sala** de la Itma. Corte de Apelaciones de Santiago, presidida por el ministro señor Hernán Crisosto Greisse e integrada por el ministro señor Pablo Toledo González y por la abogada integrante señora Catalina Infante Correa. No firma el ministro señor Toledo por encontrarse ausente.

 Hernán Alejandro Crisosto Greisse Ministro Corte de Apelaciones Veintiuno de julio de dos mil veintiséis 10:05 UTC-4 	 Catalina CYNTHIA INFANTE CORREA Abogado Corte de Apelaciones Veintiuno de julio de dos mil veintiséis 14:44 UTC-4 
--	---



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: HSKCQSXJGX

Pronunciado por la Séptima Sala de la C.A. de Santiago integrada por Ministro Hernan Alejandro Crisosto G. y Abogada Integrante Catalina Infante C. Santiago, veintiuno de julio de dos mil veintiseis.

En Santiago, a veintiuno de julio de dos mil veintiseis, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: HSKCQSXJGX

C.A. de Santiago

Santiago, veintiuno de julio de dos mil veintiséis.

Vistos y considerando:

Primero: Que, comparece doña Claudia Lucía Breton Jara, abogada, en representación de Isapre Colmena Golden Cross S.A., quien interpone recurso de reclamación, de conformidad con el artículo 113 del DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud, en contra de la Resolución Exenta SS/N°331, de 28 de marzo de 2025, dictada por el Superintendente de Salud, que rechazó el recurso jerárquico deducido subsidiariamente al recurso de reposición interpuesto por su parte en contra de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025, reposición que había sido acogida sólo parcialmente por la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025.

Expone, en primer término, que la reclamación resulta admisible por dirigirse en contra del acto que agotó la vía administrativa, invocando para ello el principio de impugnabilidad de los actos administrativos consagrado en los artículos 6°, 7° y 38 inciso 2° de la Constitución Política de la República, en los artículos 10 y 15 de la Ley N°18.575 sobre Bases Generales de la Administración del Estado, y en la jurisprudencia de la Corte Suprema, citando en particular el fallo de 15 de abril de 2024, Rol N°154.320-2023.

En cuanto al fondo, impugna únicamente la Regla N°4 del Literal B) del Título II de la Circular IF/N°493, que dispone que las primas extraordinarias establecidas en las Leyes N°21.647 y N°21.674 no estarán afectas a ninguno de los procesos de adecuación de precios a que se refieren el artículo 95 de la Ley N°21.647 y los artículos 197, 198 y 198 bis del DFL N°1 de 2005. Sostiene, en síntesis, que dicha instrucción vulnera el artículo 10 de la Ley N°21.674, en cuanto éste dispone que las modificaciones a los precios base de los planes de salud realizadas conforme a los artículos 197 y 198 del DFL N°1 de 2005 se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final, concepto que, según el propio inciso segundo de dicha norma y la definición contenida en la Circular IF/N°470, correspondería al precio pactado -que incluiría las primas extraordinarias de las Leyes N°21.647 y N°21.674- menos el precio de las Garantías Explícitas en Salud y el valor de los beneficios adicionales, sin que el legislador hubiese exceptuado ningún otro concepto. Argumenta que la Superintendencia carecía de facultades para introducir, por la vía de una instrucción



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: TFRUCQRXJGX

administrativa, una excepción no contemplada por el legislador, excediendo con ello sus atribuciones interpretativas y vulnerando el principio de legalidad, además de la confianza legítima que le asistía en virtud de las instrucciones previamente impartidas mediante la Circular IF/N°470 y de las limitaciones a la potestad de invalidación de los actos administrativos que contempla el artículo 61 de la Ley N°19.880. Añade que dicha interpretación desatiende la finalidad de la prima extraordinaria, cual es la de dar equilibrio financiero a la industria de forma sostenida en el tiempo, y que la propia Superintendencia, mediante la posterior Circular IF/N°499, incorporó a la adecuación de precios el concepto de "Diferencia fallo Corte Suprema" respecto del mismo universo de contratos, lo que evidenciaría la arbitrariedad de excluir de dicho proceso a las primas extraordinarias.

Solicita, en definitiva, se acoja la reclamación deducida en contra de la Resolución Exenta SS/N°331 y se deje sin efecto, consecuencialmente, la instrucción contenida en el numeral 4 del Literal B) del Título II de la Circular IF/N°493, con costas.

Segundo: Que, evacuando el traslado conferido, la Superintendencia de Salud solicita el rechazo de la reclamación, con costas. Expone, en primer término, los antecedentes normativos y administrativos que motivaron la dictación de las Circulares IF/N°317, N°318, N°343, N°455, N°459, N°460, N°467, N°468 y N°470, así como de las Leyes N°21.647 y N°21.674, señalando que todas ellas se enmarcan en el cumplimiento de las sentencias de la Corte Suprema relativas a la aplicación de la Tabla Única de Factores y a la restitución de cobros percibidos en exceso, y que la Circular IF/N°493 tuvo por objeto aclarar diversos aspectos relacionados con dichas materias, entre ellos, el régimen de las primas extraordinarias. Sostiene que su actuación se encuentra amparada en el artículo 110 del DFL N°1 de 2005, particularmente en sus numerales 2, 4 y 8, que la habilitan para interpretar administrativamente la normativa del sector y dictar instrucciones de general aplicación.

En cuanto al fondo, afirma que las primas extraordinarias de las Leyes N°21.647 y N°21.674 constituyen valores de carácter excepcional y temporal, ajenos al concepto de precio final regulado en el artículo 170 letra m) del DFL N°1 de 2005 -norma que no fue modificada por la Ley N°21.674-, el cual se determina multiplicando el precio base del plan por la suma de los factores de riesgo del grupo familiar. Sostiene que el artículo 10 de dicha ley sólo tuvo



por objeto trasladar la base sobre la cual opera el proceso de adecuación anual, desde el precio base al precio final, sin alterar los elementos que componen a este último ni incorporar a él las primas extraordinarias, cuyo origen y finalidad -financiar la suspensión del cobro a cargas no natas y menores de dos años, y dar viabilidad financiera a las Isapres en cumplimiento de los fallos de la Corte Suprema, respectivamente- resultan ajenos al mecanismo ordinario de adecuación de los artículos 197, 198 y 198 bis del mismo cuerpo legal. Agrega que dicha lectura es concordante con la historia fidedigna de la Ley N°21.674, invocando las declaraciones del Superintendente de Salud efectuadas durante su tramitación, en el sentido de que el precio final corresponde al precio base multiplicado por la suma de factores, sumándosele únicamente la prima GES, el CAEC y los demás beneficios extraordinarios contratados, y lo resuelto por la Corte Suprema en su sentencia de 30 de noviembre de 2022, Rol N°12.151-2022.

Sostiene, asimismo, que la definición de "precio pactado" contenida en la Circular IF/N°470 tiene un ámbito de aplicación restringido a las hipótesis normativas que dicha instrucción específicamente reguló, sin que pueda hacerse extensiva al proceso de adecuación de los artículos 197 y 198, por lo que no ha existido invalidación ni contradicción de instrucciones previas, sino el ejercicio de la potestad interpretativa que la ley le confiere. Añade que la interpretación de la reclamante conduciría a incorporar de manera permanente al mecanismo de adecuación anual unas primas concebidas por el legislador como excepcionales, produciendo un efecto discriminatorio entre los afiliados y contrariando la finalidad de la ley. Finalmente, señala que las alegaciones relativas a la Circular IF/N°499 resultan improcedentes por referirse a un acto distinto del impugnado y que, a la fecha, no se encuentra firme. Concluye que el recurso no denuncia una ilegalidad, sino la mera disconformidad de la reclamante con la interpretación normativa efectuada por la autoridad competente dentro de la esfera de sus atribuciones, invocando en tal sentido lo resuelto por esta Corte en diversos fallos cuyas causas individualiza, por lo que solicita el íntegro rechazo del recurso, con costas.

Tercero: Que el reclamo de autos, fundado en el artículo 113 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, es uno de ilegalidad y fue interpuesto en contra de la Resolución Exenta SS/N°331, de 28 de marzo de 2025, dictada por el Superintendente de Salud, que rechazó



el recurso jerárquico deducido por Isapre Colmena Golden Cross S.A. en subsidio del recurso de reposición interpuesto en contra de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025, reposición que había sido acogida sólo parcialmente por la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025, encontrándose la impugnación de autos circunscrita, exclusivamente, a la Regla N°4 del Literal B del Título II de dicha Circular.

Cuarto: Que, para la adecuada resolución del asunto, resulta pertinente efectuar una breve reseña del origen de las primas extraordinarias cuya adecuación se debate en autos.

Los numerales 1, 2, 3 y 4 del artículo 38 ter de la Ley N°18.933 -actual artículo 199 del DFL N°1- autorizaban a las Isapres a fijar sus propias tablas de factores, todos los cuales fueron declarados inconstitucionales el 9 de agosto de 2010 por el Tribunal Constitucional. Ante los numerosos recursos de protección deducidos en contra de las Isapres por continuar aplicando tablas de factores propias, en noviembre de 2022 la Corte Suprema resolvió dejarlas sin efecto, ordenando calcular el precio final de los contratos conforme a la Tabla de Factores Única (TFU) contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019, sin que ello pudiera importar un alza de precio, y disponiendo la restitución de lo percibido en exceso.

En cumplimiento de dichos fallos, y con el objeto de compensar la suspensión del cobro por cargas no natas y menores de dos años que aquellos ordenaron -suspensión dispuesta mediante la Circular IF/N°455, de 5 de enero de 2024-, el artículo 95 de la Ley N°21.647, de Presupuestos, facultó a las Isapres para incorporar, por una sola vez y de forma extraordinaria, una prima en UF por cada afiliado de edad mayor o igual a dos años y menor de 65 años, cuyo cálculo y verificación fue regulado mediante las Circulares IF/N°459 y N°460, de enero y febrero de 2024, respectivamente, precisando esta última que dicho incremento se extendía a todos los contratos sujetos al procedimiento, con independencia de si les afectaba o no la adecuación de precio base.

Posteriormente, el 24 de mayo de 2024 se publicó la Ley N°21.674 (Ley Corta de Isapres), cuyo objetivo, según su historia fidedigna, fue viabilizar el cumplimiento de la jurisprudencia de la Corte Suprema y asegurar la viabilidad financiera de las Isapres. Para tales fines, dicha ley contempló en su artículo 3° la presentación de un Plan de Pago y Ajustes que incluyera una prima extraordinaria por beneficiario, destinada a cubrir el



costo de las obligaciones con los afiliados, y dispuso en su artículo 10 que las modificaciones a los precios base de los planes de salud realizadas conforme a los artículos 197 y 198 del DFL N°1 de 2005 se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final, entendiéndose por tal el precio pactado menos el precio de las Garantías Explícitas y el valor de los beneficios adicionales.

En cumplimiento de este mandato, el 7 de junio de 2024 la Superintendencia dictó la Circular IF/N°470, que impartió instrucciones sobre la adecuación de los contratos a la TFU, las restituciones correspondientes, el ajuste excepcional del artículo 9° de la Ley N°21.674 y los parámetros de los Planes de Pago y Ajustes, definiendo para dichos efectos el precio pactado como la suma del precio final del plan complementario más las primas extraordinarias de las Leyes N°21.647 y N°21.674, si correspondiere, más el precio del CAEC, de las Garantías Explícitas y de los beneficios adicionales.

Con posterioridad, el 15 de enero de 2025, la Superintendencia dictó la Circular IF/N°493, que, entre otras materias, instruyó en el numeral 4 de su Literal B que las primas extraordinarias de las Leyes N°21.647 y N°21.674 no estarán afectas a ninguno de los procesos de adecuación de precios a que se refieren el artículo 95 de la Ley N°21.647 y los artículos 197, 198 y 198 bis del DFL N°1 de 2005. En contra de dicha instrucción, Isapre Colmena Golden Cross S.A. dedujo recurso de reposición, el que fue rechazado por la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025, y, en subsidio, recurso jerárquico, rechazado a su turno por la Resolución Exenta SS/N°331, de 28 de marzo de 2025, agotándose de esta forma la vía administrativa y quedando habilitada la reclamante para deducir el reclamo de ilegalidad de autos.

Quinto: Que, en lo relativo a la impugnación de la Regla N°4 del Literal B del Título II de la Circular IF/N°493 -que dispone que las primas extraordinarias de las Leyes N°21.647 y N°21.674 no estarán afectas a los procesos de adecuación de precios de los artículos 95 de la Ley 21.647 y 197, 198 y 198 bis del DFL N°1- lo cierto es que hasta antes del artículo 10 de la Ley Corta -que es el que le ha servido de base a Colmena para efectuar la presente impugnación-, el proceso ordinario y anual de adecuación de todos los contratos de salud, de los artículos 197, 198 y 198 bis del DFL N°1 se hacía sobre el “precio base”, a que se refiere el artículo 197 de dicho DFL, que es el valor -único para todos los afiliados de un



mismo plan- antes de aplicarle el respectivo factor para cada afiliado según la tabla de factores. En tal sentido, el artículo 10 de la Ley Corta, vino a innovar respecto a la adecuación ordinaria y anual de algunos contratos de salud, específicamente aquellos que hubo que adecuar por haberse estructurado sobre la tabla de factores propia de cada Isapre y no sobre la TFU, cuando ésta ya estaba vigente, estableciendo que para estos casos, dicha adecuación anual se haría *“en lo sucesivo sobre el precio final”*, agregando que este corresponde al “precio pactado” menos el precio de las GES y de los beneficios adicionales. La pregunta que surge es si aquella innovación involucró también un cambio en lo que debe entenderse por precio final en esos contratos, pues lo cierto es que artículo 170 letra m) del DFL N°1, norma que regula de manera general el sistema de salud, y que no fue modificada por la Ley Corta establece que aquel es el que *“se obtendrá multiplicando el respectivo precio base por el factor que corresponda al afiliado o beneficiario de conformidad a la respectiva tabla de factores”* excluidos los beneficios adicionales.

Dicha pregunta es relevante, porque la expresión *“precio pactado”* empleada en el artículo 10 de la Ley Corta, y que es completamente ajena al DFL N°1, puede llevar a entender -como lo ha hecho la recurrente- que en éste se incluye el ítem “primas extraordinarias” introducido por las Leyes N°21.647 y N°21.674, ayudando más a la confusión el concepto de “precio pactado” empleado en la Circular IF/N°470.

Sexto: Que, sin embargo, de la historia fidedigna del establecimiento del artículo 10, reproducida en la Resolución Exenta IF/N°2883 y en el informe evacuado por la Superintendencia -sin haber sido desvirtuada por la reclamante-, se desprende que el propio Superintendente de Salud, durante la tramitación de la Ley Corta, explicó a la comisión legislativa respectiva que *“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”*, agregando 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”*. De ello se sigue que la única finalidad del artículo 10 fue precisar que, para el universo acotado de contratos que debieron adecuarse a la TFU -y que, por efecto de dicha adecuación, habían experimentado en su mayoría una reducción del precio final respecto del que exhibían con sus antiguas tablas-, la adecuación anual



de los artículos 197 y 198 debía practicarse en lo sucesivo sobre el precio final (esto es, precio base multiplicado por el factor TFU) y no sobre el precio base aisladamente considerado, evitando que la reducción obtenida por aplicación de la TFU quedara neutralizada al reajustarse, año a año, únicamente el precio base primigenio. Nada en el texto de la norma ni en su historia permite concluir que ella tuvo por objeto alterar la definición permanente de precio final del artículo 170 letra m), ni menos incorporar a dicho concepto una prima de naturaleza y origen enteramente distintos, como son las primas extraordinarias de las Leyes N°21.647 y N°21.674, calificadas por el propio legislador como "extraordinarias" precisamente por tratarse de mecanismos excepcionales, transitorios y ajenos a la lógica de la tarificación ordinaria del plan, destinados a financiar la suspensión de cobros y a compatibilizar el cumplimiento de los fallos de la Corte Suprema con la viabilidad financiera de las instituciones, según da cuenta el propio artículo 3° letra c) de la Ley Corta, y que a mayor abundamiento contemplaron su propia reajustabilidad, al fijarse en unidades de fomento.

Séptimo: Que, cabe agregar a lo anterior, que el concepto de "precio pactado" también es empleado en el artículo 9 de la Ley Corta, el que en su inciso cuarto a propósito del ajuste excepcional y por una sola vez de los contratos que tengan un precio pactado inferior al 7% legal, alude al "precio pactado" en un sentido que, atendido su contexto excluye indefectiblemente el ítem de primas extraordinarias, por ser anterior a la fijación de estas, estableciendo que *"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 seis meses anteriores al ofrecimiento"*.

Por último, en cuanto a la Circular IF/N°470, cabe observar, que dicho acto administrativo -en su acápite VII, N°2.2- si bien definió el concepto de "precio pactado" en el sentido que pretende darle la recurrente al artículo 10 de la Ley Corta, lo cierto es que lo hizo exclusivamente "para los efectos de lo instruido en la presente Circular", esto es, para la adecuación a la TFU del artículo 2° de dicha ley para el ajuste excepcional del artículo 9° de la misma ley, materias ambas ajenas a la adecuación ordinaria de los artículos 197, 198 y 198 bis que es objeto de la Regla B N°4 de la Circular IF/N°493. La Circular IF/N°470, en consecuencia, no incide ni pretendió incidir sobre el



proceso de adecuación anual regulado en dichos artículos, de modo que la definición de precio pactado que en ella se contiene resulta inaplicable, por su propio tenor y ámbito de vigencia, a la controversia de autos.

Octavo: Que, por lo razonado precedentemente, esta Corte concluye que la Regla N°4 del Literal B de la Circular IF/N°493 se ajusta al correcto sentido y alcance del artículo 10 de la Ley Corta y no importa una modificación o derogación de norma legal alguna, por lo que la Superintendencia, al dictarla y al confirmarla mediante la Resolución Exenta IF/N°2883, obró dentro del ámbito de las facultades interpretativas y regulatorias que le confieren los artículos 110 N°2 y 4 y 114 del DFL N°1, no incurriendo en la ilegalidad que se le reprocha, razón por la cual esta impugnación será rechazada.

Que, en mérito de todo lo expuesto y razonado precedentemente, y de conformidad, además, con lo dispuesto en el artículo 113 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, **se rechaza**, en todas sus partes, la reclamación de ilegalidad deducida por Isapre Colmena Golden Cross S.A. en contra de la Resolución Exenta SS/N°331, de 28 de marzo de 2025, del Superintendente de Salud, confirmándose la Regla N°4 del Literal B) del Título II de la Circular IF/N°493, de 15 de enero de 2025, en los términos fijados por la Resolución Exenta IF/N°2883, de 24 de marzo de 2025, y ratificados por la Resolución Exenta SS/N°331, de 28 de marzo de 2025, sin costas, por estimar que tuvo motivo plausible para litigar.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Redacción de la abogada integrante Catalina Infante Correa.

N° Contencioso Administrativo-253-2025.

Pronunciada por la **Séptima Sala** de la Itma. Corte de Apelaciones de Santiago, presidida por el ministro señor Hernán Crisosto Greisse e integrada por el ministro señor Pablo Toledo González y por la abogada integrante señora Catalina Infante Correa. No firma el ministro señor Toledo por encontrarse ausente.

 Hernán Alejandro Crisosto Greisse Ministro Corte de Apelaciones Veintiuno de julio de dos mil veintiséis 10:05 UTC-4 	 Catalina CYNTHIA INFANTE CORREA Abogado Corte de Apelaciones Veintiuno de julio de dos mil veintiséis 14:44 UTC-4 
--	---

Pronunciado por la Séptima Sala de la C.A. de Santiago integrada por Ministro Hernan Alejandro Crisosto G. y Abogada Integrante Catalina Infante C. Santiago, veintiuno de julio de dos mil veintiseis.

En Santiago, a veintiuno de julio de dos mil veintiseis, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: TFRUCQRXJGX