

Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

Vistos:

De la sentencia en alzada se reproduce únicamente la parte expositiva.

Y teniendo en su lugar y, además, presente:

Primero: En la especie ha comparecido don Walter Ammann Latorre, abogado, deduciendo recurso de protección en favor de don Marco Urzúa Pizarro y en contra de Isapre Colmena Golden Cross S.A., en razón del acto de esta última que califica de ilegal y arbitrario, consistente en la modificación unilateral del precio base de su plan de salud, que estima infundada, proceder que se habría traducido en la vulneración de la garantía prevista en el en el N° 24 del artículo 19 de la Constitución Política de la República.

Funda su acción en que, el 18 de marzo de 2022, la recurrida informó a su parte de un alza del 7,6% mensual en el precio de su plan de salud, comunicación en la que Colmena Golden Cross se limita a exponer como razones de dicho aumento circunstancias puramente genéricas, pese a que, según asevera, los motivos del alza deben ser razonables y, en consecuencia, han de corresponder a cambios efectivos y verificables de los precios de las prestaciones cubiertas por el plan.

Alega, además, que la recurrida ha cometido un acto arbitrario e ilegal al modificar unilateralmente un



contrato bilateral, desde que tal alteración obedece únicamente a su voluntad o capricho, circunstancia que estima demostrada con la inexistencia de justificaciones efectivas y verificables que sustenten el alza comunicada, lo que estima aun más grave dado que el precio del plan fue acordado en unidades de fomento, particularidad que asegura una forma de reajuste automático.

Añade que el acto impugnado amenaza y perturba la garantía del N° 24 del artículo 19 de la Carta Fundamental y termina solicitando que se deje sin efecto la adecuación del precio base de que se trata, ordenando a la recurrida mantener las mismas condiciones de su plan de salud, con costas.

Segundo: Al informar, la Isapre recurrida pidió el rechazo del recurso, con costas.

Al respecto expone que la Ley N° 21.350 modificó el procedimiento de adecuación de los precios base de los planes de salud, estableciendo que la Superintendencia de Salud debe determinar, de acuerdo a parámetros objetivos, la variación máxima aplicable a estas alzas, de modo que, al tenor del párrafo segundo de la letra d) del nuevo artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, el índice así fijado por dicha autoridad "se entenderá justificado para todos los efectos legales", determinación que elimina toda arbitrariedad o ilegalidad



en el alza de los precios referidos.

En este sentido, afirma que su parte no ha incurrido en ilegalidad o arbitrariedad alguna al aplicar el señalado parámetro, que, para el presente proceso de adecuación, fue regulado por la mencionada Superintendencia en un 7,6%. Añade que, al tenor de lo prevenido en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, el referido indicador fue elaborado teniendo en consideración los Índices Referenciales de Costos de la Salud (IRCSA) de los años 2019, 2020 y 2021, para cuyo cálculo las Isapres informaron mensualmente a la Superintendencia de las prestaciones bonificadas a sus afiliados y de los subsidios por incapacidad laboral, incluyendo las licencias reclamadas, información que fue sometida a un proceso de validación por parte de la autoridad, de lo que deduce que se trata de información veraz.

Expone, además, que su parte cumplió todos los requisitos de publicidad establecidos en la normativa vigente, puesto que, con fecha 17 de marzo de 2022, informó a la Superintendencia de Salud que incrementaría el precio base de sus planes de salud en un 7,6%, a la vez que, observando lo establecido en la Circular IF/N° 401 de esa Superintendencia, informó de tal alza a sus afiliados mediante correo electrónico o carta certificada, además de practicar publicaciones en el



Diario Oficial, en sus sucursales y en su página web señalando que aplicaría el mencionado porcentaje de aumento.

Concluye señalando que debió alzar los precios base de los planes de salud a fin de dar sustentabilidad a la empresa y mantener los beneficios elegidos por sus asegurados.

Tercero: Al conocer de la acción cautelar intentada, la Corte de Apelaciones de Rancagua decidió acoger las pretensiones del actor basada, en lo medular, en que la carta de adecuación no explica de forma debida las motivaciones conforme a las cuales la recurrida decidió adecuar el precio base en un 7,6% y no en otro distinto, omisión que los sentenciadores estiman de la mayor trascendencia, en tanto el alza en comento no puede ser determinada de manera genérica para todos los cotizantes de la Isapre, pues no todos se encuentran en la misma situación, motivo por el cual era necesario fundamentar el monto del porcentaje aplicado en cada caso, de todo lo cual deducen que las razones expresadas no resultan suficientes para explicar la necesidad del aumento y que el porcentaje aplicado era el que correspondía al actor, en razón del aumento de los costos de salud y de las circunstancias personales del afiliado.

En ese entendido, los juzgadores declaran que, si bien la Isapre detenta la facultad de adecuar el precio



base del plan de salud del actor, su ejercicio se debe entender condicionado a un cambio efectivo y verificable del valor de las prestaciones médicas, en razón de una alteración sustancial de sus costos, lo que no se ha demostrado en la especie, de lo que deducen que el acto impugnado resulta arbitrario, pues no aparece revestido de la necesaria racionalidad y fundamento, a la vez que atenta en contra de la garantía del N° 24 del artículo 19 de la Constitución Política de la República, al obligar al afiliado a pagar una suma mayor de aquella a la que está obligado.

Cuarto: Al apelar de la decisión antedicha, la recurrida reitera, en lo esencial, los fundamentos de su defensa, enfatizando que su parte no incurrió en acto ilegal o arbitrario alguno al aumentar el valor del precio base de los planes de salud, desde que el artículo 197 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, de Salud, le otorga dicha facultad.

Alega, además, que el fallo yerra al sostener que el alza en comento no se funda en cambios efectivos y comprobables, en tanto ha sido la Superintendencia de Salud el órgano que ha fijado el alza máxima que las Isapres pueden aplicar en este ámbito, para lo cual se basó en los cambios efectivos, concretos y comprobables ocurridos en el ámbito de la salud, contexto en el cual la ley dispone que el índice de variación porcentual



regulado por dicha autoridad se debe entender justificado para todos los efectos legales, declaración que elimina toda ilegalidad o arbitrariedad de la decisión de su parte de proceder a dicho incremento.

Quinto: Que, para una acertada resolución de este conflicto, es preciso tener presente, en primer lugar, que la Ley N° 21.350, de 14 de junio de 2022, modificó los anteriores artículos 197 y 198 del DFL N° 1 de 2005, e introdujo un nuevo artículo 198 bis y disposiciones aplicables específicamente a los años 2020, 2021 y 2022, que cambiaron la regulación anterior que permitía, en ciertas condiciones, alzas anuales en los planes de salud. De este modo, se prohibieron las alzas en los años 2020 y 2021 y para los siguientes años se establecieron reglas generales y una transitoria para el 2022.

En efecto, antes de estas modificaciones, las reglas aplicables eran las siguientes:

El inciso tercero del artículo 197 disponía, en lo que interesa, que: *"Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan"*.

A su turno, el artículo 198 disponía, en lo pertinente, que: *"La libertad de las Instituciones de*



Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 197 de esta Ley, se sujetará a las siguientes reglas:

1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRES deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

[...]

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos



contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

[...]

4.- La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

[...]

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine".

Sexto: Que, en cambio, en cuanto a las reglas generales, el actual inciso 3° del artículo 197 prescribe: "Anualmente, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan".



Por su parte, dicho artículo 198 establece: "Las modificaciones a los precios base de los planes de salud se sujetarán a las siguientes reglas:

1. El Superintendente de Salud fijará mediante resolución, anualmente, un indicador que será un máximo para las instituciones de Salud Previsional que apliquen una variación porcentual al precio bases de sus planes de salud, conforme al procedimiento que se establece en el numeral siguiente.

2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deberá seguir el siguiente procedimiento:

a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud. Asimismo, deberá incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que se revisará al menos cada tres años,



aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores que sirvan para el cálculo del indicador, en especial los señalados en el párrafo precedente.

b) Para estos efectos, la Superintendencia de Salud validará mensualmente los registros de prestaciones y sus frecuencias, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional. Se considerará como período de referencia del indicador a que se refiere el numeral 1 de este artículo, los meses de enero a diciembre de al menos dos años anteriores a la publicación del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá requerir del Fondo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y de los demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario para el correcto cálculo del indicador. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección de la ley N.º 19.628, sobre protección de la vida privada.

c) En el proceso de validación de los registros, la Superintendencia de Salud tendrá amplias facultades para requerir de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud toda la información financiera,



contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos.

d) Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales.

e) En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud.

En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

Los nuevos precios entrarán en vigencia a partir del mes de junio de cada año, con excepción de aquellos planes que a dicha fecha tengan menos de un año, de



aquellos expresados en la cotización legal voluntaria y de aquellos que se rigen de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 200 de este cuerpo legal.”

A continuación, el artículo 198 bis de dicho cuerpo legal establece: “Para que las Isapres puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud, conforme a lo establecido en el artículo precedente, deberán haber dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, así como a las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, en conformidad con lo establecido en el artículo 138 de esta ley, en ambos casos de acuerdo a las normas de general aplicación que dicte la Superintendencia de Salud al respecto, pudiendo establecer cumplimientos parciales, que no podrán ser inferiores al 50 por ciento de la establecida en el decreto respectivo. Ambas obligaciones deberán ser acreditadas por los organismos que tengan convenios vigentes con la Superintendencia de Salud, en el mes de enero del año en que se aplique el indicador señalado, lo que será fiscalizado por la Superintendencia de Salud. En caso de alerta sanitaria, el Superintendente de Salud podrá rebajar prudencialmente las metas asignadas”.



Finalmente, para el proceso de modificación de precios bases de los planes de salud para el presente año 2022, el artículo transitorio segundo de la Ley N.º 21.350 establece que el indicador a que se refiere el citado artículo 198 *"deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior"*; y su artículo tercero transitorio agrega: *"Las metas a que se refiere el artículo 198 bis entrarán en vigencia a contar del 1.º de enero del año 2022"*.

Séptimo: Que, en lo que concierne a la historia del establecimiento de la Ley N.º 21.350, cabe resaltar que ésta fue discutida inicialmente en el marco de la pandemia por el brote de Covid-19, proceso durante el cual fueron refundidas tres mociones parlamentarias que, en términos generales, tenían por finalidad prohibir que las Isapres pudieran modificar o poner término unilateral, en períodos de epidemia o pandemia, a los contratos de salud que mantuvieran con sus afiliados. A propósito de la tramitación legislativa de tales iniciativas se consideró la posibilidad de establecer una



regulación permanente en este ámbito, que no estuviera limitada a la contingencia sanitaria reinante. En ese contexto, y por medio de una indicación aprobada en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, en Primer Trámite Constitucional, se propuso modificar el DFL N° 1 de Salud entregando a la autoridad competente el deber de calcular *"un indicador de variación de los precios de las prestaciones de salud, tomando en cuenta la frecuencia con que fueron utilizadas y la variación del gasto del subsidio por incapacidad, en su caso"*, aludiendo a un *"IPC de la salud"*, que tenía por objeto *"evitar distorsiones y alzas desmedidas e injustificadas en el próximo año, en que ya no esté vigente la pandemia, y que se vuelva a la norma en las que las isapres reajustan sus planes, por ahora, con cierta restricción"*.

Sobre este particular, y en lo que se refiere específicamente a la construcción de este índice, el Superintendente de Salud de la época manifestó, ante la Comisión de Salud, que *"el gran riesgo lo constituye la validación de los datos de las prestaciones contenidos en los archivos maestros que entregan las Isapres, porque son esos antecedentes los que se consideran para determinar la variación en la frecuencia en las prestaciones y variación en el precio"*, agregando que para desarrollar tal labor fue creada una Unidad de Gestión de Datos y un Comité de Datos, agregando, en lo



que atañe a la *“metodología y forma en la que se construye el indicador”*, que recurrieron *“al INE para la revisión y validación del indicador, porque ellos son expertos en indicadores”* y que *“las Isapres pueden reajustar los planes, pero deben hacerlo de acuerdo a parámetros objetivos, validados y sobre todo, dando certeza sobre el sistema de cobro, a las personas que contratan un plan”*.

En ese contexto, durante la discusión particular del proyecto que se verificó ante el Senado los senadores Goic, Quinteros y Girardi presentaron una indicación que estableció una serie de reglas destinadas a determinar el referido indicador de variación porcentual, a las que se deberían sujetar las Isapres al modificar sus planes de salud, conforme a las cuales sería el Superintendente de Salud quien fijaría anualmente este parámetro.

Si bien el Ejecutivo formuló observaciones a dicha propuesta, recogió sus ideas matrices al presentar sus propias indicaciones, en las que incorporó como factor de cálculo *“las variaciones en las frecuencias de las prestaciones”*, pues *“el actual problema es el control de la frecuencia, es decir, cómo aumenta el número de prestaciones de un año a otro”*, además de incluir la *“modalidad libre elección de FONASA como un elemento a considerar en el algoritmo que, de cierta forma, contenga el eventual aumento en el sistema de Isapre”*.



Finalmente, los Senadores de la Comisión de Salud, en conjunto con el Ejecutivo, presentaron un acuerdo que recogió estas indicaciones y que constituye, en definitiva, el texto de la Ley N° 21.350, actualmente vigente.

Octavo: Que, en consecuencia, luego de la modificación legislativa, el régimen de adecuación del precio de los planes de salud, se advierte, en conclusión:

1.- Ha sido el legislador quien ha establecido, regulado y mantenido la posibilidad de revisión anual por parte de las Isapres del precio base de los planes de salud individual acordados en los contratos de salud previsional;

2.- Para la realización de aquel incremento corresponde: a) Por una parte, cumplir con el procedimiento legal (art. 198), en que la Superintendencia de Salud determinará anualmente el índice máximo de variación porcentual que se podrá aplicar a los precios base de los planes de salud; b) Luego de lo anterior, corresponde a cada Isapre acordar y comunicar a la autoridad la decisión fundada de adecuar en general sus planes, y c) Cumplida la anterior determinación se deberá ejercer también fundadamente esta opción y "en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan"



(art. 197), la que corresponde poner en conocimiento de los afiliados;

3.- Ante la carta de la Isapre, comunicando el alza de los planes de salud, al ejercer la adecuación de los mismos, los cotizantes pueden: a) Aceptar los nuevos precios fijados por la Isapre; b) Desafiliarse de la Institución o c) Impugnar administrativa o judicialmente la adecuación informada por la Isapre.

4.- Operando la reforma en régimen, a lo menos cada tres años, por decreto supremo del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, se aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para fijar un indicador máximo de variación porcentual que cada una de las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud, estableciendo la ponderación de los factores que sirvan para su cálculo.

5.- La misma Superintendencia de Salud validará mensualmente: (i) los registros de prestaciones y sus frecuencias, pudiendo requerir a las Isapres y prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos; (ii) la cartera de beneficiarios, y (iii) los subsidios por incapacidad



laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional.

6.- De igual modo, la Superintendencia de Salud anualmente deberá: a) calcular los índices (i) de variación de los costos de las prestaciones de salud, (ii) de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas, (iii) de variación del costo en subsidios por incapacidad laboral del sistema privado de salud, y b) incorporar en el cálculo (iv) el costo de las nuevas prestaciones y (v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y (vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.

7.- Con toda la información anterior, según se expresó, los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, por resolución fundada, publicada en el Diario Oficial y en su página web, y conforme al procedimiento legal, el Superintendente de Salud fijará el indicador máximo de variación porcentual que las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud. El índice de variación porcentual, así fijado, se entenderá justificado para todos los efectos legales.

8.- En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador, las Isapres deberán



informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio base de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje de ajuste informado que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicado por la Superintendencia de Salud. En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

10.- Para el primer año de vigencia de la reforma introducida por la Ley N° 21.350, el cálculo del indicador del artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, se compondrá por el promedio de los últimos tres indicadores determinados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el fijado a marzo de 2022. Este índice en ningún caso podrá ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior.

11.- Como se ha dicho, cumplidas las determinaciones anteriores se podrá modificar fundadamente el precio de



todos sus planes de salud individual, siempre en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan (inciso 3° del artículo 197), y no se sobrepase el índice de variación porcentual máximo fijado por la autoridad (letra d), del numeral 2, del artículo 198), expresando los motivos que sustentan dicho proceder.

Noveno: Que, en consideración a lo anterior, en estos autos la revisión de la cuestión controvertida debe ser realizada en su integridad, por lo que adquiere, a lo menos, las siguientes dimensiones:

Primero, en el examen indispensable que se debe realizar en torno al procedimiento por el cual la Superintendencia de Salud determina el Índice de Variación Porcentual que se aplicará como máximo a los precios de los planes de Salud o Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA), con el objeto de precisar si éste se ajustó a las exigencias previstas por el legislador en el régimen permanente, por la diferente normativa reglamentaria que debe ser expedida, como el régimen establecido transitoriamente, en la primera oportunidad en que comience a regir la modificación legislativa introducida por la Ley N° 21.350;

En segundo lugar, la comunicación de las Instituciones de Salud Previsional de aumentar o no el



precio de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje en que realizarán dicho ajuste, y

En tercer término, la comunicación a los cotizantes de la decisión de aumentar o no los costos de los planes de salud y el porcentaje en que se incrementarán.

Décimo: Que, en cuanto al examen del procedimiento de fijación del indicador del alza máxima porcentual de los planes base de salud, fijados por la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo del corriente, es necesario señalar que, por medio de la Circular IF/N° 401, la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350", y que, por Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022 y publicada en el Diario Oficial el día 10 del mismo mes y año, "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

A efectos de una adecuada comprensión del procedimiento y allegar a esta causa los antecedentes tenidos a la vista por la autoridad al dictar las mentadas resoluciones, referidos sólo a través de enlaces en su texto, se requirió por este Tribunal a la Superintendencia de Salud informar: "1.- En relación al Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA) del



año 2019, calculado el año 2020; del año 2020, calculado el año 2021 y del año 2021, calculado a estos efectos a marzo del año 2022; 2.- La variación referencial del costo operacional del Sistema de Isapre; 3.- El costo por cobertura de prestaciones de salud y el costo por pago de subsidio de incapacidad laboral por Isapre, de acuerdo con la información que conste en sus registros públicos; 4.- Indicar los ingresos percibidos por las Isapres por concepto de planes de salud, y los gastos en que han incurrido por tal concepto desde los años 2019 a 2021; 5.- Señalar el comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo periodo referido; 6.- Hacer referencia a toda información pertinente y acompañar un cálculo general y desagregado por Isapre”.

Ante dicha consulta la autoridad administrativa respondió mediante el Oficio Ordinario SS/N° 1591, de 6 de junio de 2022, en el cual consigna que los detalles del mecanismo de cálculo del indicador contenido en la Resolución Exenta SS/N° 352, de 2 de marzo de 2022, se encuentran publicados en la página web de la Superintendencia, en el enlace que especifica, sin perjuicio de lo cual aparece copia del “Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021”, del “Indicador referencial de costos de la salud (IRCSA)” de 2019, de 2020 y del 2021, copia de la “Metodología IRCSA” de 2019,



de 2020 y de 2021, de los "Resultados IRCSA" de estos mismos años y, además, del "Procesamiento IRCSA 2021". A ello añade que, para calcular el indicador en comento, empleó los "Valores publicados del IRCSA", que corresponden a un 5,2% para el IRCSA de 2019, al -0,5% para el IRCSA de 2020 y a un 26,2% para el IRCSA de 2021, cifras que ponderó en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de cada IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia del sistema y una mayor ponderación al año base con menor ganancia del sistema, además de incorporar las diferencias financieras que hubo durante ese período provocadas por la pandemia.

Precisando lo anterior, ante un nuevo requerimiento de este Tribunal, en el Oficio Ordinario SS/N° 1728, de 22 de junio de 2022, la Superintendencia señala, en primer lugar, que no existen, para cada Isapre, indicadores comparables a los estimados para el conjunto del sistema, esto es, aquellos considerados en cada uno de los Indicadores Referenciales de Costos de la Salud, o IRCSA, de los años 2019, 2020 y 2021, motivo por el cual no cuenta con información desagregada por institución, como se le solicitó entregar.

Enseguida informa de los costos por cobertura de prestaciones de salud y por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral para el período 2018-2021 respecto de



cada Isapre, según cifras acumuladas a diciembre de cada año; a continuación se refiere a los ingresos percibidos por cada Isapre por concepto de planes de salud entre 2018 y 2021, acumulados a diciembre de cada año, noción en la que incluye la cotización legal, la cotización adicional voluntaria y el elemento "otros aportes", que, sin embargo, no detalla; luego alude a los gastos en que incurrieron dichas instituciones, en el mismo período, por "costos de venta", también acumulados a diciembre de cada año, que incluyen, "mayoritariamente", los gastos en prestaciones de salud y en subsidios por incapacidad laboral, sin explicar, empero, cuáles son los otros componentes que integran este apartado.

En lo que atañe al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo período", señala el número de prestaciones médicas otorgadas por persona afiliada al sistema, por Isapre, y el número de días de licencia autorizados por cotizante, por Isapre, ambos para el período 2018-2021.

Por último, y en cuanto a la información relevante pedida, da cuenta de las ganancias o pérdidas por Isapre, a diciembre de cada año, para el lapso comprendido entre 2018 y 2021, e incluye, además, indicadores financieros por Isapre, para el mismo intervalo, que comprenden la siniestralidad, la rentabilidad del ingreso y la rentabilidad del capital y reservas, pese a que la ley no



contempla ninguno de tales conceptos como antecedentes a considerar para calcular el índice de que se trata en la especie.

Finalmente, y aun cuando se requirió a la autoridad que remitiera "toda información pertinente", que informara acerca de la "variación referencial del costo operacional del sistema de Isapre", que indicara cuáles son "los gastos en que han incurrido" las Isapres por concepto de planes de salud y que se refiriera al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema", es lo cierto que la Superintendencia del ramo nada dijo acerca de los restantes factores que, de acuerdo a la ley, ha debido considerar en el cálculo del índice de que se trata, pues, por ejemplo, guarda silencio acerca del "costo de las nuevas prestaciones" y de la "variación de frecuencia de uso de las prestaciones" verificadas en la modalidad de libre elección de FONASA, sin perjuicio de que tampoco se ha informado si en este ejercicio se consideró "cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud" y, de ser así, a cuál se recurrió.

Como conclusión de lo anterior y ante la ausencia de antecedentes que permitan concretar la revisión judicial destinada a precisar el cumplimiento de las exigencias legales en la determinación del Indicador Referencial de



Costos de Salud, lleva a asumir el cumplimiento de la norma legal que dispone expresamente que se tendrá por justificado para todos los efectos legales el índice establecido por la Superintendencia de Salud en esta ocasión, por así disponerlo perentoriamente el legislador.

Décimo primero: Que se deja establecido, en todo caso, que luego de la revisión administrativa de los elementos de juicio respectivos debe explicarse la forma en que la referida Superintendencia asumió los porcentajes de incremento del Índice de Precios al Consumidor, el cual contempla en su determinación el aumento de los costos de la así llamada División "Salud", que pondera específicamente un 7,76778% de la canasta del IPC base 2018, que posteriormente se tendrá en consideración para fijar el valor de la Unidad de Fomento, equivalente monetario en el cual se encuentra fijado el precio de los planes de salud, como ha tenido oportunidad de señalar esta Corte con anterioridad al expresar que *"cabe dejar anotado que los precios de bienes y servicios en el ámbito de la salud se encuentran actualmente incorporados en dicha medición general. La llamada división 'Salud' -que pondera un 5,4% del total- se divide en tres grupos: el primero está formado por la canasta de productos que los hogares adquieren para curar sus enfermedades, incluyéndose por ejemplo los*



medicamentos genéricos. En el segundo se valoriza un conjunto de consultas médicas de diferentes especialidades considerando los precios en la Modalidad Libre Elección de Fonasa, precios acordados entre prestadores e Isapres y aquellos aplicados a particulares que no estén en los casos anteriores. Y en el tercero se aprecian los servicios de mayor frecuencia de uso en hospitales y clínicas privadas, a partir de las tres modalidades de pago antes descritas. De este modo no es posible dejar de destacar que el aumento del costo de la salud, que se calcula mediante el Índice de Precios al Consumidor nacional, se va recogiendo mensualmente en el precio de los contratos de salud al estar pactados en unidades de fomento, equivalente monetario que, además, incorpora mensualmente el reajuste acumulativo y no lineal del Índice de Precios al Consumidor". (Sentencia dictada por esta Corte con fecha 29 de abril de 2013, en autos rol N° 9051-2012. Asimismo, y sólo a modo ejemplar, en autos rol N° 1658-2013 y N° 2904-2013).

De la misma manera, la revisión administrativa ha de tener en consideración los demás antecedentes recabados por la autoridad, obedeciendo el mandato de la letra a) del numeral 2 del artículo 198, que le impone tener en consideración "cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud", dado que únicamente se recibe la documentación de las



Isapres, la cual corresponde se señale la forma en que se procedió a fiscalizar su exactitud, al no existir en la regulación legislativa una instancia que entregue participación a los cotizantes, sin que se pueda limitar a señalar que simplemente registra, pero no valida la comunicación de las Isapres.

Igualmente, en cumplimiento de este mandato, ha debido la autoridad ponderar la integración vertical que concurre en el mercado de la salud privada, lo cual ha destacado esta Corte en ocasiones anteriores, como por ejemplo al sostener que *“un dato que no es posible desechar dice relación con la integración vertical de la mayoría de las Isapres abiertas con los proveedores de salud, sean clínicas o redes ambulatorias. Dado que el indicador del costo operacional de las Isapres sólo considera la variación del valor de las prestaciones del sector privado, surge el reparo de que dicho índice pueda ser controlado por las propias instituciones de salud previsional a través de la propiedad de los prestadores, los cuales podrán incrementar sus precios y luego éstos ser traspasados por las Isapres en sus reajustes anuales, convalidando el aumento a través de ese mecanismo”* (fallo de 29 de abril de 2013, pronunciado en autos rol N° 9051-2012. Verbi gracia, igualmente, en autos rol N° 1658-2013, N° 2904-2013, N° 5054-2013 y N° 5056-2013), lo cual no se advierte en los antecedentes proporcionados.



Ante las amplias facultades con que la ley ha dotado a la autoridad administrativa para reunir antecedentes al fijar el ICRSA, de la misma manera no se ha podido dejar de observar la conducta de los actores del sistema de salud privada, como son los cotizantes, médicos, clínicas, hospitales y laboratorios, respecto de los cuales no se ha alegado un comportamiento inapropiado, puesto que ante un problema de salud, en general las personas acogen y cumplen las indicaciones impartidas por los profesionales de la medicina, quienes determinan las prestaciones que corresponde entregar a un paciente para restablecer su salud, el cual utiliza las herramientas que le proporciona la tecnología. Son tales prestaciones las que el legislador ha dispuesto que queden asumidas por el cotizante y las Instituciones de Salud Previsional, conforme a un contrato tipo, suscrito por adhesión y parcialmente dirigido respecto de algunas de sus cláusulas, que responde a una finalidad de servicio público.

Décimo segundo: En fin, una labor que se desarrolle con la debida diligencia importa examinar los estados financieros y gestión de las Isapres, como ocurre con las sociedades en general y las aseguradoras en particular y, de ser necesario, se coordinará con la autoridad sectorial correspondiente, pero no puede quedar sin tal supervigilancia que si la tienen otras sociedades en



nuestro país, respecto de lo cual esta Corte ha tenido oportunidad de referirse pormenorizadamente.

Así, por ejemplo, examinando la labor de auditoría, este tribunal ha sostenido que: "la información de que disponían en relación a la naturaleza de sus funciones y la responsabilidad que ésta lleva consigo, imponía revisar la evidencia con espíritu crítico y, ante la concurrencia de variados antecedentes que alertaban sobre la situación, examinarlas a fondo [...] la falta de exhaustividad en su dictamen se reflejó en el informe emitido, con lo cual se incumplieron las normas que le imponían un proceder diligente, prudente, profesional y observador de todas las disposiciones", añadiendo que "su obligación es llevar a cabo un adecuado desarrollo del análisis financiero contable de todos los asientos en un período, como igualmente relacionarlo con otras sociedades o empresas que están vinculadas de diferentes formas, puesto que su actuar primero está vinculado con garantizar que todas las operaciones se asentaron en los registros contables, pero igualmente que dichas operaciones son regulares conforme a la ley, en términos tales que permita evitar riesgos y daños a la misma empresa o terceros extraños, si el proceder o finalidad puede resultar cuestionable" (Sentencia de 26 de abril de 2021, dictada en autos rol N° 79.288-2020).



Del mismo modo se ha puesto de relieve que "el deber de conducta exigido a las clasificadoras de riesgo dice relación con la realización de un 'correcto análisis' de la información que le es entregada, debiendo solicitar antecedentes adicionales si, con los disponibles, no es posible alcanzar dicho objetivo actuando con la diligencia exigida", de modo que no se infringe el principio de tipicidad al haber sancionado a la reclamante por "no haberse procurado información relevante razonablemente verificada de la Compañía" (Fallo de 19 de mayo de 2016, pronunciado en causa rol N° 7560-2015).

En este mismo sentido y, en particular, en lo vinculado con la relevancia de la información contenida en los estados financieros trimestrales, es posible recordar lo decidido por esta Corte, verbi gracia, en autos roles N° 3054-2010, N° 7340-2012 y N° 1625-2013).

Décimo tercero: Como se dijo, la Circular IF/N° 401 "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350" y la Resolución Exenta SS N° 352 "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

Al dictar esta última resolución, la autoridad tuvo presente que la Superintendencia de Salud ha calculado



anualmente el denominado "Indicador Referencial de Costos de la Salud", también conocido como IRCSA, por medio del cual se determina la variación referencial del costo operacional del sistema de Isapres, para lo cual se atiende al costo en la cobertura de prestaciones de salud y al costo por pagos de subsidio de incapacidad laboral. Enseguida dejó asentado que el IRCSA 2019, calculado para el año 2020, alcanzó al 5.2%; que el IRCSA 2020, calculado para el año 2021, fue de -0,5% y, finalmente, que el IRCSA 2021, calculado para el año 2022, ascendió al 26.2%, dejando establecido que los documentos de respaldo se encuentran en su página web institucional, antecedentes a los cuales no se ha podido acceder, como tampoco han sido acompañados por las partes.

En ese entendido, y considerando que el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, dispone que, para el primer año de vigencia, el indicador estará compuesto por el promedio de los últimos tres indicadores, calculados por la Superintendencia para los años 2020 y 2021 y a marzo de 2022, concluye que el valor en términos porcentuales del indicador promediado asciende a 7,6%, valores y ponderaciones asumidos por la autoridad, cuyos antecedentes no han sido acompañados a este expediente. Reitera: "Para obtener el valor mencionado, se aplicó la siguiente metodología, de acuerdo con la Ley N° 21.350, que señala que el valor del



indicador a aplicar para el proceso de adecuación de 2022, corresponde al promedio de los indicadores calculados para 2020, 2021 y 2022 (respectivamente IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021)“.

Sin embargo, se explica que, para obtener el valor en comento, se calculó el referido promedio empleando una ponderación definida en función de las ganancias del sistema de Isapres abiertas en el año base respectivo de cada IRCSA, de modo que otorgó una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante el período, provocadas por la pandemia, remitiéndose a su página web para consultar los antecedentes.

Agrega igualmente que el valor indicado es inferior a la variación de la partida del Ministerio de Salud en la Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior, que ascendió al 11,7%.

Como se ha dicho, esta resolución tiene la naturaleza de un acto administrativo, por lo que como tal debe entregar los motivos que lo fundamentan, puesto que importa una decisión de la Superintendencia de Salud, en la que expresa su voluntad y ejerce potestades públicas, a lo cual se agrega el hecho que debe dar plena publicidad al procedimiento y sus fundamentos.



Décimo cuarto: Que, como se observa, el Superintendente de Salud expidió el citado acto administrativo y fundó la determinación allí contenida solamente en los antecedentes que le proporcionaron las Isapres al efecto, sin embargo, ha debido recopilar y requerir todos los que le impone tener en consideración el ordenamiento jurídico.

Décimo quinto: Que, una vez emitida la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022, y dentro del plazo previsto al efecto, la Isapre recurrida comunicó a la autoridad que aumentaría el precio base de sus planes de salud y que dicho incremento ascendería, precisamente, a un 7,6%, esto es, a la misma cifra fijada como monto máximo para estos efectos por la Superintendencia de Salud.

Décimo sexto: Que, para resolver la legalidad de dicho incremento, es necesario reiterar que el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 (Salud), distingue entre el indicador de variación porcentual máxima de los precios base de los planes de salud elaborado por la Superintendencia de Salud y la decisión de las Isapres de aplicar a sus precios base una variación porcentual y su cuantía, estableciendo para uno y otra requisitos y oportunidades diferenciadas.

En efecto, el indicador elaborado por la Superintendencia de Salud es, según el Diccionario, lo



que sirve para indicar, esto es, mostrar o significar el máximo de la variación porcentual de los precios base de los planes de salud, esto es, en la acepción aplicable, el *"límite superior o extremo a que puede llegar"*. Ese límite superior o extremo se calcula, para el año 2022, de conformidad con las reglas de las letras a) a d) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, antes citados y al artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350. Y, como se expresa en la frase final de esa letra d), *"El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales"*. En la especie, ese límite superior ha sido publicado dentro del plazo fijado por la ley al efecto, con fecha 10 de marzo del corriente, mediante Resolución Exenta SS N° 352.

En cambio, la decisión eventual de las Isapres de aplicar o no una variación porcentual en los precios base de sus planes de salud se sujeta, para el presente año 2022, a las reglas establecidas en la letra e) del citado artículo 198 y a las del 198 bis, ambos de DFL N° 1 de 2005 y al artículo tercero transitorio de la Ley N° 21.350. Allí se dispone que dicha decisión deberá adoptarse por cada Isapre e informarse a la Superintendencia de Salud quince días después de publicado el indicador de variación porcentual máxima para cada año, que la variación decidida *"en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la*



Superintendencia de Salud” y que deberá aplicarse “a todos sus planes de salud”, siempre que durante el año 2021, haya “dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud”. El procedimiento para llevar adelante tal decisión ha sido fijado por la Superintendencia de Salud, mediante Circular IF/N° 401, de fecha 30 de diciembre de 2021, que “Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350”.

Décimo séptimo: Que en el mismo sentido se ha pronunciado la Superintendencia de Salud, en el punto 8 de la Resolución Exenta IF/N° 58 de 26 de enero de 2022, al resolver el recurso presentado por Isapre Colmena Golden Cross S.A., en contra de aquella parte de la Circular IF/N° 401, dictada por la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, que “Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350”, que establecía la obligación de las Isapres de enviar a la Superintendencia la información que justificaba el alza del precio base que aplicarían a sus



planes de salud, sin que ello importe su validación. Allí se señala:

"Que, en primer lugar, las recurrentes solicitan que se deje sin efecto el párrafo cuarto del punto 1 "Comunicación de la adecuación propuesta por la Isapre", del Título III del Capítulo I del Compendio de Procedimientos. Dicho párrafo efectivamente fue incorporado por el numeral 1.2 del acápite III de la Circular, en los siguientes términos: "Además, en la misma oportunidad señalada precedentemente, las Isapres deberán enviar a esta Superintendencia, la información que justifique el precio base que aplicarán a sus planes de salud, lo que no significa que con dicho envío la Superintendencia valide la referida información."

Al respecto, debe tenerse presente que, si bien es cierto lo que afirman las Isapres, en cuanto la Ley 21.350 establece que "El índice de variación porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales", también es cierto que dicho indicador constituye el aumento máximo de precio base que la ley permite. En efecto, el nuevo artículo 198 letra d) del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, dispone que "Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base



de los planes de salud." En la letra e) que le sigue, el legislador confirma que "el porcentaje de ajuste informado [por las Isapres] será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud".

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

En atención a lo expuesto, y en uso de sus atribuciones legales para fiscalizar y requerir la información necesaria para el cumplimiento de sus funciones, esta Intendencia incluyó en sus instrucciones el párrafo objetado. No obstante, ha estimado razonable y oportuno hacer una separación de las instrucciones relacionadas con el procedimiento mismo de la adecuación, de aquellas que tienen que ver con la eventual solicitud de información, motivo por el cual acogerá esta parte de los recursos, eliminando la citada instrucción. Lo



anterior es sin perjuicio del ejercicio de las facultades de fiscalización y de requerir información, consagradas en el artículo 110 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.”

Décimo octavo: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a los señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 –en su formulación actual– y en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), “*el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud*”, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, han sido previstos.

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las



prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud. Y que, para el caso del proceso 2022, *“deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior”*.

Décimo noveno: Que, según informó a esta Corte la Superintendencia de Salud, para realizar el cálculo del índice de alza máxima proporcional para el proceso del año 2022, han de ponderarse, en primer término, los índices (IRCSA) de los años 2019, 2020 y 2021, en la forma establecida en el Resolución Exenta N° 352 de 2022. De conformidad con lo señalado en el número 4 de la referida Resolución Exenta N° 352, cada uno de esos IRCSA *“determina la variación referencial del costo operacional*



del sistema Isapre, el que se compone del costo en la cobertura de prestaciones de salud y del costo por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral". Estos indicadores, calculados de conformidad con la metodología a que se hace referencia, determinaron una variación en los costos operacionales del sistema de Isapres de 5,2% para el año 2019; de -0,5% para el año 2020 y de 26,2% para el año 2021.

A continuación, para dar cumplimiento a lo preceptuado en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, se indica en el N° 9 de la referida Resolución Exenta N° 352 que *"La Superintendencia de Salud calcula el promedio de los IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021, con una ponderación definida en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de cada IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante ese período, provocadas por la pandemia"*.

En el documento que dicha resolución refiere para realizar esta ponderación, disponible en el hiperenlace https://supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20802_recurso_1.pdf, se expresa la forma de su cálculo, indicando los ponderadores anuales correspondientes aplicables a cada IRCSA anual (0,290, para el año 2019;



0,469 para el 2020 y 0,241 para el 2021), concluyendo que *"Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra."*

Vigésimo: Que, en consecuencia, es posible afirmar que, conforme con la actual regulación de la materia, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable *"a todos los planes de salud"* ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que el artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, la Ley N° 21.350 y la Resolución Exenta N° 352 establecen, y, al mismo tiempo, que no es posible aceptar que, por el solo hecho de ajustarse dicha decisión al máximo fijado por la Superintendencia de



Salud, tal decisión pueda estimarse justificada o no arbitraria para todos los efectos legales.

Vigésimo primero: Que, establecido lo anterior, cabe hacerse cargo de la legalidad o arbitrariedad de la decisión de Isapre Colmena Golden Cross S.A. en cuanto a proponer a sus afiliados un alza porcentual de un 7,6% para todos los planes de salud que administra, salvas las excepciones legales, teniendo presente que no se discute por la recurrente la forma y oportunidad en que recibió la comunicación de la adecuación al alza del precio de su plan de salud, ni el cumplimiento por parte de la recurrida de las restantes formalidades previstas en la mencionada Circular IF/N° 401, ni que la propuesta de alza supere el máximo fijado por la Resolución Exenta SS N° 352.

Vigésimo segundo: Que, a este respecto, la carta de "Comunicación de adecuación por ajuste de excedentes", dirigida al recurrente por la recurrida, Isapre Colmena Golden Cross S.A., señala que, de conformidad con lo dispuesto por la Ley N° 21.350, de 14 de junio de 2021, la Superintendencia de Salud "fijará", durante los diez primeros días de marzo, el "Índice de variación porcentual", "porcentaje máximo que las Isapres podrán utilizar para reajustar el precio base de sus planes de salud". A continuación, se explica someramente la forma cómo se calcula dicho índice: "el indicador que se



aplicará para el primer año de vigencia de esta ley (2022) se compone por disposición legal del promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2019, 2020 y 2021, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior”, agregando: “Para el cálculo de este Índice, se considera la variación de los costos de las prestaciones de salud, su frecuencia de uso y la variación del gasto en subsidios por incapacidad laboral (Licencias Médicas) del sistema privado de salud”.

Luego, se expresa que “con fecha 02 de marzo de 2022, la Superintendencia de Salud dictó la Resolución Exenta SS N°352, incorporada en la página web de la Superintendencia de Salud y publicada en el Diario Oficial con fecha 10 de marzo de 2022” y que “esta resolución fija en 7,6% el porcentaje máximo de ajuste que las Isapres deberán considerar en la adecuación de precios de planes de salud y conforme la Ley 21.350, el índice de variación porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales”.

Se explica enseguida cómo se define el indicador y se sostiene: “El incremento de los costos de salud registrados durante el último año e informados por la



Superintendencia de Salud, llevó a las Isapres a registrar millonarias pérdidas durante el año 2021, que para el caso de Colmena ascendieron a 13.497 millones de pesos, motivo por el cual resulta indispensable realizar un ajuste a los precios base de los planes de salud en el porcentaje determinado por la Autoridad", para concluir que "encontrándose definido el Indicador en la forma antes señalada y habiendo Isapre Colmena informado a la Autoridad el porcentaje de incremento a aplicar, conforme la normativa vigente, le informamos que el precio base para su Plan de Salud HOCKEY 3013, durante el periodo 2022-2023, tendrá un alza de 7,60%".

Finaliza especificando los efectos del alza dispuesta en el pago de las cotizaciones correspondientes, y se dan a conocer los derechos y opciones del afiliado, incluyendo información sobre planes alternativos, lugares y canales de comunicación con la Isapre para su discusión y los recursos de que dispone ante la Superintendencia de Salud, en caso de estar disconforme con los planes alternativos propuestos, así como la posibilidad que se le ofrece de desafiliarse en el plazo que indica, en caso de no estar conforme con dichos planes ni con el alza propuesta.

Vigésimo tercero: Que, previo a resolver la razonabilidad de la justificación invocada, es necesario hacerse cargo de la aplicabilidad a su enjuiciamiento de



los criterios establecidos en la jurisprudencia uniforme de esta Corte, conforme a la legislación vigente con anterioridad a la publicación de la Ley N° 21.350, en junio de 2021. En síntesis, dicha jurisprudencia exige que para considerar razonable un alza porcentual en los precios bases de los planes de salud, es necesario: a) Que ella responda a cambios efectivos y verificables de las prestaciones cubiertas por el plan individual de salud a que se refieren; b) Que, por lo mismo, ella no se fundamente aludiendo a cifras y criterios generales que los costos de la institución recurrida para otorgar las prestaciones a que está obligada han aumentado, refiriendo valores ilustrativos como los del entonces vigente Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSEA); y c) Que ella haga referencia a un análisis pormenorizado, racional y que tenga un cabal respaldo técnico que permita su verificación.

Vigésimo cuarto: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a los señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, en los términos de las modificaciones introducidas por la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia



anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), *"el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud"*, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud prevén en su letra a).

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Vigésimo quinto: Que, en consecuencia, si bien es posible afirmar que, conforme con la nueva regulación antes transcrita, la razonabilidad o justificación



requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable *"a todos los planes de salud"* ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que la Ley N° 21.350 establece, reseñados en el considerando anterior.

Vigésimo sexto: Que, no obstante, la carta en la que se comunica el alza porcentual del plan base de la recurrente no hace referencia a dichos factores, sino que ofrece, como fundamentación material de la misma, *"el incremento de los costos de salud registrados durante el último año e informados por la Superintendencia de Salud, llevó a las Isapres a registrar millonarias pérdidas durante el año 2021, que para el caso de Colmena ascendieron a 13.497 millones de pesos, motivo por el cual resulta indispensable realizar un ajuste a los precios base de los planes de salud en el porcentaje determinado por la Autoridad"*, mismo antecedente que se reproduce en el informe preceptivo.

Al respecto, lo primero que cabe observar es que el monto de las pérdidas o ganancias de la recurrida no se encuentra entre los factores señalados por la Ley N° 21.350, por lo que su invocación no puede considerarse una justificación razonable ni el motivo de la propuesta



de alza porcentual del precio base del plan de salud del recurrente.

En segundo término, que la sola mención genérica de un supuesto incremento de costos informado a la Superintendencia de Salud tampoco es suficiente para cumplir con las exigencias de la letra a) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, pues con ello no se da cumplimiento a la necesidad de expresar: i) la variación de los costos en las prestaciones de salud otorgadas por la recurrida; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral pagados por ella; iv) el costo de las nuevas prestaciones que ha incorporado; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) los elementos que le han servido para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Vigésimo séptimo: Que, por lo expresado en los considerandos anteriores, no cabe sino concluir que la recurrida actuó de manera ilegal y arbitraria al proponer a la recurrente una variación porcentual del precio base de su plan de salud sin fundamentar su decisión en los parámetros establecidos en la Ley N° 21.350 para poder hacer tal propuesta, dentro del margen previsto por el indicador de porcentaje máximo de variación de precio base de sus planes fijado por la Superintendencia de



Salud, por lo que el recurso interpuesto deberá acogerse, según se expondrá en lo resolutivo del presente fallo.

Vigésimo octavo: Que, por otra parte, esta Corte no puede dejar de señalar que el acto sustancialmente recurrido en esta causa no es propiamente la carta por la que la recurrida comunica a la recurrente la decisión de proponer una variación porcentual de los precios base de todos los planes de salud que administra en el máximo permitido por el indicador fijado al efecto por la Superintendencia de Salud, sino esa decisión propiamente tal. En efecto, como dispone la letra e) del citado artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, *"en el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud"*.

Según consta en documento acompañado al Informe de la recurrida, dicha decisión se comunicó la Superintendencia de Salud con fecha 17 de marzo de 2022. En el punto 4.- de dicha comunicación se señala que *"el incremento de los costos de salud registrados durante el último año e informado por esa Superintendencia de Salud*



(26,2%), llevó a las Isapres a registrar millonarias pérdidas durante el año 2021, que para el caso de Colmena ascenderían a 13.497 millones de pesos, motivo por el cual resulta indispensable realizar un ajuste a los precios base de los planes de salud en el porcentaje máximo determinado por esta autoridad".

Luego, esa decisión fue comunicada por la recurrida a todos los afiliados en la forma prevista en la Circular IF/N° 401, de 30 de diciembre de 2021, tanto a nivel general —mediante una publicación en el Diario Oficial, avisos en las sucursales y enlaces en sus páginas de internet—, como individual, mediante cartas de adecuación como la que origina la presente causa. En todas estas comunicaciones la información transmitida respecto del porcentaje de variación del precio base de todos los planes de salud que la Isapre administra, salvo las excepciones legales, no pudo ser otra que la decidida y comunicada a la Superintendencia de Salud, con fecha 17 de marzo de 2022.

Así lo señala expresamente la recurrida en su informe y en la carta origen de la acción intentada en estos autos, donde se expresa: *"encontrándose definido el Indicador en la forma antes señalada y habiendo Isapre Colmena informado a la Autoridad el porcentaje de incremento a aplicar, conforme la normativa vigente, le*



informamos que el precio base para su Plan de Salud [...], durante el periodo 2022-2023, tendrá un alza de 7,60%”.

Luego, las únicas variaciones posibles en las cartas de adecuación de los precios base enviadas por la recurrida a todos sus afiliados, entre ellos el recurrente, son aquellas que tienen que ver con las alternativas de planes que, de conformidad con el Compendio de Normas aplicable deben ofrecer a los afiliados para que decidan si reclamar de ellas o permanecer o no en la Isapre.

Vigésimo noveno: Que, por tanto, al acoger este recurso, para dar adecuada protección al recurrente y a todos los afectados con la decisión impugnada, con pleno respeto del principio de igualdad consagrado en el artículo 19, N° 2 de la Constitución Política de la República, esta Corte deberá declarar como arbitraria la decisión de la recurrida de proponer alzar porcentualmente en un 7,6% todos los planes de salud que administra, comunicada a la Superintendencia de Salud el día 17 de marzo de 2022 y al recurrente por medio de la carta origen de esta acción cautelar, de fecha 18 de marzo de 2022, por carecer de fundamentos ajustados a las exigencias legales, ordenando las medidas que se indicarán en lo resolutivo para restablecer el imperio del derecho, de conformidad con las facultades conferidas en el artículo 20 de la Carta Fundamental.



Trigésimo: Que, al respecto cabe consignar adicionalmente que las Isapres, al prestar un servicio de seguridad social estrictamente regulado y que impone – como en el presente caso– la motivación de las decisiones que afecten a sus afiliados, se sujetan a similares exigencias que los órganos de la administración para justificar la razonabilidad de sus actos, pues solo a través de una adecuada motivación “se exteriorizan las razones que han llevado a la Administración a dictarlo, exigencia que se impone en virtud del principio de legalidad. En efecto, en nuestro ordenamiento jurídico, la Ley N° 19.880, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, consagra los principios de transparencia y publicidad, en cuanto permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado, calidad que precisamente detenta el organismo demandado. Es así como el artículo 11 inciso segundo del referido texto legal, previene la obligación de motivar en el mismo acto administrativo la decisión, los hechos y fundamentos de derecho que afecten los derechos o prerrogativas de las personas. A su turno, también el artículo 41 inciso cuarto del aludido texto legal dispone que ‘las resoluciones que contenga la decisión, serán fundadas’. Proceder que, por lo demás, se



hace enteramente exigible por mandato del artículo 8° de la Constitución Política de la República” (Sentencia de 16 de junio de 2017, expedida en autos rol N° 3598-2017).

En esta perspectiva este tribunal también ha sostenido que “el fin último de la exigencia de motivación de todo acto administrativo no es otro que requerir la explicitación de sus fundamentos racionales, de manera tal que sean comprensibles para el administrado, proveyéndole la información necesaria para que, en caso de disconformidad o agravio, ejerza los mecanismos recursivos que le franquea la ley, tanto ante la Administración como la jurisdicción. Entonces, tal requisito no será satisfecho sino cuando los argumentos del órgano administrativo que adopta la resolución consistan en razones objetivas y comprobables que doten de razonabilidad a la decisión terminal, suprimiendo todo dejo de arbitrariedad” (Fallo de fecha 18 de marzo de 2021, dictado en causa rol N° 103.349-2020).

Finalmente, también se puede citar lo razonado en la sentencia de 21 de abril de 2021, pronunciada en autos rol N° 144.219-2020, en la que se expresa que “es un requisito sustancial en la dictación de un acto administrativo, la expresión del motivo o fundamento, pues la omisión está vinculada a una exigencia que ha sido puesta como condición de mínima de racionalidad, ya que permite y promueve el conocimiento del contenido y



fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado”, destacando, en ese sentido, que “la fundamentación del acto administrativo es un elemento de su esencia, cuya existencia siempre está bajo el control de la judicatura”.

Trigésimo primero: Finalmente, esta Corte estima pertinente dejar explícitamente asentadas dos reflexiones.

Por una parte, el examen del asunto sometido al conocimiento de este tribunal ha puesto de relieve la indudable necesidad de una mayor competencia entre las instituciones de salud previsional que intervienen en esta actividad, considerando que, tal como lo expresa la Superintendencia de Salud en el documento denominado “Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021. Metodología de cálculo”, “Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra”.



En ese sentido resulta imperioso recordar que, en un mercado que debiera ser competitivo también por los precios ofrecidos para la cobertura de prestaciones similares, ello no se logra cuando -como es de público conocimiento- todas las Isapres abiertas deciden aplicar como variación porcentual para todos sus planes de salud, salvas las excepciones legalmente establecidas, el guarismo fijado en la Resolución Exenta N° 352 de la citada Superintendencia, aspecto en torno al cual la recurrida se limita a invocar aquellos antecedentes que estima favorables para su posición, esto es, la fijación del mentado incremento en ese 7,6%.

Por otra parte, es útil consignar que, más allá de la decisión de acoger el recurso de protección en examen y con independencia de las medidas de cautela que se dirán en lo resolutivo, los cotizantes de la Isapre recurrida no se verán liberados del cumplimiento de sus principales obligaciones contractuales y, en consecuencia, deberán seguir pagando, íntegramente, las sumas de dinero, expresadas en Unidades de Fomento, correspondientes a su plan de salud, dado que esta sentencia solamente ha resuelto lo relacionado con el alza o incremento del precio base de los planes individuales de salud suscritos por los cotizantes con las Isapres.



Por las anteriores consideraciones y de conformidad con lo que disponen el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se confirma** la sentencia apelada, con declaración de que:

1.- Se deja sin efecto la comunicación de la Isapre Colmena Golden Cross S.A. a la Superintendencia de Salud de 17 de marzo de 2022, por medio de la cual informa que subirá un 7,6% todos los planes de salud;

2.- Consecuencialmente, se deja sin efecto el alza porcentual de los precios bases de todos los planes de salud administrados por la Isapre Colmena Golden Cross S.A., informada a dicha autoridad de conformidad con lo dispuesto en el art. 198, letra e) del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud;

3.- La Superintendencia de Salud dispondrá las medidas administrativas para que, en el evento de que se haya cobrado a otros afiliados las cantidades resultantes del alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la recurrida, éstos hayan optado por un plan diferente o su desafiliación, dichas cantidades sean restituidas como excedentes de cotizaciones o, en su caso, se revoque la modificación de los planes acordada para evitar el alza dejada sin efecto o se reintegre a los afiliados que, para evitar su pago, han optado por su desafiliación;



4.- La Superintendencia de Salud dispondrá un plazo prudencial para que Isapre Colmena Golden Cross S.A. cumpla fundadamente y con antecedentes que verificará, con la comunicación prevista en el artículo 198, letra e) del DFL N° 1 del Ministerio de Salud del año 2005, de manera que la propuesta de alza proporcional a todos sus planes de salud, para el año 2022, se ajuste a los parámetros legales.

5.- **El Secretario de esta Corte oficiará a todas las Cortes de Apelaciones** que estén conociendo recursos de protección contra Isapre Colmena Golden Cross S.A. por la variación porcentual de los precios bases de todos sus planes de salud, comunicada a la Superintendencia de Salud con fecha 17 de marzo de 2022 y a sus afiliados en las cartas correspondientes, para que se agregue copia autorizada de esta sentencia.

6.- Sin perjuicio de todo lo resuelto, se deja sin efecto el alza en el valor del precio base del plan de salud de la parte recurrente.

Se previene que el Ministro Sr. Matus concurre al acuerdo y fallo, pero sin compartir lo señalado en los considerandos noveno a décimo cuarto ni lo decidido en el numeral 4 de lo resolutivo.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Matus.

Rol N° 12.514-2022.



Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E. y Sr. Jean Pierre Matus A.

SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO

Fecha: 18/08/2022 15:12:27

ANGELA FRANCISCA VIVANCO
MARTINEZ

MINISTRA

Fecha: 18/08/2022 15:12:28

ADELITA INES RAVANALES
ARRIAGADA

MINISTRA

Fecha: 18/08/2022 15:12:29

MARIO ROLANDO CARROZA
ESPINOSA

MINISTRO

Fecha: 18/08/2022 15:12:29

JEAN PIERRE MATUS ACUÑA
MINISTRO

Fecha: 18/08/2022 15:12:30



JLRDXXHKPXX

Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Angela Vivanco M., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E., Jean Pierre Matus A. Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

En Santiago, a dieciocho de agosto de dos mil veintidós, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.



Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

Vistos:

De la sentencia en alzada, se reproduce únicamente la parte expositiva.

Y teniendo en su lugar y, además, presente:

Primero: Que, en la especie, se ha deducido recurso de protección en favor de don Jorge David Yáñez Castro en contra de Isapre Colmena Golden Cross S.A., en razón del acto de esta última que califica de ilegal y arbitrario, consistente en la modificación unilateral por el cual se alza el precio base del plan de salud del actor, que estima infundada, proceder que se habría traducido en la vulneración de las garantías previstas en el inciso final del N° 9 y en el N° 24, ambos del artículo 19 de la Constitución Política de la República.

Funda su acción en que, el 18 de marzo de 2022, la recurrida informó a su parte de un alza del 7,6% mensual en el precio de su plan de salud, comunicación en la que Colmena Golden Cross se limita a exponer que dicho aumento obedece a las pérdidas que esa compañía ha sufrido, sin expresar, no obstante, razonamiento causal alguno que dé cuenta de un aumento de costos que justifique un incremento de tal magnitud. Resalta que para fijar en un 7,6% el porcentaje máximo de ajuste que las Isapres pueden aplicar en las adecuaciones de precios de sus planes de salud, la Superintendencia de Salud



utilizó el promedio de los años 2019, 2020 y 2021 del ICRSA, o Indicador Referencial de Costos de Salud, parámetro que ya había calculado en ocasiones anteriores, como en el proceso de adecuación del año 2019, evento en el que, al acoger los recursos de protección que cuestionaron el citado proceso, esta Corte manifestó que los motivos del alza deben ser razonables, sin que baste para tal fin una mera cita de datos. Arguye que, en otras palabras, el incremento que impugna se debe fundar en cambios efectivos y verificables de los precios de las prestaciones cubiertas por el plan, pese a lo cual la recurrida se limita a entregar argumentos genéricos que no justifican de modo alguno el motivo de esta modificación unilateral, proceder que estima de mayor relevancia si se considera que la recurrida no sólo debe justificar la decisión de aumentar el precio base de los planes de salud, sino que, además, debe explicar por qué motivo optó por aplicar el específico porcentaje de incremento que eligió.

A lo dicho, agrega que el precio del citado plan fue acordado en unidades de fomento, de manera que recibe reajustes periódicos que estima suficientes para cubrir los mayores costos que deba enfrentar, superior ponderación de reajustabilidad que tampoco ha justificado en su procedencia.



Conforme a lo razonado, asevera que el acto impugnado, que califica de ilegal y arbitrario, amenaza y perturba las garantías del inciso final del N° 9 y del N° 24, ambos del artículo 19 de la Carta Fundamental, puesto que por su intermedio se grava su patrimonio con el pago de una suma mayor que la acordada, sin que medie razón alguna que justifique semejante proceder, a la vez que ese mayor precio pone en riesgo la permanencia del actor en el sistema de salud y con ello la libertad de elegir el sistema de salud que la Constitución le permite.

Termina solicitando que se deje sin efecto la adecuación del precio base del plan de salud de que se trata, con costas.

Segundo: Que, al informar, la Isapre recurrida pide el rechazo del recurso, con costas.

Al respecto, expone que la Ley N° 21.350 modificó el procedimiento de adecuación de los precios base de los planes de salud, estableciendo que la Superintendencia de Salud debe determinar, de acuerdo a parámetros objetivos, la variación máxima aplicable a estas alzas, de modo que, al tenor del párrafo segundo de la letra d) del nuevo artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, el índice así fijado por dicha autoridad *"se entenderá justificado para todos los efectos legales"*, determinación que elimina toda arbitrariedad o ilegalidad en el alza de los precios referidos.



Enseguida explica que, para el presente proceso de adecuación, el señalado parámetro fue regulado por la Superintendencia en un 7,6% y que en su elaboración, de acuerdo al artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, se tuvieron en consideración los Índices Referenciales de Costos de la Salud (IRCSA) de los años 2019, 2020 y 2021, para cuyo cálculo las Isapres informaron mensualmente a la Superintendencia de las prestaciones bonificadas a sus afiliados y de los subsidios por incapacidad laboral, incluyendo las licencias reclamadas, datos que fueron sometidos a un proceso de validación por parte de la autoridad, de lo que deduce que se trata de información veraz.

Expone, además, que su parte cumplió todos los requisitos de publicidad establecidos en la normativa vigente, puesto que, con fecha 17 de marzo de 2022, informó a la Superintendencia de Salud su decisión de incrementar el precio base de los planes de salud en un 7,6%, a la vez que, observando lo establecido en la Circular IF/N° 401 de esa Superintendencia, informó de tal alza a sus afiliados mediante correo electrónico o carta certificada, además de practicar publicaciones en el Diario Oficial, en sus sucursales y en su página web señalando que aplicaría el mencionado porcentaje de aumento.



Concluye señalando que debió alzar los precios base de los planes de salud a fin de dar sustentabilidad a la empresa y mantener los beneficios elegidos por sus asegurados.

Tercero: Que, al conocer de la acción cautelar intentada, la Corte de Apelaciones de Arica decidió desestimar las pretensiones del actor basada, en lo medular, en que la Isapre recurrida no actuó de manera ilegal al aumentar el precio del plan base de salud de aquél, dado que al hacerlo se ajustó, precisamente, a las nuevas exigencias dispuestas por el legislador en la Ley N° 21.350, a la vez que tampoco obró de forma arbitraria, pues el incremento de que se trata se encuentra previsto en las disposiciones que regulan esta materia, sin perjuicio de que en su aplicación se observó lo estatuido en la citada normativa legal, todo lo cual condujo a los sentenciadores a concluir, de acuerdo a lo preceptuado en el inciso segundo de la letra d) del numeral 2° del artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005 que el índice de variación porcentual de que se trata se debe entender *“justificado para todos los efectos legales”*.

En esas condiciones, los juzgadores asentaron, además, que la recurrida no transgredió las garantías constitucionales invocadas por el actor.



Cuarto: Que, al apelar de la decisión antedicha, el recurrente sostiene, en lo esencial, que el aumento del precio en comento se encuentra condicionado a la ocurrencia de un cambio efectivo y verificable del valor de las prestaciones médicas cubiertas por el plan, como consecuencia de una alteración sustancial de sus costos, circunstancia que, a su juicio, no se ha verificado en la especie. Al respecto, enfatiza que, al comunicar a su parte la adecuación en examen, Colmena Golden Cross se limitó a formular afirmaciones genéricas y sin respaldo, hasta el punto de omitir toda explicación relativa a los motivos que justifican el alza del precio de que se trata, el porcentaje elegido y la razón por la cual no se determinó uno distinto.

Aduce, además, que la cifra elegida por la Isapre para dicho incremento se basa en un análisis de la operación conjunta de las Isapres abiertas del sistema y no indaga en la situación particular de cada institución.

Quinto: Que, para una acertada resolución de este conflicto, es preciso tener presente, en primer lugar, que la Ley N° 21.350, de 14 de junio de 2022, modificó los anteriores artículos 197 y 198 del DFL N° 1 de 2005, e introdujo un nuevo artículo 198 bis y disposiciones aplicables específicamente a los años 2020, 2021 y 2022, que cambiaron la regulación anterior que permitía, en ciertas condiciones, alzas anuales en los planes de



salud. De este modo, se prohibieron las alzas en los años 2020 y 2021 y para los siguientes años se establecieron reglas generales y una transitoria para el 2022.

En efecto, antes de estas modificaciones, las reglas aplicables eran las siguientes:

El inciso tercero del artículo 197 disponía, en lo que interesa, que: *"Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan"*.

A su turno, el artículo 198 disponía, en lo pertinente, que: *"La libertad de las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 197 de esta Ley, se sujetará a las siguientes reglas:*

1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRES deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

[...]



2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

[...]

4.- La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

[...]



Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine".

Sexto: *Que, en cambio, en cuanto a las reglas generales, el actual inciso 3° del artículo 197 prescribe: "Anualmente, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan".*

Por su parte, dicho artículo 198 establece: *"Las modificaciones a los precios base de los planes de salud se sujetarán a las siguientes reglas:*

1. El Superintendente de Salud fijará mediante resolución, anualmente, un indicador que será un máximo para las instituciones de Salud Previsional que apliquen una variación porcentual al precio bases de sus planes de salud, conforme al procedimiento que se establece en el numeral siguiente.



2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deberá seguir el siguiente procedimiento:

a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud. Asimismo, deberá incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que se revisará al menos cada tres años, aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores que sirvan para el cálculo del indicador, en especial los señalados en el párrafo precedente.

b) Para estos efectos, la Superintendencia de Salud validará mensualmente los registros de prestaciones y sus frecuencias, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de



Salud Previsional. Se considerará como período de referencia del indicador a que se refiere el numeral 1 de este artículo, los meses de enero a diciembre de al menos dos años anteriores a la publicación del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá requerir del Fondo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y de los demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario para el correcto cálculo del indicador. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección de la ley N.º 19.628, sobre protección de la vida privada.

c) En el proceso de validación de los registros, la Superintendencia de Salud tendrá amplias facultades para requerir de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos.

d) Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud. Dicha resolución deberá



publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales.

e) En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud.

En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

A continuación, el artículo 198 bis de dicho cuerpo legal establece: "Para que las Isapres puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud, conforme a lo establecido en el artículo precedente, deberán haber dado estricto cumplimiento, en el año



precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, así como a las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, en conformidad con lo establecido en el artículo 138 de esta ley, en ambos casos de acuerdo a las normas de general aplicación que dicte la Superintendencia de Salud al respecto, pudiendo establecer cumplimientos parciales, que no podrán ser inferiores al 50 por ciento de la establecida en el decreto respectivo. Ambas obligaciones deberán ser acreditadas por los organismos que tengan convenios vigentes con la Superintendencia de Salud, en el mes de enero del año en que se aplique el indicador señalado, lo que será fiscalizado por la Superintendencia de Salud. En caso de alerta sanitaria, el Superintendente de Salud podrá rebajar prudencialmente las metas asignadas”.

Finalmente, para el proceso de modificación de precios bases de los planes de salud para el presente año 2022, el artículo transitorio segundo de la Ley N.º 21.350 establece que el indicador a que se refiere el citado artículo 198 “deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser



superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior”; y su artículo tercero transitorio agrega: “Las metas a que se refiere el artículo 198 bis entrarán en vigencia a contar del 1.º de enero del año 2022”.

Séptimo: Que, en lo que concierne a la historia del establecimiento de la Ley N° 21.350, cabe resaltar que ésta fue discutida inicialmente en el marco de la pandemia por el brote de Covid-19, proceso durante el cual fueron refundidas tres mociones parlamentarias que, en términos generales, tenían por finalidad prohibir que las Isapres pudieran modificar o poner término unilateral, en períodos de epidemia o pandemia, a los contratos de salud que mantuvieran con sus afiliados. A propósito de la tramitación legislativa de tales iniciativas se consideró la posibilidad de establecer una regulación permanente en este ámbito, que no estuviera limitada a la contingencia sanitaria reinante. En ese contexto, y por medio de una indicación aprobada en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, en Primer Trámite Constitucional, se propuso modificar el DFL N° 1 de Salud entregando a la autoridad competente el deber de calcular *“un indicador de variación de los precios de las prestaciones de salud, tomando en cuenta la frecuencia*



con que fueron utilizadas y la variación del gasto del subsidio por incapacidad, en su caso”, aludiendo a un “IPC de la salud”, que tenía por objeto “evitar distorsiones y alzas desmedidas e injustificadas en el próximo año, en que ya no esté vigente la pandemia, y que se vuelva a la norma en las que las isapres reajustan sus planes, por ahora, con cierta restricción”.

Sobre este particular, y en lo que se refiere específicamente a la construcción de este índice, el Superintendente de Salud de la época manifestó, ante la Comisión de Salud, que *“el gran riesgo lo constituye la validación de los datos de las prestaciones contenidos en los archivos maestros que entregan las Isapres, porque son esos antecedentes los que se consideran para determinar la variación en la frecuencia en las prestaciones y variación en el precio”,* agregando que para desarrollar tal labor fue creada una Unidad de Gestión de Datos y un Comité de Datos, agregando, en lo que atañe a la *“metodología y forma en la que se construye el indicador”,* que recurrieron *“al INE para la revisión y validación del indicador, porque ellos son expertos en indicadores”* y que *“las Isapres pueden reajustar los planes, pero deben hacerlo de acuerdo a parámetros objetivos, validados y sobre todo, dando certeza sobre el sistema de cobro, a las personas que contratan un plan”.*



En ese contexto, durante la discusión particular del proyecto que se verificó ante el Senado los senadores Goic, Quinteros y Girardi presentaron una indicación que estableció una serie de reglas destinadas a determinar el referido indicador de variación porcentual, a las que se deberían sujetar las Isapres al modificar sus planes de salud, conforme a las cuales sería el Superintendente de Salud quien fijaría anualmente este parámetro.

Si bien el Ejecutivo formuló observaciones a dicha propuesta, recogió sus ideas matrices al presentar sus propias indicaciones, en las que incorporó como factor de cálculo *"las variaciones en las frecuencias de las prestaciones"*, pues *"el actual problema es el control de la frecuencia, es decir, cómo aumenta el número de prestaciones de un año a otro"*, además de incluir la *"modalidad libre elección de FONASA como un elemento a considerar en el algoritmo que, de cierta forma, contenga el eventual aumento en el sistema de Isapre"*.

Finalmente, los Senadores de la Comisión de Salud, en conjunto con el Ejecutivo, presentaron un acuerdo que recogió estas indicaciones y que constituye, en definitiva, el texto de la Ley N° 21.350, actualmente vigente.

Octavo: Que, en consecuencia, luego de la modificación legislativa, el régimen de adecuación del



precio de los planes de salud, se advierte, en conclusión:

1.- Ha sido el legislador quien ha establecido, regulado y mantenido la posibilidad de revisión anual por parte de las Isapres del precio base de los planes de salud individual acordados en los contratos de salud previsional;

2.- Para la realización de aquel incremento corresponde: a) Por una parte, cumplir con el procedimiento legal (art. 198), en que la Superintendencia de Salud determinará anualmente el índice máximo de variación porcentual que se podrá aplicar a los precios base de los planes de salud; b) Luego de lo anterior, corresponde a cada Isapre acordar y comunicar a la autoridad la decisión fundada de adecuar en general sus planes, y c) Cumplida la anterior determinación se deberá ejercer también fundadamente esta opción y "en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan" (art. 197), la que corresponde poner en conocimiento de los afiliados;

3.- Ante la carta de la Isapre, comunicando el alza de los planes de salud, al ejercer la adecuación de los mismos, los cotizantes pueden: a) Aceptar los nuevos precios fijados por la Isapre; b) Desafiliarse de la



Institución o c) Impugnar administrativa o judicialmente la adecuación informada por la Isapre.

4.- Operando la reforma en régimen, a lo menos cada tres años, por decreto supremo del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, se aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para fijar un indicador máximo de variación porcentual que cada una de las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud, estableciendo la ponderación de los factores que sirvan para su cálculo.

5.- La misma Superintendencia de Salud validará mensualmente: (i) los registros de prestaciones y sus frecuencias, pudiendo requerir a las Isapres y prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos; (ii) la cartera de beneficiarios, y (iii) los subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional.

6.- De igual modo, la Superintendencia de Salud, anualmente, deberá: a) calcular los índices (i) de variación de los costos de las prestaciones de salud, (ii) de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas, (iii) de variación del costo en subsidios



por incapacidad laboral del sistema privado de salud, y b) incorporar en el cálculo (iv) el costo de las nuevas prestaciones y (v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y (vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.

7.- Con toda la información anterior, según se expresó, los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, por resolución fundada, publicada en el Diario Oficial y en su página web, y conforme al procedimiento legal, el Superintendente de Salud fijará el indicador máximo de variación porcentual que las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud. El índice de variación porcentual, así fijado, se entenderá justificado para todos los efectos legales.

8.- En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio base de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje de ajuste informado que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicado por la Superintendencia de Salud. En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.



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

10.- Para el primer año de vigencia de la reforma introducida por la Ley N° 21.350, el cálculo del indicador del artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, se compondrá por el promedio de los últimos tres indicadores determinados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el fijado a marzo de 2022. Este índice en ningún caso podrá ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior.

11.- Como se ha dicho, cumplidas las determinaciones anteriores se podrá modificar fundadamente el precio de todos sus planes de salud individual, siempre en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan (inciso 3° del artículo 197), y no se sobrepase el índice de variación porcentual máximo fijado por la autoridad (letra d), del numeral 2, del artículo 198), expresando los motivos que sustentan dicho proceder.



Noveno: Que, en consideración a lo anterior, en estos autos la revisión de la cuestión controvertida debe ser realizada en su integridad, por lo que adquiere, a lo menos, las siguientes dimensiones:

Primero, en el examen indispensable que se debe realizar en torno al procedimiento por el cual la Superintendencia de Salud determina el Índice de Variación Porcentual que se aplicará como máximo a los precios de los planes de Salud o Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA), con el objeto de precisar si éste se ajustó a las exigencias previstas por el legislador en el régimen permanente, por la diferente normativa reglamentaria que debe ser expedida, como el régimen establecido transitoriamente, en la primera oportunidad en que comience a regir la modificación legislativa introducida por la Ley N° 21.350;

En segundo lugar, la comunicación de las Instituciones de Salud Provisional de aumentar o no el precio de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje en que realizarán dicho ajuste, y

En tercer término, la comunicación a los cotizantes de la decisión de aumentar o no los costos de los planes de salud y el porcentaje en que se incrementarán.

Décimo: Que, en cuanto al examen del procedimiento de fijación del indicador del alza máxima porcentual de los planes base de salud, fijados por la Resolución Exenta SS



N° 352 de 2 de marzo del corriente, es necesario señalar que, por medio de la Circular IF/N° 401, la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350", y que, por Resolución Exenta SS N° 352 de 2 de marzo de 2022 y publicada en el Diario Oficial el día 10 del mismo mes y año, "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

A efectos de una adecuada comprensión del procedimiento y allegar a esta causa los antecedentes tenidos a la vista por la autoridad al dictar las mentadas resoluciones, referidos sólo a través de enlaces en su texto, se requirió por este Tribunal a la Superintendencia de Salud informar: "1.- En relación al Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA) del año 2019, calculado el año 2020; del año 2020, calculado el año 2021 y del año 2021, calculado a estos efectos a marzo del año 2022; 2.- La variación referencial del costo operacional del Sistema de Isapre; 3.- El costo por cobertura de prestaciones de salud y el costo por pago de subsidio de incapacidad laboral por Isapre, de acuerdo con la información que conste en sus registros públicos; 4.- Indicar los ingresos percibidos por las Isapres por



concepto de planes de salud, y los gastos en que han incurrido por tal concepto desde los años 2019 a 2021; 5.- Señalar el comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo periodo referido; 6.- Hacer referencia a toda información pertinente y acompañar un cálculo general y desagregado por Isapre”.

Ante dicha consulta, la autoridad administrativa respondió mediante el Oficio Ordinario SS/N° 1591 de 6 de junio de 2022, en el cual consigna que los detalles del mecanismo de cálculo del indicador contenido en la Resolución Exenta SS/N° 352, de 2 de marzo de 2022, se encuentran publicados en la página web de la Superintendencia, en el enlace que especifica, sin perjuicio de lo cual aparece copia del “Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021”, del “Indicador referencial de costos de la salud (IRCSA)” de 2019, de 2020 y del 2021, copia de la “Metodología IRCSA” de 2019, de 2020 y de 2021, de los “Resultados IRCSA” de estos mismos años y, además, del “Procesamiento IRCSA 2021”. A ello añade que, para calcular el indicador en comento, empleó los “Valores publicados del IRCSA”, que corresponden a un 5,2% para el IRCSA de 2019, al -0,5% para el IRCSA de 2020 y a un 26,2% para el IRCSA de 2021, cifras que ponderó en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo



de cada IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia del sistema y una mayor ponderación al año base con menor ganancia del sistema, además de incorporar las diferencias financieras que hubo durante ese período provocadas por la pandemia.

Precisando lo anterior, ante un nuevo requerimiento de este Tribunal, en el Oficio Ordinario SS/N° 1728, de 22 de junio de 2022, la Superintendencia señala, en primer lugar, que no existen, para cada Isapre, indicadores comparables a los estimados para el conjunto del sistema, esto es, aquellos considerados en cada uno de los Indicadores Referenciales de Costos de la Salud, o IRCSA, de los años 2019, 2020 y 2021, motivo por el cual no cuenta con información desagregada por institución, como se le solicitó entregar.

Enseguida informa de los costos por cobertura de prestaciones de salud y por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral para el período 2018-2021 respecto de cada Isapre, según cifras acumuladas a diciembre de cada año; a continuación se refiere a los ingresos percibidos por cada Isapre por concepto de planes de salud entre 2018 y 2021, acumulados a diciembre de cada año, noción en la que incluye la cotización legal, la cotización adicional voluntaria y el elemento "otros aportes", que, sin embargo, no detalla; luego alude a los gastos en que incurrieron dichas instituciones, en el mismo período,



por "costos de venta", también acumulados a diciembre de cada año, que incluyen, "mayoritariamente", los gastos en prestaciones de salud y en subsidios por incapacidad laboral, sin explicar, empero, cuáles son los otros componentes que integran este apartado.

En lo que atañe al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo período", señala el número de prestaciones médicas otorgadas por persona afiliada al sistema, por Isapre, y el número de días de licencia autorizados por cotizante, por Isapre, ambos para el período 2018-2021.

Por último, y en cuanto a la información relevante pedida, da cuenta de las ganancias o pérdidas por Isapre, a diciembre de cada año, para el lapso comprendido entre 2018 y 2021, e incluye, además, indicadores financieros por Isapre, para el mismo intervalo, que comprenden la siniestralidad, la rentabilidad del ingreso y la rentabilidad del capital y reservas, pese a que la ley no contempla ninguno de tales conceptos como antecedentes a considerar para calcular el índice de que se trata en la especie.

Finalmente, y aun cuando se requirió a la autoridad que remitiera "toda información pertinente", que informara acerca de la "variación referencial del costo operacional del sistema de Isapre", que indicara cuáles son "los gastos en que han incurrido" las Isapres por



concepto de planes de salud y que se refiriera al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema", es lo cierto que la Superintendencia del ramo nada dijo acerca de los restantes factores que, de acuerdo a la ley, ha debido considerar en el cálculo del índice de que se trata, pues, por ejemplo, guarda silencio acerca del "costo de las nuevas prestaciones" y de la "variación de frecuencia de uso de las prestaciones" verificadas en la modalidad de libre elección de FONASA, sin perjuicio de que tampoco se ha informado si en este ejercicio se consideró "cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud" y, de ser así, a cuál se recurrió.

Como conclusión de lo anterior y ante la ausencia de antecedentes que permitan concretar la revisión judicial, destinada a precisar el cumplimiento de las exigencias legales en la determinación del Indicador Referencial de Costos de Salud, lleva a asumir el cumplimiento de la norma legal que dispone expresamente que se tendrá por justificado para todos los efectos legales el índice establecido por la Superintendencia de Salud en esta ocasión, por así disponerlo perentoriamente el legislador.

Décimo primero: Que se deja establecido, en todo caso, que luego de la revisión administrativa de los



elementos de juicio respectivos debe explicarse la forma en que la referida Superintendencia asumió los porcentajes de incremento del Índice de Precios al Consumidor, el cual contempla en su determinación el aumento de los costos de la así llamada División "Salud", que pondera específicamente un 7,76778% de la canasta del IPC base 2018, que posteriormente se tendrá en consideración para fijar el valor de la Unidad de Fomento, equivalente monetario en el cual se encuentra fijado el precio de los planes de salud, como ha tenido oportunidad de señalar esta Corte con anterioridad al expresar que *"cabe dejar anotado que los precios de bienes y servicios en el ámbito de la salud se encuentran actualmente incorporados en dicha medición general. La llamada división 'Salud' -que pondera un 5,4% del total- se divide en tres grupos: el primero está formado por la canasta de productos que los hogares adquieren para curar sus enfermedades, incluyéndose por ejemplo los medicamentos genéricos. En el segundo se valoriza un conjunto de consultas médicas de diferentes especialidades considerando los precios en la Modalidad Libre Elección de Fonasa, precios acordados entre prestadores e Isapres y aquellos aplicados a particulares que no estén en los casos anteriores. Y en el tercero se aprecian los servicios de mayor frecuencia de uso en hospitales y clínicas privadas, a partir de las tres*



modalidades de pago antes descritas. De este modo no es posible dejar de destacar que el aumento del costo de la salud, que se calcula mediante el Índice de Precios al Consumidor nacional, se va recogiendo mensualmente en el precio de los contratos de salud al estar pactados en unidades de fomento, equivalente monetario que, además, incorpora mensualmente el reajuste acumulativo y no lineal del Índice de Precios al Consumidor". (Sentencia dictada por esta Corte con fecha 29 de abril de 2013, en autos rol N° 9051-2012. Asimismo, y sólo a modo ejemplar, en autos rol N° 1658-2013 y N° 2904-2013).

De la misma manera, la revisión administrativa ha de tener en consideración los demás antecedentes recabados por la autoridad, obedeciendo el mandato de la letra a) del numeral 2 del artículo 198, que le impone tener en consideración *"cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud"*, dado que únicamente se recibe la documentación de las Isapres, la cual corresponde se señale la forma en que se procedió a fiscalizar su exactitud, al no existir en la regulación legislativa una instancia que entregue participación a los cotizantes, sin que se pueda limitar a señalar que simplemente registra, pero no valida la comunicación de las Isapres.

Igualmente, en cumplimiento de este mandato, ha debido la autoridad ponderar la integración vertical que



concorre en el mercado de la salud privada, lo cual ha destacado esta Corte en ocasiones anteriores, como por ejemplo al sostener que *"un dato que no es posible desechar dice relación con la integración vertical de la mayoría de las Isapres abiertas con los proveedores de salud, sean clínicas o redes ambulatorias. Dado que el indicador del costo operacional de las Isapres sólo considera la variación del valor de las prestaciones del sector privado, surge el reparo de que dicho índice pueda ser controlado por las propias instituciones de salud previsional a través de la propiedad de los prestadores, los cuales podrán incrementar sus precios y luego éstos ser traspasados por las Isapres en sus reajustes anuales, convalidando el aumento a través de ese mecanismo"* (fallo de 29 de abril de 2013, pronunciado en autos rol N° 9051-2012. Verbi gracia, igualmente, en autos rol N° 1658-2013, N° 2904-2013, N° 5054-2013 y N° 5056-2013), lo cual no se advierte en los antecedentes proporcionados.

Ante las amplias facultades con que la ley ha dotado a la autoridad administrativa para reunir antecedentes al fijar el ICRSA, de la misma manera no se ha podido dejar de observar la conducta de los actores del sistema de salud privada, como son los cotizantes, médicos, clínicas, hospitales y laboratorios, respecto de los cuales no se ha alegado un comportamiento inapropiado, puesto que ante un problema de salud, en general las



personas acogen y cumplen las indicaciones impartidas por los profesionales de la medicina, quienes determinan las prestaciones que corresponde entregar a un paciente para restablecer su salud, el cual utiliza las herramientas que le proporciona la tecnología. Son tales prestaciones las que el legislador ha dispuesto que queden asumidas por el cotizante y las Instituciones de Salud Previsional, conforme a un contrato tipo, suscrito por adhesión y parcialmente dirigido respecto de algunas de sus cláusulas, que responde a una finalidad de servicio público.

Décimo segundo: En fin, una labor que se desarrolle con la debida diligencia importa examinar los estados financieros y gestión de las Isapres, como ocurre con las sociedades en general y las aseguradoras en particular y, de ser necesario, se coordinará con la autoridad sectorial correspondiente, pero no puede quedar sin tal supervigilancia que si la tienen otras sociedades en nuestro país, respecto de lo cual esta Corte ha tenido oportunidad de referirse pormenorizadamente.

Así, por ejemplo, examinando la labor de auditoría, este tribunal ha sostenido que: "la información de que disponían en relación a la naturaleza de sus funciones y la responsabilidad que ésta lleva consigo, imponía revisar la evidencia con espíritu crítico y, ante la concurrencia de variados antecedentes que alertaban sobre



la situación, examinarlas a fondo [...] la falta de exhaustividad en su dictamen se reflejó en el informe emitido, con lo cual se incumplieron las normas que le imponían un proceder diligente, prudente, profesional y observador de todas las disposiciones”, añadiendo que “su obligación es llevar a cabo un adecuado desarrollo del análisis financiero contable de todos los asientos en un período, como igualmente relacionarlo con otras sociedades o empresas que están vinculadas de diferentes formas, puesto que su actuar primero está vinculado con garantizar que todas las operaciones se asentaron en los registros contables, pero igualmente que dichas operaciones son regulares conforme a la ley, en términos tales que permita evitar riesgos y daños a la misma empresa o terceros extraños, si el proceder o finalidad puede resultar cuestionable” (Sentencia de 26 de abril de 2021, dictada en autos rol N° 79.288-2020).

Del mismo modo se ha puesto de relieve que “el deber de conducta exigido a las clasificadoras de riesgo dice relación con la realización de un ‘correcto análisis’ de la información que le es entregada, debiendo solicitar antecedentes adicionales si, con los disponibles, no es posible alcanzar dicho objetivo actuando con la diligencia exigida”, de modo que no se infringe el principio de tipicidad al haber sancionado a la reclamante por “no haberse procurado información



relevante razonablemente verificada de la Compañía" (Fallo de 19 de mayo de 2016, pronunciado en causa rol N° 7560-2015).

En este mismo sentido y, en particular, en lo vinculado con la relevancia de la información contenida en los estados financieros trimestrales, es posible recordar lo decidido por esta Corte, verbi gracia, en autos roles N° 3054-2010, N° 7340-2012 y N° 1625-2013).

Décimo tercero: Como se dijo, la Circular IF/N° 401 "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350" y la Resolución Exenta SS N° 352 "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

Al dictar esta última resolución la autoridad tuvo presente que la Superintendencia de Salud ha calculado anualmente el denominado "Indicador Referencial de Costos de la Salud", también conocido como IRCSA, por medio del cual se determina la variación referencial del costo operacional del sistema de Isapres, para lo cual se atiende al costo en la cobertura de prestaciones de salud y al costo por pagos de subsidio de incapacidad laboral. Enseguida dejó asentado que el IRCSA 2019, calculado para el año 2020, alcanzó al 5.2%; que el IRCSA 2020, calculado para el año 2021, fue de -0,5% y, finalmente,



que el IRCSA 2021, calculado para el año 2022, ascendió al 26.2%, dejando establecido que los documentos de respaldo se encuentran en su página web institucional, antecedentes a los cuales no se ha podido acceder, como tampoco han sido acompañados por las partes.

En ese entendido, y considerando que el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350 dispone que, para el primer año de vigencia, el indicador estará compuesto por el promedio de los últimos tres indicadores, calculados por la Superintendencia para los años 2020 y 2021 y a marzo de 2022, concluye que el valor en términos porcentuales del indicador promediado asciende a 7,6%, valores y ponderaciones asumidos por la autoridad, cuyos antecedentes no han sido acompañados a este expediente. Reitera: "Para obtener el valor mencionado, se aplicó la siguiente metodología, de acuerdo con la Ley N° 21.350, que señala que el valor del indicador a aplicar para el proceso de adecuación de 2022, corresponde al promedio de los indicadores calculados para 2020, 2021 y 2022 (respectivamente IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021)".

Sin embargo, se explica que, para obtener el valor en comento, se calculó el referido promedio empleando una ponderación definida en función de las ganancias del sistema de Isapres abiertas en el año base respectivo de cada IRCSA, de modo que otorgó una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al



año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante el período, provocadas por la pandemia, remitiéndose a su página web para consultar los antecedentes.

Agrega igualmente que el valor indicado es inferior a la variación de la partida del Ministerio de Salud en la Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior, que ascendió al 11,7%.

Como se ha dicho, esta resolución tiene la naturaleza de un acto administrativo, por lo que como tal debe entregar los motivos que lo fundamentan, puesto que importa una decisión de la Superintendencia de Salud, en la que expresa su voluntad y ejerce potestades públicas, a lo cual se agrega el hecho que debe dar plena publicidad al procedimiento y sus fundamentos.

Décimo cuarto: Que, como se observa, el Superintendente de Salud expidió el citado acto administrativo y fundó la determinación allí contenida solamente en los antecedentes que le proporcionaron las Isapres al efecto. Sin embargo, ha debido recopilar y requerir todos los que le impone tener en consideración el ordenamiento jurídico.

Décimo quinto: Que, una vez emitida la Resolución Exenta SS N° 352 de 2 de marzo de 2022, y dentro del plazo previsto al efecto, la Isapre recurrida comunicó a



la autoridad que aumentaría el precio base de sus planes de salud y que dicho incremento ascendería, precisamente, a un 7,6%, esto es, a la misma cifra fijada como monto máximo para estos efectos por la Superintendencia de Salud.

Décimo sexto: Que, para resolver la legalidad de dicho incremento, es necesario reiterar que el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 (Salud), distingue entre el indicador de variación porcentual máxima de los precios base de los planes de salud elaborado por la Superintendencia de Salud y la decisión de las Isapres de aplicar a sus precios base una variación porcentual y su cuantía, estableciendo para uno y otra requisitos y oportunidades diferenciadas.

En efecto, el indicador elaborado por la Superintendencia de Salud es, según el Diccionario, lo que sirve para indicar, esto es, mostrar o significar el máximo de la variación porcentual de los precios base de los planes de salud, esto es, en la acepción aplicable, el *"límite superior o extremo a que puede llegar"*. Ese límite superior o extremo se calcula, para el año 2022, de conformidad con las reglas de las letras a) a d) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, antes citados y al artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350. Y, como se expresa en la frase final de esa letra d), *"El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos*



los efectos legales". En la especie, ese límite superior ha sido publicado dentro del plazo fijado por la ley al efecto, con fecha 10 de marzo del corriente, mediante Resolución Exenta SS N° 352.

En cambio, la decisión eventual de las Isapres de aplicar o no una variación porcentual en los precios base de sus planes de salud se sujeta, para el presente año 2022, a las reglas establecidas en la letra e) del citado artículo 198 y a las del 198 bis, ambos de DFL N° 1 de 2005 y al artículo tercero transitorio de la Ley N° 21.350. Allí se dispone que dicha decisión deberá adoptarse por cada Isapre e informarse a la Superintendencia de Salud quince días después de publicado el indicador de variación porcentual máxima para cada año, que la variación decidida *"en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud"* y que deberá aplicarse *"a todos sus planes de salud"*, siempre que durante el año 2021, haya *"dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud"*. El procedimiento para llevar adelante tal decisión ha sido fijado por la Superintendencia de Salud, mediante Circular IF/N° 401, de fecha 30 de diciembre de 2021, que



"Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350".

Décimo séptimo: Que, en el mismo sentido, se ha pronunciado la Superintendencia de Salud en el punto 8 de la Resolución Exenta IF/N° 58, de 26 de enero de 2022, al resolver el recurso presentado por Isapre Colmena Golden Cross S.A., en contra de aquella parte de la Circular IF/N° 401, dictada por la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, que "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350", que establecía la obligación de las Isapres de enviar a la Superintendencia la información que justificaba el alza del precio base que aplicarían a sus planes de salud, sin que ello importe su validación. Allí se señala:

"Que, en primer lugar, las recurrentes solicitan que se deje sin efecto el párrafo cuarto del punto 1 "Comunicación de la adecuación propuesta por la Isapre", del Título III del Capítulo I del Compendio de Procedimientos. Dicho párrafo efectivamente fue incorporado por el numeral 1.2 del acápite III de la Circular, en los siguientes términos: "Además, en la misma oportunidad señalada precedentemente, las Isapres deberán enviar a esta Superintendencia, la información que justifique el precio base que aplicarán a sus planes



de salud, lo que no significa que con dicho envío la Superintendencia valide la referida información."

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

Los preceptos transcritos establecen que el indicador que calcula la Superintendencia se entenderá justificado, pero éste no constituye el porcentaje de alza que cada Isapre debe aplicar, sino sólo un límite que ninguna de ellas podrá exceder. En otras palabras, no es lo mismo que la ley otorgue justificación al indicador a que se la



otorgue al alza, pues aquél no es más que un límite que en ningún caso podría ser sobrepasado, pero no es necesariamente el reflejo del alza de costos experimentada por cada una de las Isapres por separado.

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

Décimo octavo: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a los señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 –en su formulación actual– y en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la



jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), *“el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud”*, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, han sido previstos.

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud. Y que, para el caso del proceso 2022, *“deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual*



no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior".

Décimo noveno: Que, según informó a esta Corte la Superintendencia de Salud, para realizar el cálculo del índice de alza máxima proporcional para el proceso del año 2022, han de ponderarse, en primer término, los índices (IRCSA) de los años 2019, 2020 y 2021, en la forma establecida en el Resolución Exenta N° 352 de 2022. De conformidad con lo señalado en el número 4 de la referida Resolución Exenta N° 352, cada uno de esos IRCSA *"determina la variación referencial del costo operacional del sistema Isapre, el que se compone del costo en la cobertura de prestaciones de salud y del costo por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral"*. Estos indicadores, calculados de conformidad con la metodología a que se hace referencia, determinaron una variación en los costos operacionales del sistema de Isapres de 5,2% para el año 2019; de -0,5% para el año 2020 y de 26,2% para el año 2021.

A continuación, para dar cumplimiento a lo preceptuado en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, se indica en el N° 9 de la referida Resolución Exenta N° 352 que *"La Superintendencia de Salud calcula*



el promedio de los IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021, con una ponderación definida en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de casa IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante ese período, provocadas por la pandemia”.

En el documento que dicha resolución refiere para realizar esta ponderación, disponible en el hiperenlace https://supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20802_recurso_1.pdf, se expresa la forma de su cálculo, indicando los ponderadores anuales correspondientes aplicables a cada IRCSA anual (0,290, para el año 2019; 0,469 para el 2020 y 0,241 para el 2021), concluyendo que “Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra.”



Vigésimo: Que, en consecuencia, es posible afirmar que, conforme con la actual regulación de la materia, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable "*a todos los planes de salud*" ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que el artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, la Ley N° 21.350 y la Resolución Exenta N° 352 establecen, y, al mismo tiempo, que no es posible aceptar que, por el solo hecho de ajustarse dicha determinación al máximo fijado por la Superintendencia de Salud, tal decisión pueda estimarse justificada o no arbitraria para todos los efectos legales.

Vigésimo primero: Que, establecido lo anterior, cabe hacerse cargo de la legalidad o arbitrariedad de la decisión de Isapre Colmena Golden Cross S.A. en cuanto a proponer a sus afiliados un alza porcentual de un 7,6% para todos los planes de salud que administra, salvas las excepciones legales, teniendo presente que no se discute por la recurrente la forma y oportunidad en que recibió la comunicación de la adecuación al alza del precio de su plan de salud, ni el cumplimiento por parte de la recurrida de las restantes formalidades previstas en la



mencionada Circular IF/N° 401, ni que la propuesta de alza supere el máximo fijado por la Resolución Exenta SS N° 352.

Vigésimo segundo: Que, a este respecto, la carta de "Comunicación de adecuación por ajuste de excedentes", dirigida al recurrente por la recurrida, Isapre Colmena Golden Cross S.A., señala que, de conformidad con lo dispuesto por la Ley N° 21.350, de 14 de junio de 2021, la Superintendencia de Salud "fijará", durante los diez primeros días de marzo, el "Índice de variación porcentual", *"porcentaje máximo que las Isapres podrán utilizar para reajustar el precio base de sus planes de salud"*. A continuación, se explica someramente la forma cómo se calcula dicho índice: *"el indicador que se aplicará para el primer año de vigencia de esta ley (2022) se compone por disposición legal del promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2019, 2020 y 2021, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior"*, agregando: *"Para el cálculo de este Índice, se considera la variación de los costos de las prestaciones de salud, su frecuencia de uso y la variación del gasto*



en subsidios por incapacidad laboral (Licencias Médicas) del sistema privado de salud".

Luego, se expresa que "con fecha 02 de marzo de 2022, la Superintendencia de Salud dictó la Resolución Exenta SS N°352, incorporada en la página web de la Superintendencia de Salud y publicada en el Diario Oficial con fecha 10 de marzo de 2022" y que "esta resolución fija en 7,6% el porcentaje máximo de ajuste que las Isapres deberán considerar en la adecuación de precios de planes de salud y conforme la Ley 21.350, el índice de variación porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales".

Se explica enseguida cómo se define el indicador y se sostiene: "El incremento de los costos de salud registrados durante el último año e informados por la Superintendencia de Salud, llevó a las Isapres a registrar millonarias pérdidas durante el año 2021, que para el caso de Colmena ascendieron a 13.497 millones de pesos, motivo por el cual resulta indispensable realizar un ajuste a los precios base de los planes de salud en el porcentaje determinado por la Autoridad", para concluir que "encontrándose definido el Indicador en la forma antes señalada y habiendo Isapre Colmena informado a la Autoridad el porcentaje de incremento a aplicar, conforme la normativa vigente, le informamos que el precio base



para su Plan de Salud MIX R 6013, durante el periodo 2022-2023, tendrá un alza de 7,60%".

Finaliza especificando los efectos del alza dispuesta en el pago de las cotizaciones correspondientes, y se dan a conocer los derechos y opciones del afiliado, incluyendo información sobre planes alternativos, lugares y canales de comunicación con la Isapre para su discusión y los recursos de que dispone ante la Superintendencia de Salud, en caso de estar disconforme con los planes alternativos propuestos, así como la posibilidad que se le ofrece de desafiliarse en el plazo que indica, en caso de no estar conforme con dichos planes ni con el alza propuesta.

Vigésimo tercero: Que, previo a resolver la razonabilidad de la justificación invocada, es necesario hacerse cargo de la aplicabilidad a su enjuiciamiento de los criterios establecidos en la jurisprudencia uniforme de esta Corte, conforme a la legislación vigente con anterioridad a la publicación de la Ley N° 21.350, en junio de 2021. En síntesis, dicha jurisprudencia exige que para considerar razonable un alza porcentual en los precios bases de los planes de salud, es necesario: a) Que ella responda a cambios efectivos y verificables de las prestaciones cubiertas por el plan individual de salud a que se refieren; b) Que, por lo mismo, ella no se fundamente aludiendo a cifras y criterios generales que



los costos de la institución recurrida para otorgar las prestaciones a que está obligada han aumentado, refiriendo valores ilustrativos como los del entonces vigente Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCISA); y c) Que ella haga referencia a un análisis pormenorizado, racional y que tenga un cabal respaldo técnico que permita su verificación.

Vigésimo cuarto: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a lo señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, en los términos de las modificaciones introducidas por la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), *“el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud”*, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, se prevén en su letra a).



Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Vigésimo quinto: Que, en consecuencia, si bien es posible afirmar que, conforme con la nueva regulación antes transcrita, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable "*a todos los planes de salud*" ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que la Ley N° 21.350 establece, reseñados en el considerando anterior.

Vigésimo sexto: Que, no obstante, la carta en la que se comunica el alza porcentual del plan base de la



recurrente no hace referencia a dichos factores, sino que ofrece, como fundamentación material, "el incremento de los costos de salud registrados durante el último año e informados por la Superintendencia de Salud, llevó a las Isapres a registrar millonarias pérdidas durante el año 2021, que para el caso de Colmena ascendieron a 13.497 millones de pesos, motivo por el cual resulta indispensable realizar un ajuste a los precios base de los planes de salud en el porcentaje determinado por la Autoridad", mismo antecedente que se reproduce en el informe preceptivo.

Al respecto, lo primero que cabe observar es que el monto de las pérdidas o ganancias de la recurrida no se encuentra entre los factores señalados por la Ley N° 21.350, por lo que su invocación no puede considerarse una justificación razonable ni el motivo de la propuesta de alza porcentual del precio base del plan de salud del recurrente.

En segundo término, que la sola mención genérica de un supuesto incremento de costos informado a la Superintendencia de Salud tampoco es suficiente para cumplir con las exigencias de la letra a) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, pues con ello no se da cumplimiento a la necesidad de expresar: i) la variación de los costos en las prestaciones de salud otorgadas por la recurrida; ii) la variación de la frecuencia de uso



experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral pagados por ella; iv) el costo de las nuevas prestaciones que ha incorporado; iv) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y v) los elementos que le han servido para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Vigésimo séptimo: Que, por lo expresado en los considerandos anteriores, no cabe sino concluir que la recurrida actuó de manera ilegal y arbitraria al proponer a la recurrente una variación porcentual del precio base de su plan de salud sin fundamentar su decisión en los parámetros establecidos en la Ley N° 21.350 para poder hacer tal propuesta, dentro del margen previsto por el indicador de porcentaje máximo de variación de precio base de sus planes fijado por la Superintendencia de Salud, por lo que el recurso interpuesto deberá acogerse, según se expondrá en lo resolutivo del presente fallo.

Vigésimo octavo: Que, por otra parte, esta Corte no puede dejar de señalar que el acto sustancialmente recurrido en esta causa no es propiamente la carta por la que la recurrida comunica a la recurrente la decisión de proponer una variación porcentual de los precios base de todos los planes de salud que administra en el máximo permitido por el indicador fijado al efecto por la



Superintendencia de Salud, sino esa decisión propiamente tal. En efecto, como dispone la letra e) del citado artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, *"en el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud"*.

Según consta en documento acompañado al informe de la recurrida, dicha decisión se comunicó la Superintendencia de Salud con fecha 17 de marzo de 2022. En el punto 4.- de dicha comunicación se señala que *"el incremento de los costos de salud registrados durante el último año e informado por esa Superintendencia de Salud (26,2%), llevó a las Isapres a registrar millonarias pérdidas durante el año 2021, que para el caso de Colmena ascenderían a 13.497 millones de pesos, motivo por el cual resulta indispensable realizar un ajuste a los precios base de los planes de salud en el porcentaje máximo determinado por esta autoridad"*.

Luego, esa decisión fue comunicada por la recurrida a todos los afiliados en la forma prevista en la Circular IF/N° 401, de 30 de diciembre de 2021, tanto a nivel



general –mediante una publicación en el Diario Oficial, avisos en las sucursales y enlaces en sus páginas de internet–, como individual, mediante cartas de adecuación como la que origina la presente causa. En todas estas comunicaciones la información transmitida respecto del porcentaje de variación del precio base de todos los planes de salud que la Isapre administra, salvo las excepciones legales, no pudo ser otra que la decidida y comunicada a la Superintendencia de Salud, con fecha 17 de marzo de 2022.

Así lo señala expresamente la recurrida en su informe y en la carta origen de la acción intentada en estos autos, donde se expresa: *“encontrándose definido el Indicador en la forma antes señalada y habiendo Isapre Colmena informado a la Autoridad el porcentaje de incremento a aplicar, conforme la normativa vigente, le informamos que el precio base para su Plan de Salud [...], durante el periodo 2022-2023, tendrá un alza de 7,60%”*.

Luego, las únicas variaciones posibles en las cartas de adecuación de los precios base enviadas por la recurrida a todos sus afiliados, entre ellos el recurrente, son aquellas que tienen que ver con las alternativas de planes que, de conformidad con el Compendio de Normas aplicable deben ofrecer a los afiliados para que decidan si reclamar de ellas o permanecer o no en la Isapre.



Vigésimo noveno: Que, por tanto, al acoger este recurso, para dar adecuada protección al recurrente y a todos los afectados con la decisión impugnada, con pleno respeto del principio de igualdad consagrado en el artículo 19, N° 2 de la Constitución Política de la República, esta Corte deberá declarar como arbitraria la decisión de la recurrida de proponer alzar porcentualmente en un 7,6% todos los planes de salud que administra, comunicada a la Superintendencia de Salud el día 17 de marzo de 2022 y al recurrente por medio de la carta origen de esta acción cautelar, de fecha 18 de marzo de 2022, por carecer de fundamentos ajustados a las exigencias legales, ordenando las medidas que se indicarán en lo resolutive para restablecer el imperio del derecho, de conformidad con las facultades conferidas en el artículo 20 de la Carta Fundamental.

Trigésimo: Que, al respecto cabe consignar adicionalmente que las Isapres, al prestar un servicio de seguridad social estrictamente regulado y que impone – como en el presente caso– la motivación de las decisiones que afecten a sus afiliados, se sujetan a similares exigencias que los órganos de la administración para justificar la razonabilidad de sus actos, pues solo a través de una adecuada motivación “se exteriorizan las razones que han llevado a la Administración a dictarlo, exigencia que se impone en virtud del principio de



legalidad. En efecto, en nuestro ordenamiento jurídico, la Ley N° 19.880, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, consagra los principios de transparencia y publicidad, en cuanto permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado, calidad que precisamente detenta el organismo demandado. Es así como el artículo 11 inciso segundo del referido texto legal, previene la obligación de motivar en el mismo acto administrativo la decisión, los hechos y fundamentos de derecho que afecten los derechos o prerrogativas de las personas. A su turno, también el artículo 41 inciso cuarto del aludido texto legal dispone que 'las resoluciones que contenga la decisión, serán fundadas'. Proceder que, por lo demás, se hace enteramente exigible por mandato del artículo 8° de la Constitución Política de la República" (Sentencia de 16 de junio de 2017, expedida en autos rol N° 3598-2017).

En esta perspectiva este tribunal también ha sostenido que "el fin último de la exigencia de motivación de todo acto administrativo no es otro que requerir la explicitación de sus fundamentos racionales, de manera tal que sean comprensibles para el administrado, proveyéndole la información necesaria para que, en caso de disconformidad o agravio, ejerza los



mecanismos recursivos que le franquea la ley, tanto ante la Administración como la jurisdicción. Entonces, tal requisito no será satisfecho sino cuando los argumentos del órgano administrativo que adopta la resolución consistan en razones objetivas y comprobables que doten de razonabilidad a la decisión terminal, suprimiendo todo dejo de arbitrariedad" (Fallo de fecha 18 de marzo de 2021, dictado en causa rol N° 103.349-2020).

Finalmente, también se puede citar lo razonado en la sentencia de 21 de abril de 2021, pronunciada en autos rol N° 144.219-2020, en la que se expresa que "es un requisito sustancial en la dictación de un acto administrativo, la expresión del motivo o fundamento, pues la omisión está vinculada a una exigencia que ha sido puesta como condición de mínima de racionalidad, ya que permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado", destacando, en ese sentido, que "la fundamentación del acto administrativo es un elemento de su esencia, cuya existencia siempre está bajo el control de la judicatura".

Trigésimo primero: Por último, esta Corte estima pertinente dejar explícitamente asentadas dos reflexiones.

Por una parte, el examen del asunto sometido al conocimiento de este tribunal ha puesto de relieve la



indudable necesidad de una mayor competencia entre las instituciones de salud previsional que intervienen en esta actividad, considerando que, tal como lo expresa la Superintendencia de Salud en el documento denominado "Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021. Metodología de cálculo", "Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra".

En ese sentido resulta imperioso recordar que, en un mercado que debiera ser competitivo también por los precios ofrecidos para la cobertura de prestaciones similares, ello no se logra cuando -como es de público conocimiento- todas las Isapres abiertas deciden aplicar como variación porcentual para todos sus planes de salud, salvo las excepciones legalmente establecidas, el guarismo fijado en la Resolución Exenta N° 352 de la citada Superintendencia, aspecto en torno al cual la recurrida se limita a invocar aquellos antecedentes que



estima favorables para su posición, esto es, la fijación del mentado incremento en ese 7,6%.

Por otra parte, es útil consignar que, más allá de la decisión de acoger el recurso de protección en examen y con independencia de las medidas de cautela que se dirán en lo resolutivo, los cotizantes de la Isapre recurrida no se verán liberados del cumplimiento de sus principales obligaciones contractuales y, en consecuencia, deberán seguir pagando, íntegramente, las sumas de dinero, expresadas en Unidades de Fomento, correspondientes a su plan de salud, dado que esta sentencia solamente ha resuelto lo relacionado con el alza o incremento del precio base de los planes individuales de salud suscritos por los cotizantes con las Isapres.

Por las anteriores consideraciones y de conformidad con lo que disponen el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se revoca** la sentencia apelada y, en su lugar, se declara que **se acoge** el recurso deducido por Jorge David Yáñez Castro en contra de Isapre Colmena Golden Cross y, en consecuencia, se dispone:

1.- Que se deja sin efecto la comunicación de la Isapre Colmena Golden Cross S.A. a la Superintendencia de Salud de 17 de marzo de 2022, por medio de la cual informa que subirá un 7,6% todos los planes de salud;



2.- Que, consecuencialmente, se deja sin efecto el alza porcentual de los precios bases de todos los planes de salud administrados por la Isapre Colmena Golden Cross S.A., informada a dicha autoridad de conformidad con lo dispuesto en el art. 198, letra e) del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud;

3.- Que la Superintendencia de Salud dispondrá las medidas administrativas para que, en el evento de que se haya cobrado a otros afiliados las cantidades resultantes del alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la recurrida, éstos hayan optado por un plan diferente o su desafiliación, dichas cantidades sean restituidas como excedentes de cotizaciones o, en su caso, se revoque la modificación de los planes acordada para evitar el alza dejada sin efecto o se reintegre a los afiliados que, para evitar su pago, han optado por su desafiliación;

4.- Que la Superintendencia de Salud dispondrá un plazo prudencial para que Isapre Colmena Golden Cross S.A. cumpla fundadamente y con antecedentes que verificará, con la comunicación prevista en el artículo 198, letra e) del DFL N° 1 del Ministerio de Salud del año 2005, de manera que la propuesta de alza proporcional a todos sus planes de salud, para el año 2022, se ajuste a los parámetros legales.



5.- Que el Secretario de esta Corte oficiará a todas las Cortes de Apelaciones que estén conociendo recursos de protección contra Isapre Colmena Golden Cross S.A. por la variación porcentual de los precios bases de todos sus planes de salud, comunicada a la Superintendencia de Salud con fecha 17 de marzo de 2022 y a sus afiliados en las cartas correspondientes, para que se agregue copia autorizada de esta sentencia.

6.- Que, sin perjuicio de todo lo resuelto, se deja sin efecto el alza en el valor del precio base del plan de salud de la parte recurrente.

Se previene que el Ministro Sr. Matus concurre al acuerdo y fallo, pero sin compartir lo señalado en los considerandos noveno a décimo cuarto ni lo decidido en el numeral 4 de lo resolutivo.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Matus.

Rol N° 12.508-2022.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E. y Sr. Jean Pierre Matus A.

SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:23

ANGELA FRANCISCA VIVANCO
MARTINEZ
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:12:24



ADELITA INES RAVANALES
ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:12:25

MARIO ROLANDO CARROZA
ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:26

JEAN PIERRE MATUS ACUÑA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:26



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Angela Vivanco M., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E., Jean Pierre Matus A. Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

En Santiago, a dieciocho de agosto de dos mil veintidós, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.



Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

Vistos:

De la sentencia en alzada se reproduce únicamente la parte expositiva.

Y teniendo en su lugar y, además, presente:

Primero: En la especie ha comparecido doña Daniela Paz Cornejo Fontalba deduciendo recurso de protección en contra de Isapre Consalud S.A., en razón del acto de esta última que califica de ilegal y arbitrario, consistente en la modificación unilateral del precio base de su plan de salud, que estima infundada, proceder que se habría traducido en la vulneración de las garantías previstas en el inciso final del N° 9 y en el N° 24, ambos del artículo 19 de la Constitución Política de la República.

Funda su acción en que la recurrida ha adecuado el precio base de su plan de salud en un 7,6%, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 21.350, para lo cual la Isapre debe justificar el motivo por el cual decidió ajustar dicho valor en el monto máximo permitido, considerando en particular que el precio en comento se encuentra regulado en unidades de fomento y que, por lo mismo, ya ha sido aumentado en virtud de tal parámetro.

Alega que la facultad de adecuación de que se trata es de carácter excepcional, motivo por el cual su ejercicio debe ser debidamente fundado, lo que significa que la Isapre debe justificar la decisión de hacer uso de



tal atribución en antecedentes fácticos verificables, fidedignos y concretos, sin que resulte motivo suficiente para aplicar esta revisión la referencia a datos y antecedentes genéricos, como ocurre en el caso de autos.

Conforme a lo razonado, asevera que el acto impugnado amenaza las garantías constitucionales descritas y termina solicitando que se deje sin efecto la adecuación del precio base de su plan de salud, con costas.

Segundo: Al informar, la Isapre recurrida pidió el rechazo del recurso, con costas.

Al respecto, expone que la Ley N° 21.350 modificó el procedimiento de adecuación de los precios base de los planes de salud, determinando que la Superintendencia de Salud debe establecer el porcentaje de variación máxima de estas alzas, con el fin de poner término al fenómeno de judicialización que se ha producido en esta materia. Sostiene que, en dicho contexto, con fecha 10 de marzo de 2022 se publicó en el Diario Oficial la Resolución Exenta N° 352 de 2 de marzo de 2022, de la Superintendencia de Salud, que fijó en un 7,6% el porcentaje máximo aplicable para los fines de que se trata.

Enseguida, arguye que el recurso de protección debe ser desechado debido a su falta de oportunidad, toda vez que no existe cautela urgente que adoptar, puesto que la Ley N° 21.350 estatuye que el citado porcentaje de



aumento se debe entender justificado para todos los efectos legales.

A continuación, aduce que su parte no ha incurrido en acto ilegal o arbitrario alguno, desde que actuó conforme a la preceptiva que rige esta materia, al respetar tanto el guarismo regulado por la autoridad, como el procedimiento aplicable, ya que comunicó a la Superintendencia y a sus afiliados que aumentaría el precio base de sus planes y el monto de tal incremento, cifra esta última que, como se dijo, se ha de entender justificada para todos los efectos legales.

Finalmente asevera que no ha vulnerado garantía fundamental alguna de la actora, desde que esa Isapre obró con estricto apego a la ley.

Tercero: Al conocer de la acción cautelar intentada, la Corte de Apelaciones de Arica decidió desestimar las pretensiones de la actora basada, en lo medular, en que el actuar de la Isapre se ajusta a lo previsto en el artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, pues practicó la adecuación del precio base del plan conforme a los parámetros técnicos empleados por el ente regulador, sin perjuicio de que, además, el alza aplicada no supera el indicador calculado por la Superintendencia de Salud, todo lo cual permite descartar la ilegalidad invocada. Asimismo, los falladores concluyeron que la recurrida no actuó de manera arbitraria, considerando que



es el propio sistema el que ha establecido el incremento censurado en autos, hasta el punto de que el inciso segundo de la letra d) del N° 2 del citado artículo 198 establece que la variación porcentual así fijada se encuentra justificada para todos los efectos legales. Luego, los juzgadores dejaron asentado que, al decidir la recurrida incrementar el precio base de sus planes de salud en un monto igual al máximo fijado por la Superintendencia, no requiere justificar, nuevamente, los motivos de tal determinación o la circunstancia de haberlo hecho en el máximo permitido, por tratarse de un procedimiento en el que se contempla la presunción antedicha.

En esas condiciones los juzgadores asentaron, además, que la recurrida no transgredió las garantías constitucionales invocadas por la actora.

Cuarto: Al apelar de la decisión antedicha la recurrente reitera, en lo esencial, los fundamentos de su acción, enfatizando que la facultad de aumentar en un 7,6% el valor del plan de salud de su parte debe entenderse condicionada a un cambio efectivo y verificable del valor de las prestaciones médicas, en razón de una alteración sustancial de los costos de la Isapre, circunstancia que no se ha podido verificar en el caso de autos, pues la recurrida se limitó a invocar, de manera somera y genérica, que ha experimentado un aumento



de sus costos, así como millonarias pérdidas, nada de lo cual ha sido justificado, no habiéndose aparejado a la comunicación antecedentes que sustenten tales afirmaciones.

Quinto: Que, para una acertada resolución de este conflicto, es preciso tener presente, en primer lugar, que la Ley N° 21.350, de 14 de junio de 2022, modificó los anteriores artículos 197 y 198 del DFL N° 1 de 2005, e introdujo un nuevo artículo 198 bis y disposiciones aplicables específicamente a los años 2020, 2021 y 2022, que cambiaron la regulación anterior que permitía, en ciertas condiciones, alzas anuales en los planes de salud. De este modo, se prohibieron las alzas en los años 2020 y 2021 y para los siguientes años se establecieron reglas generales y una transitoria para el 2022.

En efecto, antes de estas modificaciones, las reglas aplicables eran las siguientes:

El inciso tercero del artículo 197 disponía, en lo que interesa, que: *"Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan"*.

A su turno, el artículo 198 disponía, en lo pertinente, que: *"La libertad de las Instituciones de*



Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 197 de esta Ley, se sujetará a las siguientes reglas:

1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRES deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

[...]

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos



contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

[...]

4.- La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

[...]

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine".

Sexto: Que, en cambio, en cuanto a las reglas generales, el actual inciso 3° del artículo 197 prescribe: "Anualmente, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan".



Por su parte, dicho artículo 198 establece: "Las modificaciones a los precios base de los planes de salud se sujetarán a las siguientes reglas:

1. El Superintendente de Salud fijará mediante resolución, anualmente, un indicador que será un máximo para las instituciones de Salud Previsional que apliquen una variación porcentual al precio bases de sus planes de salud, conforme al procedimiento que se establece en el numeral siguiente.

2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deberá seguir el siguiente procedimiento:

a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud. Asimismo, deberá incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que se revisará al menos cada tres años,



aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores que sirvan para el cálculo del indicador, en especial los señalados en el párrafo precedente.

b) Para estos efectos, la Superintendencia de Salud validará mensualmente los registros de prestaciones y sus frecuencias, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional. Se considerará como período de referencia del indicador a que se refiere el numeral 1 de este artículo, los meses de enero a diciembre de al menos dos años anteriores a la publicación del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá requerir del Fondo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y de los demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario para el correcto cálculo del indicador. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección de la ley N.º 19.628, sobre protección de la vida privada.

c) En el proceso de validación de los registros, la Superintendencia de Salud tendrá amplias facultades para requerir de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud toda la información financiera,



contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos.

d) Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales.

e) En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud.

En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

Los nuevos precios entrarán en vigencia a partir del mes de junio de cada año, con excepción de aquellos planes que a dicha fecha tengan menos de un año, de



aquellos expresados en la cotización legal voluntaria y de aquellos que se rigen de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 200 de este cuerpo legal.”

A continuación, el artículo 198 bis de dicho cuerpo legal establece: “Para que las Isapres puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud, conforme a lo establecido en el artículo precedente, deberán haber dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, así como a las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, en conformidad con lo establecido en el artículo 138 de esta ley, en ambos casos de acuerdo a las normas de general aplicación que dicte la Superintendencia de Salud al respecto, pudiendo establecer cumplimientos parciales, que no podrán ser inferiores al 50 por ciento de la establecida en el decreto respectivo. Ambas obligaciones deberán ser acreditadas por los organismos que tengan convenios vigentes con la Superintendencia de Salud, en el mes de enero del año en que se aplique el indicador señalado, lo que será fiscalizado por la Superintendencia de Salud. En caso de alerta sanitaria, el Superintendente de Salud podrá rebajar prudencialmente las metas asignadas”.



Finalmente, para el proceso de modificación de precios bases de los planes de salud para el presente año 2022, el artículo transitorio segundo de la Ley N.º 21.350 establece que el indicador a que se refiere el citado artículo 198 *"deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior"*; y su artículo tercero transitorio agrega: *"Las metas a que se refiere el artículo 198 bis entrarán en vigencia a contar del 1.º de enero del año 2022"*.

Séptimo: Que, en lo que concierne a la historia del establecimiento de la Ley N.º 21.350, cabe resaltar que ésta fue discutida inicialmente en el marco de la pandemia por el brote de Covid-19, proceso durante el cual fueron refundidas tres mociones parlamentarias que, en términos generales, tenían por finalidad prohibir que las Isapres pudieran modificar o poner término unilateral, en períodos de epidemia o pandemia, a los contratos de salud que mantuvieran con sus afiliados. A propósito de la tramitación legislativa de tales iniciativas se consideró la posibilidad de establecer una



regulación permanente en este ámbito, que no estuviera limitada a la contingencia sanitaria reinante. En ese contexto, y por medio de una indicación aprobada en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, en Primer Trámite Constitucional, se propuso modificar el DFL N° 1 de Salud entregando a la autoridad competente el deber de calcular *"un indicador de variación de los precios de las prestaciones de salud, tomando en cuenta la frecuencia con que fueron utilizadas y la variación del gasto del subsidio por incapacidad, en su caso"*, aludiendo a un *"IPC de la salud"*, que tenía por objeto *"evitar distorsiones y alzas desmedidas e injustificadas en el próximo año, en que ya no esté vigente la pandemia, y que se vuelva a la norma en las que las isapres reajustan sus planes, por ahora, con cierta restricción"*.

Sobre este particular, y en lo que se refiere específicamente a la construcción de este índice, el Superintendente de Salud de la época manifestó, ante la Comisión de Salud, que *"el gran riesgo lo constituye la validación de los datos de las prestaciones contenidos en los archivos maestros que entregan las Isapres, porque son esos antecedentes los que se consideran para determinar la variación en la frecuencia en las prestaciones y variación en el precio"*, agregando que para desarrollar tal labor fue creada una Unidad de Gestión de Datos y un Comité de Datos, agregando, en lo



que atañe a la "metodología y forma en la que se construye el indicador", que recurrieron "al INE para la revisión y validación del indicador, porque ellos son expertos en indicadores" y que "las Isapres pueden reajustar los planes, pero deben hacerlo de acuerdo a parámetros objetivos, validados y sobre todo, dando certeza sobre el sistema de cobro, a las personas que contratan un plan".

En ese contexto, durante la discusión particular del proyecto que se verificó ante el Senado los senadores Goic, Quinteros y Girardi presentaron una indicación que estableció una serie de reglas destinadas a determinar el referido indicador de variación porcentual, a las que se deberían sujetar las Isapres al modificar sus planes de salud, conforme a las cuales sería el Superintendente de Salud quien fijaría anualmente este parámetro.

Si bien el Ejecutivo formuló observaciones a dicha propuesta, recogió sus ideas matrices al presentar sus propias indicaciones, en las que incorporó como factor de cálculo "las variaciones en las frecuencias de las prestaciones", pues "el actual problema es el control de la frecuencia, es decir, cómo aumenta el número de prestaciones de un año a otro", además de incluir la "modalidad libre elección de FONASA como un elemento a considerar en el algoritmo que, de cierta forma, contenga el eventual aumento en el sistema de Isapre".



Finalmente, los Senadores de la Comisión de Salud, en conjunto con el Ejecutivo, presentaron un acuerdo que recogió estas indicaciones y que constituye, en definitiva, el texto de la Ley N° 21.350, actualmente vigente.

Octavo: Que, en consecuencia, luego de la modificación legislativa, el régimen de adecuación del precio de los planes de salud, se advierte, en conclusión:

1.- Ha sido el legislador quien ha establecido, regulado y mantenido la posibilidad de revisión anual por parte de las Isapres del precio base de los planes de salud individual acordados en los contratos de salud previsional;

2.- Para la realización de aquel incremento corresponde: a) Por una parte, cumplir con el procedimiento legal (art. 198), en que la Superintendencia de Salud determinará anualmente el índice máximo de variación porcentual que se podrá aplicar a los precios base de los planes de salud; b) Luego de lo anterior, corresponde a cada Isapre acordar y comunicar a la autoridad la decisión fundada de adecuar en general sus planes, y c) Cumplida la anterior determinación se deberá ejercer también fundadamente esta opción y "en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan"



(art. 197), la que corresponde poner en conocimiento de los afiliados;

3.- Ante la carta de la Isapre, comunicando el alza de los planes de salud, al ejercer la adecuación de los mismos, los cotizantes pueden: a) Aceptar los nuevos precios fijados por la Isapre; b) Desafiliarse de la Institución o c) Impugnar administrativa o judicialmente la adecuación informada por la Isapre.

4.- Operando la reforma en régimen, a lo menos cada tres años, por decreto supremo del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, se aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para fijar un indicador máximo de variación porcentual que cada una de las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud, estableciendo la ponderación de los factores que sirvan para su cálculo.

5.- La misma Superintendencia de Salud validará mensualmente: (i) los registros de prestaciones y sus frecuencias, pudiendo requerir a las Isapres y prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos; (ii) la cartera de beneficiarios, y (iii) los subsidios por incapacidad



laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional.

6.- De igual modo la Superintendencia de Salud anualmente deberá: a) calcular los índices (i) de variación de los costos de las prestaciones de salud, (ii) de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas, (iii) de variación del costo en subsidios por incapacidad laboral del sistema privado de salud, y b) incorporar en el cálculo (iv) el costo de las nuevas prestaciones y (v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y (vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.

7.- Con toda la información anterior, según se expresó, los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, por resolución fundada, publicada en el Diario Oficial y en su página web, y conforme al procedimiento legal, el Superintendente de Salud fijará el indicador máximo de variación porcentual que las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud. El índice de variación porcentual, así fijado, se entenderá justificado para todos los efectos legales.

8.- En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador, las Isapres deberán



informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio base de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje de ajuste informado que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicado por la Superintendencia de Salud. En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

10.- Para el primer año de vigencia de la reforma introducida por la Ley N° 21.350, el cálculo del indicador del artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, se compondrá por el promedio de los últimos tres indicadores determinados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el fijado a marzo de 2022. Este índice en ningún caso podrá ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior.

11.- Como se ha dicho, cumplidas las determinaciones anteriores se podrá modificar fundadamente el precio de



todos sus planes de salud individual, siempre en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan (inciso 3° del artículo 197), y no se sobrepase el índice de variación porcentual máximo fijado por la autoridad (letra d), del numeral 2, del artículo 198), expresando los motivos que sustentan dicho proceder.

Noveno: Que, en consideración a lo anterior, en estos autos la revisión de la cuestión controvertida debe ser realizada en su integridad, por lo que adquiere, a lo menos, las siguientes dimensiones:

Primero, en el examen indispensable que se debe realizar en torno al procedimiento por el cual la Superintendencia de Salud determina el Índice de Variación Porcentual que se aplicará como máximo a los precios de los planes de Salud o Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA), con el objeto de precisar si éste se ajustó a las exigencias previstas por el legislador en el régimen permanente, por la diferente normativa reglamentaria que debe ser expedida, como el régimen establecido transitoriamente, en la primera oportunidad en que comience a regir la modificación legislativa introducida por la Ley N° 21.350;

En segundo lugar, la comunicación de las Instituciones de Salud Previsional de aumentar o no el



precio de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje en que realizarán dicho ajuste, y

En tercer término, la comunicación a los cotizantes de la decisión de aumentar o no los costos de los planes de salud y el porcentaje en que se incrementarán.

Décimo: Que, en cuanto al examen del procedimiento de fijación del indicador del alza máxima porcentual de los planes base de salud, fijados por la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo del corriente, es necesario señalar que, por medio de la Circular IF/N° 401, la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350", y que, por Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022 y publicada en el Diario Oficial el día 10 del mismo mes y año, "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

A efectos de una adecuada comprensión del procedimiento y allegar a esta causa los antecedentes tenidos a la vista por la autoridad al dictar las mentadas resoluciones, referidos sólo a través de enlaces en su texto, se requirió por este Tribunal a la Superintendencia de Salud informar: "1.- En relación al Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA) del



año 2019, calculado el año 2020; del año 2020, calculado el año 2021 y del año 2021, calculado a estos efectos a marzo del año 2022; 2.- La variación referencial del costo operacional del Sistema de Isapre; 3.- El costo por cobertura de prestaciones de salud y el costo por pago de subsidio de incapacidad laboral por Isapre, de acuerdo con la información que conste en sus registros públicos; 4.- Indicar los ingresos percibidos por las Isapres por concepto de planes de salud, y los gastos en que han incurrido por tal concepto desde los años 2019 a 2021; 5.- Señalar el comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo periodo referido; 6.- Hacer referencia a toda información pertinente y acompañar un cálculo general y desagregado por Isapre”.

Ante dicha consulta la autoridad administrativa respondió mediante el Oficio Ordinario SS/N° 1591, de 6 de junio de 2022, en el cual consigna que los detalles del mecanismo de cálculo del indicador contenido en la Resolución Exenta SS/N° 352, de 2 de marzo de 2022, se encuentran publicados en la página web de la Superintendencia, en el enlace que especifica, sin perjuicio de lo cual aparece copia del “Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021”, del “Indicador referencial de costos de la salud (IRCSA)” de 2019, de 2020 y del 2021, copia de la “Metodología IRCSA” de 2019,



de 2020 y de 2021, de los "Resultados IRCSA" de estos mismos años y, además, del "Procesamiento IRCSA 2021". A ello añade que, para calcular el indicador en comento, empleó los "Valores publicados del IRCSA", que corresponden a un 5,2% para el IRCSA de 2019, al -0,5% para el IRCSA de 2020 y a un 26,2% para el IRCSA de 2021, cifras que ponderó en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de cada IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia del sistema y una mayor ponderación al año base con menor ganancia del sistema, además de incorporar las diferencias financieras que hubo durante ese período provocadas por la pandemia.

Precisando lo anterior, ante un nuevo requerimiento de este Tribunal, en el Oficio Ordinario SS/N° 1728, de 22 de junio de 2022, la Superintendencia señala, en primer lugar, que no existen, para cada Isapre, indicadores comparables a los estimados para el conjunto del sistema, esto es, aquellos considerados en cada uno de los Indicadores Referenciales de Costos de la Salud, o IRCSA, de los años 2019, 2020 y 2021, motivo por el cual no cuenta con información desagregada por institución, como se le solicitó entregar.

Enseguida informa de los costos por cobertura de prestaciones de salud y por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral para el período 2018-2021 respecto de



cada Isapre, según cifras acumuladas a diciembre de cada año; a continuación se refiere a los ingresos percibidos por cada Isapre por concepto de planes de salud entre 2018 y 2021, acumulados a diciembre de cada año, noción en la que incluye la cotización legal, la cotización adicional voluntaria y el elemento "otros aportes", que, sin embargo, no detalla; luego alude a los gastos en que incurrieron dichas instituciones, en el mismo período, por "costos de venta", también acumulados a diciembre de cada año, que incluyen, "mayoritariamente", los gastos en prestaciones de salud y en subsidios por incapacidad laboral, sin explicar, empero, cuáles son los otros componentes que integran este apartado.

En lo que atañe al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo período", señala el número de prestaciones médicas otorgadas por persona afiliada al sistema, por Isapre, y el número de días de licencia autorizados por cotizante, por Isapre, ambos para el período 2018-2021.

Por último, y en cuanto a la información relevante pedida, da cuenta de las ganancias o pérdidas por Isapre, a diciembre de cada año, para el lapso comprendido entre 2018 y 2021, e incluye, además, indicadores financieros por Isapre, para el mismo intervalo, que comprenden la siniestralidad, la rentabilidad del ingreso y la rentabilidad del capital y reservas, pese a que la ley no



contempla ninguno de tales conceptos como antecedentes a considerar para calcular el índice de que se trata en la especie.

Finalmente, y aun cuando se requirió a la autoridad que remitiera "toda información pertinente", que informara acerca de la "variación referencial del costo operacional del sistema de Isapre", que indicara cuáles son "los gastos en que han incurrido" las Isapres por concepto de planes de salud y que se refiriera al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema", es lo cierto que la Superintendencia del ramo nada dijo acerca de los restantes factores que, de acuerdo a la ley, ha debido considerar en el cálculo del índice de que se trata, pues, por ejemplo, guarda silencio acerca del "costo de las nuevas prestaciones" y de la "variación de frecuencia de uso de las prestaciones" verificadas en la modalidad de libre elección de FONASA, sin perjuicio de que tampoco se ha informado si en este ejercicio se consideró "cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud" y, de ser así, a cuál se recurrió.

Como conclusión de lo anterior y ante la ausencia de antecedentes que permitan concretar la revisión judicial destinada a precisar el cumplimiento de las exigencias legales en la determinación del Indicador Referencial de



Costos de Salud, lleva a asumir el cumplimiento de la norma legal que dispone expresamente que se tendrá por justificado para todos los efectos legales el índice establecido por la Superintendencia de Salud en esta ocasión, por así disponerlo perentoriamente el legislador.

Décimo primero: Que se deja establecido, en todo caso, que luego de la revisión administrativa de los elementos de juicio respectivos debe explicarse la forma en que la referida Superintendencia asumió los porcentajes de incremento del Índice de Precios al Consumidor, el cual contempla en su determinación el aumento de los costos de la así llamada División "Salud", que pondera específicamente un 7,76778% de la canasta del IPC base 2018, que posteriormente se tendrá en consideración para fijar el valor de la Unidad de Fomento, equivalente monetario en el cual se encuentra fijado el precio de los planes de salud, como ha tenido oportunidad de señalar esta Corte con anterioridad al expresar que *"cabe dejar anotado que los precios de bienes y servicios en el ámbito de la salud se encuentran actualmente incorporados en dicha medición general. La llamada división 'Salud' -que pondera un 5,4% del total- se divide en tres grupos: el primero está formado por la canasta de productos que los hogares adquieren para curar sus enfermedades, incluyéndose por ejemplo los*



medicamentos genéricos. En el segundo se valoriza un conjunto de consultas médicas de diferentes especialidades considerando los precios en la Modalidad Libre Elección de Fonasa, precios acordados entre prestadores e Isapres y aquellos aplicados a particulares que no estén en los casos anteriores. Y en el tercero se aprecian los servicios de mayor frecuencia de uso en hospitales y clínicas privadas, a partir de las tres modalidades de pago antes descritas. De este modo no es posible dejar de destacar que el aumento del costo de la salud, que se calcula mediante el Índice de Precios al Consumidor nacional, se va recogiendo mensualmente en el precio de los contratos de salud al estar pactados en unidades de fomento, equivalente monetario que, además, incorpora mensualmente el reajuste acumulativo y no lineal del Índice de Precios al Consumidor". (Sentencia dictada por esta Corte con fecha 29 de abril de 2013, en autos rol N° 9051-2012. Asimismo, y sólo a modo ejemplar, en autos rol N° 1658-2013 y N° 2904-2013).

De la misma manera, la revisión administrativa ha de tener en consideración los demás antecedentes recabados por la autoridad, obedeciendo el mandato de la letra a) del numeral 2 del artículo 198, que le impone tener en consideración "cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud", dado que únicamente se recibe la documentación de las



Isapres, la cual corresponde se señale la forma en que se procedió a fiscalizar su exactitud, al no existir en la regulación legislativa una instancia que entregue participación a los cotizantes, sin que se pueda limitar a señalar que simplemente registra, pero no valida la comunicación de las Isapres.

Igualmente, en cumplimiento de este mandato, ha debido la autoridad ponderar la integración vertical que concurre en el mercado de la salud privada, lo cual ha destacado esta Corte en ocasiones anteriores, como por ejemplo al sostener que *“un dato que no es posible desechar dice relación con la integración vertical de la mayoría de las Isapres abiertas con los proveedores de salud, sean clínicas o redes ambulatorias. Dado que el indicador del costo operacional de las Isapres sólo considera la variación del valor de las prestaciones del sector privado, surge el reparo de que dicho índice pueda ser controlado por las propias instituciones de salud previsional a través de la propiedad de los prestadores, los cuales podrán incrementar sus precios y luego éstos ser traspasados por las Isapres en sus reajustes anuales, convalidando el aumento a través de ese mecanismo”* (fallo de 29 de abril de 2013, pronunciado en autos rol N° 9051-2012. Verbi gracia, igualmente, en autos rol N° 1658-2013, N° 2904-2013, N° 5054-2013 y N° 5056-2013), lo cual no se advierte en los antecedentes proporcionados.



Ante las amplias facultades con que la ley ha dotado a la autoridad administrativa para reunir antecedentes al fijar el ICRSA, de la misma manera no se ha podido dejar de observar la conducta de los actores del sistema de salud privada, como son los cotizantes, médicos, clínicas, hospitales y laboratorios, respecto de los cuales no se ha alegado un comportamiento inapropiado, puesto que ante un problema de salud, en general las personas acogen y cumplen las indicaciones impartidas por los profesionales de la medicina, quienes determinan las prestaciones que corresponde entregar a un paciente para restablecer su salud, el cual utiliza las herramientas que le proporciona la tecnología. Son tales prestaciones las que el legislador ha dispuesto que queden asumidas por el cotizante y las Instituciones de Salud Previsional, conforme a un contrato tipo, suscrito por adhesión y parcialmente dirigido respecto de algunas de sus cláusulas, que responde a una finalidad de servicio público.

Décimo segundo: En fin, una labor que se desarrolle con la debida diligencia importa examinar los estados financieros y gestión de las Isapres, como ocurre con las sociedades en general y las aseguradoras en particular y, de ser necesario, se coordinará con la autoridad sectorial correspondiente, pero no puede quedar sin tal supervigilancia que si la tienen otras sociedades en



nuestro país, respecto de lo cual esta Corte ha tenido oportunidad de referirse pormenorizadamente.

Así, por ejemplo, examinando la labor de auditoría, este tribunal ha sostenido que: "la información de que disponían en relación a la naturaleza de sus funciones y la responsabilidad que ésta lleva consigo, imponía revisar la evidencia con espíritu crítico y, ante la concurrencia de variados antecedentes que alertaban sobre la situación, examinarlas a fondo [...] la falta de exhaustividad en su dictamen se reflejó en el informe emitido, con lo cual se incumplieron las normas que le imponían un proceder diligente, prudente, profesional y observador de todas las disposiciones", añadiendo que "su obligación es llevar a cabo un adecuado desarrollo del análisis financiero contable de todos los asientos en un período, como igualmente relacionarlo con otras sociedades o empresas que están vinculadas de diferentes formas, puesto que su actuar primero está vinculado con garantizar que todas las operaciones se asentaron en los registros contables, pero igualmente que dichas operaciones son regulares conforme a la ley, en términos tales que permita evitar riesgos y daños a la misma empresa o terceros extraños, si el proceder o finalidad puede resultar cuestionable" (Sentencia de 26 de abril de 2021, dictada en autos rol N° 79.288-2020).



Del mismo modo se ha puesto de relieve que "el deber de conducta exigido a las clasificadoras de riesgo dice relación con la realización de un 'correcto análisis' de la información que le es entregada, debiendo solicitar antecedentes adicionales si, con los disponibles, no es posible alcanzar dicho objetivo actuando con la diligencia exigida", de modo que no se infringe el principio de tipicidad al haber sancionado a la reclamante por "no haberse procurado información relevante razonablemente verificada de la Compañía" (Fallo de 19 de mayo de 2016, pronunciado en causa rol N° 7560-2015).

En este mismo sentido y, en particular, en lo vinculado con la relevancia de la información contenida en los estados financieros trimestrales, es posible recordar lo decidido por esta Corte, verbi gracia, en autos roles N° 3054-2010, N° 7340-2012 y N° 1625-2013).

Décimo tercero: Como se dijo, la Circular IF/N° 401 "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350" y la Resolución Exenta SS N° 352 "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

Al dictar esta última resolución la autoridad tuvo presente que la Superintendencia de Salud ha calculado



anualmente el denominado "Indicador Referencial de Costos de la Salud", también conocido como IRCSA, por medio del cual se determina la variación referencial del costo operacional del sistema de Isapres, para lo cual se atiende al costo en la cobertura de prestaciones de salud y al costo por pagos de subsidio de incapacidad laboral. Enseguida dejó asentado que el IRCSA 2019, calculado para el año 2020, alcanzó al 5.2%; que el IRCSA 2020, calculado para el año 2021, fue de -0,5% y, finalmente, que el IRCSA 2021, calculado para el año 2022, ascendió al 26.2%, dejando establecido que los documentos de respaldo se encuentran en su página web institucional, antecedentes a los cuales no se ha podido acceder, como tampoco han sido acompañados por las partes.

En ese entendido, y considerando que el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, dispone que, para el primer año de vigencia, el indicador estará compuesto por el promedio de los últimos tres indicadores, calculados por la Superintendencia para los años 2020 y 2021 y a marzo de 2022, concluye que el valor en términos porcentuales del indicador promediado asciende a 7,6%, valores y ponderaciones asumidos por la autoridad, cuyos antecedentes no han sido acompañados a este expediente. Reitera: "Para obtener el valor mencionado, se aplicó la siguiente metodología, de acuerdo con la Ley N° 21.350, que señala que el valor del



indicador a aplicar para el proceso de adecuación de 2022, corresponde al promedio de los indicadores calculados para 2020, 2021 y 2022 (respectivamente IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021)“.

Sin embargo, se explica que, para obtener el valor en comento, se calculó el referido promedio empleando una ponderación definida en función de las ganancias del sistema de Isapres abiertas en el año base respectivo de cada IRCSA, de modo que otorgó una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante el período, provocadas por la pandemia, remitiéndose a su página web para consultar los antecedentes.

Agrega igualmente que el valor indicado es inferior a la variación de la partida del Ministerio de Salud en la Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior, que ascendió al 11,7%.

Como se ha dicho, esta resolución tiene la naturaleza de un acto administrativo, por lo que como tal debe entregar los motivos que lo fundamentan, puesto que importa una decisión de la Superintendencia de Salud, en la que expresa su voluntad y ejerce potestades públicas, a lo cual se agrega el hecho que debe dar plena publicidad al procedimiento y sus fundamentos.



Décimo cuarto: Que, como se observa, el Superintendente de Salud expidió el citado acto administrativo y fundó la determinación allí contenida solamente en los antecedentes que le proporcionaron las Isapres al efecto, sin embargo, ha debido recopilar y requerir todos los que le impone tener en consideración el ordenamiento jurídico.

Décimo quinto: Que, una vez emitida la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022, y dentro del plazo previsto al efecto, la Isapre recurrida comunicó a la autoridad que aumentaría el precio base de sus planes de salud y que dicho incremento ascendería, precisamente, a un 7,6%, esto es, a la misma cifra fijada como monto máximo para estos efectos por la Superintendencia de Salud.

Décimo sexto: Que, para resolver la legalidad de dicho incremento, es necesario reiterar que el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 (Salud), distingue entre el indicador de variación porcentual máxima de los precios base de los planes de salud elaborado por la Superintendencia de Salud y la decisión de las Isapres de aplicar a sus precios base una variación porcentual y su cuantía, estableciendo para uno y otra requisitos y oportunidades diferenciadas.

En efecto, el indicador elaborado por la Superintendencia de Salud es, según el Diccionario, lo



que sirve para indicar, esto es, mostrar o significar el máximo de la variación porcentual de los precios base de los planes de salud, esto es, en la acepción aplicable, el *"límite superior o extremo a que puede llegar"*. Ese límite superior o extremo se calcula, para el año 2022, de conformidad con las reglas de las letras a) a d) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, antes citados y al artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350. Y, como se expresa en la frase final de esa letra d), *"El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales"*. En la especie, ese límite superior ha sido publicado dentro del plazo fijado por la ley al efecto, con fecha 10 de marzo del corriente, mediante Resolución Exenta SS N° 352.

En cambio, la decisión eventual de las Isapres de aplicar o no una variación porcentual en los precios base de sus planes de salud se sujeta, para el presente año 2022, a las reglas establecidas en la letra e) del citado artículo 198 y a las del 198 bis, ambos de DFL N° 1 de 2005 y al artículo tercero transitorio de la Ley N° 21.350. Allí se dispone que dicha decisión deberá adoptarse por cada Isapre e informarse a la Superintendencia de Salud quince días después de publicado el indicador de variación porcentual máxima para cada año, que la variación decidida *"en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la*



Superintendencia de Salud” y que deberá aplicarse “a todos sus planes de salud”, siempre que durante el año 2021, haya “dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud”. El procedimiento para llevar adelante tal decisión ha sido fijado por la Superintendencia de Salud, mediante Circular IF/N° 401, de fecha 30 de diciembre de 2021, que “Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350”.

Décimo séptimo: Que, en el mismo sentido se ha pronunciado la Superintendencia de Salud en el punto 8 de la Resolución Exenta IF/N° 58, de 26 de enero de 2022, al resolver el recurso presentado, entre otras, por Isapre Consalud S.A., en contra de aquella parte de la Circular IF/N° 401, dictada por la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, que “Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350”, que establecía la obligación de las Isapres de enviar a la Superintendencia la información que justificaba el alza del precio base que aplicarían a sus planes de salud, sin que ello importe su validación. Allí se señala:



"Que, en primer lugar, las recurrentes solicitan que se deje sin efecto el párrafo cuarto del punto 1 "Comunicación de la adecuación propuesta por la Isapre", del Título III del Capítulo I del Compendio de Procedimientos. Dicho párrafo efectivamente fue incorporado por el numeral 1.2 del acápite III de la Circular, en los siguientes términos: "Además, en la misma oportunidad señalada precedentemente, las Isapres deberán enviar a esta Superintendencia, la información que justifique el precio base que aplicarán a sus planes de salud, lo que no significa que con dicho envío la Superintendencia valide la referida información."

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



informado [por las Isapres] será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud”.

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

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



de fiscalización y de requerir información, consagradas en el artículo 110 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.”

Décimo octavo: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a los señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 –en su formulación actual– y en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), “*el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud*”, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, han sido previstos.

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia



de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud. Y que, para el caso del proceso 2022, *“deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior”*.

Décimo noveno: Que, según informó a esta Corte, la Superintendencia de Salud, para realizar el cálculo del índice de alza máxima proporcional para el proceso del año 2022, han de ponderarse, en primer término, los índices (IRCSA) de los años 2019, 2020 y 2021, en la forma establecida en el Resolución Exenta N° 352 de 2022. De conformidad con lo señalado en el número 4 de la referida Resolución Exenta N° 352, cada uno de esos IRCSA *“determina la variación referencial del costo operacional del sistema Isapre, el que se compone del costo en la*



cobertura de prestaciones de salud y del costo por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral". Estos indicadores, calculados de conformidad con la metodología a que se hace referencia, determinaron una variación en los costos operacionales del sistema de Isapres de 5,2% para el año 2019; de -0,5% para el año 2020 y de 26,2% para el año 2021.

A continuación, para dar cumplimiento a lo preceptuado en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, se indica en el N° 9 de la referida Resolución Exenta N° 352 que *"La Superintendencia de Salud calcula el promedio de los IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021, con una ponderación definida en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de casa IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante ese período, provocadas por la pandemia"*.

En el documento que dicha resolución refiere para realizar esta ponderación, disponible en el hiperenlace https://supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20802_recurso_1.pdf, se expresa la forma de su cálculo, indicando los ponderadores anuales correspondientes aplicables a cada IRCSA anual (0,290, para el año 2019; 0,469 para el 2020 y 0,241 para el 2021), concluyendo que



"Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra."

Vigésimo: Que, en consecuencia, es posible afirmar que, conforme con la actual regulación de la materia, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable *"a todos los planes de salud"* ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que el artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, la Ley N° 21.350 y la Resolución Exenta N° 352 establecen, y, al mismo tiempo, que no es posible aceptar que, por el solo hecho de ajustarse dicha determinación al máximo fijado por la Superintendencia de



Salud, tal decisión pueda estimarse justificada o no arbitraria para todos los efectos legales.

Vigésimo primero: Que, establecido lo anterior, cabe hacerse cargo de la legalidad o arbitrariedad de la decisión de Isapre Consalud S.A. en cuanto a proponer a sus afiliados un alza porcentual de un 7,6% para todos los planes de salud que administra, salvas las excepciones legales, teniendo presente que no se discute por la recurrente la forma y oportunidad en que recibió la comunicación de la adecuación al alza del precio de su plan de salud, ni el cumplimiento por parte de la recurrida de las restantes formalidades previstas en la mencionada Circular IF/N° 401, ni que la propuesta de alza supere el máximo fijado por la Resolución Exenta SS N° 352.

Vigésimo segundo: Que, a este respecto, la carta de "Comunicación de adecuación", dirigida al recurrente por la recurrida, Isapre Consalud S.A., señala que, de conformidad con lo dispuesto por la Ley N° 21.350, de 14 de junio de 2021, la Superintendencia de Salud es "*el organismo encargado de validar las variaciones anuales de costos en salud*", para lo cual le corresponde establecer un índice de variación porcentual que "*funciona como tope o techo máximo de alza de valor base para el sistema privado de salud*", contexto en el cual dicha autoridad dispuso, con fecha 10 de marzo de 2022, que el mentado



parámetro, aplicable al proceso de adecuación 2022-2023, ascenderá a 7,6%.

Añade que su parte *"en cumplimiento de la normativa vigente, informó el 21 de marzo de 2022 a la Superintendencia de Salud, el porcentaje de aumento que aplicará a todos sus planes de salud a partir de la cotización del mes de junio de 2022, el cual fue fijado en un 7,6%"*.

Explica, además, que *"Esta variación porcentual indicada por la autoridad (7,6%), no refleja el real aumento de costos experimentado por Consalud el año 2021 y tampoco el efecto que tuvo en los ingresos, el congelamiento de los últimos dos procesos de adecuación. Durante el último año, el costo de las atenciones de salud creció un 25,1% y el de las licencias médicas un 25,7%, al compararlas con 2020. En consecuencia, el costo total de las atenciones de salud y licencias médicas aumentó en 25,2%, razón por la cual nos vemos obligados a ejecutar este ajuste de tarifas. Cabe destacar que, a pesar de haber experimentado esta alza en los costos, ejecutaremos un ajuste de sólo un 7,6%, en línea con lo indicado por la Superintendencia de Salud"*.

Finaliza especificando los efectos del alza dispuesta en el pago de las cotizaciones correspondientes, y se dan a conocer los derechos y opciones del afiliado, incluyendo información sobre



planes alternativos, lugares y canales de comunicación con la Isapre para su discusión y los recursos de que dispone ante la Superintendencia de Salud, en caso de estar disconforme con los planes alternativos propuestos, así como la posibilidad que se le ofrece de desafiliarse en el plazo que indica, en caso de no estar conforme con dichos planes ni con el alza propuesta.

Vigésimo tercero: Que, previo a resolver la razonabilidad de la justificación invocada, es necesario hacerse cargo de la aplicabilidad a su enjuiciamiento de los criterios establecidos en la jurisprudencia uniforme de esta Corte, conforme a la legislación vigente con anterioridad a la publicación de la Ley N° 21.350, en junio de 2021. En síntesis, dicha jurisprudencia exige que para considerar razonable un alza porcentual en los precios bases de los planes de salud, es necesario: a) Que ella responda a cambios efectivos y verificables de las prestaciones cubiertas por el plan individual de salud a que se refieren; b) Que, por lo mismo, ella no se fundamente aludiendo a cifras y criterios generales que los costos de la institución recurrida para otorgar las prestaciones a que está obligada han aumentado, refiriendo valores ilustrativos como los del entonces vigente Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCOSA); y c) Que ella haga referencia a un análisis



pormenorizado, racional y que tenga un cabal respaldo técnico que permita su verificación.

Vigésimo cuarto: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a lo señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, en los términos de las modificaciones introducidas por la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), *“el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud”*, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, se prevén en su letra a).

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia



de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Vigésimo quinto: Que, en consecuencia, si bien es posible afirmar que, conforme con la nueva regulación antes transcrita, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable *"a todos los planes de salud"* ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que la Ley N° 21.350 establece, reseñados en el considerando anterior.

Vigésimo sexto: Que, no obstante, la carta en la que se comunica el alza porcentual del plan base de la recurrente no hace referencia a dichos factores, sino que ofrece, como fundamentación material, la circunstancia de que la *"variación porcentual indicada por la autoridad (7,6%), no refleja el real aumento de costos experimentado por Consalud el año 2021 y tampoco el*



efecto que tuvo en los ingresos, el congelamiento de los últimos dos procesos de adecuación”, destacando al efecto que “Durante el último año, el costo de las atenciones de salud creció un 25,1% y el de las licencias médicas un 25,7%, al compararlas con 2020. En consecuencia, el costo total de las atenciones de salud y licencias médicas aumentó en 25,2%, razón por la cual nos vemos obligados a ejecutar este ajuste de tarifas”, mismo antecedente que se reproduce en el informe preceptivo.

Al respecto cabe consignar que la sola mención genérica de un supuesto incremento de costos informado a la Superintendencia de Salud no es suficiente para cumplir con las exigencias de la letra a) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, pues con ello no se da cumplimiento a la necesidad de expresar: i) la variación de los costos en las prestaciones de salud otorgadas por la recurrida; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral pagados por ella; iv) el costo de las nuevas prestaciones que ha incorporado; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) los elementos que han servido para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Más aun, la sola lectura de la carta referida pone de relieve que ésta sólo menciona cifras genéricas, que



comprenden algunos elementos elegidos ex profeso por la Isapre y que se refieren exclusivamente, además, a los años 2020 y 2021, pese a que el alza de que se trata abarca el período que media entre 2019 y 2021, y en los que, por otra parte, no se incluye elemento alguno que permita estimar, sea por comparación o a través de cualquier otro método, si efectivamente se han producido las alzas que allí se mencionan, aun cuando sólo digan relación con los únicos costos que se citan en la misiva.

En este sentido es útil enfatizar que la sola mención de datos de los años 2020 y 2021 aparece como aun más relevante si se advierte que en la Resolución Exenta N° 352, de la Superintendencia de Salud, se dejó expresa constancia que la variación de los costos de las Isapres ocurrida durante el año 2019 ascendió a un 5,2%, que en el año 2020 alcanzó a -0,5% y que en el año 2021 se elevó a 26,2%, de lo que se deduce que, al elegir sólo una parte del período total considerado para este fin, la Isapre recurrida optó por presentar a su afiliado sólo las cifras que más favorecen a esa parte en el cálculo de que se trata, obviando aquellas que podrían otorgar una comprensión íntegra del fenómeno en estudio, de lo que se deduce que la recurrida no sólo soslaya el cabal cumplimiento del deber de información que sobre ella pesa, sino que, todavía más, intenta aparentar que ha observado tal obligación acudiendo a explicaciones que,



sin embargo, contienen argumentaciones vagas y genéricas, que, en realidad, nada ilustran.

Vigésimo séptimo: Que, por lo expresado en los considerandos anteriores, no cabe sino concluir que la recurrida actuó de manera ilegal y arbitraria al proponer a la recurrente una variación porcentual del precio base de su plan de salud sin fundamentar su decisión en los parámetros establecidos en la Ley N° 21.350 para poder hacer tal propuesta, dentro del margen previsto por el indicador de porcentaje máximo de variación de precio base de sus planes fijado por la Superintendencia de Salud, por lo que el recurso interpuesto deberá acogerse, según se expondrá en lo resolutivo del presente fallo.

Vigésimo octavo: Que, por otra parte, esta Corte no puede dejar de señalar que el acto sustancialmente recurrido en esta causa no es propiamente la carta por la que la recurrida comunica a la recurrente la decisión de proponer una variación porcentual de los precios base de todos los planes de salud que administra en el máximo permitido por el indicador fijado al efecto por la Superintendencia de Salud, sino esa decisión propiamente tal. En efecto, como dispone la letra e) del citado artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, *"en el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la*



Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud".

Según consta en el informe rendido por la recurrida y en la carta de adecuación acompañada al proceso, dicha decisión se comunicó a la Superintendencia de Salud con fecha 21 de marzo de 2022 y, aun cuando se desconoce el contenido preciso de esa misiva, dado que no fue aparejada a la causa, es dable presumir que, al comunicar tal determinación, la recurrida se limitó a dar cuenta del porcentaje de incremento del precio base que aplicaría, ello en razón no sólo de los términos empleados en la citada carta de adecuación, sino que, además, dados los fundamentos en que asentó el recurso de reposición que dedujo en contra de la Circular IF/N° 401, de la Superintendencia de Salud, ocasión en la que sostuvo que "no es necesario que las Isapres" deban "justificar el nuevo precio base que aplicarán a sus planes de salud", puesto que la "justificación detallada del aumento de costos está precisamente tratada en el Índice de Variación Porcentual" que la Superintendencia debe fijar anualmente, subrayando que es a ese elemento al cual el legislador ha otorgado la "justificación necesaria para ser validado ante los beneficiarios del



sistema", motivo por el cual, de exigir a las Isapres justificar ante la autoridad la decisión de que se trata, se podría producir un "efecto indeseado, en el sentido de que se cuestione la determinación de la isapre de revisar las tarifas de sus planes".

Luego, esa decisión fue comunicada por la recurrida a todos los afiliados en la forma prevista en la Circular IF/N° 401, de 30 de diciembre de 2021, tanto a nivel general —mediante una publicación en el Diario Oficial, avisos en las sucursales y enlaces en sus páginas de internet—, como individual, mediante cartas de adecuación como la que origina la presente causa.

Así las cosas, en todas estas comunicaciones la información transmitida respecto del porcentaje de variación del precio base de todos los planes de salud que la Isapre administra, salvo las excepciones legales, es fundamentalmente la misma, vale decir, que, tal como esa Isapre *"informó el 21 de marzo de 2022 a la Superintendencia de Salud, el porcentaje de aumento que aplicará a todos sus planes de salud a partir de la cotización del mes de junio de 2022 [...] fue fijado en un 7,6%",* de manera que las únicas variaciones posibles en las cartas de adecuación de los precios base enviadas por la recurrida a todos sus afiliados, entre ellos el recurrente, son aquellas que tienen que ver con las alternativas de planes que, de conformidad con el



Compendio de Normas aplicable deben ofrecer a los afiliados para que decidan si reclamar de ellas o permanecer o no en la Isapre.

Vigésimo noveno: Que, por tanto, al acoger este recurso, para dar adecuada protección al recurrente y a todos los afectados con la decisión impugnada, con pleno respeto del principio de igualdad consagrado en el artículo 19, N° 2 de la Constitución Política de la República, esta Corte deberá declarar como arbitraria la decisión de la recurrida de proponer alzar porcentualmente en un 7,6% todos los planes de salud que administra, comunicada a la Superintendencia de Salud el día 21 de marzo de 2022 y al recurrente por medio de la carta origen de esta acción cautelar, de fecha 29 de marzo de 2022, por carecer de fundamentos ajustados a las exigencias legales, ordenando las medidas que se indicarán en lo resolutivo para restablecer el imperio del derecho, de conformidad con las facultades conferidas en el artículo 20 de la Carta Fundamental.

Trigésimo: Que, al respecto, cabe consignar adicionalmente que las Isapres, al prestar un servicio de seguridad social estrictamente regulado y que impone — como en el presente caso— la motivación de las decisiones que afecten a sus afiliados, se sujetan a similares exigencias que los órganos de la administración para justificar la razonabilidad de sus actos, pues solo a



través de una adecuada motivación "se exteriorizan las razones que han llevado a la Administración a dictarlo, exigencia que se impone en virtud del principio de legalidad. En efecto, en nuestro ordenamiento jurídico, la Ley N° 19.880, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, consagra los principios de transparencia y publicidad, en cuanto permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado, calidad que precisamente detenta el organismo demandado. Es así como el artículo 11 inciso segundo del referido texto legal, previene la obligación de motivar en el mismo acto administrativo la decisión, los hechos y fundamentos de derecho que afecten los derechos o prerrogativas de las personas. A su turno, también el artículo 41 inciso cuarto del aludido texto legal dispone que 'las resoluciones que contenga la decisión, serán fundadas'. Proceder que, por lo demás, se hace enteramente exigible por mandato del artículo 8° de la Constitución Política de la República" (Sentencia de 16 de junio de 2017, expedida en autos rol N° 3598-2017).

En esta perspectiva este tribunal también ha sostenido que "el fin último de la exigencia de motivación de todo acto administrativo no es otro que requerir la explicitación de sus fundamentos racionales,



de manera tal que sean comprensibles para el administrado, proveyéndole la información necesaria para que, en caso de disconformidad o agravio, ejerza los mecanismos recursivos que le franquea la ley, tanto ante la Administración como la jurisdicción. Entonces, tal requisito no será satisfecho sino cuando los argumentos del órgano administrativo que adopta la resolución consistan en razones objetivas y comprobables que doten de razonabilidad a la decisión terminal, suprimiendo todo dejo de arbitrariedad" (Fallo de fecha 18 de marzo de 2021, dictado en causa rol N° 103.349-2020).

Finalmente, también se puede citar lo razonado en la sentencia de 21 de abril de 2021, pronunciada en autos rol N° 144.219-2020, en la que se expresa que "es un requisito sustancial en la dictación de un acto administrativo, la expresión del motivo o fundamento, pues la omisión está vinculada a una exigencia que ha sido puesta como condición de mínima de racionalidad, ya que permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado", destacando, en ese sentido, que "la fundamentación del acto administrativo es un elemento de su esencia, cuya existencia siempre está bajo el control de la judicatura".



Trigésimo primero: Por último, esta Corte estima pertinente dejar explícitamente asentadas dos reflexiones.

Por una parte, el examen del asunto sometido al conocimiento de este tribunal ha puesto de relieve la indudable necesidad de una mayor competencia entre las instituciones de salud previsional que intervienen en esta actividad, considerando que, tal como lo expresa la Superintendencia de Salud en el documento denominado "Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021. Metodología de cálculo", "Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra".

En ese sentido, resulta imperioso recordar que, en un mercado que debiera ser competitivo también por los precios ofrecidos para la cobertura de prestaciones similares, ello no se logra cuando -como es de público conocimiento- todas las Isapres abiertas deciden aplicar



como variación porcentual para todos sus planes de salud, salvas las excepciones legalmente establecidas, el guarismo fijado en la Resolución Exenta N° 352 de la citada Superintendencia, aspecto en torno al cual la recurrida se limita a invocar aquellos antecedentes que estima favorables para su posición, esto es, la fijación del mentado incremento en ese 7,6%.

Por otra parte, es útil consignar que, más allá de la decisión de acoger el recurso de protección en examen y con independencia de las medidas de cautela que se dirán en lo resolutivo, los cotizantes de la Isapre recurrida no se verán liberados del cumplimiento de sus principales obligaciones contractuales y, en consecuencia, deberán seguir pagando, íntegramente, las sumas de dinero, expresadas en Unidades de Fomento, correspondientes a su plan de salud, dado que esta sentencia solamente ha resuelto lo relacionado con el alza o incremento del precio base de los planes individuales de salud suscritos por los cotizantes con las Isapres.

Por las anteriores consideraciones y de conformidad con lo que disponen el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se revoca** la sentencia apelada y, en su lugar, se declara que **se acoge** el recurso deducido por



doña Daniela Paz Cornejo Fontalba en contra de Isapre Consalud y, en consecuencia, se dispone:

1.- Que se deja sin efecto la comunicación de la Isapre Consalud S.A. a la Superintendencia de Salud de 21 de marzo de 2022, por medio de la cual informa que subirá un 7,6% todos los planes de salud;

2.- Que, consecuentemente, se deja sin efecto el alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la Isapre Consalud S.A., informada a dicha autoridad de conformidad con lo dispuesto en el art. 198, letra e) del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud;

3.- Que la Superintendencia de Salud dispondrá las medidas administrativas para que, en el evento de que se haya cobrado a otros afiliados las cantidades resultantes del alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la recurrida, éstos hayan optado por un plan diferente o su desafiliación, dichas cantidades sean restituidas como excedentes de cotizaciones o, en su caso, se revoque la modificación de los planes acordada para evitar el alza dejada sin efecto o se reintegre a los afiliados que, para evitar su pago, han optado por su desafiliación;

4.- Que la Superintendencia de Salud dispondrá un plazo prudencial para que Isapre Consalud S.A. cumpla fundadamente y con antecedentes que verificará, con la



comunicación prevista en el artículo 198, letra e) del DFL N° 1 del Ministerio de Salud del año 2005, de manera que la propuesta de alza proporcional a todos sus planes de salud, para el año 2022, se ajuste a los parámetros legales.

5.- **Que el Secretario de esta Corte oficiará a todas las Cortes de Apelaciones** que estén conociendo recursos de protección contra Isapre Consalud S.A. por la variación porcentual de los precios base de todos sus planes de salud, comunicada a la Superintendencia de Salud con fecha 21 de marzo de 2022 y a sus afiliados en las cartas correspondientes, para que se agregue copia autorizada de esta sentencia.

6.- Que, sin perjuicio de todo lo resuelto, se deja sin efecto el alza en el valor del precio base del plan de salud de la parte recurrente.

Se previene que el Ministro Sr. Matus concurre al acuerdo y fallo, pero sin compartir lo señalado en los considerandos noveno a décimo cuarto ni lo decidido en el numeral 4 de lo resolutivo.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Matus.

Rol N° 13.109-2022.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E. y Sr. Jean Pierre Matus A.



SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:31

ANGELA FRANCISCA VIVANCO
MARTINEZ
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:12:32

ADELITA INES RAVANALES
ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:12:32

MARIO ROLANDO CARROZA
ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:33

JEAN PIERRE MATUS ACUÑA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:33



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Angela Vivanco M., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E., Jean Pierre Matus A. Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

En Santiago, a dieciocho de agosto de dos mil veintidós, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.



Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

Vistos:

De la sentencia en alzada se reproduce únicamente la parte expositiva.

Y teniendo en su lugar y, además, presente:

Primero: En la especie ha comparecido don Custodio Alejandro Peracchio Vásquez, deduciendo recurso de protección en contra de Isapre Consalud S.A., en razón del acto de esta última que califica de ilegal y arbitrario, consistente en la modificación unilateral del precio base de su plan de salud, que estima infundada, proceder que se habría traducido en la vulneración de las garantías previstas en el inciso final del N° 9 y en el N° 24, ambos del artículo 19 de la Constitución Política de la República.

Funda su acción en que la recurrida ha decidido "modificar", en forma unilateral, el contrato pactado con el afiliado, sin señalar los motivos que la facultarían para actuar en ese sentido. Sostiene que, si bien la recurrida detenta una facultad revisora, la misma encuentra su límite en la inviolabilidad de los derechos que la Constitución asegura a todos los habitantes de la República, que se encuentran listados en el citado artículo 19.

Alega que la actuación de la Isapre debe ser calificada de arbitraria e ilegal, no sólo porque supone



modificar un contrato bilateral de carácter indefinido fuera del marco legal permitido, sino que porque, además, no explica cuáles son las razones que justifican el aumento del precio en comento, sin que resulte suficiente que la recurrida pretenda reajustar su monto, considerando que el valor del contrato fue acordado en unidades reajustables, circunstancia que permite mantenerlo actualizado.

Asegura que, por lo mismo, el acto impugnado es arbitrario, toda vez la Isapre recurrida no ha demostrado, en los términos que le son exigibles, que la modificación se basa en un aumento sustancial de sus costos y que por su intermedio se podrá asegurar la equivalencia de las prestaciones acordadas, con un estándar de razonabilidad y justicia que asegure el equilibrio de las mismas.

Termina solicitando que se deje sin efecto la adecuación del precio base de que se trata, con costas.

Segundo: Al informar la Isapre recurrida pidió el rechazo del recurso, con costas.

Al respecto, expone que la Ley N° 21.350 modificó el procedimiento de adecuación de los precios base de los planes de salud, determinando que la Superintendencia de Salud debe establecer el porcentaje de variación máxima de estas alzas, con el fin de poner término al fenómeno de judicialización que se ha producido en esta materia.



Sostiene que, en dicho contexto, con fecha 10 de marzo de 2022 se publicó en el Diario Oficial la Resolución Exenta N° 352 de 2 de marzo de 2022, de la Superintendencia de Salud, que fijó en un 7,6% el porcentaje máximo aplicable para los fines de que se trata.

Enseguida arguye que el recurso de protección debe ser desechado debido a su falta de oportunidad, toda vez que no existe cautela urgente que adoptar, puesto que la Ley N° 21.350 estatuye que el citado porcentaje de aumento se debe entender justificado para todos los efectos legales.

A continuación, aduce que su parte no ha incurrido en acto ilegal o arbitrario alguno, desde que actuó conforme a la preceptiva que rige esta materia, al respetar tanto el guarismo regulado por la autoridad, como el procedimiento aplicable, ya que comunicó a la Superintendencia y a sus afiliados que aumentaría el precio base de sus planes y el monto de tal incremento, cifra esta última que, como se dijo, se ha de entender justificada para todos los efectos legales.

Finalmente asevera que no ha vulnerado garantía fundamental alguna del actor, desde que esa Isapre obró con estricto apego a la ley.

Tercero: Al conocer de la acción cautelar intentada, la Corte de Apelaciones de Punta Arenas decidió acoger las pretensiones del actor basada, en lo medular, en que,



si bien las Instituciones de Salud Previsional detentan la facultad de revisar los contratos de salud de sus afiliados, ella debe fundarse en cambios efectivos y comprobados en los precios de las prestaciones cubiertas por el plan respectivo, situación que no acontece en este caso, en que la recurrida se limita a afirmar que la ley autoriza el aumento que pretende aplicar, sin justificar el alza de manera fehaciente y pormenorizada ni demostrar factores que justifiquen la adecuación de que se trata, de todo lo cual los sentenciadores deducen que la facultad de que se trata no ha sido ejercida de manera razonable y lógica. En tal sentido, los magistrados destacan que en la carta de adecuación enviada al afiliado sólo se mencionan fundamentos de carácter genérico, que, además, no han sido acreditados, motivo por el cual concluyen que se trata de un acto arbitrario que excede la atribución otorgada a la recurrida, máxime si no se ilustra al afiliado acerca de los motivos concretos y específicos por los que en su caso particular se decidió aplicar el alza en comento.

A continuación destacan que la facultad de que se trata es de carácter excepcional y debe entenderse condicionada a un cambio efectivo, sustancial, general y verificable del valor de las prestaciones médicas comprendidas en el plan que se pretende revisar.

Por último, dejan asentado que, mediante el acto



censurado, la Isapre ha lesionado el derecho de propiedad del recurrente, garantizado en el artículo 19 N° 24 de la Constitución Política de la República.

Cuarto: Al apelar de la decisión antedicha la recurrida reitera los fundamentos de su defensa y añade que el fallo mantiene un criterio y razonamiento antiguo que ya no es aplicable a la adecuación de los precios base de los planes de salud, dado que la Ley N° 21.350 regula un nuevo régimen en este ámbito. En este sentido agrega que, al ejercer la facultad en comento, su parte cumplió a cabalidad con el procedimiento previsto al efecto, por lo que su actuar no puede ser objeto de reparo alguno.

Sostiene, asimismo, que los límites de la tutela reclamada impiden analizar un eventual reproche al indicador fijado por la Superintendencia de Salud, desde que la acción intentada tiene por único objeto la ponderación de un acto específico de la Isapre recurrida y no de la mentada Superintendencia. Sobre este último punto aduce que no cabe calificar la decisión de su parte de arbitraria, inconsulta, inmotivada o carente de razonabilidad, desde que se sustenta en la determinación de organismos públicos que han actuado dentro de la órbita de sus competencias y en base a información precisa y fidedigna que es de conocimiento público.



Quinto: Que, para una acertada resolución de este conflicto, es preciso tener presente, en primer lugar, que la Ley N° 21.350, de 14 de junio de 2022, modificó los anteriores artículos 197 y 198 del DFL N° 1 de 2005, e introdujo un nuevo artículo 198 bis y disposiciones aplicables específicamente a los años 2020, 2021 y 2022, que cambiaron la regulación anterior que permitía, en ciertas condiciones, alzas anuales en los planes de salud. De este modo, se prohibieron las alzas en los años 2020 y 2021 y para los siguientes años se establecieron reglas generales y una transitoria para el 2022.

En efecto, antes de estas modificaciones, las reglas aplicables eran las siguientes:

El inciso tercero del artículo 197 disponía, en lo que interesa, que: *"Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan"*.

A su turno, el artículo 198 disponía, en lo pertinente, que: *"La libertad de las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 197 de esta Ley, se sujetará a las siguientes reglas:*



1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRES deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

[...]

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

[...]



4.- La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

[...]

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine".

Sexto: Que, en cambio, en cuanto a las reglas generales, el actual inciso 3° del artículo 197 prescribe: "Anualmente, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan".

Por su parte, dicho artículo 198 establece: "Las modificaciones a los precios base de los planes de salud se sujetarán a las siguientes reglas:



1. El Superintendente de Salud fijará mediante resolución, anualmente, un indicador que será un máximo para las instituciones de Salud Previsional que apliquen una variación porcentual al precio bases de sus planes de salud, conforme al procedimiento que se establece en el numeral siguiente.

2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deberá seguir el siguiente procedimiento:

a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud. Asimismo, deberá incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que se revisará al menos cada tres años, aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores



que sirvan para el cálculo del indicador, en especial los señalados en el párrafo precedente.

b) Para estos efectos, la Superintendencia de Salud validará mensualmente los registros de prestaciones y sus frecuencias, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional. Se considerará como período de referencia del indicador a que se refiere el numeral 1 de este artículo, los meses de enero a diciembre de al menos dos años anteriores a la publicación del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá requerir del Fondo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y de los demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario para el correcto cálculo del indicador. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección de la ley N.º 19.628, sobre protección de la vida privada.

c) En el proceso de validación de los registros, la Superintendencia de Salud tendrá amplias facultades para requerir de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos.



d) Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales.

e) En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud.

En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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



A continuación, el artículo 198 bis de dicho cuerpo legal establece: *"Para que las Isapres puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud, conforme a lo establecido en el artículo precedente, deberán haber dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, así como a las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, en conformidad con lo establecido en el artículo 138 de esta ley, en ambos casos de acuerdo a las normas de general aplicación que dicte la Superintendencia de Salud al respecto, pudiendo establecer cumplimientos parciales, que no podrán ser inferiores al 50 por ciento de la establecida en el decreto respectivo. Ambas obligaciones deberán ser acreditadas por los organismos que tengan convenios vigentes con la Superintendencia de Salud, en el mes de enero del año en que se aplique el indicador señalado, lo que será fiscalizado por la Superintendencia de Salud. En caso de alerta sanitaria, el Superintendente de Salud podrá rebajar prudencialmente las metas asignadas"*.

Finalmente, para el proceso de modificación de precios bases de los planes de salud para el presente año 2022, el artículo transitorio segundo de la Ley N.º



21.350 establece que el indicador a que se refiere el citado artículo 198 *"deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior"*; y su artículo tercero transitorio agrega: *"Las metas a que se refiere el artículo 198 bis entrarán en vigencia a contar del 1.º de enero del año 2022"*.

Séptimo: Que, en lo que concierne a la historia del establecimiento de la Ley N° 21.350, cabe resaltar que ésta fue discutida inicialmente en el marco de la pandemia por el brote de Covid-19, proceso durante el cual fueron refundidas tres mociones parlamentarias que, en términos generales, tenían por finalidad prohibir que las Isapres pudieran modificar o poner término unilateral, en períodos de epidemia o pandemia, a los contratos de salud que mantuvieran con sus afiliados. A propósito de la tramitación legislativa de tales iniciativas se consideró la posibilidad de establecer una regulación permanente en este ámbito, que no estuviera limitada a la contingencia sanitaria reinante. En ese contexto, y por medio de una indicación aprobada en la



Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, en Primer Trámite Constitucional, se propuso modificar el DFL N° 1 de Salud entregando a la autoridad competente el deber de calcular *"un indicador de variación de los precios de las prestaciones de salud, tomando en cuenta la frecuencia con que fueron utilizadas y la variación del gasto del subsidio por incapacidad, en su caso"*, aludiendo a un *"IPC de la salud"*, que tenía por objeto *"evitar distorsiones y alzas desmedidas e injustificadas en el próximo año, en que ya no esté vigente la pandemia, y que se vuelva a la norma en las que las isapres reajustan sus planes, por ahora, con cierta restricción"*.

Sobre este particular, y en lo que se refiere específicamente a la construcción de este índice, el Superintendente de Salud de la época manifestó, ante la Comisión de Salud, que *"el gran riesgo lo constituye la validación de los datos de las prestaciones contenidos en los archivos maestros que entregan las Isapres, porque son esos antecedentes los que se consideran para determinar la variación en la frecuencia en las prestaciones y variación en el precio"*, agregando que para desarrollar tal labor fue creada una Unidad de Gestión de Datos y un Comité de Datos, agregando, en lo que atañe a la *"metodología y forma en la que se construye el indicador"*, que recurrieron *"al INE para la revisión y validación del indicador, porque ellos son*



expertos en indicadores" y que "las Isapres pueden reajustar los planes, pero deben hacerlo de acuerdo a parámetros objetivos, validados y sobre todo, dando certeza sobre el sistema de cobro, a las personas que contratan un plan".

En ese contexto, durante la discusión particular del proyecto que se verificó ante el Senado los senadores Goic, Quinteros y Girardi presentaron una indicación que estableció una serie de reglas destinadas a determinar el referido indicador de variación porcentual, a las que se deberían sujetar las Isapres al modificar sus planes de salud, conforme a las cuales sería el Superintendente de Salud quien fijaría anualmente este parámetro.

Si bien el Ejecutivo formuló observaciones a dicha propuesta, recogió sus ideas matrices al presentar sus propias indicaciones, en las que incorporó como factor de cálculo *"las variaciones en las frecuencias de las prestaciones"*, pues *"el actual problema es el control de la frecuencia, es decir, cómo aumenta el número de prestaciones de un año a otro"*, además de incluir la *"modalidad libre elección de FONASA como un elemento a considerar en el algoritmo que, de cierta forma, contenga el eventual aumento en el sistema de Isapre"*.

Finalmente, los Senadores de la Comisión de Salud, en conjunto con el Ejecutivo, presentaron un acuerdo que recogió estas indicaciones y que constituye, en



definitiva, el texto de la Ley N° 21.350, actualmente vigente.

Octavo: Que, en consecuencia, luego de la modificación legislativa, el régimen de adecuación del precio de los planes de salud, se advierte, en conclusión:

1.- Ha sido el legislador quien ha establecido, regulado y mantenido la posibilidad de revisión anual por parte de las Isapres del precio base de los planes de salud individual acordados en los contratos de salud previsional;

2.- Para la realización de aquel incremento corresponde: a) Por una parte, cumplir con el procedimiento legal (art. 198), en que la Superintendencia de Salud determinará anualmente el índice máximo de variación porcentual que se podrá aplicar a los precios base de los planes de salud; b) Luego de lo anterior, corresponde a cada Isapre acordar y comunicar a la autoridad la decisión fundada de adecuar en general sus planes, y c) Cumplida la anterior determinación se deberá ejercer también fundadamente esta opción y "en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan" (art. 197), la que corresponde poner en conocimiento de los afiliados;



3.- Ante la carta de la Isapre, comunicando el alza de los planes de salud, al ejercer la adecuación de los mismos, los cotizantes pueden: a) Aceptar los nuevos precios fijados por la Isapre; b) Desafiliarse de la Institución o c) Impugnar administrativa o judicialmente la adecuación informada por la Isapre.

4.- Operando la reforma en régimen, a lo menos cada tres años, por decreto supremo del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, se aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para fijar un indicador máximo de variación porcentual que cada una de las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud, estableciendo la ponderación de los factores que sirvan para su cálculo.

5.- La misma Superintendencia de Salud validará mensualmente: (i) los registros de prestaciones y sus frecuencias, pudiendo requerir a las Isapres y prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos; (ii) la cartera de beneficiarios, y (iii) los subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional.



6.- De igual modo, la Superintendencia de Salud anualmente deberá: a) calcular los índices (i) de variación de los costos de las prestaciones de salud, (ii) de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas, (iii) de variación del costo en subsidios por incapacidad laboral del sistema privado de salud, y b) incorporar en el cálculo (iv) el costo de las nuevas prestaciones y (v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y (vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.

7.- Con toda la información anterior, según se expresó, los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, por resolución fundada, publicada en el Diario Oficial y en su página web, y conforme al procedimiento legal, el Superintendente de Salud fijará el indicador máximo de variación porcentual que las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud. El índice de variación porcentual, así fijado, se entenderá justificado para todos los efectos legales.

8.- En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio base de los planes de salud y, en



su caso, el porcentaje de ajuste informado que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicado por la Superintendencia de Salud. En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

10.- Para el primer año de vigencia de la reforma introducida por la Ley N° 21.350, el cálculo del indicador del artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, se compondrá por el promedio de los últimos tres indicadores determinados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el fijado a marzo de 2022. Este índice en ningún caso podrá ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior.

11.- Como se ha dicho, cumplidas las determinaciones anteriores se podrá modificar fundadamente el precio de todos sus planes de salud individual, siempre en condiciones generales que no importen discriminación



entre los afiliados de un mismo plan (inciso 3° del artículo 197), y no se sobrepase el índice de variación porcentual máximo fijado por la autoridad (letra d), del numeral 2, del artículo 198), expresando los motivos que sustentan dicho proceder.

Noveno: Que, en consideración a lo anterior, en estos autos la revisión de la cuestión controvertida debe ser realizada en su integridad, por lo que adquiere, a lo menos, las siguientes dimensiones:

Primero, en el examen indispensable que se debe realizar en torno al procedimiento por el cual la Superintendencia de Salud determina el Índice de Variación Porcentual que se aplicará como máximo a los precios de los planes de Salud o Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA), con el objeto de precisar si éste se ajustó a las exigencias previstas por el legislador en el régimen permanente, por la diferente normativa reglamentaria que debe ser expedida, como el régimen establecido transitoriamente, en la primera oportunidad en que comience a regir la modificación legislativa introducida por la Ley N° 21.350;

En segundo lugar, la comunicación de las Instituciones de Salud Previsional de aumentar o no el precio de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje en que realizarán dicho ajuste, y



En tercer término, la comunicación a los cotizantes de la decisión de aumentar o no los costos de los planes de salud y el porcentaje en que se incrementarán.

Décimo: Que, en cuanto al examen del procedimiento de fijación del indicador del alza máxima porcentual de los planes base de salud, fijados por la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo del corriente, es necesario señalar que, por medio de la Circular IF/N° 401, la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350", y que, por Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022 y publicada en el Diario Oficial el día 10 del mismo mes y año, "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

A efectos de una adecuada comprensión del procedimiento y allegar a esta causa los antecedentes tenidos a la vista por la autoridad al dictar las mentadas resoluciones, referidos sólo a través de enlaces en su texto, se requirió por este Tribunal a la Superintendencia de Salud informar: "1.- En relación al Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA) del año 2019, calculado el año 2020; del año 2020, calculado el año 2021 y del año 2021, calculado a estos efectos a



marzo del año 2022; 2.- La variación referencial del costo operacional del Sistema de Isapre; 3.- El costo por cobertura de prestaciones de salud y el costo por pago de subsidio de incapacidad laboral por Isapre, de acuerdo con la información que conste en sus registros públicos; 4.- Indicar los ingresos percibidos por las Isapres por concepto de planes de salud, y los gastos en que han incurrido por tal concepto desde los años 2019 a 2021; 5.- Señalar el comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo periodo referido; 6.- Hacer referencia a toda información pertinente y acompañar un cálculo general y desagregado por Isapre”.

Ante dicha consulta la autoridad administrativa respondió mediante el Oficio Ordinario SS/N° 1591, de 6 de junio de 2022, en el cual consigna que los detalles del mecanismo de cálculo del indicador contenido en la Resolución Exenta SS/N° 352, de 2 de marzo de 2022, se encuentran publicados en la página web de la Superintendencia, en el enlace que especifica, sin perjuicio de lo cual aparece copia del “Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021”, del “Indicador referencial de costos de la salud (IRCSEA)” de 2019, de 2020 y del 2021, copia de la “Metodología IRCSEA” de 2019, de 2020 y de 2021, de los “Resultados IRCSEA” de estos mismos años y, además, del “Procesamiento IRCSEA 2021”. A



ello añade que, para calcular el indicador en comento, empleó los "Valores publicados del IRCSA", que corresponden a un 5,2% para el IRCSA de 2019, al -0,5% para el IRCSA de 2020 y a un 26,2% para el IRCSA de 2021, cifras que ponderó en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de cada IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia del sistema y una mayor ponderación al año base con menor ganancia del sistema, además de incorporar las diferencias financieras que hubo durante ese período provocadas por la pandemia.

Precisando lo anterior, ante un nuevo requerimiento de este Tribunal, en el Oficio Ordinario SS/N° 1728, de 22 de junio de 2022, la Superintendencia señala, en primer lugar, que no existen, para cada Isapre, indicadores comparables a los estimados para el conjunto del sistema, esto es, aquellos considerados en cada uno de los Indicadores Referenciales de Costos de la Salud, o IRCSA, de los años 2019, 2020 y 2021, motivo por el cual no cuenta con información desagregada por institución, como se le solicitó entregar.

Enseguida informa de los costos por cobertura de prestaciones de salud y por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral para el período 2018-2021 respecto de cada Isapre, según cifras acumuladas a diciembre de cada año; a continuación se refiere a los ingresos percibidos



por cada Isapre por concepto de planes de salud entre 2018 y 2021, acumulados a diciembre de cada año, noción en la que incluye la cotización legal, la cotización adicional voluntaria y el elemento "otros aportes", que, sin embargo, no detalla; luego alude a los gastos en que incurrieron dichas instituciones, en el mismo período, por "costos de venta", también acumulados a diciembre de cada año, que incluyen, "mayoritariamente", los gastos en prestaciones de salud y en subsidios por incapacidad laboral, sin explicar, empero, cuáles son los otros componentes que integran este apartado.

En lo que atañe al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo período", señala el número de prestaciones médicas otorgadas por persona afiliada al sistema, por Isapre, y el número de días de licencia autorizados por cotizante, por Isapre, ambos para el período 2018-2021.

Por último, y en cuanto a la información relevante pedida, da cuenta de las ganancias o pérdidas por Isapre, a diciembre de cada año, para el lapso comprendido entre 2018 y 2021, e incluye, además, indicadores financieros por Isapre, para el mismo intervalo, que comprenden la siniestralidad, la rentabilidad del ingreso y la rentabilidad del capital y reservas, pese a que la ley no contempla ninguno de tales conceptos como antecedentes a



considerar para calcular el índice de que se trata en la especie.

Finalmente, y aun cuando se requirió a la autoridad que remitiera "toda información pertinente", que informara acerca de la "variación referencial del costo operacional del sistema de Isapre", que indicara cuáles son "los gastos en que han incurrido" las Isapres por concepto de planes de salud y que se refiriera al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema", es lo cierto que la Superintendencia del ramo nada dijo acerca de los restantes factores que, de acuerdo a la ley, ha debido considerar en el cálculo del índice de que se trata, pues, por ejemplo, guarda silencio acerca del "costo de las nuevas prestaciones" y de la "variación de frecuencia de uso de las prestaciones" verificadas en la modalidad de libre elección de FONASA, sin perjuicio de que tampoco se ha informado si en este ejercicio se consideró "cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud" y, de ser así, a cuál se recurrió.

Como conclusión de lo anterior y ante la ausencia de antecedentes que permitan concretar la revisión judicial destinada a precisar el cumplimiento de las exigencias legales en la determinación del Indicador Referencial de Costos de Salud, lleva a asumir el cumplimiento de la



norma legal que dispone expresamente que se tendrá por justificado para todos los efectos legales el índice establecido por la Superintendencia de Salud en esta ocasión, por así disponerlo perentoriamente el legislador.

Décimo primero: Que se deja establecido, en todo caso, que luego de la revisión administrativa de los elementos de juicio respectivos debe explicarse la forma en que la referida Superintendencia asumió los porcentajes de incremento del Índice de Precios al Consumidor, el cual contempla en su determinación el aumento de los costos de la así llamada División "Salud", que pondera específicamente un 7,76778% de la canasta del IPC base 2018, que posteriormente se tendrá en consideración para fijar el valor de la Unidad de Fomento, equivalente monetario en el cual se encuentra fijado el precio de los planes de salud, como ha tenido oportunidad de señalar esta Corte con anterioridad al expresar que *"cabe dejar anotado que los precios de bienes y servicios en el ámbito de la salud se encuentran actualmente incorporados en dicha medición general. La llamada división 'Salud' -que pondera un 5,4% del total- se divide en tres grupos: el primero está formado por la canasta de productos que los hogares adquieren para curar sus enfermedades, incluyéndose por ejemplo los medicamentos genéricos. En el segundo se valoriza un*



conjunto de consultas médicas de diferentes especialidades considerando los precios en la Modalidad Libre Elección de Fonasa, precios acordados entre prestadores e Isapres y aquellos aplicados a particulares que no estén en los casos anteriores. Y en el tercero se aprecian los servicios de mayor frecuencia de uso en hospitales y clínicas privadas, a partir de las tres modalidades de pago antes descritas. De este modo no es posible dejar de destacar que el aumento del costo de la salud, que se calcula mediante el Índice de Precios al Consumidor nacional, se va recogiendo mensualmente en el precio de los contratos de salud al estar pactados en unidades de fomento, equivalente monetario que, además, incorpora mensualmente el reajuste acumulativo y no lineal del Índice de Precios al Consumidor". (Sentencia dictada por esta Corte con fecha 29 de abril de 2013, en autos rol N° 9051-2012. Asimismo, y sólo a modo ejemplar, en autos rol N° 1658-2013 y N° 2904-2013).

De la misma manera la revisión administrativa ha de tener en consideración los demás antecedentes recabados por la autoridad, obedeciendo el mandato de la letra a) del numeral 2 del artículo 198, que le impone tener en consideración "cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud", dado que únicamente se recibe la documentación de las Isapres, la cual corresponde se señale la forma en que se



procedió a fiscalizar su exactitud, al no existir en la regulación legislativa una instancia que entregue participación a los cotizantes, sin que se pueda limitar a señalar que simplemente registra, pero no valida la comunicación de las Isapres.

Igualmente, en cumplimiento de este mandato, ha debido la autoridad ponderar la integración vertical que concurre en el mercado de la salud privada, lo cual ha destacado esta Corte en ocasiones anteriores, como por ejemplo al sostener que *“un dato que no es posible desechar dice relación con la integración vertical de la mayoría de las Isapres abiertas con los proveedores de salud, sean clínicas o redes ambulatorias. Dado que el indicador del costo operacional de las Isapres sólo considera la variación del valor de las prestaciones del sector privado, surge el reparo de que dicho índice pueda ser controlado por las propias instituciones de salud previsional a través de la propiedad de los prestadores, los cuales podrán incrementar sus precios y luego éstos ser traspasados por las Isapres en sus reajustes anuales, convalidando el aumento a través de ese mecanismo”* (fallo de 29 de abril de 2013, pronunciado en autos rol N° 9051-2012. Verbi gracia, igualmente, en autos rol N° 1658-2013, N° 2904-2013, N° 5054-2013 y N° 5056-2013), lo cual no se advierte en los antecedentes proporcionados.



Ante las amplias facultades con que la ley ha dotado a la autoridad administrativa para reunir antecedentes al fijar el ICRSA, de la misma manera no se ha podido dejar de observar la conducta de los actores del sistema de salud privada, como son los cotizantes, médicos, clínicas, hospitales y laboratorios, respecto de los cuales no se ha alegado un comportamiento inapropiado, puesto que ante un problema de salud, en general las personas acogen y cumplen las indicaciones impartidas por los profesionales de la medicina, quienes determinan las prestaciones que corresponde entregar a un paciente para restablecer su salud, el cual utiliza las herramientas que le proporciona la tecnología. Son tales prestaciones las que el legislador ha dispuesto que queden asumidas por el cotizante y las Instituciones de Salud Previsional, conforme a un contrato tipo, suscrito por adhesión y parcialmente dirigido respecto de algunas de sus cláusulas, que responde a una finalidad de servicio público.

Décimo segundo: En fin, una labor que se desarrolle con la debida diligencia importa examinar los estados financieros y gestión de las Isapres, como ocurre con las sociedades en general y las aseguradoras en particular y, de ser necesario, se coordinará con la autoridad sectorial correspondiente, pero no puede quedar sin tal supervigilancia que si la tienen otras sociedades en



nuestro país, respecto de lo cual esta Corte ha tenido oportunidad de referirse pormenorizadamente.

Así, por ejemplo, examinando la labor de auditoría, este tribunal ha sostenido que: "la información de que disponían en relación a la naturaleza de sus funciones y la responsabilidad que ésta lleva consigo, imponía revisar la evidencia con espíritu crítico y, ante la concurrencia de variados antecedentes que alertaban sobre la situación, examinarlas a fondo [...] la falta de exhaustividad en su dictamen se reflejó en el informe emitido, con lo cual se incumplieron las normas que le imponían un proceder diligente, prudente, profesional y observador de todas las disposiciones", añadiendo que "su obligación es llevar a cabo un adecuado desarrollo del análisis financiero contable de todos los asientos en un período, como igualmente relacionarlo con otras sociedades o empresas que están vinculadas de diferentes formas, puesto que su actuar primero está vinculado con garantizar que todas las operaciones se asentaron en los registros contables, pero igualmente que dichas operaciones son regulares conforme a la ley, en términos tales que permita evitar riesgos y daños a la misma empresa o terceros extraños, si el proceder o finalidad puede resultar cuestionable" (Sentencia de 26 de abril de 2021, dictada en autos rol N° 79.288-2020).



Del mismo modo, se ha puesto de relieve que "el deber de conducta exigido a las clasificadoras de riesgo dice relación con la realización de un 'correcto análisis' de la información que le es entregada, debiendo solicitar antecedentes adicionales si, con los disponibles, no es posible alcanzar dicho objetivo actuando con la diligencia exigida", de modo que no se infringe el principio de tipicidad al haber sancionado a la reclamante por "no haberse procurado información relevante razonablemente verificada de la Compañía" (Fallo de 19 de mayo de 2016, pronunciado en causa rol N° 7560-2015).

En este mismo sentido y, en particular, en lo vinculado con la relevancia de la información contenida en los estados financieros trimestrales, es posible recordar lo decidido por esta Corte, verbi gracia, en autos roles N° 3054-2010, N° 7340-2012 y N° 1625-2013).

Décimo tercero: Como se dijo, la Circular IF/N° 401 "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350" y la Resolución Exenta SS N° 352 "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

Al dictar esta última resolución la autoridad tuvo presente que la Superintendencia de Salud ha calculado



anualmente el denominado "Indicador Referencial de Costos de la Salud", también conocido como IRCSA, por medio del cual se determina la variación referencial del costo operacional del sistema de Isapres, para lo cual se atiende al costo en la cobertura de prestaciones de salud y al costo por pagos de subsidio de incapacidad laboral. Enseguida dejó asentado que el IRCSA 2019, calculado para el año 2020, alcanzó al 5.2%; que el IRCSA 2020, calculado para el año 2021, fue de -0,5% y, finalmente, que el IRCSA 2021, calculado para el año 2022, ascendió al 26.2%, dejando establecido que los documentos de respaldo se encuentran en su página web institucional, antecedentes a los cuales no se ha podido acceder, como tampoco han sido acompañados por las partes.

En ese entendido, y considerando que el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, dispone que, para el primer año de vigencia, el indicador estará compuesto por el promedio de los últimos tres indicadores, calculados por la Superintendencia para los años 2020 y 2021 y a marzo de 2022, concluye que el valor en términos porcentuales del indicador promediado asciende a 7,6%, valores y ponderaciones asumidos por la autoridad, cuyos antecedentes no han sido acompañados a este expediente. Reitera: "Para obtener el valor mencionado, se aplicó la siguiente metodología, de acuerdo con la Ley N° 21.350, que señala que el valor del



indicador a aplicar para el proceso de adecuación de 2022, corresponde al promedio de los indicadores calculados para 2020, 2021 y 2022 (respectivamente IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021)".

Sin embargo, se explica que, para obtener el valor en comento, se calculó el referido promedio empleando una ponderación definida en función de las ganancias del sistema de Isapres abiertas en el año base respectivo de cada IRCSA, de modo que otorgó una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante el período, provocadas por la pandemia, remitiéndose a su página web para consultar los antecedentes.

Agrega, igualmente, que el valor indicado es inferior a la variación de la partida del Ministerio de Salud en la Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior, que ascendió al 11,7%.

Como se ha dicho, esta resolución tiene la naturaleza de un acto administrativo, por lo que como tal debe entregar los motivos que lo fundamentan, puesto que importa una decisión de la Superintendencia de Salud, en la que expresa su voluntad y ejerce potestades públicas, a lo cual se agrega el hecho que debe dar plena publicidad al procedimiento y sus fundamentos.



Décimo cuarto: Que, como se observa, el Superintendente de Salud expidió el citado acto administrativo y fundó la determinación allí contenida solamente en los antecedentes que le proporcionaron las Isapres al efecto, sin embargo, ha debido recopilar y requerir todos los que le impone tener en consideración el ordenamiento jurídico.

Décimo quinto: Que, una vez emitida la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022, y dentro del plazo previsto al efecto, la Isapre recurrida comunicó a la autoridad que aumentaría el precio base de sus planes de salud y que dicho incremento ascendería, precisamente, a un 7,6%, esto es, a la misma cifra fijada como monto máximo para estos efectos por la Superintendencia de Salud.

Décimo sexto: Que, para resolver la legalidad de dicho incremento, es necesario reiterar que el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 (Salud), distingue entre el indicador de variación porcentual máxima de los precios base de los planes de salud elaborado por la Superintendencia de Salud y la decisión de las Isapres de aplicar a sus precios base una variación porcentual y su cuantía, estableciendo para uno y otra requisitos y oportunidades diferenciadas.

En efecto, el indicador elaborado por la Superintendencia de Salud es, según el Diccionario, lo



que sirve para indicar, esto es, mostrar o significar el máximo de la variación porcentual de los precios base de los planes de salud, esto es, en la acepción aplicable, el *"límite superior o extremo a que puede llegar"*. Ese límite superior o extremo se calcula, para el año 2022, de conformidad con las reglas de las letras a) a d) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, antes citados y al artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350. Y, como se expresa en la frase final de esa letra d), *"El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales"*. En la especie, ese límite superior ha sido publicado dentro del plazo fijado por la ley al efecto, con fecha 10 de marzo del corriente, mediante Resolución Exenta SS N° 352.

En cambio, la decisión eventual de las Isapres de aplicar o no una variación porcentual en los precios base de sus planes de salud se sujeta, para el presente año 2022, a las reglas establecidas en la letra e) del citado artículo 198 y a las del 198 bis, ambos de DFL N° 1 de 2005 y al artículo tercero transitorio de la Ley N° 21.350. Allí se dispone que dicha decisión deberá adoptarse por cada Isapre e informarse a la Superintendencia de Salud quince días después de publicado el indicador de variación porcentual máxima para cada año, que la variación decidida *"en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la*



Superintendencia de Salud” y que deberá aplicarse “a todos sus planes de salud”, siempre que durante el año 2021, haya “dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud”. El procedimiento para llevar adelante tal decisión ha sido fijado por la Superintendencia de Salud, mediante Circular IF/N° 401, de fecha 30 de diciembre de 2021, que “Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350”.

Décimo séptimo: Que, en el mismo sentido se ha pronunciado la Superintendencia de Salud en el punto 8 de la Resolución Exenta IF/N° 58, de 26 de enero de 2022, al resolver el recurso presentado, entre otras, por Isapre Consalud S.A., en contra de aquella parte de la Circular IF/N° 401, dictada por la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, que “Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350”, que establecía la obligación de las Isapres de enviar a la Superintendencia la información que justificaba el alza del precio base que aplicarían a sus planes de salud, sin que ello importe su validación. Allí se señala:



"Que, en primer lugar, las recurrentes solicitan que se deje sin efecto el párrafo cuarto del punto 1 "Comunicación de la adecuación propuesta por la Isapre", del Título III del Capítulo I del Compendio de Procedimientos. Dicho párrafo efectivamente fue incorporado por el numeral 1.2 del acápite III de la Circular, en los siguientes términos: "Además, en la misma oportunidad señalada precedentemente, las Isapres deberán enviar a esta Superintendencia, la información que justifique el precio base que aplicarán a sus planes de salud, lo que no significa que con dicho envío la Superintendencia valide la referida información."

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



informado [por las Isapres] será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud”.

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

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



de fiscalización y de requerir información, consagradas en el artículo 110 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.”

Décimo octavo: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a los señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 –en su formulación actual– y en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), “*el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud*”, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, han sido previstos.

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia



de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud. Y que, para el caso del proceso 2022, *“deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior”*.

Décimo noveno: Que, según informó a esta Corte la Superintendencia de Salud, para realizar el cálculo del índice de alza máxima proporcional para el proceso del año 2022, han de ponderarse, en primer término, los índices (IRCSA) de los años 2019, 2020 y 2021, en la forma establecida en el Resolución Exenta N° 352 de 2022. De conformidad con lo señalado en el número 4 de la referida Resolución Exenta N° 352, cada uno de esos IRCSA *“determina la variación referencial del costo operacional del sistema Isapre, el que se compone del costo en la*



cobertura de prestaciones de salud y del costo por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral". Estos indicadores, calculados de conformidad con la metodología a que se hace referencia, determinaron una variación en los costos operacionales del sistema de Isapres de 5,2% para el año 2019; de -0,5% para el año 2020 y de 26,2% para el año 2021.

A continuación, para dar cumplimiento a lo preceptuado en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, se indica en el N° 9 de la referida Resolución Exenta N° 352 que *"La Superintendencia de Salud calcula el promedio de los IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021, con una ponderación definida en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de casa IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante ese período, provocadas por la pandemia"*.

En el documento que dicha resolución refiere para realizar esta ponderación, disponible en el hiperenlace https://supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20802_recurso_1.pdf, se expresa la forma de su cálculo, indicando los ponderadores anuales correspondientes aplicables a cada IRCSA anual (0,290, para el año 2019; 0,469 para el 2020 y 0,241 para el 2021), concluyendo que



"Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra."

Vigésimo: Que, en consecuencia, es posible afirmar que, conforme con la actual regulación de la materia, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable *"a todos los planes de salud"* ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que el artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, la Ley N° 21.350 y la Resolución Exenta N° 352 establecen, y, al mismo tiempo, que no es posible aceptar que, por el solo hecho de ajustarse dicha determinación al máximo fijado por la Superintendencia de



Salud, tal decisión pueda estimarse justificada o no arbitraria para todos los efectos legales.

Vigésimo primero: Que, establecido lo anterior, cabe hacerse cargo de la legalidad o arbitrariedad de la decisión de Isapre Consalud S.A. en cuanto a proponer a sus afiliados un alza porcentual de un 7,6% para todos los planes de salud que administra, salvas las excepciones legales, teniendo presente que no se discute por la recurrente la forma y oportunidad en que recibió la comunicación de la adecuación al alza del precio de su plan de salud, ni el cumplimiento por parte de la recurrida de las restantes formalidades previstas en la mencionada Circular IF/N° 401, ni que la propuesta de alza supere el máximo fijado por la Resolución Exenta SS N° 352.

Vigésimo segundo: Que, a este respecto, la carta de "Comunicación de adecuación", dirigida al recurrente por la recurrida, Isapre Consalud S.A., señala que, de conformidad con lo dispuesto por la Ley N° 21.350, de 14 de junio de 2021, la Superintendencia de Salud es "*el organismo encargado de validar las variaciones anuales de costos en salud*", para lo cual le corresponde establecer un índice de variación porcentual que "*funciona como tope o techo máximo de alza de valor base para el sistema privado de salud*", contexto en el cual dicha autoridad dispuso, con fecha 10 de marzo de 2022, que el mentado



parámetro, aplicable al proceso de adecuación 2022-2023, ascenderá a 7,6%.

Añade que su parte "en cumplimiento de la normativa vigente, informó el 21 de marzo de 2022 a la Superintendencia de Salud, el porcentaje de aumento que aplicará a todos sus planes de salud a partir de la cotización del mes de junio de 2022, el cual fue fijado en un 7,6%".

Explica, además, que "Esta variación porcentual indicada por la autoridad (7,6%), no refleja el real aumento de costos experimentado por Consalud el año 2021 y tampoco el efecto que tuvo en los ingresos, el congelamiento de los últimos dos procesos de adecuación. Durante el último año, el costo de las atenciones de salud creció un 25,1% y el de las licencias médicas un 25,7%, al compararlas con 2020. En consecuencia, el costo total de las atenciones de salud y licencias médicas aumentó en 25,2%, razón por la cual nos vemos obligados a ejecutar este ajuste de tarifas. Cabe destacar que, a pesar de haber experimentado esta alza en los costos, ejecutaremos un ajuste de sólo un 7,6%, en línea con lo indicado por la Superintendencia de Salud".

Finaliza especificando los efectos del alza dispuesta en el pago de las cotizaciones correspondientes, y se dan a conocer los derechos y opciones del afiliado, incluyendo información sobre



planes alternativos, lugares y canales de comunicación con la Isapre para su discusión y los recursos de que dispone ante la Superintendencia de Salud, en caso de estar disconforme con los planes alternativos propuestos, así como la posibilidad que se le ofrece de desafiliarse en el plazo que indica, en caso de no estar conforme con dichos planes ni con el alza propuesta.

Vigésimo tercero: Que, previo a resolver la razonabilidad de la justificación invocada, es necesario hacerse cargo de la aplicabilidad a su enjuiciamiento de los criterios establecidos en la jurisprudencia uniforme de esta Corte, conforme a la legislación vigente con anterioridad a la publicación de la Ley N° 21.350, en junio de 2021. En síntesis, dicha jurisprudencia exige que para considerar razonable un alza porcentual en los precios bases de los planes de salud, es necesario: a) Que ella responda a cambios efectivos y verificables de las prestaciones cubiertas por el plan individual de salud a que se refieren; b) Que, por lo mismo, ella no se fundamente aludiendo a cifras y criterios generales que los costos de la institución recurrida para otorgar las prestaciones a que está obligada han aumentado, refiriendo valores ilustrativos como los del entonces vigente Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCOSA); y c) Que ella haga referencia a un análisis



pormenorizado, racional y que tenga un cabal respaldo técnico que permita su verificación.

Vigésimo cuarto: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a lo señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, en los términos de las modificaciones introducidas por la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), *"el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud"*, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, se prevén en su letra a).

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia



de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Vigésimo quinto: Que, en consecuencia, si bien es posible afirmar que, conforme con la nueva regulación antes transcrita, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable *"a todos los planes de salud"* ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que la Ley N° 21.350 establece, reseñados en el considerando anterior.

Vigésimo sexto: Que, no obstante, la carta en la que se comunica el alza porcentual del plan base de la recurrente no hace referencia a dichos factores, sino que ofrece, como fundamentación material, la circunstancia de que la *"variación porcentual indicada por la autoridad (7,6%), no refleja el real aumento de costos experimentado por Consalud el año 2021 y tampoco el*



efecto que tuvo en los ingresos, el congelamiento de los últimos dos procesos de adecuación”, destacando al efecto que “Durante el último año, el costo de las atenciones de salud creció un 25,1% y el de las licencias médicas un 25,7%, al compararlas con 2020. En consecuencia, el costo total de las atenciones de salud y licencias médicas aumentó en 25,2%, razón por la cual nos vemos obligados a ejecutar este ajuste de tarifas”, mismo antecedente que se reproduce en el informe preceptivo.

Al respecto, cabe consignar que la sola mención genérica de un supuesto incremento de costos informado a la Superintendencia de Salud no es suficiente para cumplir con las exigencias de la letra a) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, pues con ello no se da cumplimiento a la necesidad de expresar: i) la variación de los costos en las prestaciones de salud otorgadas por la recurrida; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral pagados por ella; iv) el costo de las nuevas prestaciones que ha incorporado; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) los elementos que han servido para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Más aun, la sola lectura de la carta referida pone de relieve que ésta sólo menciona cifras genéricas, que



comprenden algunos elementos elegidos ex profeso por la Isapre y que se refieren exclusivamente, además, a los años 2020 y 2021, pese a que el alza de que se trata abarca el período que media entre 2019 y 2021, y en los que, por otra parte, no se incluye elemento alguno que permita estimar, sea por comparación o a través de cualquier otro método, si efectivamente se han producido las alzas que allí se mencionan, aun cuando sólo digan relación con los únicos costos que se citan en la misiva.

En este sentido es útil enfatizar que la sola mención de datos de los años 2020 y 2021 aparece como aun más relevante si se advierte que en la Resolución Exenta N° 352, de la Superintendencia de Salud, se dejó expresa constancia que la variación de los costos de las Isapres ocurrida durante el año 2019 ascendió a un 5,2%, que en el año 2020 alcanzó a -0,5% y que en el año 2021 se elevó a 26,2%, de lo que se deduce que, al elegir sólo una parte del período total considerado para este fin, la Isapre recurrida optó por presentar a su afiliado sólo las cifras que más favorecen a esa parte en el cálculo de que se trata, obviando aquellas que podrían otorgar una comprensión íntegra del fenómeno en estudio, de lo que se deduce que la recurrida no sólo soslaya el cabal cumplimiento del deber de información que sobre ella pesa, sino que, todavía más, intenta aparentar que ha observado tal obligación acudiendo a explicaciones que,



sin embargo, contienen argumentaciones vagas y genéricas, que, en realidad, nada ilustran.

Vigésimo séptimo: Que, por lo expresado en los considerandos anteriores, no cabe sino concluir que la recurrida actuó de manera ilegal y arbitraria al proponer a la recurrente una variación porcentual del precio base de su plan de salud sin fundamentar su decisión en los parámetros establecidos en la Ley N° 21.350 para poder hacer tal propuesta, dentro del margen previsto por el indicador de porcentaje máximo de variación de precio base de sus planes fijado por la Superintendencia de Salud, por lo que el recurso interpuesto deberá acogerse, según se expondrá en lo resolutivo del presente fallo.

Vigésimo octavo: Que, por otra parte, esta Corte no puede dejar de señalar que el acto sustancialmente recurrido en esta causa no es propiamente la carta por la que la recurrida comunica a la recurrente la decisión de proponer una variación porcentual de los precios base de todos los planes de salud que administra en el máximo permitido por el indicador fijado al efecto por la Superintendencia de Salud, sino esa decisión propiamente tal. En efecto, como dispone la letra e) del citado artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, *"en el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la*



Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud".

Según consta en el informe rendido por la recurrida y en la carta de adecuación acompañada al proceso, dicha decisión se comunicó a la Superintendencia de Salud con fecha 21 de marzo de 2022 y, aun cuando se desconoce el contenido preciso de esa misiva, dado que no fue aparejada a la causa, es dable presumir que, al comunicar tal determinación, la recurrida se limitó a dar cuenta del porcentaje de incremento del precio base que aplicaría, ello en razón no sólo de los términos empleados en la citada carta de adecuación, sino que, además, dados los fundamentos en que asentó el recurso de reposición que dedujo en contra de la Circular IF/N° 401, de la Superintendencia de Salud, ocasión en la que sostuvo que "no es necesario que las Isapres" deban "justificar el nuevo precio base que aplicarán a sus planes de salud", puesto que la "justificación detallada del aumento de costos está precisamente tratada en el Índice de Variación Porcentual" que la Superintendencia debe fijar anualmente, subrayando que es a ese elemento al cual el legislador ha otorgado la "justificación necesaria para ser validado ante los beneficiarios del



sistema", motivo por el cual, de exigir a las Isapres justificar ante la autoridad la decisión de que se trata, se podría producir un "efecto indeseado, en el sentido de que se cuestione la determinación de la isapre de revisar las tarifas de sus planes".

Luego, esa decisión fue comunicada por la recurrida a todos los afiliados en la forma prevista en la Circular IF/N° 401, de 30 de diciembre de 2021, tanto a nivel general —mediante una publicación en el Diario Oficial, avisos en las sucursales y enlaces en sus páginas de internet—, como individual, mediante cartas de adecuación como la que origina la presente causa.

Así las cosas, en todas estas comunicaciones la información transmitida respecto del porcentaje de variación del precio base de todos los planes de salud que la Isapre administra, salvo las excepciones legales, es fundamentalmente la misma, vale decir, que, tal como esa Isapre *"informó el 21 de marzo de 2022 a la Superintendencia de Salud, el porcentaje de aumento que aplicará a todos sus planes de salud a partir de la cotización del mes de junio de 2022 [...] fue fijado en un 7,6%",* de manera que las únicas variaciones posibles en las cartas de adecuación de los precios base enviadas por la recurrida a todos sus afiliados, entre ellos el recurrente, son aquellas que tienen que ver con las alternativas de planes que, de conformidad con el



Compendio de Normas aplicable deben ofrecer a los afiliados para que decidan si reclamar de ellas o permanecer o no en la Isapre.

Vigésimo noveno: Que, por tanto, al acoger este recurso, para dar adecuada protección al recurrente y a todos los afectados con la decisión impugnada, con pleno respeto del principio de igualdad consagrado en el artículo 19, N° 2 de la Constitución Política de la República, esta Corte deberá declarar como arbitraria la decisión de la recurrida de proponer alzar porcentualmente en un 7,6% todos los planes de salud que administra, comunicada a la Superintendencia de Salud el día 21 de marzo de 2022 y al recurrente por medio de la carta origen de esta acción cautelar, de fecha 29 de marzo de 2022, por carecer de fundamentos ajustados a las exigencias legales, ordenando las medidas que se indicarán en lo resolutivo para restablecer el imperio del derecho, de conformidad con las facultades conferidas en el artículo 20 de la Carta Fundamental.

Trigésimo: Que, al respecto, cabe consignar adicionalmente que las Isapres, al prestar un servicio de seguridad social estrictamente regulado y que impone — como en el presente caso— la motivación de las decisiones que afecten a sus afiliados, se sujetan a similares exigencias que los órganos de la administración para justificar la razonabilidad de sus actos, pues solo a



través de una adecuada motivación "se exteriorizan las razones que han llevado a la Administración a dictarlo, exigencia que se impone en virtud del principio de legalidad. En efecto, en nuestro ordenamiento jurídico, la Ley N° 19.880, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, consagra los principios de transparencia y publicidad, en cuanto permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado, calidad que precisamente detenta el organismo demandado. Es así como el artículo 11 inciso segundo del referido texto legal, previene la obligación de motivar en el mismo acto administrativo la decisión, los hechos y fundamentos de derecho que afecten los derechos o prerrogativas de las personas. A su turno, también el artículo 41 inciso cuarto del aludido texto legal dispone que 'las resoluciones que contenga la decisión, serán fundadas'. Proceder que, por lo demás, se hace enteramente exigible por mandato del artículo 8° de la Constitución Política de la República" (Sentencia de 16 de junio de 2017, expedida en autos rol N° 3598-2017).

En esta perspectiva este tribunal también ha sostenido que "el fin último de la exigencia de motivación de todo acto administrativo no es otro que requerir la explicitación de sus fundamentos racionales,



de manera tal que sean comprensibles para el administrado, proveyéndole la información necesaria para que, en caso de disconformidad o agravio, ejerza los mecanismos recursivos que le franquea la ley, tanto ante la Administración como la jurisdicción. Entonces, tal requisito no será satisfecho sino cuando los argumentos del órgano administrativo que adopta la resolución consistan en razones objetivas y comprobables que doten de razonabilidad a la decisión terminal, suprimiendo todo dejo de arbitrariedad" (Fallo de fecha 18 de marzo de 2021, dictado en causa rol N° 103.349-2020).

Finalmente, también se puede citar lo razonado en la sentencia de 21 de abril de 2021, pronunciada en autos rol N° 144.219-2020, en la que se expresa que "es un requisito sustancial en la dictación de un acto administrativo, la expresión del motivo o fundamento, pues la omisión está vinculada a una exigencia que ha sido puesta como condición de mínima de racionalidad, ya que permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado", destacando, en ese sentido, que "la fundamentación del acto administrativo es un elemento de su esencia, cuya existencia siempre está bajo el control de la judicatura".



Trigésimo primero: Por último, esta Corte estima pertinente dejar explícitamente asentadas dos reflexiones.

Por una parte, el examen del asunto sometido al conocimiento de este tribunal ha puesto de relieve la indudable necesidad de una mayor competencia entre las instituciones de salud previsional que intervienen en esta actividad, considerando que, tal como lo expresa la Superintendencia de Salud en el documento denominado "Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021. Metodología de cálculo", "Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra".

En ese sentido resulta imperioso recordar que, en un mercado que debiera ser competitivo también por los precios ofrecidos para la cobertura de prestaciones similares, ello no se logra cuando -como es de público conocimiento- todas las Isapres abiertas deciden aplicar



como variación porcentual para todos sus planes de salud, salvas las excepciones legalmente establecidas, el guarismo fijado en la Resolución Exenta N° 352 de la citada Superintendencia, aspecto en torno al cual la recurrida se limita a invocar aquellos antecedentes que estima favorables para su posición, esto es, la fijación del mentado incremento en ese 7,6%.

Por otra parte, es útil consignar que, más allá de la decisión de acoger el recurso de protección en examen y con independencia de las medidas de cautela que se dirán en lo resolutivo, los cotizantes de la Isapre recurrida no se verán liberados del cumplimiento de sus principales obligaciones contractuales y, en consecuencia, deberán seguir pagando, íntegramente, las sumas de dinero, expresadas en Unidades de Fomento, correspondientes a su plan de salud, dado que esta sentencia solamente ha resuelto lo relacionado con el alza o incremento del precio base de los planes individuales de salud suscritos por los cotizantes con las Isapres.

Por las anteriores consideraciones y de conformidad con lo que disponen el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se confirma** la sentencia apelada, con declaración de que:



1.- Se deja sin efecto la comunicación de la Isapre Consalud S.A. a la Superintendencia de Salud de 21 de marzo de 2022, por medio de la cual informa que subirá un 7,6% todos los planes de salud;

2.- Consecuencialmente, se deja sin efecto el alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la Isapre Consalud S.A., informada a dicha autoridad de conformidad con lo dispuesto en el art. 198, letra e) del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud;

3.- La Superintendencia de Salud dispondrá las medidas administrativas para que, en el evento de que se haya cobrado a otros afiliados las cantidades resultantes del alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la recurrida, éstos hayan optado por un plan diferente o su desafiliación, dichas cantidades sean restituidas como excedentes de cotizaciones o, en su caso, se revoque la modificación de los planes acordada para evitar el alza dejada sin efecto o se reintegre a los afiliados que, para evitar su pago, han optado por su desafiliación;

4.- La Superintendencia de Salud dispondrá un plazo prudencial para que Isapre Consalud S.A. cumpla fundadamente y con antecedentes que verificará, con la comunicación prevista en el artículo 198, letra e) del DFL N° 1 del Ministerio de Salud del año 2005, de manera



que la propuesta de alza proporcional a todos sus planes de salud, para el año 2022, se ajuste a los parámetros legales.

5.- **El Secretario de esta Corte oficiará a todas las Cortes de Apelaciones** que estén conociendo recursos de protección contra Isapre Consalud S.A. por la variación porcentual de los precios base de todos sus planes de salud, comunicada a la Superintendencia de Salud con fecha 21 de marzo de 2022 y a sus afiliados en las cartas correspondientes, para que se agregue copia autorizada de esta sentencia.

6.- Que, sin perjuicio de todo lo resuelto, se deja sin efecto el alza en el valor del precio base del plan de salud de la parte recurrente.

Se previene que el Ministro Sr. Matus concurre al acuerdo y fallo, pero sin compartir lo señalado en los considerandos noveno a décimo cuarto ni lo decidido en el numeral 4 de lo resolutivo.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Matus.

Rol N° 13.222-2022.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E. y Sr. Jean Pierre Matus A.



SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:38

ANGELA FRANCISCA VIVANCO
MARTINEZ
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:12:38

ADELITA INES RAVANALES
ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:12:39

MARIO ROLANDO CARROZA
ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:39

JEAN PIERRE MATUS ACUÑA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:40



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Angela Vivanco M., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E., Jean Pierre Matus A. Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

En Santiago, a dieciocho de agosto de dos mil veintidós, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.



Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

Vistos:

De la sentencia en alzada se reproduce únicamente la parte expositiva.

Y teniendo en su lugar y, además, presente:

Primero: En la especie ha comparecido don Óscar Vicente Sandoval Coloma, deduciendo recurso de protección en contra de Isapre Cruz Blanca S.A., en razón del acto de esta última que califica de ilegal y arbitrario, consistente en la modificación unilateral del precio base del plan de salud del actor, que estima infundada, proceder que se habría traducido en la vulneración de la garantía prevista en el N° 24 del artículo 19 de la Constitución Política de la República.

Funda su acción en que la recurrida comunicó a su parte el alza del precio base de su plan de salud en la suma equivalente a un 7,6%, decisión que afecta su derecho de propiedad y los derechos adquiridos en el contrato de salud, desde que se trata de una modificación unilateral del citado plan.

Agrega que, mediante la Resolución Exenta N° 352, la Superintendencia de Salud fija el porcentaje máximo de ajuste que las instituciones de salud previsional pueden aplicar en las adecuaciones de precios de sus planes de salud, parámetro que regula en un máximo de 7,6%. Añade que, si bien la Ley N° 21.350 establece que el índice así



regulado se debe entender justificado, ello no impide a su parte deducir la acción de que se trata, pues en este caso lo que se cuestiona es la fundamentación del porcentaje escogido para el aumento y no el índice en sí mismo.

Al respecto, asevera que el acto impugnado es arbitrario, puesto que la recurrida no demostró que haya ocurrido un cambio efectivo del valor económico de las prestaciones que debe solventar, que sea consecuencia de una alteración sustancial de sus costos.

Termina solicitando que se deje sin efecto la adecuación del precio base de su plan de salud, con costas.

Segundo: Al informar, la Isapre recurrida pide el rechazo del recurso y, en subsidio, que se le exima del pago de las costas.

Al respecto, alega que su parte no ha incurrido en acto ilegal o arbitrario alguno y que tampoco ha privado al actor de los derechos fundamentales que invoca en su recurso, toda vez que la adecuación impugnada se ajusta a las nuevas reglas establecidas por la Ley N° 21.350. Sostiene que, en efecto, esa Isapre decidió incrementar el valor del precio base de los planes de salud en el mismo porcentaje regulado por el Superintendente de Salud en la Resolución Exenta N° 352, sin perjuicio de que, además, comunicó oportunamente al afiliado dicha



decisión, efectuó una publicación de tal aumento en el Diario Oficial del 30 de marzo y en el diario Las Últimas Noticias del día 28, ambos del año 2022, y colocó avisos destacados en todas sus sucursales, puntos de atención y en su página web informando de esta determinación.

Destaca, asimismo, que el recurso de protección intentado debe ser desechado considerando que el índice fijado por la Superintendencia de Salud mediante la Resolución Exenta N° 352 se debe entender justificado para todos los efectos legales, a lo que adiciona que, en todo caso, de haber aplicado a la realidad de su parte el método empleado por dicha autoridad para calcular el referido parámetro, se habría advertido que la variación real del costo que ha debido enfrentar esa Isapre, entre los años 2019 y 2021, alcanza a un 11,7%, esto es, a un guarismo superior al establecido por la Superintendencia.

Tercero: Al conocer de la acción cautelar intentada, la Corte de Apelaciones de Arica decidió desestimar las pretensiones del actor basada, en lo medular, en que el actuar de la Isapre se ajusta a lo previsto en el artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, pues practicó la adecuación del precio base del plan conforme a los parámetros técnicos empleados por el ente regulador, sin perjuicio de que, además, el alza aplicada no supera el indicador calculado por la Superintendencia de Salud, todo lo cual permite descartar la ilegalidad



invocada. Asimismo, los falladores concluyeron que la recurrida no actuó de manera arbitraria, considerando que es el propio sistema el que ha establecido el incremento censurado en autos, hasta el punto de que el inciso segundo de la letra d) del N° 2 del citado artículo 198 establece que la variación porcentual así fijada se encuentra justificada para todos los efectos legales. Luego, los juzgadores dejaron asentado que, al decidir la recurrida incrementar el precio base de sus planes de salud en un monto igual al máximo fijado por la Superintendencia, no requiere justificar, nuevamente, los motivos de tal determinación o la circunstancia de haberlo hecho en el máximo permitido, por tratarse de un procedimiento en el que se contempla la presunción antedicha.

En esas condiciones los juzgadores asentaron, además, que la recurrida no transgredió las garantías constitucionales invocadas por la actora.

Cuarto: Al apelar de la decisión antedicha, el recurrente reitera, en lo esencial, los fundamentos de su acción y añade que, si bien la ley autoriza a las Isapres a reajustar el precio base de sus planes, ella les impone, además, exigencias que deben cumplir para tales efectos, lo que no ha ocurrido en la especie, desde que la recurrida no observó aquellas previstas en el artículo 198 bis del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, de



Salud.

Enfatiza, además, que la revisión de los contratos de salud materia de autos se debe fundar en cambios efectivos y comprobados en los precios de las prestaciones cubiertas por el plan respectivo, situación que no acontece en este caso, a la vez que destaca que la recurrida no ha demostrado, en su carta adecuatoria, factores que justifiquen el incremento que pretende, habiéndose limitado a invocar elementos meramente genéricos, que tornan su accionar en arbitrario e ilegal.

Quinto: Que, para una acertada resolución de este conflicto, es preciso tener presente, en primer lugar, que la Ley N° 21.350, de 14 de junio de 2022, modificó los anteriores artículos 197 y 198 del DFL N° 1 de 2005, e introdujo un nuevo artículo 198 bis y disposiciones aplicables específicamente a los años 2020, 2021 y 2022, que cambiaron la regulación anterior que permitía, en ciertas condiciones, alzas anuales en los planes de salud. De este modo, se prohibieron las alzas en los años 2020 y 2021 y para los siguientes años se establecieron reglas generales y una transitoria para el 2022.

En efecto, antes de estas modificaciones, las reglas aplicables eran las siguientes:

El inciso tercero del artículo 197 disponía, en lo que interesa, que: *"Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los*



contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan”.

A su turno, el artículo 198 disponía, en lo pertinente, que: “La libertad de las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 197 de esta Ley, se sujetará a las siguientes reglas:

1.- *Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRES deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.*

[...]

2.- *En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.*



El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

[...]

4.- La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

[...]

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine".



Sexto: Que, en cambio, en cuanto a las reglas generales, el actual inciso 3° del artículo 197 prescribe: "Anualmente, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan".

Por su parte, dicho artículo 198 establece: "Las modificaciones a los precios base de los planes de salud se sujetarán a las siguientes reglas:

1. El Superintendente de Salud fijará mediante resolución, anualmente, un indicador que será un máximo para las instituciones de Salud Previsional que apliquen una variación porcentual al precio bases de sus planes de salud, conforme al procedimiento que se establece en el numeral siguiente.

2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deberá seguir el siguiente procedimiento:

a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud. Asimismo, deberá incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de



frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que se revisará al menos cada tres años, aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores que sirvan para el cálculo del indicador, en especial los señalados en el párrafo precedente.

b) Para estos efectos, la Superintendencia de Salud validará mensualmente los registros de prestaciones y sus frecuencias, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional. Se considerará como período de referencia del indicador a que se refiere el numeral 1 de este artículo, los meses de enero a diciembre de al menos dos años anteriores a la publicación del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá requerir del Fondo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y de los demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario para el correcto cálculo del indicador. Los



datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección de la ley N.° 19.628, sobre protección de la vida privada.

c) En el proceso de validación de los registros, la Superintendencia de Salud tendrá amplias facultades para requerir de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos.

d) Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales.

e) En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de



salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud.

En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

A continuación, el artículo 198 bis de dicho cuerpo legal establece: “Para que las Isapres puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud, conforme a lo establecido en el artículo precedente, deberán haber dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, así como a las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, en conformidad con lo establecido en el artículo 138 de esta ley, en ambos casos de acuerdo a las normas de general aplicación que dicte la Superintendencia de Salud al respecto, pudiendo establecer cumplimientos parciales, que no podrán ser inferiores al 50 por ciento de la establecida en el



decreto respectivo. Ambas obligaciones deberán ser acreditadas por los organismos que tengan convenios vigentes con la Superintendencia de Salud, en el mes de enero del año en que se aplique el indicador señalado, lo que será fiscalizado por la Superintendencia de Salud. En caso de alerta sanitaria, el Superintendente de Salud podrá rebajar prudencialmente las metas asignadas”.

Finalmente, para el proceso de modificación de precios bases de los planes de salud para el presente año 2022, el artículo transitorio segundo de la Ley N.º 21.350 establece que el indicador a que se refiere el citado artículo 198 *“deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior”*; y su artículo tercero transitorio agrega: *“Las metas a que se refiere el artículo 198 bis entrarán en vigencia a contar del 1.º de enero del año 2022”*.

Séptimo: Que, en lo que concierne a la historia del establecimiento de la Ley N.º 21.350, cabe resaltar que ésta fue discutida inicialmente en el marco de la pandemia por el brote de Covid-19, proceso durante el



cual fueron refundidas tres mociones parlamentarias que, en términos generales, tenían por finalidad prohibir que las Isapres pudieran modificar o poner término unilateral, en períodos de epidemia o pandemia, a los contratos de salud que mantuvieran con sus afiliados. A propósito de la tramitación legislativa de tales iniciativas se consideró la posibilidad de establecer una regulación permanente en este ámbito, que no estuviera limitada a la contingencia sanitaria reinante. En ese contexto, y por medio de una indicación aprobada en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, en Primer Trámite Constitucional, se propuso modificar el DFL N° 1 de Salud entregando a la autoridad competente el deber de calcular *“un indicador de variación de los precios de las prestaciones de salud, tomando en cuenta la frecuencia con que fueron utilizadas y la variación del gasto del subsidio por incapacidad, en su caso”*, aludiendo a un *“IPC de la salud”*, que tenía por objeto *“evitar distorsiones y alzas desmedidas e injustificadas en el próximo año, en que ya no esté vigente la pandemia, y que se vuelva a la norma en las que las isapres reajustan sus planes, por ahora, con cierta restricción”*.

Sobre este particular, y en lo que se refiere específicamente a la construcción de este índice, el Superintendente de Salud de la época manifestó, ante la Comisión de Salud, que *“el gran riesgo lo constituye la*



validación de los datos de las prestaciones contenidos en los archivos maestros que entregan las Isapres, porque son esos antecedentes los que se consideran para determinar la variación en la frecuencia en las prestaciones y variación en el precio", agregando que para desarrollar tal labor fue creada una Unidad de Gestión de Datos y un Comité de Datos, agregando, en lo que atañe a la "metodología y forma en la que se construye el indicador", que recurrieron "al INE para la revisión y validación del indicador, porque ellos son expertos en indicadores" y que "las Isapres pueden reajustar los planes, pero deben hacerlo de acuerdo a parámetros objetivos, validados y sobre todo, dando certeza sobre el sistema de cobro, a las personas que contratan un plan".

En ese contexto, durante la discusión particular del proyecto que se verificó ante el Senado los senadores Goic, Quinteros y Girardi presentaron una indicación que estableció una serie de reglas destinadas a determinar el referido indicador de variación porcentual, a las que se deberían sujetar las Isapres al modificar sus planes de salud, conforme a las cuales sería el Superintendente de Salud quien fijaría anualmente este parámetro.

Si bien el Ejecutivo formuló observaciones a dicha propuesta, recogió sus ideas matrices al presentar sus propias indicaciones, en las que incorporó como factor de



cálculo "las variaciones en las frecuencias de las prestaciones", pues "el actual problema es el control de la frecuencia, es decir, cómo aumenta el número de prestaciones de un año a otro", además de incluir la "modalidad libre elección de FONASA como un elemento a considerar en el algoritmo que, de cierta forma, contenga el eventual aumento en el sistema de Isapre".

Finalmente, los Senadores de la Comisión de Salud, en conjunto con el Ejecutivo, presentaron un acuerdo que recogió estas indicaciones y que constituye, en definitiva, el texto de la Ley N° 21.350, actualmente vigente.

Octavo: Que, en consecuencia, luego de la modificación legislativa, el régimen de adecuación del precio de los planes de salud, se advierte, en conclusión:

1.- Ha sido el legislador quien ha establecido, regulado y mantenido la posibilidad de revisión anual por parte de las Isapres del precio base de los planes de salud individual acordados en los contratos de salud previsional;

2.- Para la realización de aquel incremento corresponde: a) Por una parte, cumplir con el procedimiento legal (art. 198), en que la Superintendencia de Salud determinará anualmente el índice máximo de variación porcentual que se podrá



aplicar a los precios base de los planes de salud; b) Luego de lo anterior, corresponde a cada Isapre acordar y comunicar a la autoridad la decisión fundada de adecuar en general sus planes, y c) Cumplida la anterior determinación se deberá ejercer también fundadamente esta opción y "en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan" (art. 197), la que corresponde poner en conocimiento de los afiliados;

3.- Ante la carta de la Isapre, comunicando el alza de los planes de salud, al ejercer la adecuación de los mismos, los cotizantes pueden: a) Aceptar los nuevos precios fijados por la Isapre; b) Desafiliarse de la Institución o c) Impugnar administrativa o judicialmente la adecuación informada por la Isapre.

4.- Operando la reforma en régimen, a lo menos cada tres años, por decreto supremo del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, se aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para fijar un indicador máximo de variación porcentual que cada una de las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud, estableciendo la ponderación de los factores que sirvan para su cálculo.

5.- La misma Superintendencia de Salud validará mensualmente: (i) los registros de prestaciones y sus



frecuencias, pudiendo requerir a las Isapres y prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos; (ii) la cartera de beneficiarios, y (iii) los subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional.

6.- De igual modo, la Superintendencia de Salud anualmente deberá: a) calcular los índices (i) de variación de los costos de las prestaciones de salud, (ii) de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas, (iii) de variación del costo en subsidios por incapacidad laboral del sistema privado de salud, y b) incorporar en el cálculo (iv) el costo de las nuevas prestaciones y (v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y (vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.

7.- Con toda la información anterior, según se expresó, los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, por resolución fundada, publicada en el Diario Oficial y en su página web, y conforme al procedimiento legal, el Superintendente de Salud fijará el indicador máximo de variación porcentual que las



Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud. El índice de variación porcentual, así fijado, se entenderá justificado para todos los efectos legales.

8.- En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio base de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje de ajuste informado que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicado por la Superintendencia de Salud. En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

10.- Para el primer año de vigencia de la reforma introducida por la Ley N° 21.350, el cálculo del indicador del artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, se compondrá por el promedio de los últimos tres indicadores determinados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el fijado a marzo de 2022. Este índice en ningún caso podrá



ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior.

11.- Como se ha dicho, cumplidas las determinaciones anteriores se podrá modificar fundadamente el precio de todos sus planes de salud individual, siempre en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan (inciso 3° del artículo 197), y no se sobrepase el índice de variación porcentual máximo fijado por la autoridad (letra d), del numeral 2, del artículo 198), expresando los motivos que sustentan dicho proceder.

Noveno: Que, en consideración a lo anterior, en estos autos la revisión de la cuestión controvertida debe ser realizada en su integridad, por lo que adquiere, a lo menos, las siguientes dimensiones:

Primero, en el examen indispensable que se debe realizar en torno al procedimiento por el cual la Superintendencia de Salud determina el Índice de Variación Porcentual que se aplicará como máximo a los precios de los planes de Salud o Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA), con el objeto de precisar si éste se ajustó a las exigencias previstas por el legislador en el régimen permanente, por la diferente normativa reglamentaria que debe ser expedida, como el



régimen establecido transitoriamente, en la primera oportunidad en que comience a regir la modificación legislativa introducida por la Ley N° 21.350;

En segundo lugar, la comunicación de las Instituciones de Salud Previsional de aumentar o no el precio de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje en que realizarán dicho ajuste, y

En tercer término, la comunicación a los cotizantes de la decisión de aumentar o no los costos de los planes de salud y el porcentaje en que se incrementarán.

Décimo: Que, en cuanto al examen del procedimiento de fijación del indicador del alza máxima porcentual de los planes base de salud, fijados por la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo del corriente, es necesario señalar que, por medio de la Circular IF/N° 401, la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350", y que, por Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022 y publicada en el Diario Oficial el día 10 del mismo mes y año, "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

A efectos de una adecuada comprensión del procedimiento y allegar a esta causa los antecedentes



tenidos a la vista por la autoridad al dictar las mentadas resoluciones, referidos sólo a través de enlaces en su texto, se requirió por este Tribunal a la Superintendencia de Salud informar: "1.- En relación al Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA) del año 2019, calculado el año 2020; del año 2020, calculado el año 2021 y del año 2021, calculado a estos efectos a marzo del año 2022; 2.- La variación referencial del costo operacional del Sistema de Isapre; 3.- El costo por cobertura de prestaciones de salud y el costo por pago de subsidio de incapacidad laboral por Isapre, de acuerdo con la información que conste en sus registros públicos; 4.- Indicar los ingresos percibidos por las Isapres por concepto de planes de salud, y los gastos en que han incurrido por tal concepto desde los años 2019 a 2021; 5.- Señalar el comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo periodo referido; 6.- Hacer referencia a toda información pertinente y acompañar un cálculo general y desagregado por Isapre".

Ante dicha consulta la autoridad administrativa respondió mediante el Oficio Ordinario SS/N° 1591, de 6 de junio de 2022, en el cual consigna que los detalles del mecanismo de cálculo del indicador contenido en la Resolución Exenta SS/N° 352, de 2 de marzo de 2022, se encuentran publicados en la página web de la



Superintendencia, en el enlace que especifica, sin perjuicio de lo cual aparece copia del "Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021", del "Indicador referencial de costos de la salud (IRCSA)" de 2019, de 2020 y del 2021, copia de la "Metodología IRCSA" de 2019, de 2020 y de 2021, de los "Resultados IRCSA" de estos mismos años y, además, del "Procesamiento IRCSA 2021". A ello añade que, para calcular el indicador en comento, empleó los "Valores publicados del IRCSA", que corresponden a un 5,2% para el IRCSA de 2019, al -0,5% para el IRCSA de 2020 y a un 26,2% para el IRCSA de 2021, cifras que ponderó en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de cada IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia del sistema y una mayor ponderación al año base con menor ganancia del sistema, además de incorporar las diferencias financieras que hubo durante ese período provocadas por la pandemia.

Precisando lo anterior, ante un nuevo requerimiento de este Tribunal, en el Oficio Ordinario SS/N° 1728, de 22 de junio de 2022, la Superintendencia señala, en primer lugar, que no existen, para cada Isapre, indicadores comparables a los estimados para el conjunto del sistema, esto es, aquellos considerados en cada uno de los Indicadores Referenciales de Costos de la Salud, o IRCSA, de los años 2019, 2020 y 2021, motivo por el cual



no cuenta con información desagregada por institución, como se le solicitó entregar.

Enseguida, informa de los costos por cobertura de prestaciones de salud y por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral para el período 2018-2021 respecto de cada Isapre, según cifras acumuladas a diciembre de cada año; a continuación se refiere a los ingresos percibidos por cada Isapre por concepto de planes de salud entre 2018 y 2021, acumulados a diciembre de cada año, noción en la que incluye la cotización legal, la cotización adicional voluntaria y el elemento "otros aportes", que, sin embargo, no detalla; luego alude a los gastos en que incurrieron dichas instituciones, en el mismo período, por "costos de venta", también acumulados a diciembre de cada año, que incluyen, "mayoritariamente", los gastos en prestaciones de salud y en subsidios por incapacidad laboral, sin explicar, empero, cuáles son los otros componentes que integran este apartado.

En lo que atañe al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo período", señala el número de prestaciones médicas otorgadas por persona afiliada al sistema, por Isapre, y el número de días de licencia autorizados por cotizante, por Isapre, ambos para el período 2018-2021.

Por último, y en cuanto a la información relevante pedida, da cuenta de las ganancias o pérdidas por Isapre,



a diciembre de cada año, para el lapso comprendido entre 2018 y 2021, e incluye, además, indicadores financieros por Isapre, para el mismo intervalo, que comprenden la siniestralidad, la rentabilidad del ingreso y la rentabilidad del capital y reservas, pese a que la ley no contempla ninguno de tales conceptos como antecedentes a considerar para calcular el índice de que se trata en la especie.

Finalmente, y aun cuando se requirió a la autoridad que remitiera "toda información pertinente", que informara acerca de la "variación referencial del costo operacional del sistema de Isapre", que indicara cuáles son "los gastos en que han incurrido" las Isapres por concepto de planes de salud y que se refiriera al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema", es lo cierto que la Superintendencia del ramo nada dijo acerca de los restantes factores que, de acuerdo a la ley, ha debido considerar en el cálculo del índice de que se trata, pues, por ejemplo, guarda silencio acerca del "costo de las nuevas prestaciones" y de la "variación de frecuencia de uso de las prestaciones" verificadas en la modalidad de libre elección de FONASA, sin perjuicio de que tampoco se ha informado si en este ejercicio se consideró "cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de



costos del gasto en salud" y, de ser así, a cuál se recurrió.

Como conclusión de lo anterior y ante la ausencia de antecedentes que permitan concretar la revisión judicial destinada a precisar el cumplimiento de las exigencias legales en la determinación del Indicador Referencial de Costos de Salud, lleva a asumir el cumplimiento de la norma legal que dispone expresamente que se tendrá por justificado para todos los efectos legales el índice establecido por la Superintendencia de Salud en esta ocasión, por así disponerlo perentoriamente el legislador.

Décimo primero: Que se deja establecido, en todo caso, que luego de la revisión administrativa de los elementos de juicio respectivos debe explicarse la forma en que la referida Superintendencia asumió los porcentajes de incremento del Índice de Precios al Consumidor, el cual contempla en su determinación el aumento de los costos de la así llamada División "Salud", que pondera específicamente un 7,76778% de la canasta del IPC base 2018, que posteriormente se tendrá en consideración para fijar el valor de la Unidad de Fomento, equivalente monetario en el cual se encuentra fijado el precio de los planes de salud, como ha tenido oportunidad de señalar esta Corte con anterioridad al expresar que *"cabe dejar anotado que los precios de*



bienes y servicios en el ámbito de la salud se encuentran actualmente incorporados en dicha medición general. La llamada división 'Salud' -que pondera un 5,4% del total- se divide en tres grupos: el primero está formado por la canasta de productos que los hogares adquieren para curar sus enfermedades, incluyéndose por ejemplo los medicamentos genéricos. En el segundo se valoriza un conjunto de consultas médicas de diferentes especialidades considerando los precios en la Modalidad Libre Elección de Fonasa, precios acordados entre prestadores e Isapres y aquellos aplicados a particulares que no estén en los casos anteriores. Y en el tercero se aprecian los servicios de mayor frecuencia de uso en hospitales y clínicas privadas, a partir de las tres modalidades de pago antes descritas. De este modo no es posible dejar de destacar que el aumento del costo de la salud, que se calcula mediante el Índice de Precios al Consumidor nacional, se va recogiendo mensualmente en el precio de los contratos de salud al estar pactados en unidades de fomento, equivalente monetario que, además, incorpora mensualmente el reajuste acumulativo y no lineal del Índice de Precios al Consumidor". (Sentencia dictada por esta Corte con fecha 29 de abril de 2013, en autos rol N° 9051-2012. Asimismo, y sólo a modo ejemplar, en autos rol N° 1658-2013 y N° 2904-2013).



De la misma manera, la revisión administrativa ha de tener en consideración los demás antecedentes recabados por la autoridad, obedeciendo el mandato de la letra a) del numeral 2 del artículo 198, que le impone tener en consideración *"cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud"*, dado que únicamente se recibe la documentación de las Isapres, la cual corresponde se señale la forma en que se procedió a fiscalizar su exactitud, al no existir en la regulación legislativa una instancia que entregue participación a los cotizantes, sin que se pueda limitar a señalar que simplemente registra, pero no valida la comunicación de las Isapres.

Igualmente, en cumplimiento de este mandato, ha debido la autoridad ponderar la integración vertical que concurre en el mercado de la salud privada, lo cual ha destacado esta Corte en ocasiones anteriores, como por ejemplo al sostener que *"un dato que no es posible desechar dice relación con la integración vertical de la mayoría de las Isapres abiertas con los proveedores de salud, sean clínicas o redes ambulatorias. Dado que el indicador del costo operacional de las Isapres sólo considera la variación del valor de las prestaciones del sector privado, surge el reparo de que dicho índice pueda ser controlado por las propias instituciones de salud previsional a través de la propiedad de los prestadores,*



los cuales podrán incrementar sus precios y luego éstos ser traspasados por las Isapres en sus reajustes anuales, convalidando el aumento a través de ese mecanismo" (fallo de 29 de abril de 2013, pronunciado en autos rol N° 9051-2012. Verbi gracia, igualmente, en autos rol N° 1658-2013, N° 2904-2013, N° 5054-2013 y N° 5056-2013), lo cual no se advierte en los antecedentes proporcionados.

Ante las amplias facultades con que la ley ha dotado a la autoridad administrativa para reunir antecedentes al fijar el ICRSA, de la misma manera no se ha podido dejar de observar la conducta de los actores del sistema de salud privada, como son los cotizantes, médicos, clínicas, hospitales y laboratorios, respecto de los cuales no se ha alegado un comportamiento inapropiado, puesto que ante un problema de salud, en general las personas acogen y cumplen las indicaciones impartidas por los profesionales de la medicina, quienes determinan las prestaciones que corresponde entregar a un paciente para restablecer su salud, el cual utiliza las herramientas que le proporciona la tecnología. Son tales prestaciones las que el legislador ha dispuesto que queden asumidas por el cotizante y las Instituciones de Salud Previsional, conforme a un contrato tipo, suscrito por adhesión y parcialmente dirigido respecto de algunas de sus cláusulas, que responde a una finalidad de servicio público.



Décimo segundo: En fin, una labor que se desarrolle con la debida diligencia importa examinar los estados financieros y gestión de las Isapres, como ocurre con las sociedades en general y las aseguradoras en particular y, de ser necesario, se coordinará con la autoridad sectorial correspondiente, pero no puede quedar sin tal supervigilancia que si la tienen otras sociedades en nuestro país, respecto de lo cual esta Corte ha tenido oportunidad de referirse pormenorizadamente.

Así, por ejemplo, examinando la labor de auditoría, este tribunal ha sostenido que: "la información de que disponían en relación a la naturaleza de sus funciones y la responsabilidad que ésta lleva consigo, imponía revisar la evidencia con espíritu crítico y, ante la concurrencia de variados antecedentes que alertaban sobre la situación, examinarlas a fondo [...] la falta de exhaustividad en su dictamen se reflejó en el informe emitido, con lo cual se incumplieron las normas que le imponían un proceder diligente, prudente, profesional y observador de todas las disposiciones", añadiendo que "su obligación es llevar a cabo un adecuado desarrollo del análisis financiero contable de todos los asientos en un período, como igualmente relacionarlo con otras sociedades o empresas que están vinculadas de diferentes formas, puesto que su actuar primero está vinculado con garantizar que todas las operaciones se asentaron en los



registros contables, pero igualmente que dichas operaciones son regulares conforme a la ley, en términos tales que permita evitar riesgos y daños a la misma empresa o terceros extraños, si el proceder o finalidad puede resultar cuestionable” (Sentencia de 26 de abril de 2021, dictada en autos rol N° 79.288-2020).

Del mismo modo se ha puesto de relieve que “el deber de conducta exigido a las clasificadoras de riesgo dice relación con la realización de un ‘correcto análisis’ de la información que le es entregada, debiendo solicitar antecedentes adicionales si, con los disponibles, no es posible alcanzar dicho objetivo actuando con la diligencia exigida”, de modo que no se infringe el principio de tipicidad al haber sancionado a la reclamante por “no haberse procurado información relevante razonablemente verificada de la Compañía” (Fallo de 19 de mayo de 2016, pronunciado en causa rol N° 7560-2015).

En este mismo sentido y, en particular, en lo vinculado con la relevancia de la información contenida en los estados financieros trimestrales, es posible recordar lo decidido por esta Corte, verbi gracia, en autos roles N° 3054-2010, N° 7340-2012 y N° 1625-2013).

Décimo tercero: Como se dijo, la Circular IF/N° 401 “Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la



Ley 21.350" y la Resolución Exenta SS N° 352 "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

Al dictar esta última resolución la autoridad tuvo presente que la Superintendencia de Salud ha calculado anualmente el denominado "Indicador Referencial de Costos de la Salud", también conocido como IRCSA, por medio del cual se determina la variación referencial del costo operacional del sistema de Isapres, para lo cual se atiende al costo en la cobertura de prestaciones de salud y al costo por pagos de subsidio de incapacidad laboral. Enseguida dejó asentado que el IRCSA 2019, calculado para el año 2020, alcanzó al 5.2%; que el IRCSA 2020, calculado para el año 2021, fue de -0,5% y, finalmente, que el IRCSA 2021, calculado para el año 2022, ascendió al 26.2%, dejando establecido que los documentos de respaldo se encuentran en su página web institucional, antecedentes a los cuales no se ha podido acceder, como tampoco han sido acompañados por las partes.

En ese entendido, y considerando que el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, dispone que, para el primer año de vigencia, el indicador estará compuesto por el promedio de los últimos tres indicadores, calculados por la Superintendencia para los años 2020 y 2021 y a marzo de 2022, concluye que el valor



en términos porcentuales del indicador promediado asciende a 7,6%, valores y ponderaciones asumidos por la autoridad, cuyos antecedentes no han sido acompañados a este expediente. Reitera: "Para obtener el valor mencionado, se aplicó la siguiente metodología, de acuerdo con la Ley N° 21.350, que señala que el valor del indicador a aplicar para el proceso de adecuación de 2022, corresponde al promedio de los indicadores calculados para 2020, 2021 y 2022 (respectivamente IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021)".

Sin embargo, se explica que, para obtener el valor en comento, se calculó el referido promedio empleando una ponderación definida en función de las ganancias del sistema de Isapres abiertas en el año base respectivo de cada IRCSA, de modo que otorgó una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante el período, provocadas por la pandemia, remitiéndose a su página web para consultar los antecedentes.

Agrega igualmente que el valor indicado es inferior a la variación de la partida del Ministerio de Salud en la Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior, que ascendió al 11,7%.



Como se ha dicho, esta resolución tiene la naturaleza de un acto administrativo, por lo que como tal debe entregar los motivos que lo fundamentan, puesto que importa una decisión de la Superintendencia de Salud, en la que expresa su voluntad y ejerce potestades públicas, a lo cual se agrega el hecho que debe dar plena publicidad al procedimiento y sus fundamentos.

Décimo cuarto: Que, como se observa, el Superintendente de Salud expidió el citado acto administrativo y fundó la determinación allí contenida solamente en los antecedentes que le proporcionaron las Isapres al efecto, sin embargo, ha debido recopilar y requerir todos los que le impone tener en consideración el ordenamiento jurídico.

Décimo quinto: Que, una vez emitida la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022, y dentro del plazo previsto al efecto, la Isapre recurrida comunicó a la autoridad que aumentaría el precio base de sus planes de salud y que dicho incremento ascendería, precisamente, a un 7,6%, esto es, a la misma cifra fijada como monto máximo para estos efectos por la Superintendencia de Salud.

Décimo sexto: Que, para resolver la legalidad de dicho incremento, es necesario reiterar que el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 (Salud), distingue entre el indicador de variación porcentual máxima de los precios



base de los planes de salud elaborado por la Superintendencia de Salud y la decisión de las Isapres de aplicar a sus precios base una variación porcentual y su cuantía, estableciendo para uno y otra requisitos y oportunidades diferenciadas.

En efecto, el indicador elaborado por la Superintendencia de Salud es, según el Diccionario, lo que sirve para indicar, esto es, mostrar o significar el máximo de la variación porcentual de los precios base de los planes de salud, esto es, en la acepción aplicable, el *"límite superior o extremo a que puede llegar"*. Ese límite superior o extremo se calcula, para el año 2022, de conformidad con las reglas de las letras a) a d) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, antes citados y al artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350. Y, como se expresa en la frase final de esa letra d), *"El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales"*. En la especie, ese límite superior ha sido publicado dentro del plazo fijado por la ley al efecto, con fecha 10 de marzo del corriente, mediante Resolución Exenta SS N° 352.

En cambio, la decisión eventual de las Isapres de aplicar o no una variación porcentual en los precios base de sus planes de salud se sujeta, para el presente año 2022, a las reglas establecidas en la letra e) del citado artículo 198 y a las del 198 bis, ambos de DFL N° 1 de



2005 y al artículo tercero transitorio de la Ley N° 21.350. Allí se dispone que dicha decisión deberá adoptarse por cada Isapre e informarse a la Superintendencia de Salud quince días después de publicado el indicador de variación porcentual máxima para cada año, que la variación decidida *"en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud"* y que deberá aplicarse *"a todos sus planes de salud"*, siempre que durante el año 2021, haya *"dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud"*. El procedimiento para llevar adelante tal decisión ha sido fijado por la Superintendencia de Salud, mediante Circular IF/N° 401, de fecha 30 de diciembre de 2021, que *"Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350"*.

Décimo séptimo: Que, en el mismo sentido se ha pronunciado la Superintendencia de Salud en el punto 8 de la Resolución Exenta IF/N° 58, de 26 de enero de 2022, al resolver el recurso presentado, entre otras, por Isapre Cruz Blanca S.A., en contra de aquella parte de la Circular IF/N° 401, dictada por la Superintendencia de



Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, que "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350", que establecía la obligación de las Isapres de enviar a la Superintendencia la información que justificaba el alza del precio base que aplicarían a sus planes de salud, sin que ello importe su validación. Allí se señala:

"Que, en primer lugar, las recurrentes solicitan que se deje sin efecto el párrafo cuarto del punto 1 "Comunicación de la adecuación propuesta por la Isapre", del Título III del Capítulo I del Compendio de Procedimientos. Dicho párrafo efectivamente fue incorporado por el numeral 1.2 del acápite III de la Circular, en los siguientes términos: "Además, en la misma oportunidad señalada precedentemente, las Isapres deberán enviar a esta Superintendencia, la información que justifique el precio base que aplicarán a sus planes de salud, lo que no significa que con dicho envío la Superintendencia valide la referida información."

Al respecto, debe tenerse presente que, si bien es cierto lo que afirman las Isapres, en cuanto la Ley 21.350 establece que "El índice de variación porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales", también es cierto que dicho indicador constituye el aumento máximo de precio base que la ley



permite. En efecto, el nuevo artículo 198 letra d) del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, dispone que "Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud." En la letra e) que le sigue, el legislador confirma que "el porcentaje de ajuste informado [por las Isapres] será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud".

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

En atención a lo expuesto, y en uso de sus atribuciones legales para fiscalizar y requerir la información necesaria para el cumplimiento de sus funciones, esta Intendencia incluyó en sus instrucciones



el párrafo objetado. No obstante, ha estimado razonable y oportuno hacer una separación de las instrucciones relacionadas con el procedimiento mismo de la adecuación, de aquellas que tienen que ver con la eventual solicitud de información, motivo por el cual acogerá esta parte de los recursos, eliminando la citada instrucción. Lo anterior es sin perjuicio del ejercicio de las facultades de fiscalización y de requerir información, consagradas en el artículo 110 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.”

Décimo octavo: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a los señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 –en su formulación actual– y en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), “*el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud*”, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para



la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, han sido previstos.

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud. Y que, para el caso del proceso 2022, *“deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior”*.

Décimo noveno: Que, según informó a esta Corte la Superintendencia de Salud, para realizar el cálculo del índice de alza máxima proporcional para el proceso del



año 2022, han de ponderarse, en primer término, los índices (IRCSA) de los años 2019, 2020 y 2021, en la forma establecida en el Resolución Exenta N° 352 de 2022. De conformidad con lo señalado en el número 4 de la referida Resolución Exenta N° 352, cada uno de esos IRCSA *“determina la variación referencial del costo operacional del sistema Isapre, el que se compone del costo en la cobertura de prestaciones de salud y del costo por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral”*. Estos indicadores, calculados de conformidad con la metodología a que se hace referencia, determinaron una variación en los costos operacionales del sistema de Isapres de 5,2% para el año 2019; de -0,5% para el año 2020 y de 26,2% para el año 2021.

A continuación, para dar cumplimiento a lo preceptuado en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, se indica en el N° 9 de la referida Resolución Exenta N° 352 que *“La Superintendencia de Salud calcula el promedio de los IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021, con una ponderación definida en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de casa IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante ese período, provocadas por la pandemia”*.



En el documento que dicha resolución refiere para realizar esta ponderación, disponible en el hiperenlace https://supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20802_recurso_1.pdf, se expresa la forma de su cálculo, indicando los ponderadores anuales correspondientes aplicables a cada IRCSA anual (0,290, para el año 2019; 0,469 para el 2020 y 0,241 para el 2021), concluyendo que *“Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra.”*

Vigésimo: Que, en consecuencia, es posible afirmar que, conforme con la actual regulación de la materia, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable *“a todos los planes de salud”* ofrecidos por la Institución de Salud Previsional



correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que el artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, la Ley N° 21.350 y la Resolución Exenta N° 352 establecen, y, al mismo tiempo, que no es posible aceptar que, por el solo hecho de ajustarse dicha determinación al máximo fijado por la Superintendencia de Salud, tal decisión pueda estimarse justificada o no arbitraria para todos los efectos legales.

Vigésimo primero: Que, establecido lo anterior, cabe hacerse cargo de la legalidad o arbitrariedad de la decisión de Isapre Cruz Blanca S.A. en cuanto a proponer a sus afiliados un alza porcentual de un 7,6% para todos los planes de salud que administra, salvas las excepciones legales, teniendo presente que no se discute por la recurrente la forma y oportunidad en que recibió la comunicación de la adecuación al alza del precio de su plan de salud, ni el cumplimiento por parte de la recurrida de las restantes formalidades previstas en la mencionada Circular IF/N° 401, ni que la propuesta de alza supere el máximo fijado por la Resolución Exenta SS N° 352.

Vigésimo segundo: Que, a este respecto, la carta de "Comunicación de adecuación", dirigida al recurrente por la recurrida, Isapre Cruz Blanca S.A., señala que "*los estados financieros del sistema Isapre [...] configuran el peor año en la historia de las aseguradoras*",



añadiendo que tales "resultados no son ajenos a Isapre Cruz Blanca S.A., pues por segundo año consecutivo ha obtenido resultados negativos". Enseguida consigna que, si bien su parte "ha realizado todos los esfuerzos por cumplir, contener y sobrellevar las exigencias financieras que se han introducido, generando eficiencias y reduciendo costos al máximo", en "los últimos dos años, los costos de salud reales (en UF) por beneficiario han subido en promedio un 8,7%, destacando entre estos costos, el aumento en el pago de licencias médicas, cuyo promedio por beneficiario se incrementó en un 40,6% (en UF) respecto del año 2019".

En conclusión, expresa que "Debido a lo anterior y después de dos años en que se han mantenido congelados los precios base de los planes de salud, con el fin de mantener la viabilidad financiera que permita continuar entregando la cobertura para prestaciones de salud a sus afiliados, Isapre Cruz Blanca S.A. aplicará un alza al precio base de sus planes de salud", en conformidad a la Ley N° 21.350, todo lo cual se traduce en que el precio base del plan de salud del actor "para el proceso de adecuación 2022, experimentará un alza de un 7.6%".

Finaliza especificando los efectos del alza dispuesta en el pago de las cotizaciones correspondientes, y se dan a conocer los derechos y opciones del afiliado, incluyendo información sobre



planes alternativos, lugares y canales de comunicación con la Isapre para su discusión y los recursos de que dispone ante la Superintendencia de Salud, en caso de estar disconforme con los planes alternativos propuestos, así como la posibilidad que se le ofrece de desafiliarse en el plazo que indica, en caso de no estar conforme con dichos planes ni con el alza propuesta.

Vigésimo tercero: Que, previo a resolver la razonabilidad de la justificación invocada, es necesario hacerse cargo de la aplicabilidad a su enjuiciamiento de los criterios establecidos en la jurisprudencia uniforme de esta Corte, conforme a la legislación vigente con anterioridad a la publicación de la Ley N° 21.350, en junio de 2021. En síntesis, dicha jurisprudencia exige que para considerar razonable un alza porcentual en los precios bases de los planes de salud, es necesario: a) Que ella responda a cambios efectivos y verificables de las prestaciones cubiertas por el plan individual de salud a que se refieren; b) Que, por lo mismo, ella no se fundamente aludiendo a cifras y criterios generales que los costos de la institución recurrida para otorgar las prestaciones a que está obligada han aumentado, refiriendo valores ilustrativos como los del entonces vigente Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA); y c) Que ella haga referencia a un análisis



pormenorizado, racional y que tenga un cabal respaldo técnico que permita su verificación.

Vigésimo cuarto: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a lo señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, en los términos de las modificaciones introducidas por la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), *"el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud"*, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, se prevén en su letra a).

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia



de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Vigésimo quinto: Que, en consecuencia, si bien es posible afirmar que, conforme con la nueva regulación antes transcrita, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable *"a todos los planes de salud"* ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que la Ley N° 21.350 establece, reseñados en el considerando anterior.

Vigésimo sexto: Que, no obstante, la carta en la que se comunica el alza porcentual del plan base de la recurrente no hace referencia a dichos factores, sino que ofrece, como fundamentación material, la circunstancia de que la Isapre *"por segundo año consecutivo ha obtenido resultados negativos"*, pues durante los años 2020 y 2021 *"el sistema isapre ha enfrentado y ha debido asumir el*



impacto de nuevas exigencias y mayores requerimientos”, habiéndose exigido “al sector contraer responsabilidades y obligaciones financieras a través de nuevas regulaciones que han impactado negativamente en los estados financieros de la Isapre”. A continuación, y como única explicación concreta de su decisión, vinculada a costos específicos, señala que “durante los últimos dos años, los costos de salud reales (en UF) por beneficiario han subido en promedio un 8,7%”, detallando que entre tales costos resalta “el aumento en el pago de licencias médicas, cuyo promedio por beneficiario se incrementó en un 40,6% (en UF) respecto del año 2019”, motivo por el cual, y para “mantener la viabilidad financiera que permita continuar entregando la cobertura para prestaciones de salud a sus afiliados [...] aplicará un alza al precio base de sus planes de salud” de un 7,6%, mismo antecedente que se reproduce en el informe preceptivo.

Al respecto, lo primero que cabe observar es que la concurrencia de pérdidas o de ganancias en el ejercicio del giro de la recurrida no se encuentra entre los factores señalados por la Ley N° 21.350, por lo que su invocación no puede considerarse una justificación razonable ni el motivo de la propuesta de alza porcentual del precio base del plan de salud del recurrente.



En segundo término cabe consignar que la sola mención genérica de un supuesto incremento de costos informado a la Superintendencia de Salud no es suficiente para cumplir con las exigencias de la letra a) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, pues con ello no se da cumplimiento a la necesidad de expresar: i) la variación de los costos en las prestaciones de salud otorgadas por la recurrida; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral pagados por ella; iv) el costo de las nuevas prestaciones que ha incorporado; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) los elementos que han servido para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Más aun, la sola lectura de la carta referida pone de relieve que ésta sólo menciona cifras genéricas, que comprenden algunos elementos elegidos ex profeso por la Isapre y que se refieren exclusivamente, además, a los años 2020 y 2021, pese a que el alza de que se trata abarca el período que media entre 2019 y 2021, y en los que, por otra parte, no se incluye elemento alguno que permita estimar, sea por comparación o a través de cualquier otro método, si efectivamente se han producido las alzas que allí se mencionan, aun cuando sólo digan relación con los únicos costos que se citan en la misiva.



En este sentido es útil enfatizar que la sola mención de datos de los años 2020 y 2021 aparece como aun más relevante si se advierte que en la Resolución Exenta N° 352, de la Superintendencia de Salud, se dejó expresa constancia que la variación de los costos de las Isapres ocurrida durante el año 2019 ascendió a un 5,2%, que en el año 2020 alcanzó a -0,5% y que en el año 2021 se elevó a 26,2%, de lo que se deduce que, al elegir sólo una parte del período total considerado para este fin, la Isapre recurrida optó por presentar a su afiliado sólo las cifras que más favorecen a esa parte en el cálculo de que se trata, obviando aquellas que podrían otorgar una comprensión íntegra del fenómeno en estudio, de lo que se deduce que la recurrida no sólo soslaya el cabal cumplimiento del deber de información que sobre ella pesa, sino que, todavía más, intenta aparentar que ha observado tal obligación acudiendo a explicaciones que, sin embargo, contienen argumentaciones vagas y genéricas, que, en realidad, nada ilustran.

Vigésimo séptimo: Que, por lo expresado en los considerandos anteriores, no cabe sino concluir que la recurrida actuó de manera ilegal y arbitraria al proponer a la recurrente una variación porcentual del precio base de su plan de salud sin fundamentar su decisión en los parámetros establecidos en la Ley N° 21.350 para poder hacer tal propuesta, dentro del margen previsto por el



indicador de porcentaje máximo de variación de precio base de sus planes fijado por la Superintendencia de Salud, por lo que el recurso interpuesto deberá acogerse, según se expondrá en lo resolutivo del presente fallo.

Vigésimo octavo: Que, por otra parte, esta Corte no puede dejar de señalar que el acto sustancialmente recurrido en esta causa no es propiamente la carta por la que la recurrida comunica a la recurrente la decisión de proponer una variación porcentual de los precios base de todos los planes de salud que administra en el máximo permitido por el indicador fijado al efecto por la Superintendencia de Salud, sino esa decisión propiamente tal. En efecto, como dispone la letra e) del citado artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, *"en el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud"*.

Según consta en el informe rendido por la recurrida y en la carta de adecuación acompañada al proceso, dicha decisión se comunicó a la Superintendencia de Salud con fecha 24 de marzo de 2022 y, aun cuando se desconoce el



contenido preciso de esa misiva, dado que no fue aparejada a la causa, del citado informe se desprende que, además de dar cuenta del porcentaje de incremento del precio base que aplicaría, en ella la Isapre manifestó que "el cálculo de la variación real de costo por beneficiario entre los años 2019 y 2021 es 8,7%, conforme al cálculo efectuado, sobre la base de los estados financieros enviados a la Superintendencia de Salud" y que "aplicada en lo posible la metodología utilizada por la Superintendencia de Salud para el cálculo del ICSA 2021 y de los IRCSA de los años 2019, 2020 y 2021 a la realidad de Isapre Cruz Blanca S.A., resulta de este cálculo que el alza hipotética de la Isapre, hubiera sido de un 11,78%".

Luego, esa decisión fue comunicada por la recurrida a todos los afiliados en la forma prevista en la Circular IF/N° 401, de 30 de diciembre de 2021, tanto a nivel general —mediante una publicación en el Diario Oficial, avisos en las sucursales y enlaces en sus páginas de internet—, como individual, mediante cartas de adecuación como la que origina la presente causa. En todas estas comunicaciones la información transmitida respecto del porcentaje de variación del precio base de todos los planes de salud que la Isapre administra, salvo las excepciones legales, no pudo ser otra que la decidida y



comunicada a la Superintendencia de Salud, con fecha 24 de marzo de 2022.

Así lo señala expresamente la recurrida en su informe y en la carta origen de la acción intentada en estos autos, donde se expresa que en cumplimiento de la normativa, *"Isapre Cruz Blanca S.A. ha informado a la Superintendencia de Salud su decisión de aplicar al precio base de todos sus planes de salud afectos a adecuación un alza de un 7.6%, ajustándose al porcentaje fijado por la Superintendencia de Salud"*, subrayando que *"sobre la base de la metodología de cálculo publicada por dicha Superintendencia, aplicada a los datos de Isapre Cruz Blanca S.A."* los antecedentes técnicos *"arrojan un porcentaje mayor"* al que fuera fijado por la autoridad.

Luego, las únicas variaciones posibles en las cartas de adecuación de los precios base enviadas por la recurrida a todos sus afiliados, entre ellos el recurrente, son aquellas que tienen que ver con las alternativas de planes que, de conformidad con el Compendio de Normas aplicable deben ofrecer a los afiliados para que decidan si reclamar de ellas o permanecer o no en la Isapre.

Vigésimo noveno: Que, por tanto, al acoger este recurso, para dar adecuada protección al recurrente y a todos los afectados con la decisión impugnada, con pleno respeto del principio de igualdad consagrado en el



artículo 19, N° 2 de la Constitución Política de la República, esta Corte deberá declarar como arbitraria la decisión de la recurrida de proponer alzar porcentualmente en un 7,6% todos los planes de salud que administra, comunicada a la Superintendencia de Salud el día 24 de marzo de 2022 y al recurrente por medio de la carta origen de esta acción cautelar, de fecha 31 de marzo de 2022, por carecer de fundamentos ajustados a las exigencias legales, ordenando las medidas que se indicarán en lo resolutivo para restablecer el imperio del derecho, de conformidad con las facultades conferidas en el artículo 20 de la Carta Fundamental.

Trigésimo: Que, al respecto cabe consignar adicionalmente que las Isapres, al prestar un servicio de seguridad social estrictamente regulado y que impone — como en el presente caso— la motivación de las decisiones que afecten a sus afiliados, se sujetan a similares exigencias que los órganos de la administración para justificar la razonabilidad de sus actos, pues solo a través de una adecuada motivación “se exteriorizan las razones que han llevado a la Administración a dictarlo, exigencia que se impone en virtud del principio de legalidad. En efecto, en nuestro ordenamiento jurídico, la Ley N° 19.880, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, consagra los



principios de transparencia y publicidad, en cuanto permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado, calidad que precisamente detenta el organismo demandado. Es así como el artículo 11 inciso segundo del referido texto legal, previene la obligación de motivar en el mismo acto administrativo la decisión, los hechos y fundamentos de derecho que afecten los derechos o prerrogativas de las personas. A su turno, también el artículo 41 inciso cuarto del aludido texto legal dispone que 'las resoluciones que contenga la decisión, serán fundadas'. Proceder que, por lo demás, se hace enteramente exigible por mandato del artículo 8° de la Constitución Política de la República" (Sentencia de 16 de junio de 2017, expedida en autos rol N° 3598-2017).

En esta perspectiva este tribunal también ha sostenido que "el fin último de la exigencia de motivación de todo acto administrativo no es otro que requerir la explicitación de sus fundamentos racionales, de manera tal que sean comprensibles para el administrado, proveyéndole la información necesaria para que, en caso de disconformidad o agravio, ejerza los mecanismos recursivos que le franquea la ley, tanto ante la Administración como la jurisdicción. Entonces, tal requisito no será satisfecho sino cuando los argumentos del órgano administrativo que adopta la resolución



consistan en razones objetivas y comprobables que doten de razonabilidad a la decisión terminal, suprimiendo todo dejo de arbitrariedad" (Fallo de fecha 18 de marzo de 2021, dictado en causa rol N° 103.349-2020).

Finalmente, también se puede citar lo razonado en la sentencia de 21 de abril de 2021, pronunciada en autos rol N° 144.219-2020, en la que se expresa que "es un requisito sustancial en la dictación de un acto administrativo, la expresión del motivo o fundamento, pues la omisión está vinculada a una exigencia que ha sido puesta como condición de mínima de racionalidad, ya que permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado", destacando, en ese sentido, que "la fundamentación del acto administrativo es un elemento de su esencia, cuya existencia siempre está bajo el control de la judicatura".

Trigésimo primero: Por último, esta Corte estima pertinente dejar explícitamente asentadas dos reflexiones.

Por una parte, el examen del asunto sometido al conocimiento de este tribunal ha puesto de relieve la indudable necesidad de una mayor competencia entre las instituciones de salud previsional que intervienen en esta actividad, considerando que, tal como lo expresa la Superintendencia de Salud en el documento denominado



“Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021. Metodología de cálculo”, “Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra”.

En ese sentido, resulta imperioso recordar que, en un mercado que debiera ser competitivo también por los precios ofrecidos para la cobertura de prestaciones similares, ello no se logra cuando -como es de público conocimiento- todas las Isapres abiertas deciden aplicar como variación porcentual para todos sus planes de salud, salvo las excepciones legalmente establecidas, el guarismo fijado en la Resolución Exenta N° 352 de la citada Superintendencia, aspecto en torno al cual la recurrida se limita a invocar aquellos antecedentes que estima favorables para su posición, esto es, la fijación del mentado incremento en ese 7,6%.

Por otra parte, es útil consignar que, más allá de la decisión de acoger el recurso de protección en examen



y con independencia de las medidas de cautela que se dirán en lo resolutivo, los cotizantes de la Isapre recurrida no se verán liberados del cumplimiento de sus principales obligaciones contractuales y, en consecuencia, deberán seguir pagando, íntegramente, las sumas de dinero, expresadas en Unidades de Fomento, correspondientes a su plan de salud, dado que esta sentencia solamente ha resuelto lo relacionado con el alza o incremento del precio base de los planes individuales de salud suscritos por los cotizantes con las Isapres.

Por las anteriores consideraciones y de conformidad con lo que disponen el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se revoca** la sentencia apelada y, en su lugar, se declara que **se acoge** el recurso deducido por don Óscar Vicente Sandoval Coloma en contra de Isapre Cruz Blanca y, en consecuencia, se dispone:

1.- Que se deja sin efecto la comunicación de la Isapre Cruz Blanca S.A. a la Superintendencia de Salud de 24 de marzo de 2022, por medio de la cual informa que subirá un 7,6% todos los planes de salud;

2.- Que, consecuencialmente, se deja sin efecto el alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la Isapre Cruz Blanca S.A., informada a dicha autoridad de conformidad con lo



dispuesto en el art. 198, letra e) del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud;

3.- Que la Superintendencia de Salud dispondrá las medidas administrativas para que, en el evento de que se haya cobrado a otros afiliados las cantidades resultantes del alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la recurrida, éstos hayan optado por un plan diferente o su desafiliación, dichas cantidades sean restituidas como excedentes de cotizaciones o, en su caso, se revoque la modificación de los planes acordada para evitar el alza dejada sin efecto o se reintegre a los afiliados que, para evitar su pago, han optado por su desafiliación;

4.- Que la Superintendencia de Salud dispondrá un plazo prudencial para que Isapre Cruz Blanca S.A. cumpla fundadamente y con antecedentes que verificará, con la comunicación prevista en el artículo 198, letra e) del DFL N° 1 del Ministerio de Salud del año 2005, de manera que la propuesta de alza proporcional a todos sus planes de salud, para el año 2022, se ajuste a los parámetros legales.

5.- **Que el Secretario de esta Corte oficiará a todas las Cortes de Apelaciones** que estén conociendo recursos de protección contra Isapre Cruz Blanca S.A. por la variación porcentual de los precios base de todos sus planes de salud, comunicada a la Superintendencia de



Salud con fecha 24 de marzo de 2022 y a sus afiliados en las cartas correspondientes, para que se agregue copia autorizada de esta sentencia.

6.- Que, sin perjuicio de todo lo resuelto, se deja sin efecto el alza en el valor del precio base del plan de salud de la parte recurrente.

Se previene que el Ministro Sr. Matus concurre al acuerdo y fallo, pero sin compartir lo señalado en los considerandos noveno a décimo cuarto ni lo decidido en el numeral 4 de lo resolutivo.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Matus.

Rol N° 14.268-2022.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E. y Sr. Jean Pierre Matus A.

SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:45

ANGELA FRANCISCA VIVANCO
MARTINEZ
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:12:45

ADELITA INES RAVANALES
ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:12:46

MARIO ROLANDO CARROZA
ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:46



JEAN PIERRE MATUS ACUÑA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:47



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Angela Vivanco M., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E., Jean Pierre Matus A. Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

En Santiago, a dieciocho de agosto de dos mil veintidós, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.



Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

Vistos:

De la sentencia en alzada se reproduce únicamente la parte expositiva.

Y teniendo en su lugar y, además, presente:

Primero: En la especie, ha comparecido don Alejandro Borden Paredes deduciendo recurso de protección en contra de Isapre Cruz Blanca S.A., en razón del acto de esta última que califica de ilegal y arbitrario, consistente en la modificación unilateral del precio base de su plan de salud, que estima infundada, proceder que se habría traducido en la vulneración de las garantías previstas en el inciso final del N° 9 y en el N° 24, ambos del artículo 19 de la Constitución Política de la República.

Funda su acción en que la recurrida ha decidido modificar, en forma unilateral, el contrato de salud pactado por las partes, incrementando el precio base de su plan en un 7,6%, sin señalar, no obstante, los motivos que justificarían semejante proceder.

Aduce que, si bien la recurrida es titular de una facultad revisora, la misma se encuentra limitada por la ley que la rige y, además, por la inviolabilidad de los derechos que la Constitución asegura a todos los habitantes de la República. En tal sentido asevera que el actuar de la recurrida es arbitrario e ilegal, no sólo porque que va en contra de los intereses de la usuaria



recurrente, al modificar un contrato bilateral fuera del marco legal permitido, sino porque, además, no expone los fundamentos necesarios para dicho fin, en términos tales que no ha demostrado que la modificación en comento se funda en un aumento sustancial de sus costos y que ella permitiría asegurar la equivalencia de las obligaciones del contrato de salud, con un estándar de razonabilidad y justicia que asegure el equilibrio de las prestaciones.

Termina solicitando que se deje sin efecto la adecuación del precio base de que se trata, con costas.

Segundo: Al informar, la Isapre recurrida pide el rechazo del recurso y, en subsidio, que se le exima del pago de las costas.

Al respecto alega que su parte no ha incurrido en acto ilegal o arbitrario alguno y que tampoco ha privado al actor de los derechos fundamentales que invoca en su recurso, toda vez que la adecuación impugnada se ajusta a las nuevas reglas establecidas por la Ley N° 21.350. Sostiene que, en efecto, esa Isapre decidió incrementar el valor del precio base de los planes de salud en el mismo porcentaje regulado por el Superintendente de Salud en la Resolución Exenta N° 352, sin perjuicio de que, además, comunicó oportunamente al afiliado dicha decisión, efectuó una publicación de tal aumento en el Diario Oficial del 30 de marzo y en el diario Las Últimas Noticias del día 28, ambos del año 2022, y colocó avisos



destacados en todas sus sucursales, puntos de atención y en su página web informando de esta determinación.

Destaca, asimismo, que el recurso de protección intentado debe ser desechado considerando que el índice fijado por la Superintendencia de Salud mediante la Resolución Exenta N° 352 se debe entender justificado para todos los efectos legales, a lo que adiciona que, en todo caso, de haber aplicado a la realidad de su parte el método empleado por dicha autoridad para calcular el referido parámetro, se habría advertido que la variación real del costo que ha debido enfrentar esa Isapre, entre los años 2019 y 2021, alcanza a un 11,7%, esto es, a un guarismo superior al establecido por la Superintendencia.

Tercero: Al conocer de la acción cautelar intentada, la Corte de Apelaciones de Punta Arenas decidió acoger las pretensiones del actor basada, en lo medular, en que, si bien las Instituciones de Salud Previsional detentan la facultad de revisar los contratos de salud de sus afiliados, ella debe fundarse en cambios efectivos y comprobados en los precios de las prestaciones cubiertas por el plan respectivo, situación que no acontece en este caso, en que la recurrida se limita a afirmar que la ley autoriza el aumento que pretende aplicar, sin justificar el alza de manera fehaciente y pormenorizada ni demostrar factores que justifiquen la adecuación de que se trata, de todo lo cual los sentenciadores deducen que la



facultad de que se trata no ha sido ejercida de manera razonable y lógica. En tal sentido, los magistrados destacan que en la carta de adecuación enviada al afiliado sólo se mencionan fundamentos de carácter genérico, que, además, no han sido acreditados, motivo por el cual concluyen que se trata de un acto arbitrario que excede la atribución otorgada a la recurrida, máxime si no se ilustra al afiliado acerca de los motivos concretos y específicos por los que en su caso particular se decidió aplicar el alza en comento.

A continuación, destacan que la facultad de que se trata es de carácter excepcional y debe entenderse condicionada a un cambio efectivo, sustancial, general y verificable del valor de las prestaciones médicas comprendidas en el plan que se pretende revisar.

Por último, dejan asentado que, mediante el acto censurado, la Isapre ha lesionado el derecho de propiedad del recurrente, garantizado en el artículo 19 N° 24 de la Constitución Política de la República.

Cuarto: Al apelar de la decisión antedicha, la recurrida reitera los fundamentos de su defensa, enfatizando que la adecuación del precio base informada al actor se ajusta a la ley porque se ha realizado de acuerdo a lo previsto en los nuevos textos vigentes de los artículos 197 y 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005 y del artículo segundo transitorio de la Ley N°



21.350, a la vez que no es arbitrario desde que se ajusta al valor del índice fijado en la Resolución Exenta N° 352 del Superintendente de Salud.

Aduce, por último, que el cálculo de la variación real de costo por beneficiario entre los años 2019 y 2021 asciende a 8,7% y que, aplicada en lo posible la metodología utilizada por la Superintendencia de Salud para el cálculo del parámetro citado a la realidad de Isapre Cruz Blanca S.A., se advierte que el alza de tales costos respecto de su parte alcanza a un 11,78%.

Quinto: Que, para una acertada resolución de este conflicto, es preciso tener presente, en primer lugar, que la Ley N° 21.350, de 14 de junio de 2022, modificó los anteriores artículos 197 y 198 del DFL N° 1 de 2005, e introdujo un nuevo artículo 198 bis y disposiciones aplicables específicamente a los años 2020, 2021 y 2022, que cambiaron la regulación anterior que permitía, en ciertas condiciones, alzas anuales en los planes de salud. De este modo, se prohibieron las alzas en los años 2020 y 2021 y para los siguientes años se establecieron reglas generales y una transitoria para el 2022.

En efecto, antes de estas modificaciones, las reglas aplicables eran las siguientes:

El inciso tercero del artículo 197 disponía, en lo que interesa, que: "*Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los*



contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan”.

A su turno, el artículo 198 disponía, en lo pertinente, que: “La libertad de las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 197 de esta Ley, se sujetará a las siguientes reglas:

1.- *Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRES deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.*

[...]

2.- *En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.*



El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

[...]

4.- La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

[...]

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine".



Sexto: Que, en cambio, en cuanto a las reglas generales, el actual inciso 3° del artículo 197 prescribe: "Anualmente, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan".

Por su parte, dicho artículo 198 establece: "Las modificaciones a los precios base de los planes de salud se sujetarán a las siguientes reglas:

1. El Superintendente de Salud fijará mediante resolución, anualmente, un indicador que será un máximo para las instituciones de Salud Previsional que apliquen una variación porcentual al precio bases de sus planes de salud, conforme al procedimiento que se establece en el numeral siguiente.

2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deberá seguir el siguiente procedimiento:

a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud. Asimismo, deberá incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de



frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que se revisará al menos cada tres años, aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores que sirvan para el cálculo del indicador, en especial los señalados en el párrafo precedente.

b) Para estos efectos, la Superintendencia de Salud validará mensualmente los registros de prestaciones y sus frecuencias, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional. Se considerará como período de referencia del indicador a que se refiere el numeral 1 de este artículo, los meses de enero a diciembre de al menos dos años anteriores a la publicación del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá requerir del Fondo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y de los demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario para el correcto cálculo del indicador. Los



datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección de la ley N.° 19.628, sobre protección de la vida privada.

c) En el proceso de validación de los registros, la Superintendencia de Salud tendrá amplias facultades para requerir de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos.

d) Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales.

e) En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de



salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud.

En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

A continuación, el artículo 198 bis de dicho cuerpo legal establece: “Para que las Isapres puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud, conforme a lo establecido en el artículo precedente, deberán haber dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, así como a las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, en conformidad con lo establecido en el artículo 138 de esta ley, en ambos casos de acuerdo a las normas de general aplicación que dicte la Superintendencia de Salud al respecto, pudiendo establecer cumplimientos parciales, que no podrán ser inferiores al 50 por ciento de la establecida en el



decreto respectivo. Ambas obligaciones deberán ser acreditadas por los organismos que tengan convenios vigentes con la Superintendencia de Salud, en el mes de enero del año en que se aplique el indicador señalado, lo que será fiscalizado por la Superintendencia de Salud. En caso de alerta sanitaria, el Superintendente de Salud podrá rebajar prudencialmente las metas asignadas".

Finalmente, para el proceso de modificación de precios bases de los planes de salud para el presente año 2022, el artículo transitorio segundo de la Ley N.º 21.350 establece que el indicador a que se refiere el citado artículo 198 "deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior"; y su artículo tercero transitorio agrega: "Las metas a que se refiere el artículo 198 bis entrarán en vigencia a contar del 1.º de enero del año 2022".

Séptimo: Que, en lo que concierne a la historia del establecimiento de la Ley N.º 21.350, cabe resaltar que ésta fue discutida inicialmente en el marco de la pandemia por el brote de Covid-19, proceso durante el



cual fueron refundidas tres mociones parlamentarias que, en términos generales, tenían por finalidad prohibir que las Isapres pudieran modificar o poner término unilateral, en períodos de epidemia o pandemia, a los contratos de salud que mantuvieran con sus afiliados. A propósito de la tramitación legislativa de tales iniciativas se consideró la posibilidad de establecer una regulación permanente en este ámbito, que no estuviera limitada a la contingencia sanitaria reinante. En ese contexto, y por medio de una indicación aprobada en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, en Primer Trámite Constitucional, se propuso modificar el DFL N° 1 de Salud entregando a la autoridad competente el deber de calcular *“un indicador de variación de los precios de las prestaciones de salud, tomando en cuenta la frecuencia con que fueron utilizadas y la variación del gasto del subsidio por incapacidad, en su caso”*, aludiendo a un *“IPC de la salud”*, que tenía por objeto *“evitar distorsiones y alzas desmedidas e injustificadas en el próximo año, en que ya no esté vigente la pandemia, y que se vuelva a la norma en las que las isapres reajustan sus planes, por ahora, con cierta restricción”*.

Sobre este particular, y en lo que se refiere específicamente a la construcción de este índice, el Superintendente de Salud de la época manifestó, ante la Comisión de Salud, que *“el gran riesgo lo constituye la*



validación de los datos de las prestaciones contenidos en los archivos maestros que entregan las Isapres, porque son esos antecedentes los que se consideran para determinar la variación en la frecuencia en las prestaciones y variación en el precio", agregando que para desarrollar tal labor fue creada una Unidad de Gestión de Datos y un Comité de Datos, agregando, en lo que atañe a la "metodología y forma en la que se construye el indicador", que recurrieron "al INE para la revisión y validación del indicador, porque ellos son expertos en indicadores" y que "las Isapres pueden reajustar los planes, pero deben hacerlo de acuerdo a parámetros objetivos, validados y sobre todo, dando certeza sobre el sistema de cobro, a las personas que contratan un plan".

En ese contexto, durante la discusión particular del proyecto que se verificó ante el Senado los senadores Goic, Quinteros y Girardi presentaron una indicación que estableció una serie de reglas destinadas a determinar el referido indicador de variación porcentual, a las que se deberían sujetar las Isapres al modificar sus planes de salud, conforme a las cuales sería el Superintendente de Salud quien fijaría anualmente este parámetro.

Si bien el Ejecutivo formuló observaciones a dicha propuesta, recogió sus ideas matrices al presentar sus propias indicaciones, en las que incorporó como factor de



cálculo "las variaciones en las frecuencias de las prestaciones", pues "el actual problema es el control de la frecuencia, es decir, cómo aumenta el número de prestaciones de un año a otro", además de incluir la "modalidad libre elección de FONASA como un elemento a considerar en el algoritmo que, de cierta forma, contenga el eventual aumento en el sistema de Isapre".

Finalmente, los Senadores de la Comisión de Salud, en conjunto con el Ejecutivo, presentaron un acuerdo que recogió estas indicaciones y que constituye, en definitiva, el texto de la Ley N° 21.350, actualmente vigente.

Octavo: Que, en consecuencia, luego de la modificación legislativa, el régimen de adecuación del precio de los planes de salud, se advierte, en conclusión:

1.- Ha sido el legislador quien ha establecido, regulado y mantenido la posibilidad de revisión anual por parte de las Isapres del precio base de los planes de salud individual acordados en los contratos de salud previsional;

2.- Para la realización de aquel incremento corresponde: a) Por una parte, cumplir con el procedimiento legal (art. 198), en que la Superintendencia de Salud determinará anualmente el índice máximo de variación porcentual que se podrá



aplicar a los precios base de los planes de salud; b) Luego de lo anterior, corresponde a cada Isapre acordar y comunicar a la autoridad la decisión fundada de adecuar en general sus planes, y c) Cumplida la anterior determinación se deberá ejercer también fundadamente esta opción y "en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan" (art. 197), la que corresponde poner en conocimiento de los afiliados;

3.- Ante la carta de la Isapre, comunicando el alza de los planes de salud, al ejercer la adecuación de los mismos, los cotizantes pueden: a) Aceptar los nuevos precios fijados por la Isapre; b) Desafiliarse de la Institución o c) Impugnar administrativa o judicialmente la adecuación informada por la Isapre.

4.- Operando la reforma en régimen, a lo menos cada tres años, por decreto supremo del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, se aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para fijar un indicador máximo de variación porcentual que cada una de las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud, estableciendo la ponderación de los factores que sirvan para su cálculo.

5.- La misma Superintendencia de Salud validará mensualmente: (i) los registros de prestaciones y sus



frecuencias, pudiendo requerir a las Isapres y prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos; (ii) la cartera de beneficiarios, y (iii) los subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional.

6.- De igual modo, la Superintendencia de Salud anualmente deberá: a) calcular los índices (i) de variación de los costos de las prestaciones de salud, (ii) de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas, (iii) de variación del costo en subsidios por incapacidad laboral del sistema privado de salud, y b) incorporar en el cálculo (iv) el costo de las nuevas prestaciones y (v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y (vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.

7.- Con toda la información anterior, según se expresó, los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, por resolución fundada, publicada en el Diario Oficial y en su página web, y conforme al procedimiento legal, el Superintendente de Salud fijará el indicador máximo de variación porcentual que las



Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud. El índice de variación porcentual, así fijado, se entenderá justificado para todos los efectos legales.

8.- En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio base de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje de ajuste informado que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicado por la Superintendencia de Salud. En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

10.- Para el primer año de vigencia de la reforma introducida por la Ley N° 21.350, el cálculo del indicador del artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, se compondrá por el promedio de los últimos tres indicadores determinados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el fijado a marzo de 2022. Este índice en ningún caso podrá



ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior.

11.- Como se ha dicho, cumplidas las determinaciones anteriores se podrá modificar fundadamente el precio de todos sus planes de salud individual, siempre en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan (inciso 3° del artículo 197), y no se sobrepase el índice de variación porcentual máximo fijado por la autoridad (letra d), del numeral 2, del artículo 198), expresando los motivos que sustentan dicho proceder.

Noveno: Que, en consideración a lo anterior, en estos autos la revisión de la cuestión controvertida debe ser realizada en su integridad, por lo que adquiere, a lo menos, las siguientes dimensiones:

Primero, en el examen indispensable que se debe realizar en torno al procedimiento por el cual la Superintendencia de Salud determina el Índice de Variación Porcentual que se aplicará como máximo a los precios de los planes de Salud o Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA), con el objeto de precisar si éste se ajustó a las exigencias previstas por el legislador en el régimen permanente, por la diferente normativa reglamentaria que debe ser expedida, como el



régimen establecido transitoriamente, en la primera oportunidad en que comience a regir la modificación legislativa introducida por la Ley N° 21.350;

En segundo lugar, la comunicación de las Instituciones de Salud Previsional de aumentar o no el precio de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje en que realizarán dicho ajuste, y

En tercer término, la comunicación a los cotizantes de la decisión de aumentar o no los costos de los planes de salud y el porcentaje en que se incrementarán.

Décimo: Que, en cuanto al examen del procedimiento de fijación del indicador del alza máxima porcentual de los planes base de salud, fijados por la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo del corriente, es necesario señalar que, por medio de la Circular IF/N° 401, la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350", y que, por Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022 y publicada en el Diario Oficial el día 10 del mismo mes y año, "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

A efectos de una adecuada comprensión del procedimiento y allegar a esta causa los antecedentes



tenidos a la vista por la autoridad al dictar las mentadas resoluciones, referidos sólo a través de enlaces en su texto, se requirió por este Tribunal a la Superintendencia de Salud informar: "1.- En relación al Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA) del año 2019, calculado el año 2020; del año 2020, calculado el año 2021 y del año 2021, calculado a estos efectos a marzo del año 2022; 2.- La variación referencial del costo operacional del Sistema de Isapre; 3.- El costo por cobertura de prestaciones de salud y el costo por pago de subsidio de incapacidad laboral por Isapre, de acuerdo con la información que conste en sus registros públicos; 4.- Indicar los ingresos percibidos por las Isapres por concepto de planes de salud, y los gastos en que han incurrido por tal concepto desde los años 2019 a 2021; 5.- Señalar el comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo periodo referido; 6.- Hacer referencia a toda información pertinente y acompañar un cálculo general y desagregado por Isapre".

Ante dicha consulta la autoridad administrativa respondió mediante el Oficio Ordinario SS/N° 1591, de 6 de junio de 2022, en el cual consigna que los detalles del mecanismo de cálculo del indicador contenido en la Resolución Exenta SS/N° 352, de 2 de marzo de 2022, se encuentran publicados en la página web de la



Superintendencia, en el enlace que especifica, sin perjuicio de lo cual aparece copia del "Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021", del "Indicador referencial de costos de la salud (IRCSA)" de 2019, de 2020 y del 2021, copia de la "Metodología IRCSA" de 2019, de 2020 y de 2021, de los "Resultados IRCSA" de estos mismos años y, además, del "Procesamiento IRCSA 2021". A ello añade que, para calcular el indicador en comento, empleó los "Valores publicados del IRCSA", que corresponden a un 5,2% para el IRCSA de 2019, al -0,5% para el IRCSA de 2020 y a un 26,2% para el IRCSA de 2021, cifras que ponderó en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de cada IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia del sistema y una mayor ponderación al año base con menor ganancia del sistema, además de incorporar las diferencias financieras que hubo durante ese período provocadas por la pandemia.

Precisando lo anterior, ante un nuevo requerimiento de este Tribunal, en el Oficio Ordinario SS/N° 1728, de 22 de junio de 2022, la Superintendencia señala, en primer lugar, que no existen, para cada Isapre, indicadores comparables a los estimados para el conjunto del sistema, esto es, aquellos considerados en cada uno de los Indicadores Referenciales de Costos de la Salud, o IRCSA, de los años 2019, 2020 y 2021, motivo por el cual



no cuenta con información desagregada por institución, como se le solicitó entregar.

Enseguida informa de los costos por cobertura de prestaciones de salud y por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral para el período 2018-2021 respecto de cada Isapre, según cifras acumuladas a diciembre de cada año; a continuación se refiere a los ingresos percibidos por cada Isapre por concepto de planes de salud entre 2018 y 2021, acumulados a diciembre de cada año, noción en la que incluye la cotización legal, la cotización adicional voluntaria y el elemento "otros aportes", que, sin embargo, no detalla; luego alude a los gastos en que incurrieron dichas instituciones, en el mismo período, por "costos de venta", también acumulados a diciembre de cada año, que incluyen, "mayoritariamente", los gastos en prestaciones de salud y en subsidios por incapacidad laboral, sin explicar, empero, cuáles son los otros componentes que integran este apartado.

En lo que atañe al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo período", señala el número de prestaciones médicas otorgadas por persona afiliada al sistema, por Isapre, y el número de días de licencia autorizados por cotizante, por Isapre, ambos para el período 2018-2021.

Por último, y en cuanto a la información relevante pedida, da cuenta de las ganancias o pérdidas por Isapre,



a diciembre de cada año, para el lapso comprendido entre 2018 y 2021, e incluye, además, indicadores financieros por Isapre, para el mismo intervalo, que comprenden la siniestralidad, la rentabilidad del ingreso y la rentabilidad del capital y reservas, pese a que la ley no contempla ninguno de tales conceptos como antecedentes a considerar para calcular el índice de que se trata en la especie.

Finalmente, y aun cuando se requirió a la autoridad que remitiera "toda información pertinente", que informara acerca de la "variación referencial del costo operacional del sistema de Isapre", que indicara cuáles son "los gastos en que han incurrido" las Isapres por concepto de planes de salud y que se refiriera al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema", es lo cierto que la Superintendencia del ramo nada dijo acerca de los restantes factores que, de acuerdo a la ley, ha debido considerar en el cálculo del índice de que se trata, pues, por ejemplo, guarda silencio acerca del "costo de las nuevas prestaciones" y de la "variación de frecuencia de uso de las prestaciones" verificadas en la modalidad de libre elección de FONASA, sin perjuicio de que tampoco se ha informado si en este ejercicio se consideró "cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de



costos del gasto en salud" y, de ser así, a cuál se recurrió.

Como conclusión de lo anterior y ante la ausencia de antecedentes que permitan concretar la revisión judicial destinada a precisar el cumplimiento de las exigencias legales en la determinación del Indicador Referencial de Costos de Salud, lleva a asumir el cumplimiento de la norma legal que dispone expresamente que se tendrá por justificado para todos los efectos legales el índice establecido por la Superintendencia de Salud en esta ocasión, por así disponerlo perentoriamente el legislador.

Décimo primero: Que se deja establecido, en todo caso, que luego de la revisión administrativa de los elementos de juicio respectivos debe explicarse la forma en que la referida Superintendencia asumió los porcentajes de incremento del Índice de Precios al Consumidor, el cual contempla en su determinación el aumento de los costos de la así llamada División "Salud", que pondera específicamente un 7,76778% de la canasta del IPC base 2018, que posteriormente se tendrá en consideración para fijar el valor de la Unidad de Fomento, equivalente monetario en el cual se encuentra fijado el precio de los planes de salud, como ha tenido oportunidad de señalar esta Corte con anterioridad al expresar que *"cabe dejar anotado que los precios de*



bienes y servicios en el ámbito de la salud se encuentran actualmente incorporados en dicha medición general. La llamada división 'Salud' -que pondera un 5,4% del total- se divide en tres grupos: el primero está formado por la canasta de productos que los hogares adquieren para curar sus enfermedades, incluyéndose por ejemplo los medicamentos genéricos. En el segundo se valoriza un conjunto de consultas médicas de diferentes especialidades considerando los precios en la Modalidad Libre Elección de Fonasa, precios acordados entre prestadores e Isapres y aquellos aplicados a particulares que no estén en los casos anteriores. Y en el tercero se aprecian los servicios de mayor frecuencia de uso en hospitales y clínicas privadas, a partir de las tres modalidades de pago antes descritas. De este modo no es posible dejar de destacar que el aumento del costo de la salud, que se calcula mediante el Índice de Precios al Consumidor nacional, se va recogiendo mensualmente en el precio de los contratos de salud al estar pactados en unidades de fomento, equivalente monetario que, además, incorpora mensualmente el reajuste acumulativo y no lineal del Índice de Precios al Consumidor". (Sentencia dictada por esta Corte con fecha 29 de abril de 2013, en autos rol N° 9051-2012. Asimismo, y sólo a modo ejemplar, en autos rol N° 1658-2013 y N° 2904-2013).



De la misma manera, la revisión administrativa ha de tener en consideración los demás antecedentes recabados por la autoridad, obedeciendo el mandato de la letra a) del numeral 2 del artículo 198, que le impone tener en consideración *"cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud"*, dado que únicamente se recibe la documentación de las Isapres, la cual corresponde se señale la forma en que se procedió a fiscalizar su exactitud, al no existir en la regulación legislativa una instancia que entregue participación a los cotizantes, sin que se pueda limitar a señalar que simplemente registra, pero no valida la comunicación de las Isapres.

Igualmente, en cumplimiento de este mandato, ha debido la autoridad ponderar la integración vertical que concurre en el mercado de la salud privada, lo cual ha destacado esta Corte en ocasiones anteriores, como por ejemplo al sostener que *"un dato que no es posible desechar dice relación con la integración vertical de la mayoría de las Isapres abiertas con los proveedores de salud, sean clínicas o redes ambulatorias. Dado que el indicador del costo operacional de las Isapres sólo considera la variación del valor de las prestaciones del sector privado, surge el reparo de que dicho índice pueda ser controlado por las propias instituciones de salud previsional a través de la propiedad de los prestadores,*



los cuales podrán incrementar sus precios y luego éstos ser traspasados por las Isapres en sus reajustes anuales, convalidando el aumento a través de ese mecanismo" (fallo de 29 de abril de 2013, pronunciado en autos rol N° 9051-2012. Verbi gracia, igualmente, en autos rol N° 1658-2013, N° 2904-2013, N° 5054-2013 y N° 5056-2013), lo cual no se advierte en los antecedentes proporcionados.

Ante las amplias facultades con que la ley ha dotado a la autoridad administrativa para reunir antecedentes al fijar el ICRSA, de la misma manera no se ha podido dejar de observar la conducta de los actores del sistema de salud privada, como son los cotizantes, médicos, clínicas, hospitales y laboratorios, respecto de los cuales no se ha alegado un comportamiento inapropiado, puesto que ante un problema de salud, en general las personas acogen y cumplen las indicaciones impartidas por los profesionales de la medicina, quienes determinan las prestaciones que corresponde entregar a un paciente para restablecer su salud, el cual utiliza las herramientas que le proporciona la tecnología. Son tales prestaciones las que el legislador ha dispuesto que queden asumidas por el cotizante y las Instituciones de Salud Previsional, conforme a un contrato tipo, suscrito por adhesión y parcialmente dirigido respecto de algunas de sus cláusulas, que responde a una finalidad de servicio público.



Décimo segundo: En fin, una labor que se desarrolle con la debida diligencia importa examinar los estados financieros y gestión de las Isapres, como ocurre con las sociedades en general y las aseguradoras en particular y, de ser necesario, se coordinará con la autoridad sectorial correspondiente, pero no puede quedar sin tal supervigilancia que si la tienen otras sociedades en nuestro país, respecto de lo cual esta Corte ha tenido oportunidad de referirse pormenorizadamente.

Así, por ejemplo, examinando la labor de auditoría, este tribunal ha sostenido que: "la información de que disponían en relación a la naturaleza de sus funciones y la responsabilidad que ésta lleva consigo, imponía revisar la evidencia con espíritu crítico y, ante la concurrencia de variados antecedentes que alertaban sobre la situación, examinarlas a fondo [...] la falta de exhaustividad en su dictamen se reflejó en el informe emitido, con lo cual se incumplieron las normas que le imponían un proceder diligente, prudente, profesional y observador de todas las disposiciones", añadiendo que "su obligación es llevar a cabo un adecuado desarrollo del análisis financiero contable de todos los asientos en un período, como igualmente relacionarlo con otras sociedades o empresas que están vinculadas de diferentes formas, puesto que su actuar primero está vinculado con garantizar que todas las operaciones se asentaron en los



registros contables, pero igualmente que dichas operaciones son regulares conforme a la ley, en términos tales que permita evitar riesgos y daños a la misma empresa o terceros extraños, si el proceder o finalidad puede resultar cuestionable" (Sentencia de 26 de abril de 2021, dictada en autos rol N° 79.288-2020).

Del mismo modo se ha puesto de relieve que "el deber de conducta exigido a las clasificadoras de riesgo dice relación con la realización de un 'correcto análisis' de la información que le es entregada, debiendo solicitar antecedentes adicionales si, con los disponibles, no es posible alcanzar dicho objetivo actuando con la diligencia exigida", de modo que no se infringe el principio de tipicidad al haber sancionado a la reclamante por "no haberse procurado información relevante razonablemente verificada de la Compañía" (Fallo de 19 de mayo de 2016, pronunciado en causa rol N° 7560-2015).

En este mismo sentido y, en particular, en lo vinculado con la relevancia de la información contenida en los estados financieros trimestrales, es posible recordar lo decidido por esta Corte, verbi gracia, en autos roles N° 3054-2010, N° 7340-2012 y N° 1625-2013).

Décimo tercero: Como se dijo, la Circular IF/N° 401 "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la



Ley 21.350" y la Resolución Exenta SS N° 352 "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

Al dictar esta última resolución la autoridad tuvo presente que la Superintendencia de Salud ha calculado anualmente el denominado "Indicador Referencial de Costos de la Salud", también conocido como IRCSA, por medio del cual se determina la variación referencial del costo operacional del sistema de Isapres, para lo cual se atiende al costo en la cobertura de prestaciones de salud y al costo por pagos de subsidio de incapacidad laboral. Enseguida dejó asentado que el IRCSA 2019, calculado para el año 2020, alcanzó al 5.2%; que el IRCSA 2020, calculado para el año 2021, fue de -0,5% y, finalmente, que el IRCSA 2021, calculado para el año 2022, ascendió al 26.2%, dejando establecido que los documentos de respaldo se encuentran en su página web institucional, antecedentes a los cuales no se ha podido acceder, como tampoco han sido acompañados por las partes.

En ese entendido, y considerando que el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, dispone que, para el primer año de vigencia, el indicador estará compuesto por el promedio de los últimos tres indicadores, calculados por la Superintendencia para los años 2020 y 2021 y a marzo de 2022, concluye que el valor



en términos porcentuales del indicador promediado asciende a 7,6%, valores y ponderaciones asumidos por la autoridad, cuyos antecedentes no han sido acompañados a este expediente. Reitera: "Para obtener el valor mencionado, se aplicó la siguiente metodología, de acuerdo con la Ley N° 21.350, que señala que el valor del indicador a aplicar para el proceso de adecuación de 2022, corresponde al promedio de los indicadores calculados para 2020, 2021 y 2022 (respectivamente IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021)".

Sin embargo, se explica que, para obtener el valor en comento, se calculó el referido promedio empleando una ponderación definida en función de las ganancias del sistema de Isapres abiertas en el año base respectivo de cada IRCSA, de modo que otorgó una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante el período, provocadas por la pandemia, remitiéndose a su página web para consultar los antecedentes.

Agrega, igualmente, que el valor indicado es inferior a la variación de la partida del Ministerio de Salud en la Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior, que ascendió al 11,7%.



Como se ha dicho, esta resolución tiene la naturaleza de un acto administrativo, por lo que como tal debe entregar los motivos que lo fundamentan, puesto que importa una decisión de la Superintendencia de Salud, en la que expresa su voluntad y ejerce potestades públicas, a lo cual se agrega el hecho que debe dar plena publicidad al procedimiento y sus fundamentos.

Décimo cuarto: Que, como se observa, el Superintendente de Salud expidió el citado acto administrativo y fundó la determinación allí contenida solamente en los antecedentes que le proporcionaron las Isapres al efecto, sin embargo, ha debido recopilar y requerir todos los que le impone tener en consideración el ordenamiento jurídico.

Décimo quinto: Que, una vez emitida la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022, y dentro del plazo previsto al efecto, la Isapre recurrida comunicó a la autoridad que aumentaría el precio base de sus planes de salud y que dicho incremento ascendería, precisamente, a un 7,6%, esto es, a la misma cifra fijada como monto máximo para estos efectos por la Superintendencia de Salud.

Décimo sexto: Que, para resolver la legalidad de dicho incremento, es necesario reiterar que el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 (Salud), distingue entre el indicador de variación porcentual máxima de los precios



base de los planes de salud elaborado por la Superintendencia de Salud y la decisión de las Isapres de aplicar a sus precios base una variación porcentual y su cuantía, estableciendo para uno y otra requisitos y oportunidades diferenciadas.

En efecto, el indicador elaborado por la Superintendencia de Salud es, según el Diccionario, lo que sirve para indicar, esto es, mostrar o significar el máximo de la variación porcentual de los precios base de los planes de salud, esto es, en la acepción aplicable, el *"límite superior o extremo a que puede llegar"*. Ese límite superior o extremo se calcula, para el año 2022, de conformidad con las reglas de las letras a) a d) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, antes citados y al artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350. Y, como se expresa en la frase final de esa letra d), *"El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales"*. En la especie, ese límite superior ha sido publicado dentro del plazo fijado por la ley al efecto, con fecha 10 de marzo del corriente, mediante Resolución Exenta SS N° 352.

En cambio, la decisión eventual de las Isapres de aplicar o no una variación porcentual en los precios base de sus planes de salud se sujeta, para el presente año 2022, a las reglas establecidas en la letra e) del citado artículo 198 y a las del 198 bis, ambos de DFL N° 1 de



2005 y al artículo tercero transitorio de la Ley N° 21.350. Allí se dispone que dicha decisión deberá adoptarse por cada Isapre e informarse a la Superintendencia de Salud quince días después de publicado el indicador de variación porcentual máxima para cada año, que la variación decidida *"en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud"* y que deberá aplicarse *"a todos sus planes de salud"*, siempre que durante el año 2021, haya *"dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud"*. El procedimiento para llevar adelante tal decisión ha sido fijado por la Superintendencia de Salud, mediante Circular IF/N° 401, de fecha 30 de diciembre de 2021, que *"Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350"*.

Décimo séptimo: Que, en el mismo sentido, se ha pronunciado la Superintendencia de Salud en el punto 8 de la Resolución Exenta IF/N° 58, de 26 de enero de 2022, al resolver el recurso presentado, entre otras, por Isapre Cruz Blanca S.A., en contra de aquella parte de la Circular IF/N° 401, dictada por la Superintendencia de



Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, que "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350", que establecía la obligación de las Isapres de enviar a la Superintendencia la información que justificaba el alza del precio base que aplicarían a sus planes de salud, sin que ello importe su validación. Allí se señala:

"Que, en primer lugar, las recurrentes solicitan que se deje sin efecto el párrafo cuarto del punto 1 "Comunicación de la adecuación propuesta por la Isapre", del Título III del Capítulo I del Compendio de Procedimientos. Dicho párrafo efectivamente fue incorporado por el numeral 1.2 del acápite III de la Circular, en los siguientes términos: "Además, en la misma oportunidad señalada precedentemente, las Isapres deberán enviar a esta Superintendencia, la información que justifique el precio base que aplicarán a sus planes de salud, lo que no significa que con dicho envío la Superintendencia valide la referida información."

Al respecto, debe tenerse presente que, si bien es cierto lo que afirman las Isapres, en cuanto la Ley 21.350 establece que "El índice de variación porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales", también es cierto que dicho indicador constituye el aumento máximo de precio base que la ley



permite. En efecto, el nuevo artículo 198 letra d) del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, dispone que "Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud." En la letra e) que le sigue, el legislador confirma que "el porcentaje de ajuste informado [por las Isapres] será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud".

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

En atención a lo expuesto, y en uso de sus atribuciones legales para fiscalizar y requerir la información necesaria para el cumplimiento de sus funciones, esta Intendencia incluyó en sus instrucciones



el párrafo objetado. No obstante, ha estimado razonable y oportuno hacer una separación de las instrucciones relacionadas con el procedimiento mismo de la adecuación, de aquellas que tienen que ver con la eventual solicitud de información, motivo por el cual acogerá esta parte de los recursos, eliminando la citada instrucción. Lo anterior es sin perjuicio del ejercicio de las facultades de fiscalización y de requerir información, consagradas en el artículo 110 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.”

Décimo octavo: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a los señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 –en su formulación actual– y en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), “*el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud*”, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para



la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, han sido previstos.

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud. Y que, para el caso del proceso 2022, *“deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior”*.

Décimo noveno: Que según informó a esta Corte la Superintendencia de Salud, para realizar el cálculo del índice de alza máxima proporcional para el proceso del



año 2022, han de ponderarse, en primer término, los índices (IRCSA) de los años 2019, 2020 y 2021, en la forma establecida en el Resolución Exenta N° 352 de 2022. De conformidad con lo señalado en el número 4 de la referida Resolución Exenta N° 352, cada uno de esos IRCSA *“determina la variación referencial del costo operacional del sistema Isapre, el que se compone del costo en la cobertura de prestaciones de salud y del costo por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral”*. Estos indicadores, calculados de conformidad con la metodología a que se hace referencia, determinaron una variación en los costos operacionales del sistema de Isapres de 5,2% para el año 2019; de -0,5% para el año 2020 y de 26,2% para el año 2021.

A continuación, para dar cumplimiento a lo preceptuado en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, se indica en el N° 9 de la referida Resolución Exenta N° 352 que *“La Superintendencia de Salud calcula el promedio de los IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021, con una ponderación definida en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de casa IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante ese período, provocadas por la pandemia”*.



En el documento que dicha resolución refiere para realizar esta ponderación, disponible en el hiperenlace https://supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20802_recurso_1.pdf, se expresa la forma de su cálculo, indicando los ponderadores anuales correspondientes aplicables a cada IRCSA anual (0,290, para el año 2019; 0,469 para el 2020 y 0,241 para el 2021), concluyendo que *“Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra.”*

Vigésimo: Que, en consecuencia, es posible afirmar que, conforme con la actual regulación de la materia, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable *“a todos los planes de salud”* ofrecidos por la Institución de Salud Previsional



correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que el artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, la Ley N° 21.350 y la Resolución Exenta N° 352 establecen, y, al mismo tiempo, que no es posible aceptar que, por el solo hecho de ajustarse dicha determinación al máximo fijado por la Superintendencia de Salud, tal decisión pueda estimarse justificada o no arbitraria para todos los efectos legales.

Vigésimo primero: Que establecido lo anterior, cabe hacerse cargo de la legalidad o arbitrariedad de la decisión de Isapre Cruz Blanca S.A. en cuanto a proponer a sus afiliados un alza porcentual de un 7,6% para todos los planes de salud que administra, salvas las excepciones legales, teniendo presente que no se discute por la recurrente la forma y oportunidad en que recibió la comunicación de la adecuación al alza del precio de su plan de salud, ni el cumplimiento por parte de la recurrida de las restantes formalidades previstas en la mencionada Circular IF/N° 401, ni que la propuesta de alza supere el máximo fijado por la Resolución Exenta SS N° 352.

Vigésimo segundo: Que, a este respecto, la carta de "Comunicación de adecuación", dirigida al recurrente por la recurrida, Isapre Cruz Blanca S.A., señala que "*los estados financieros del sistema Isapre [...] configuran el peor año en la historia de las aseguradoras*",



añadiendo que tales "resultados no son ajenos a Isapre Cruz Blanca S.A., pues por segundo año consecutivo ha obtenido resultados negativos". Enseguida consigna que, si bien su parte "ha realizado todos los esfuerzos por cumplir, contener y sobrellevar las exigencias financieras que se han introducido, generando eficiencias y reduciendo costos al máximo", en "los últimos dos años, los costos de salud reales (en UF) por beneficiario han subido en promedio un 8,7%, destacando entre estos costos, el aumento en el pago de licencias médicas, cuyo promedio por beneficiario se incrementó en un 40,6% (en UF) respecto del año 2019".

En conclusión, expresa que "Debido a lo anterior y después de dos años en que se han mantenido congelados los precios base de los planes de salud, con el fin de mantener la viabilidad financiera que permita continuar entregando la cobertura para prestaciones de salud a sus afiliados, Isapre Cruz Blanca S.A. aplicará un alza al precio base de sus planes de salud", en conformidad a la Ley N° 21.350, todo lo cual se traduce en que el precio base del plan de salud del actor "para el proceso de adecuación 2022, experimentará un alza de un 7.6%".

Finaliza especificando los efectos del alza dispuesta en el pago de las cotizaciones correspondientes, y se dan a conocer los derechos y opciones del afiliado, incluyendo información sobre



planes alternativos, lugares y canales de comunicación con la Isapre para su discusión y los recursos de que dispone ante la Superintendencia de Salud, en caso de estar disconforme con los planes alternativos propuestos, así como la posibilidad que se le ofrece de desafiliarse en el plazo que indica, en caso de no estar conforme con dichos planes ni con el alza propuesta.

Vigésimo tercero: Que, previo a resolver la razonabilidad de la justificación invocada, es necesario hacerse cargo de la aplicabilidad a su enjuiciamiento de los criterios establecidos en la jurisprudencia uniforme de esta Corte, conforme a la legislación vigente con anterioridad a la publicación de la Ley N° 21.350, en junio de 2021. En síntesis, dicha jurisprudencia exige que para considerar razonable un alza porcentual en los precios bases de los planes de salud, es necesario: a) Que ella responda a cambios efectivos y verificables de las prestaciones cubiertas por el plan individual de salud a que se refieren; b) Que, por lo mismo, ella no se fundamente aludiendo a cifras y criterios generales que los costos de la institución recurrida para otorgar las prestaciones a que está obligada han aumentado, refiriendo valores ilustrativos como los del entonces vigente Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA); y c) Que ella haga referencia a un análisis



pormenorizado, racional y que tenga un cabal respaldo técnico que permita su verificación.

Vigésimo cuarto: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a lo señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, en los términos de las modificaciones introducidas por la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), *"el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud"*, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, se prevén en su letra a).

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia



de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Vigésimo quinto: Que, en consecuencia, si bien es posible afirmar que, conforme con la nueva regulación antes transcrita, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable *"a todos los planes de salud"* ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que la Ley N° 21.350 establece, reseñados en el considerando anterior.

Vigésimo sexto: Que, no obstante, la carta en la que se comunica el alza porcentual del plan base de la recurrente no hace referencia a dichos factores, sino que ofrece, como fundamentación material, la circunstancia de que la Isapre *"por segundo año consecutivo ha obtenido resultados negativos"*, pues durante los años 2020 y 2021 *"el sistema isapre ha enfrentado y ha debido asumir el*



impacto de nuevas exigencias y mayores requerimientos”, habiéndose exigido *“al sector contraer responsabilidades y obligaciones financieras a través de nuevas regulaciones que han impactado negativamente en los estados financieros de la Isapre”*. A continuación, y como única explicación concreta de su decisión, vinculada a costos específicos, señala que *“durante los últimos dos años, los costos de salud reales (en UF) por beneficiario han subido en promedio un 8,7%”,* detallando que entre tales costos resalta *“el aumento en el pago de licencias médicas, cuyo promedio por beneficiario se incrementó en un 40,6% (en UF) respecto del año 2019”,* motivo por el cual, y para *“mantener la viabilidad financiera que permita continuar entregando la cobertura para prestaciones de salud a sus afiliados [...] aplicará un alza al precio base de sus planes de salud”* de un 7,6%, mismo antecedente que se reproduce en el informe preceptivo.

Al respecto, lo primero que cabe observar es que la concurrencia de pérdidas o de ganancias en el ejercicio del giro de la recurrida no se encuentra entre los factores señalados por la Ley N° 21.350, por lo que su invocación no puede considerarse una justificación razonable ni el motivo de la propuesta de alza porcentual del precio base del plan de salud del recurrente.



En segundo término cabe consignar que la sola mención genérica de un supuesto incremento de costos informado a la Superintendencia de Salud no es suficiente para cumplir con las exigencias de la letra a) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, pues con ello no se da cumplimiento a la necesidad de expresar: i) la variación de los costos en las prestaciones de salud otorgadas por la recurrida; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral pagados por ella; iv) el costo de las nuevas prestaciones que ha incorporado; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) los elementos que han servido para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Más aun, la sola lectura de la carta referida pone de relieve que ésta sólo menciona cifras genéricas, que comprenden algunos elementos elegidos ex profeso por la Isapre y que se refieren exclusivamente, además, a los años 2020 y 2021, pese a que el alza de que se trata abarca el período que media entre 2019 y 2021, y en los que, por otra parte, no se incluye elemento alguno que permita estimar, sea por comparación o a través de cualquier otro método, si efectivamente se han producido las alzas que allí se mencionan, aun cuando sólo digan relación con los únicos costos que se citan en la misiva.



En este sentido es útil enfatizar que la sola mención de datos de los años 2020 y 2021 aparece como aun más relevante si se advierte que en la Resolución Exenta N° 352, de la Superintendencia de Salud, se dejó expresa constancia que la variación de los costos de las Isapres ocurrida durante el año 2019 ascendió a un 5,2%, que en el año 2020 alcanzó a -0,5% y que en el año 2021 se elevó a 26,2%, de lo que se deduce que, al elegir sólo una parte del período total considerado para este fin, la Isapre recurrida optó por presentar a su afiliado sólo las cifras que más favorecen a esa parte en el cálculo de que se trata, obviando aquellas que podrían otorgar una comprensión íntegra del fenómeno en estudio, de lo que se deduce que la recurrida no sólo soslaya el cabal cumplimiento del deber de información que sobre ella pesa, sino que, todavía más, intenta aparentar que ha observado tal obligación acudiendo a explicaciones que, sin embargo, contienen argumentaciones vagas y genéricas, que, en realidad, nada ilustran.

Vigésimo séptimo: Que, por lo expresado en los considerandos anteriores, no cabe sino concluir que la recurrida actuó de manera ilegal y arbitraria al proponer a la recurrente una variación porcentual del precio base de su plan de salud sin fundamentar su decisión en los parámetros establecidos en la Ley N° 21.350 para poder hacer tal propuesta, dentro del margen previsto por el



indicador de porcentaje máximo de variación de precio base de sus planes fijado por la Superintendencia de Salud, por lo que el recurso interpuesto deberá acogerse, según se expondrá en lo resolutivo del presente fallo.

Vigésimo octavo: Que, por otra parte, esta Corte no puede dejar de señalar que el acto sustancialmente recurrido en esta causa no es propiamente la carta por la que la recurrida comunica a la recurrente la decisión de proponer una variación porcentual de los precios base de todos los planes de salud que administra en el máximo permitido por el indicador fijado al efecto por la Superintendencia de Salud, sino esa decisión propiamente tal. En efecto, como dispone la letra e) del citado artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, *"en el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud"*.

Según consta en el informe rendido por la recurrida y en la carta de adecuación acompañada al proceso, dicha decisión se comunicó a la Superintendencia de Salud con fecha 24 de marzo de 2022 y, aun cuando se desconoce el



contenido preciso de esa misiva, dado que no fue aparejada a la causa, del citado informe se desprende que, además de dar cuenta del porcentaje de incremento del precio base que aplicaría, en ella la Isapre manifestó que "el cálculo de la variación real de costo por beneficiario entre los años 2019 y 2021 es 8,7%, conforme al cálculo efectuado, sobre la base de los estados financieros enviados a la Superintendencia de Salud" y que "aplicada en lo posible la metodología utilizada por la Superintendencia de Salud para el cálculo del ICSA 2021 y de los IRCSA de los años 2019, 2020 y 2021 a la realidad de Isapre Cruz Blanca S.A., resulta de este cálculo que el alza hipotética de la Isapre, hubiera sido de un 11,78%".

Luego, esa decisión fue comunicada por la recurrida a todos los afiliados en la forma prevista en la Circular IF/N° 401, de 30 de diciembre de 2021, tanto a nivel general —mediante una publicación en el Diario Oficial, avisos en las sucursales y enlaces en sus páginas de internet—, como individual, mediante cartas de adecuación como la que origina la presente causa. En todas estas comunicaciones la información transmitida respecto del porcentaje de variación del precio base de todos los planes de salud que la Isapre administra, salvo las excepciones legales, no pudo ser otra que la decidida y



comunicada a la Superintendencia de Salud, con fecha 24 de marzo de 2022.

Así lo señala expresamente la recurrida en su informe y en la carta origen de la acción intentada en estos autos, donde se expresa que en cumplimiento de la normativa, *"Isapre Cruz Blanca S.A. ha informado a la Superintendencia de Salud su decisión de aplicar al precio base de todos sus planes de salud afectos a adecuación un alza de un 7.6%, ajustándose al porcentaje fijado por la Superintendencia de Salud"*, subrayando que *"sobre la base de la metodología de cálculo publicada por dicha Superintendencia, aplicada a los datos de Isapre Cruz Blanca S.A."* los antecedentes técnicos *"arrojan un porcentaje mayor"* al que fuera fijado por la autoridad.

Luego, las únicas variaciones posibles en las cartas de adecuación de los precios base enviadas por la recurrida a todos sus afiliados, entre ellos el recurrente, son aquellas que tienen que ver con las alternativas de planes que, de conformidad con el Compendio de Normas aplicable deben ofrecer a los afiliados para que decidan si reclamar de ellas o permanecer o no en la Isapre.

Vigésimo noveno: Que, por tanto, al acoger este recurso, para dar adecuada protección al recurrente y a todos los afectados con la decisión impugnada, con pleno respeto del principio de igualdad consagrado en el



artículo 19, N° 2 de la Constitución Política de la República, esta Corte deberá declarar como arbitraria la decisión de la recurrida de proponer alzar porcentualmente en un 7,6% todos los planes de salud que administra, comunicada a la Superintendencia de Salud el día 24 de marzo de 2022 y al recurrente por medio de la carta origen de esta acción cautelar, de fecha 31 de marzo de 2022, por carecer de fundamentos ajustados a las exigencias legales, ordenando las medidas que se indicarán en lo resolutivo para restablecer el imperio del derecho, de conformidad con las facultades conferidas en el artículo 20 de la Carta Fundamental.

Trigésimo: Que, al respecto, cabe consignar adicionalmente que las Isapres, al prestar un servicio de seguridad social estrictamente regulado y que impone — como en el presente caso— la motivación de las decisiones que afecten a sus afiliados, se sujetan a similares exigencias que los órganos de la administración para justificar la razonabilidad de sus actos, pues solo a través de una adecuada motivación “se exteriorizan las razones que han llevado a la Administración a dictarlo, exigencia que se impone en virtud del principio de legalidad. En efecto, en nuestro ordenamiento jurídico, la Ley N° 19.880, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, consagra los



principios de transparencia y publicidad, en cuanto permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado, calidad que precisamente detenta el organismo demandado. Es así como el artículo 11 inciso segundo del referido texto legal, previene la obligación de motivar en el mismo acto administrativo la decisión, los hechos y fundamentos de derecho que afecten los derechos o prerrogativas de las personas. A su turno, también el artículo 41 inciso cuarto del aludido texto legal dispone que 'las resoluciones que contenga la decisión, serán fundadas'. Proceder que, por lo demás, se hace enteramente exigible por mandato del artículo 8° de la Constitución Política de la República" (Sentencia de 16 de junio de 2017, expedida en autos rol N° 3598-2017).

En esta perspectiva este tribunal también ha sostenido que "el fin último de la exigencia de motivación de todo acto administrativo no es otro que requerir la explicitación de sus fundamentos racionales, de manera tal que sean comprensibles para el administrado, proveyéndole la información necesaria para que, en caso de disconformidad o agravio, ejerza los mecanismos recursivos que le franquea la ley, tanto ante la Administración como la jurisdicción. Entonces, tal requisito no será satisfecho sino cuando los argumentos del órgano administrativo que adopta la resolución



consistan en razones objetivas y comprobables que doten de razonabilidad a la decisión terminal, suprimiendo todo dejo de arbitrariedad" (Fallo de fecha 18 de marzo de 2021, dictado en causa rol N° 103.349-2020).

Finalmente, también se puede citar lo razonado en la sentencia de 21 de abril de 2021, pronunciada en autos rol N° 144.219-2020, en la que se expresa que "es un requisito sustancial en la dictación de un acto administrativo, la expresión del motivo o fundamento, pues la omisión está vinculada a una exigencia que ha sido puesta como condición de mínima de racionalidad, ya que permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado", destacando, en ese sentido, que "la fundamentación del acto administrativo es un elemento de su esencia, cuya existencia siempre está bajo el control de la judicatura".

Trigésimo primero: Por último, esta Corte estima pertinente dejar explícitamente asentadas dos reflexiones.

Por una parte, el examen del asunto sometido al conocimiento de este tribunal ha puesto de relieve la indudable necesidad de una mayor competencia entre las instituciones de salud previsional que intervienen en esta actividad, considerando que, tal como lo expresa la Superintendencia de Salud en el documento denominado



“Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021. Metodología de cálculo”, “Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra”.

En ese sentido resulta imperioso recordar que, en un mercado que debiera ser competitivo también por los precios ofrecidos para la cobertura de prestaciones similares, ello no se logra cuando -como es de público conocimiento- todas las Isapres abiertas deciden aplicar como variación porcentual para todos sus planes de salud, salvo las excepciones legalmente establecidas, el guarismo fijado en la Resolución Exenta N° 352 de la citada Superintendencia, aspecto en torno al cual la recurrida se limita a invocar aquellos antecedentes que estima favorables para su posición, esto es, la fijación del mentado incremento en ese 7,6%.

Por otra parte, es útil consignar que, más allá de la decisión de acoger el recurso de protección en examen



y con independencia de las medidas de cautela que se dirán en lo resolutivo, los cotizantes de la Isapre recurrida no se verán liberados del cumplimiento de sus principales obligaciones contractuales y, en consecuencia, deberán seguir pagando, íntegramente, las sumas de dinero, expresadas en Unidades de Fomento, correspondientes a su plan de salud, dado que esta sentencia solamente ha resuelto lo relacionado con el alza o incremento del precio base de los planes individuales de salud suscritos por los cotizantes con las Isapres.

Por las anteriores consideraciones y de conformidad con lo que disponen el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se confirma** la sentencia apelada, con declaración de que:

1.- Se deja sin efecto la comunicación de la Isapre Cruz Blanca S.A. a la Superintendencia de Salud de 24 de marzo de 2022, por medio de la cual informa que subirá un 7,6% todos los planes de salud;

2.- Consecuencialmente, se deja sin efecto el alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la Isapre Cruz Blanca S.A., informada a dicha autoridad de conformidad con lo dispuesto en el art. 198, letra e) del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud;



3.- La Superintendencia de Salud dispondrá las medidas administrativas para que, en el evento de que se haya cobrado a otros afiliados las cantidades resultantes del alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la recurrida, éstos hayan optado por un plan diferente o su desafiliación, dichas cantidades sean restituidas como excedentes de cotizaciones o, en su caso, se revoque la modificación de los planes acordada para evitar el alza dejada sin efecto o se reintegre a los afiliados que, para evitar su pago, han optado por su desafiliación;

4.- La Superintendencia de Salud dispondrá un plazo prudencial para que Isapre Cruz Blanca S.A. cumpla fundadamente y con antecedentes que verificará, con la comunicación prevista en el artículo 198, letra e) del DFL N° 1 del Ministerio de Salud del año 2005, de manera que la propuesta de alza proporcional a todos sus planes de salud, para el año 2022, se ajuste a los parámetros legales.

5.- **El Secretario de esta Corte oficiará a todas las Cortes de Apelaciones** que estén conociendo recursos de protección contra Isapre Cruz Blanca S.A. por la variación porcentual de los precios base de todos sus planes de salud, comunicada a la Superintendencia de Salud con fecha 24 de marzo de 2022 y a sus afiliados en



las cartas correspondientes, para que se agregue copia autorizada de esta sentencia.

6.- Sin perjuicio de todo lo resuelto, se deja sin efecto el alza en el valor del precio base del plan de salud de la parte recurrente.

Se previene que el Ministro Sr. Matus concurre al acuerdo y fallo, pero sin compartir lo señalado en los considerandos noveno a décimo cuarto ni lo decidido en el numeral 4 de lo resolutivo.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Matus.

Rol N° 13.178-2022.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E. y Sr. Jean Pierre Matus A.

SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:34

ANGELA FRANCISCA VIVANCO
MARTINEZ
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:12:35

ADELITA INES RAVANALES
ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:12:35

MARIO ROLANDO CARROZA
ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:36



JEAN PIERRE MATUS ACUÑA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:37



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Angela Vivanco M., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E., Jean Pierre Matus A. Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

En Santiago, a dieciocho de agosto de dos mil veintidós, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.



Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

Vistos:

De la sentencia en alzada se reproduce únicamente la parte expositiva.

Y teniendo en su lugar y, además, presente:

Primero: En la especie, ha comparecido don Allen Kevin Tello Casapia deduciendo recurso de protección en contra de Isapre Nueva Masvida S.A., en razón del acto de esta última que califica de ilegal y arbitrario, consistente en la modificación unilateral del precio base de su plan de salud, que estima infundada, proceder que se habría traducido en la vulneración de las garantías previstas en el inciso final del N° 9 y en el N° 24, ambos del artículo 19 de la Constitución Política de la República.

Funda su acción en que la Isapre recurrida, por medio de una carta de adecuación que el actor recibió el 25 de marzo de 2022, informó que el precio base de su plan de salud experimentaría un alza de un 7,6%, sin expresar fundamentos suficientes para justificar dicha decisión.

Añade que, si bien la Superintendencia de Salud fijó como monto máximo de dicho incremento en un 7,6% al tenor de lo prescrito en las modificaciones introducidas por la Ley N° 21.350, la Isapre se encuentra obligada a expresar las razones que sustentan el alza en comento, pese a lo



cual se ha limitado a exponer motivos genéricos, que no resultan bastantes para este fin, motivo por el cual el incremento de que se trata deviene en arbitrario.

Arguye, asimismo, que la recurrida tampoco cumple con la cobertura de exámenes de medicina preventiva que la ley establece como exigencia para efectuar el alza materia de autos.

Termina solicitando que se deje sin efecto la adecuación del precio base de su plan de salud, con costas.

Segundo: Al informar la Isapre recurrida pidió el rechazo del recurso, con costas.

En primer lugar, alega la improcedencia de la acción cautelar, basado en que no es la vía idónea para reclamar del acto materia del recurso, en tanto se trata del cumplimiento de las cláusulas de un contrato.

En cuanto al fondo, niega haber incurrido en un acto ilegal, puesto que la adecuación del precio base informada al afiliado se realizó de acuerdo a lo previsto por los nuevos textos vigentes de los artículos 197 y 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, y del artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, a la vez que se ajustó al valor informado en la Resolución Exenta N° 352 del Superintendente de Salud, lo que permite descartar la arbitrariedad que se le reprocha. Sobre este particular destaca que su parte no sólo no



alzó los precios base de sus planes durante ocho años, sino que, además, en el proceso de que se trata decidió incrementar dicho valor en el porcentaje máximo fijado por la autoridad, considerando que dicho parámetro se debe entender justificado para todos los efectos legales, al tenor de lo prevenido en la Ley N° 21.350.

Aduce que, en consecuencia, tampoco ha vulnerado las garantías fundamentales invocadas en el recurso.

Tercero: Al conocer de la acción cautelar intentada, la Corte de Apelaciones de Arica decidió desestimar las pretensiones de la actora. Así, en primer término desechó la alegación consistente en que el recurso de protección no constituye la vía idónea para discutir la materia planteada en la especie, basada en que en la especie no se han impugnado las cláusulas de un contrato o su interpretación.

En cuanto al fondo, los sentenciadores concluyen que el actuar de la Isapre se ajusta a lo previsto en el artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, pues practicó la adecuación del precio base del plan conforme a los parámetros técnicos empleados por el ente regulador, sin perjuicio de que, además, el alza aplicada no supera el indicador calculado por la Superintendencia de Salud, todo lo cual permite descartar la ilegalidad invocada. Asimismo, los falladores concluyeron que la recurrida no actuó de manera arbitraria, considerando que



es el propio sistema el que ha establecido el incremento censurado en autos, hasta el punto de que el inciso segundo de la letra d) del N° 2 del citado artículo 198 establece que la variación porcentual así fijada se encuentra justificada para todos los efectos legales. Luego, los juzgadores dejaron asentado que, al decidir la recurrida incrementar el precio base de sus planes de salud en un monto igual al máximo fijado por la Superintendencia, no requiere justificar, nuevamente, los motivos de tal determinación o la circunstancia de haberlo hecho en el máximo permitido, por tratarse de un procedimiento en el que se contempla la presunción antedicha.

En esas condiciones los juzgadores asentaron, además, que la recurrida no transgredió las garantías constitucionales invocadas por la actora.

Cuarto: Al apelar de la decisión antedicha, el recurrente reitera, en lo esencial, los fundamentos de su acción, enfatizando que, si bien la recurrida detenta la facultad de revisar los contratos de salud de sus afiliados, para que la misma se traduzca en un aumento del precio de un plan de salud se debe fundar en cambios efectivos y comprobados en los precios de las prestaciones cubiertas por el plan respectivo, situación que no acontece en este caso, en que la recurrida no ha justificado el alza de manera fehaciente y pormenorizada.



Quinto: Que, para una acertada resolución de este conflicto, es preciso tener presente, en primer lugar, que la Ley N° 21.350, de 14 de junio de 2022, modificó los anteriores artículos 197 y 198 del DFL N° 1 de 2005, e introdujo un nuevo artículo 198 bis y disposiciones aplicables específicamente a los años 2020, 2021 y 2022, que cambiaron la regulación anterior que permitía, en ciertas condiciones, alzas anuales en los planes de salud. De este modo, se prohibieron las alzas en los años 2020 y 2021 y para los siguientes años se establecieron reglas generales y una transitoria para el 2022.

En efecto, antes de estas modificaciones, las reglas aplicables eran las siguientes:

El inciso tercero del artículo 197 disponía, en lo que interesa, que: *"Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan"*.

A su turno, el artículo 198 disponía, en lo pertinente, que: *"La libertad de las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 197 de esta Ley, se sujetará a las siguientes reglas:*



1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRES deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

[...]

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

[...]



4.- La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

[...]

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine".

Sexto: Que, en cambio, en cuanto a las reglas generales, el actual inciso 3° del artículo 197 prescribe: "Anualmente, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan".

Por su parte, dicho artículo 198 establece: "Las modificaciones a los precios base de los planes de salud se sujetarán a las siguientes reglas:



1. El Superintendente de Salud fijará mediante resolución, anualmente, un indicador que será un máximo para las instituciones de Salud Previsional que apliquen una variación porcentual al precio bases de sus planes de salud, conforme al procedimiento que se establece en el numeral siguiente.

2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deberá seguir el siguiente procedimiento:

a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud. Asimismo, deberá incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que se revisará al menos cada tres años, aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores



que sirvan para el cálculo del indicador, en especial los señalados en el párrafo precedente.

b) Para estos efectos, la Superintendencia de Salud validará mensualmente los registros de prestaciones y sus frecuencias, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional. Se considerará como período de referencia del indicador a que se refiere el numeral 1 de este artículo, los meses de enero a diciembre de al menos dos años anteriores a la publicación del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá requerir del Fondo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y de los demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario para el correcto cálculo del indicador. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección de la ley N.° 19.628, sobre protección de la vida privada.

c) En el proceso de validación de los registros, la Superintendencia de Salud tendrá amplias facultades para requerir de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos.



d) Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales.

e) En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud.

En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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



A continuación, el artículo 198 bis de dicho cuerpo legal establece: *"Para que las Isapres puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud, conforme a lo establecido en el artículo precedente, deberán haber dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, así como a las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, en conformidad con lo establecido en el artículo 138 de esta ley, en ambos casos de acuerdo a las normas de general aplicación que dicte la Superintendencia de Salud al respecto, pudiendo establecer cumplimientos parciales, que no podrán ser inferiores al 50 por ciento de la establecida en el decreto respectivo. Ambas obligaciones deberán ser acreditadas por los organismos que tengan convenios vigentes con la Superintendencia de Salud, en el mes de enero del año en que se aplique el indicador señalado, lo que será fiscalizado por la Superintendencia de Salud. En caso de alerta sanitaria, el Superintendente de Salud podrá rebajar prudencialmente las metas asignadas"*.

Finalmente, para el proceso de modificación de precios bases de los planes de salud para el presente año 2022, el artículo transitorio segundo de la Ley N.º



21.350 establece que el indicador a que se refiere el citado artículo 198 *"deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior"*; y su artículo tercero transitorio agrega: *"Las metas a que se refiere el artículo 198 bis entrarán en vigencia a contar del 1.º de enero del año 2022"*.

Séptimo: Que, en lo que concierne a la historia del establecimiento de la Ley N° 21.350, cabe resaltar que ésta fue discutida inicialmente en el marco de la pandemia por el brote de Covid-19, proceso durante el cual fueron refundidas tres mociones parlamentarias que, en términos generales, tenían por finalidad prohibir que las Isapres pudieran modificar o poner término unilateral, en períodos de epidemia o pandemia, a los contratos de salud que mantuvieran con sus afiliados. A propósito de la tramitación legislativa de tales iniciativas se consideró la posibilidad de establecer una regulación permanente en este ámbito, que no estuviera limitada a la contingencia sanitaria reinante. En ese contexto, y por medio de una indicación aprobada en la



Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, en Primer Trámite Constitucional, se propuso modificar el DFL N° 1 de Salud entregando a la autoridad competente el deber de calcular *"un indicador de variación de los precios de las prestaciones de salud, tomando en cuenta la frecuencia con que fueron utilizadas y la variación del gasto del subsidio por incapacidad, en su caso"*, aludiendo a un *"IPC de la salud"*, que tenía por objeto *"evitar distorsiones y alzas desmedidas e injustificadas en el próximo año, en que ya no esté vigente la pandemia, y que se vuelva a la norma en las que las isapres reajustan sus planes, por ahora, con cierta restricción"*.

Sobre este particular, y en lo que se refiere específicamente a la construcción de este índice, el Superintendente de Salud de la época manifestó, ante la Comisión de Salud, que *"el gran riesgo lo constituye la validación de los datos de las prestaciones contenidos en los archivos maestros que entregan las Isapres, porque son esos antecedentes los que se consideran para determinar la variación en la frecuencia en las prestaciones y variación en el precio"*, agregando que para desarrollar tal labor fue creada una Unidad de Gestión de Datos y un Comité de Datos, agregando, en lo que atañe a la *"metodología y forma en la que se construye el indicador"*, que recurrieron *"al INE para la revisión y validación del indicador, porque ellos son*



expertos en indicadores" y que "las Isapres pueden reajustar los planes, pero deben hacerlo de acuerdo a parámetros objetivos, validados y sobre todo, dando certeza sobre el sistema de cobro, a las personas que contratan un plan".

En ese contexto, durante la discusión particular del proyecto que se verificó ante el Senado los senadores Goic, Quinteros y Girardi presentaron una indicación que estableció una serie de reglas destinadas a determinar el referido indicador de variación porcentual, a las que se deberían sujetar las Isapres al modificar sus planes de salud, conforme a las cuales sería el Superintendente de Salud quien fijaría anualmente este parámetro.

Si bien el Ejecutivo formuló observaciones a dicha propuesta, recogió sus ideas matrices al presentar sus propias indicaciones, en las que incorporó como factor de cálculo *"las variaciones en las frecuencias de las prestaciones"*, pues *"el actual problema es el control de la frecuencia, es decir, cómo aumenta el número de prestaciones de un año a otro"*, además de incluir la *"modalidad libre elección de FONASA como un elemento a considerar en el algoritmo que, de cierta forma, contenga el eventual aumento en el sistema de Isapre"*.

Finalmente, los Senadores de la Comisión de Salud, en conjunto con el Ejecutivo, presentaron un acuerdo que recogió estas indicaciones y que constituye, en



definitiva, el texto de la Ley N° 21.350, actualmente vigente.

Octavo: Que, en consecuencia, luego de la modificación legislativa, el régimen de adecuación del precio de los planes de salud, se advierte, en conclusión:

1.- Ha sido el legislador quien ha establecido, regulado y mantenido la posibilidad de revisión anual por parte de las Isapres del precio base de los planes de salud individual acordados en los contratos de salud previsional;

2.- Para la realización de aquel incremento corresponde: a) Por una parte, cumplir con el procedimiento legal (art. 198), en que la Superintendencia de Salud determinará anualmente el índice máximo de variación porcentual que se podrá aplicar a los precios base de los planes de salud; b) Luego de lo anterior, corresponde a cada Isapre acordar y comunicar a la autoridad la decisión fundada de adecuar en general sus planes, y c) Cumplida la anterior determinación se deberá ejercer también fundadamente esta opción y "en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan" (art. 197), la que corresponde poner en conocimiento de los afiliados;



3.- Ante la carta de la Isapre, comunicando el alza de los planes de salud, al ejercer la adecuación de los mismos, los cotizantes pueden: a) Aceptar los nuevos precios fijados por la Isapre; b) Desafiliarse de la Institución o c) Impugnar administrativa o judicialmente la adecuación informada por la Isapre.

4.- Operando la reforma en régimen, a lo menos cada tres años, por decreto supremo del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, se aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para fijar un indicador máximo de variación porcentual que cada una de las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud, estableciendo la ponderación de los factores que sirvan para su cálculo.

5.- La misma Superintendencia de Salud validará mensualmente: (i) los registros de prestaciones y sus frecuencias, pudiendo requerir a las Isapres y prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos; (ii) la cartera de beneficiarios, y (iii) los subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional.



6.- De igual modo la Superintendencia de Salud anualmente deberá: a) calcular los índices (i) de variación de los costos de las prestaciones de salud, (ii) de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas, (iii) de variación del costo en subsidios por incapacidad laboral del sistema privado de salud, y b) incorporar en el cálculo (iv) el costo de las nuevas prestaciones y (v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y (vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.

7.- Con toda la información anterior, según se expresó, los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, por resolución fundada, publicada en el Diario Oficial y en su página web, y conforme al procedimiento legal, el Superintendente de Salud fijará el indicador máximo de variación porcentual que las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud. El índice de variación porcentual, así fijado, se entenderá justificado para todos los efectos legales.

8.- En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio base de los planes de salud y, en



su caso, el porcentaje de ajuste informado que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicado por la Superintendencia de Salud. En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

10.- Para el primer año de vigencia de la reforma introducida por la Ley N° 21.350, el cálculo del indicador del artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, se compondrá por el promedio de los últimos tres indicadores determinados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el fijado a marzo de 2022. Este índice en ningún caso podrá ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior.

11.- Como se ha dicho, cumplidas las determinaciones anteriores se podrá modificar fundadamente el precio de todos sus planes de salud individual, siempre en condiciones generales que no importen discriminación



entre los afiliados de un mismo plan (inciso 3° del artículo 197), y no se sobrepase el índice de variación porcentual máximo fijado por la autoridad (letra d), del numeral 2, del artículo 198), expresando los motivos que sustentan dicho proceder.

Noveno: Que, en consideración a lo anterior, en estos autos la revisión de la cuestión controvertida debe ser realizada en su integridad, por lo que adquiere, a lo menos, las siguientes dimensiones:

Primero, en el examen indispensable que se debe realizar en torno al procedimiento por el cual la Superintendencia de Salud determina el Índice de Variación Porcentual que se aplicará como máximo a los precios de los planes de Salud o Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA), con el objeto de precisar si éste se ajustó a las exigencias previstas por el legislador en el régimen permanente, por la diferente normativa reglamentaria que debe ser expedida, como el régimen establecido transitoriamente, en la primera oportunidad en que comience a regir la modificación legislativa introducida por la Ley N° 21.350;

En segundo lugar, la comunicación de las Instituciones de Salud Previsional de aumentar o no el precio de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje en que realizarán dicho ajuste, y



En tercer término, la comunicación a los cotizantes de la decisión de aumentar o no los costos de los planes de salud y el porcentaje en que se incrementarán.

Décimo: Que, en cuanto al examen del procedimiento de fijación del indicador del alza máxima porcentual de los planes base de salud, fijados por la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo del corriente, es necesario señalar que, por medio de la Circular IF/N° 401, la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350", y que, por Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022 y publicada en el Diario Oficial el día 10 del mismo mes y año, "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

A efectos de una adecuada comprensión del procedimiento y allegar a esta causa los antecedentes tenidos a la vista por la autoridad al dictar las mentadas resoluciones, referidos sólo a través de enlaces en su texto, se requirió por este Tribunal a la Superintendencia de Salud informar: "1.- En relación al Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA) del año 2019, calculado el año 2020; del año 2020, calculado el año 2021 y del año 2021, calculado a estos efectos a



marzo del año 2022; 2.- La variación referencial del costo operacional del Sistema de Isapre; 3.- El costo por cobertura de prestaciones de salud y el costo por pago de subsidio de incapacidad laboral por Isapre, de acuerdo con la información que conste en sus registros públicos; 4.- Indicar los ingresos percibidos por las Isapres por concepto de planes de salud, y los gastos en que han incurrido por tal concepto desde los años 2019 a 2021; 5.- Señalar el comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo periodo referido; 6.- Hacer referencia a toda información pertinente y acompañar un cálculo general y desagregado por Isapre”.

Ante dicha consulta, la autoridad administrativa respondió mediante el Oficio Ordinario SS/N° 1591, de 6 de junio de 2022, en el cual consigna que los detalles del mecanismo de cálculo del indicador contenido en la Resolución Exenta SS/N° 352, de 2 de marzo de 2022, se encuentran publicados en la página web de la Superintendencia, en el enlace que especifica, sin perjuicio de lo cual aparece copia del “Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021”, del “Indicador referencial de costos de la salud (IRCSA)” de 2019, de 2020 y del 2021, copia de la “Metodología IRCSA” de 2019, de 2020 y de 2021, de los “Resultados IRCSA” de estos mismos años y, además, del “Procesamiento IRCSA 2021”. A



ello añade que, para calcular el indicador en comento, empleó los "Valores publicados del IRCSA", que corresponden a un 5,2% para el IRCSA de 2019, al -0,5% para el IRCSA de 2020 y a un 26,2% para el IRCSA de 2021, cifras que ponderó en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de cada IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia del sistema y una mayor ponderación al año base con menor ganancia del sistema, además de incorporar las diferencias financieras que hubo durante ese período provocadas por la pandemia.

Precisando lo anterior, ante un nuevo requerimiento de este Tribunal, en el Oficio Ordinario SS/N° 1728, de 22 de junio de 2022, la Superintendencia señala, en primer lugar, que no existen, para cada Isapre, indicadores comparables a los estimados para el conjunto del sistema, esto es, aquellos considerados en cada uno de los Indicadores Referenciales de Costos de la Salud, o IRCSA, de los años 2019, 2020 y 2021, motivo por el cual no cuenta con información desagregada por institución, como se le solicitó entregar.

Enseguida, informa de los costos por cobertura de prestaciones de salud y por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral para el período 2018-2021 respecto de cada Isapre, según cifras acumuladas a diciembre de cada año; a continuación se refiere a los ingresos percibidos



por cada Isapre por concepto de planes de salud entre 2018 y 2021, acumulados a diciembre de cada año, noción en la que incluye la cotización legal, la cotización adicional voluntaria y el elemento "otros aportes", que, sin embargo, no detalla; luego alude a los gastos en que incurrieron dichas instituciones, en el mismo período, por "costos de venta", también acumulados a diciembre de cada año, que incluyen, "mayoritariamente", los gastos en prestaciones de salud y en subsidios por incapacidad laboral, sin explicar, empero, cuáles son los otros componentes que integran este apartado.

En lo que atañe al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo período", señala el número de prestaciones médicas otorgadas por persona afiliada al sistema, por Isapre, y el número de días de licencia autorizados por cotizante, por Isapre, ambos para el período 2018-2021.

Por último, y en cuanto a la información relevante pedida, da cuenta de las ganancias o pérdidas por Isapre, a diciembre de cada año, para el lapso comprendido entre 2018 y 2021, e incluye, además, indicadores financieros por Isapre, para el mismo intervalo, que comprenden la siniestralidad, la rentabilidad del ingreso y la rentabilidad del capital y reservas, pese a que la ley no contempla ninguno de tales conceptos como antecedentes a



considerar para calcular el índice de que se trata en la especie.

Finalmente, y aun cuando se requirió a la autoridad que remitiera "toda información pertinente", que informara acerca de la "variación referencial del costo operacional del sistema de Isapre", que indicara cuáles son "los gastos en que han incurrido" las Isapres por concepto de planes de salud y que se refiriera al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema", es lo cierto que la Superintendencia del ramo nada dijo acerca de los restantes factores que, de acuerdo a la ley, ha debido considerar en el cálculo del índice de que se trata, pues, por ejemplo, guarda silencio acerca del "costo de las nuevas prestaciones" y de la "variación de frecuencia de uso de las prestaciones" verificadas en la modalidad de libre elección de FONASA, sin perjuicio de que tampoco se ha informado si en este ejercicio se consideró "cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud" y, de ser así, a cuál se recurrió.

Como conclusión de lo anterior y ante la ausencia de antecedentes que permitan concretar la revisión judicial destinada a precisar el cumplimiento de las exigencias legales en la determinación del Indicador Referencial de Costos de Salud, lleva a asumir el cumplimiento de la



norma legal que dispone expresamente que se tendrá por justificado para todos los efectos legales el índice establecido por la Superintendencia de Salud en esta ocasión, por así disponerlo perentoriamente el legislador.

Décimo primero: Que se deja establecido, en todo caso, que luego de la revisión administrativa de los elementos de juicio respectivos debe explicarse la forma en que la referida Superintendencia asumió los porcentajes de incremento del Índice de Precios al Consumidor, el cual contempla en su determinación el aumento de los costos de la así llamada División "Salud", que pondera específicamente un 7,76778% de la canasta del IPC base 2018, que posteriormente se tendrá en consideración para fijar el valor de la Unidad de Fomento, equivalente monetario en el cual se encuentra fijado el precio de los planes de salud, como ha tenido oportunidad de señalar esta Corte con anterioridad al expresar que *"cabe dejar anotado que los precios de bienes y servicios en el ámbito de la salud se encuentran actualmente incorporados en dicha medición general. La llamada división 'Salud' -que pondera un 5,4% del total- se divide en tres grupos: el primero está formado por la canasta de productos que los hogares adquieren para curar sus enfermedades, incluyéndose por ejemplo los medicamentos genéricos. En el segundo se valoriza un*



conjunto de consultas médicas de diferentes especialidades considerando los precios en la Modalidad Libre Elección de Fonasa, precios acordados entre prestadores e Isapres y aquellos aplicados a particulares que no estén en los casos anteriores. Y en el tercero se aprecian los servicios de mayor frecuencia de uso en hospitales y clínicas privadas, a partir de las tres modalidades de pago antes descritas. De este modo no es posible dejar de destacar que el aumento del costo de la salud, que se calcula mediante el Índice de Precios al Consumidor nacional, se va recogiendo mensualmente en el precio de los contratos de salud al estar pactados en unidades de fomento, equivalente monetario que, además, incorpora mensualmente el reajuste acumulativo y no lineal del Índice de Precios al Consumidor". (Sentencia dictada por esta Corte con fecha 29 de abril de 2013, en autos rol N° 9051-2012. Asimismo, y sólo a modo ejemplar, en autos rol N° 1658-2013 y N° 2904-2013).

De la misma manera la revisión administrativa ha de tener en consideración los demás antecedentes recabados por la autoridad, obedeciendo el mandato de la letra a) del numeral 2 del artículo 198, que le impone tener en consideración "cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud", dado que únicamente se recibe la documentación de las Isapres, la cual corresponde se señale la forma en que se



procedió a fiscalizar su exactitud, al no existir en la regulación legislativa una instancia que entregue participación a los cotizantes, sin que se pueda limitar a señalar que simplemente registra, pero no valida la comunicación de las Isapres.

Igualmente, en cumplimiento de este mandato, ha debido la autoridad ponderar la integración vertical que concurre en el mercado de la salud privada, lo cual ha destacado esta Corte en ocasiones anteriores, como por ejemplo al sostener que *“un dato que no es posible desechar dice relación con la integración vertical de la mayoría de las Isapres abiertas con los proveedores de salud, sean clínicas o redes ambulatorias. Dado que el indicador del costo operacional de las Isapres sólo considera la variación del valor de las prestaciones del sector privado, surge el reparo de que dicho índice pueda ser controlado por las propias instituciones de salud previsional a través de la propiedad de los prestadores, los cuales podrán incrementar sus precios y luego éstos ser traspasados por las Isapres en sus reajustes anuales, convalidando el aumento a través de ese mecanismo”* (fallo de 29 de abril de 2013, pronunciado en autos rol N° 9051-2012. Verbi gracia, igualmente, en autos rol N° 1658-2013, N° 2904-2013, N° 5054-2013 y N° 5056-2013), lo cual no se advierte en los antecedentes proporcionados.



Ante las amplias facultades con que la ley ha dotado a la autoridad administrativa para reunir antecedentes al fijar el ICRSA, de la misma manera no se ha podido dejar de observar la conducta de los actores del sistema de salud privada, como son los cotizantes, médicos, clínicas, hospitales y laboratorios, respecto de los cuales no se ha alegado un comportamiento inapropiado, puesto que ante un problema de salud, en general las personas acogen y cumplen las indicaciones impartidas por los profesionales de la medicina, quienes determinan las prestaciones que corresponde entregar a un paciente para restablecer su salud, el cual utiliza las herramientas que le proporciona la tecnología. Son tales prestaciones las que el legislador ha dispuesto que queden asumidas por el cotizante y las Instituciones de Salud Previsional, conforme a un contrato tipo, suscrito por adhesión y parcialmente dirigido respecto de algunas de sus cláusulas, que responde a una finalidad de servicio público.

Décimo segundo: En fin, una labor que se desarrolle con la debida diligencia importa examinar los estados financieros y gestión de las Isapres, como ocurre con las sociedades en general y las aseguradoras en particular y, de ser necesario, se coordinará con la autoridad sectorial correspondiente, pero no puede quedar sin tal supervigilancia que si la tienen otras sociedades en



nuestro país, respecto de lo cual esta Corte ha tenido oportunidad de referirse pormenorizadamente.

Así, por ejemplo, examinando la labor de auditoría, este tribunal ha sostenido que: "la información de que disponían en relación a la naturaleza de sus funciones y la responsabilidad que ésta lleva consigo, imponía revisar la evidencia con espíritu crítico y, ante la concurrencia de variados antecedentes que alertaban sobre la situación, examinarlas a fondo [...] la falta de exhaustividad en su dictamen se reflejó en el informe emitido, con lo cual se incumplieron las normas que le imponían un proceder diligente, prudente, profesional y observador de todas las disposiciones", añadiendo que "su obligación es llevar a cabo un adecuado desarrollo del análisis financiero contable de todos los asientos en un período, como igualmente relacionarlo con otras sociedades o empresas que están vinculadas de diferentes formas, puesto que su actuar primero está vinculado con garantizar que todas las operaciones se asentaron en los registros contables, pero igualmente que dichas operaciones son regulares conforme a la ley, en términos tales que permita evitar riesgos y daños a la misma empresa o terceros extraños, si el proceder o finalidad puede resultar cuestionable" (Sentencia de 26 de abril de 2021, dictada en autos rol N° 79.288-2020).



Del mismo modo se ha puesto de relieve que "el deber de conducta exigido a las clasificadoras de riesgo dice relación con la realización de un 'correcto análisis' de la información que le es entregada, debiendo solicitar antecedentes adicionales si, con los disponibles, no es posible alcanzar dicho objetivo actuando con la diligencia exigida", de modo que no se infringe el principio de tipicidad al haber sancionado a la reclamante por "no haberse procurado información relevante razonablemente verificada de la Compañía" (Fallo de 19 de mayo de 2016, pronunciado en causa rol N° 7560-2015).

En este mismo sentido y, en particular, en lo vinculado con la relevancia de la información contenida en los estados financieros trimestrales, es posible recordar lo decidido por esta Corte, verbi gracia, en autos roles N° 3054-2010, N° 7340-2012 y N° 1625-2013).

Décimo tercero: Como se dijo, la Circular IF/N° 401 "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350" y la Resolución Exenta SS N° 352 "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

Al dictar esta última resolución, la autoridad tuvo presente que la Superintendencia de Salud ha calculado



anualmente el denominado "Indicador Referencial de Costos de la Salud", también conocido como IRCSA, por medio del cual se determina la variación referencial del costo operacional del sistema de Isapres, para lo cual se atiende al costo en la cobertura de prestaciones de salud y al costo por pagos de subsidio de incapacidad laboral. Enseguida dejó asentado que el IRCSA 2019, calculado para el año 2020, alcanzó al 5.2%; que el IRCSA 2020, calculado para el año 2021, fue de -0,5% y, finalmente, que el IRCSA 2021, calculado para el año 2022, ascendió al 26.2%, dejando establecido que los documentos de respaldo se encuentran en su página web institucional, antecedentes a los cuales no se ha podido acceder, como tampoco han sido acompañados por las partes.

En ese entendido, y considerando que el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, dispone que, para el primer año de vigencia, el indicador estará compuesto por el promedio de los últimos tres indicadores, calculados por la Superintendencia para los años 2020 y 2021 y a marzo de 2022, concluye que el valor en términos porcentuales del indicador promediado asciende a 7,6%, valores y ponderaciones asumidos por la autoridad, cuyos antecedentes no han sido acompañados a este expediente. Reitera: "Para obtener el valor mencionado, se aplicó la siguiente metodología, de acuerdo con la Ley N° 21.350, que señala que el valor del



indicador a aplicar para el proceso de adecuación de 2022, corresponde al promedio de los indicadores calculados para 2020, 2021 y 2022 (respectivamente IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021)“.

Sin embargo, se explica que, para obtener el valor en comento, se calculó el referido promedio empleando una ponderación definida en función de las ganancias del sistema de Isapres abiertas en el año base respectivo de cada IRCSA, de modo que otorgó una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante el período, provocadas por la pandemia, remitiéndose a su página web para consultar los antecedentes.

Agrega igualmente que el valor indicado es inferior a la variación de la partida del Ministerio de Salud en la Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior, que ascendió al 11,7%.

Como se ha dicho, esta resolución tiene la naturaleza de un acto administrativo, por lo que como tal debe entregar los motivos que lo fundamentan, puesto que importa una decisión de la Superintendencia de Salud, en la que expresa su voluntad y ejerce potestades públicas, a lo cual se agrega el hecho que debe dar plena publicidad al procedimiento y sus fundamentos.



Décimo cuarto: Que, como se observa, el Superintendente de Salud expidió el citado acto administrativo y fundó la determinación allí contenida solamente en los antecedentes que le proporcionaron las Isapres al efecto, sin embargo, ha debido recopilar y requerir todos los que le impone tener en consideración el ordenamiento jurídico.

Décimo quinto: Que, una vez emitida la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022, y dentro del plazo previsto al efecto, la Isapre recurrida comunicó a la autoridad que aumentaría el precio base de sus planes de salud y que dicho incremento ascendería, precisamente, a un 7,6%, esto es, a la misma cifra fijada como monto máximo para estos efectos por la Superintendencia de Salud.

Décimo sexto: Que para resolver la legalidad de dicho incremento es necesario reiterar que el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 (Salud), distingue entre el indicador de variación porcentual máxima de los precios base de los planes de salud elaborado por la Superintendencia de Salud y la decisión de las Isapres de aplicar a sus precios base una variación porcentual y su cuantía, estableciendo para uno y otra requisitos y oportunidades diferenciadas.

En efecto, el indicador elaborado por la Superintendencia de Salud es, según el Diccionario, lo



que sirve para indicar, esto es, mostrar o significar el máximo de la variación porcentual de los precios base de los planes de salud, esto es, en la acepción aplicable, el *"límite superior o extremo a que puede llegar"*. Ese límite superior o extremo se calcula, para el año 2022, de conformidad con las reglas de las letras a) a d) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, antes citados y al artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350. Y, como se expresa en la frase final de esa letra d), *"El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales"*. En la especie, ese límite superior ha sido publicado dentro del plazo fijado por la ley al efecto, con fecha 10 de marzo del corriente, mediante Resolución Exenta SS N° 352.

En cambio, la decisión eventual de las Isapres de aplicar o no una variación porcentual en los precios base de sus planes de salud se sujeta, para el presente año 2022, a las reglas establecidas en la letra e) del citado artículo 198 y a las del 198 bis, ambos de DFL N° 1 de 2005 y al artículo tercero transitorio de la Ley N° 21.350. Allí se dispone que dicha decisión deberá adoptarse por cada Isapre e informarse a la Superintendencia de Salud quince días después de publicado el indicador de variación porcentual máxima para cada año, que la variación decidida *"en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la*



Superintendencia de Salud” y que deberá aplicarse “a todos sus planes de salud”, siempre que durante el año 2021, haya “dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud”. El procedimiento para llevar adelante tal decisión ha sido fijado por la Superintendencia de Salud, mediante Circular IF/N° 401, de fecha 30 de diciembre de 2021, que “Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350”.

Décimo séptimo: Que, en el mismo sentido, se ha pronunciado la Superintendencia de Salud en el punto 8 de la Resolución Exenta IF/N° 58, de 26 de enero de 2022, al resolver el recurso presentado, entre otras, por Isapre Nueva Masvida S.A., en contra de aquella parte de la Circular IF/N° 401, dictada por la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, que “Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350”, que establecía la obligación de las Isapres de enviar a la Superintendencia la información que justificaba el alza del precio base que aplicarían a sus



planes de salud, sin que ello importe su validación. Allí se señala:

"Que, en primer lugar, las recurrentes solicitan que se deje sin efecto el párrafo cuarto del punto 1 "Comunicación de la adecuación propuesta por la Isapre", del Título III del Capítulo I del Compendio de Procedimientos. Dicho párrafo efectivamente fue incorporado por el numeral 1.2 del acápite III de la Circular, en los siguientes términos: "Además, en la misma oportunidad señalada precedentemente, las Isapres deberán enviar a esta Superintendencia, la información que justifique el precio base que aplicarán a sus planes de salud, lo que no significa que con dicho envío la Superintendencia valide la referida información."

Al respecto, debe tenerse presente que, si bien es cierto lo que afirman las Isapres, en cuanto la Ley 21.350 establece que "El índice de variación porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales", también es cierto que dicho indicador constituye el aumento máximo de precio base que la ley permite. En efecto, el nuevo artículo 198 letra d) del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, dispone que "Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base



de los planes de salud." En la letra e) que le sigue, el legislador confirma que "el porcentaje de ajuste informado [por las Isapres] será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud".

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

En atención a lo expuesto, y en uso de sus atribuciones legales para fiscalizar y requerir la información necesaria para el cumplimiento de sus funciones, esta Intendencia incluyó en sus instrucciones el párrafo objetado. No obstante, ha estimado razonable y oportuno hacer una separación de las instrucciones relacionadas con el procedimiento mismo de la adecuación, de aquellas que tienen que ver con la eventual solicitud de información, motivo por el cual acogerá esta parte de los recursos, eliminando la citada instrucción. Lo



anterior es sin perjuicio del ejercicio de las facultades de fiscalización y de requerir información, consagradas en el artículo 110 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.”

Décimo octavo: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a los señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 –en su formulación actual– y en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), “*el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud*”, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, han sido previstos.

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las



prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud. Y que, para el caso del proceso 2022, *“deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior”*.

Décimo noveno: Que, según informó a esta Corte la Superintendencia de Salud, para realizar el cálculo del índice de alza máxima proporcional para el proceso del año 2022, han de ponderarse, en primer término, los índices (IRCSA) de los años 2019, 2020 y 2021, en la forma establecida en el Resolución Exenta N° 352 de 2022. De conformidad con lo señalado en el número 4 de la referida Resolución Exenta N° 352, cada uno de esos IRCSA *“determina la variación referencial del costo operacional*



del sistema Isapre, el que se compone del costo en la cobertura de prestaciones de salud y del costo por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral". Estos indicadores, calculados de conformidad con la metodología a que se hace referencia, determinaron una variación en los costos operacionales del sistema de Isapres de 5,2% para el año 2019; de -0,5% para el año 2020 y de 26,2% para el año 2021.

A continuación, para dar cumplimiento a lo preceptuado en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, se indica en el N° 9 de la referida Resolución Exenta N° 352 que *"La Superintendencia de Salud calcula el promedio de los IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021, con una ponderación definida en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de cada IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante ese período, provocadas por la pandemia"*.

En el documento que dicha resolución refiere para realizar esta ponderación, disponible en el hiperenlace https://supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20802_recurso_1.pdf, se expresa la forma de su cálculo, indicando los ponderadores anuales correspondientes aplicables a cada IRCSA anual (0,290, para el año 2019;



0,469 para el 2020 y 0,241 para el 2021), concluyendo que "Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra."

Vigésimo: Que, en consecuencia, es posible afirmar que, conforme con la actual regulación de la materia, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable "a todos los planes de salud" ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que el artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, la Ley N° 21.350 y la Resolución Exenta N° 352 establecen, y, al mismo tiempo, que no es posible aceptar que, por el solo hecho de ajustarse dicha determinación al máximo fijado por la Superintendencia de



Salud, tal decisión pueda estimarse justificada o no arbitraria para todos los efectos legales.

Vigésimo primero: Que, establecido lo anterior, cabe hacerse cargo de la legalidad o arbitrariedad de la decisión de Isapre Nueva Masvida S.A. en cuanto a proponer a sus afiliados un alza porcentual de un 7,6% para todos los planes de salud que administra, salvas las excepciones legales, teniendo presente que no se discute por la recurrente la forma y oportunidad en que recibió la comunicación de la adecuación al alza del precio de su plan de salud, ni el cumplimiento por parte de la recurrida de las restantes formalidades previstas en la mencionada Circular IF/N° 401, ni que la propuesta de alza supere el máximo fijado por la Resolución Exenta SS N° 352.

Vigésimo segundo: Que, a este respecto, la carta de "Comunicación de adecuación", dirigida al recurrente por la recurrida, Isapre Nueva Masvida S.A., señala que, si bien su parte, *"por muchos años, ha hecho los mayores esfuerzos para evitar tener que alzar los precios base de los contratos de salud de sus afiliados"* y que, de hecho, *"no ha modificado los precios base de sus planes de salud"* desde el año 2012, *"en esta oportunidad, debemos informarle que, el incremento de costos ha sido de tal magnitud, (26,2% según IRCSA 2021) que no adecuar precios pondría en riesgo el financiamiento de los beneficios de*



su plan, por lo que se ha definido proponer a Ud. una adecuación de un 7,6% en el precio Base de su Plan de Salud".

Enseguida agrega que "El aumento en los costos, por coberturas otorgadas a prestaciones y por los valores pagados por subsidios por licencias médicas, son los factores que han incidido sobre el alza que se ha determinado", añadiendo que el "aumento de costo por coberturas otorgadas a prestaciones médicas" se explica "principalmente por incrementos de precio y mayor frecuencia de uso". Al respecto la carta añade que ello se debe, en parte, al "uso de nuevas tecnologías y equipamiento médico de mayor complejidad que han ido reemplazando prestaciones de costo más bajo, a modo de ejemplo podemos señalar los exámenes de RX que se han reemplazado o complementado con exámenes por Scanner o Resonancia Nuclear Magnética", agregando que también "ha influido la incorporación de nuevas prestaciones en el Arancel Fonasa Libre Elección", así como el "aumento del número y costo de las licencias médicas", pues el "costo de subsidios por licencias médicas por afiliado" se ha visto "incrementado en un 26.64% entre el año 2020 y 2021".

Finaliza especificando los efectos del alza dispuesta en el pago de las cotizaciones correspondientes, y se dan a conocer los derechos y



opciones del afiliado, incluyendo información sobre planes alternativos, lugares y canales de comunicación con la Isapre para su discusión y los recursos de que dispone ante la Superintendencia de Salud, en caso de estar disconforme con los planes alternativos propuestos, así como la posibilidad que se le ofrece de desafiliarse en el plazo que indica, en caso de no estar conforme con dichos planes ni con el alza propuesta.

Vigésimo tercero: Que, previo a resolver la razonabilidad de la justificación invocada, es necesario hacerse cargo de la aplicabilidad a su enjuiciamiento de los criterios establecidos en la jurisprudencia uniforme de esta Corte, conforme a la legislación vigente con anterioridad a la publicación de la Ley N° 21.350, en junio de 2021. En síntesis, dicha jurisprudencia exige que para considerar razonable un alza porcentual en los precios bases de los planes de salud, es necesario: a) Que ella responda a cambios efectivos y verificables de las prestaciones cubiertas por el plan individual de salud a que se refieren; b) Que, por lo mismo, ella no se fundamente aludiendo a cifras y criterios generales que los costos de la institución recurrida para otorgar las prestaciones a que está obligada han aumentado, refiriendo valores ilustrativos como los del entonces vigente Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSEA); y c) Que ella haga referencia a un análisis



pormenorizado, racional y que tenga un cabal respaldo técnico que permita su verificación.

Vigésimo cuarto: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a lo señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, en los términos de las modificaciones introducidas por la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), *“el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud”*, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, se prevén en su letra a).

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia



de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Vigésimo quinto: Que, en consecuencia, si bien es posible afirmar que, conforme con la nueva regulación antes transcrita, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable *"a todos los planes de salud"* ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que la Ley N° 21.350 establece, reseñados en el considerando anterior.

Vigésimo sexto: Que, no obstante, la carta en la que se comunica el alza porcentual del plan base de la recurrente no hace referencia a dichos factores, sino que ofrece, como fundamentación material, la circunstancia de que *"el incremento de costos ha sido de tal magnitud, (26,2% según IRCSA 2021) que no adecuar precios pondría en riesgo el financiamiento de los beneficios de su plan,*



por lo que se ha definido proponer a Ud. una adecuación de un 7,6% en el precio Base de su Plan de Salud".

A continuación dicha misiva afirma que el "aumento en los costos, por coberturas otorgadas a prestaciones y por los valores pagados por subsidios por licencias médicas, son los factores que han incidido sobre el alza que se ha determinado"; que el primero se explica por el "uso de nuevas tecnologías y equipamiento médico de mayor complejidad que han ido reemplazando prestaciones de costo más bajo", así como por "la incorporación de nuevas prestaciones en el Arancel Fonasa Libre Elección" y, finalmente, que también se ha considerado el "aumento del número y costo de las licencias médicas", dado que el costo por afiliado ha crecido "en un 26.64% entre el año 2020 y 2021".

Al respecto cabe consignar que la sola mención genérica de un supuesto incremento de costos informado a la Superintendencia de Salud no es suficiente para cumplir con las exigencias de la letra a) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, pues con ello no se da cumplimiento a la necesidad de expresar: i) la variación de los costos en las prestaciones de salud otorgadas por la recurrida; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral pagados por ella; iv) el costo de las nuevas prestaciones que ha incorporado;



v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) los elementos que han servido para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Más aun, la sola lectura de la carta referida pone de relieve que ésta se limita a citar cifras vagas y genéricas, que comprenden algunos elementos elegidos ex profeso y que se refieren exclusivamente, además, a la variación producida entre los años 2020 y 2021, pese a que el alza de que se trata comprende el período que media entre 2019 y 2021 y, por consiguiente, debería fundarse en el cambio que la recurrida experimentó en sus costos en ese lapso y no sólo en su último tercio, como se pretende. Esto último aparece como más relevante aun si se considera que en la Resolución Exenta N° 352, de la Superintendencia de Salud, se dejó expresa constancia de que la variación de tales costos ocurrida durante el año 2019 ascendió a un 5,2%, que en el año 2020 alcanzó a -0,5% y que en el año 2021 se elevó a 26,2%, de lo que se deduce que, al elegir la última de estas etapas, la Isapre recurrida optó por presentar a su afiliado sólo las cifras que más favorecen a esa parte en el cálculo de que se trata, obviando aquellas que podrían otorgar una comprensión íntegra del fenómeno en estudio. Es decir, la recurrida no sólo soslaya el cabal cumplimiento del deber de información en comento al no entregar los antecedentes



requeridos del modo descrito, sino que, todavía más, intenta aparentar que ha observado tal obligación acudiendo a explicaciones que, sin embargo, contienen argumentaciones vagas y genéricas, que, en realidad, nada ilustran.

Vigésimo séptimo: Que, por lo expresado en los considerandos anteriores, no cabe sino concluir que la recurrida actuó de manera ilegal y arbitraria al proponer a la recurrente una variación porcentual del precio base de su plan de salud sin fundamentar su decisión en los parámetros establecidos en la Ley N° 21.350 para poder hacer tal propuesta, dentro del margen previsto por el indicador de porcentaje máximo de variación de precio base de sus planes fijado por la Superintendencia de Salud, por lo que el recurso interpuesto deberá acogerse, según se expondrá en lo resolutivo del presente fallo.

Vigésimo octavo: Que, por otra parte, esta Corte no puede dejar de señalar que el acto sustancialmente recurrido en esta causa no es propiamente la carta por la que la recurrida comunica a la recurrente la decisión de proponer una variación porcentual de los precios base de todos los planes de salud que administra en el máximo permitido por el indicador fijado al efecto por la Superintendencia de Salud, sino esa decisión propiamente tal. En efecto, como dispone la letra e) del citado artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de



Salud, "en el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud".

Según consta en el informe rendido por la recurrida y en la carta de adecuación acompañada al proceso, dicha decisión fue comunicada oportunamente a la Superintendencia de Salud y, aun cuando se desconoce el contenido preciso de esa misiva, dado que no fue aparejada a la causa, es dable presumir que, al comunicar tal determinación, la recurrida se limitó a dar cuenta del porcentaje de incremento del precio base que aplicaría, ello en razón de los fundamentos en que asentó el recurso de reposición que dedujo en contra de la Circular IF/N° 401, de la Superintendencia de Salud, en aquella parte en que disponía que "en la misma oportunidad señalada precedentemente, las Isapres deberán enviar a esta Superintendencia, la información que justifique el precio base que aplicarán a sus planes de salud, lo que no significa que con dicho envío la Superintendencia valide la referida información".



En dicha ocasión la Isapre sostuvo que *"en ningún caso el legislador ha pretendido que se remita la justificación del alza efectuada por cada una de las isapres"*, resaltando enseguida que las restricciones previstas en el *"DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, no han establecido una obligación de justificar el porcentaje de alza de precio base, por lo que mal se podría establecer esta exigencia en la norma administrativa"*.

Expuesto lo anterior concluyó señalando que resulta difícil *"entender qué información adicional a la que no tenga acceso podría requerir la Superintendencia, para justificar el alza efectuada por cada isapre, ya que como regulador, tiene conocimiento cabal de la situación de cada una de ellas"*.

Luego, esa decisión fue comunicada por la recurrida a todos los afiliados en la forma prevista en la Circular IF/N° 401, de 30 de diciembre de 2021, tanto a nivel general —mediante una publicación en el Diario Oficial, avisos en las sucursales y enlaces en sus páginas de internet—, como individual, mediante cartas de adecuación como la que origina la presente causa.

Así las cosas, en todas estas comunicaciones la información transmitida respecto del porcentaje de variación del precio base de todos los planes de salud que la Isapre administra, salvo las excepciones legales,



es fundamentalmente la misma, vale decir, que, como se lee en el informe agregado a estos autos, "Isapre Nueva Masvida S.A., dentro de plazo, comunicó a la SIS, su decisión de adecuar el precio base de sus planes de salud, en el porcentaje máximo fijado por la autoridad, esto es 7,6%", de manera que las únicas variaciones posibles en las cartas de adecuación de los precios base enviadas por la recurrida a todos sus afiliados, entre ellos el recurrente, son aquellas que tienen que ver con las alternativas de planes que, de conformidad con el Compendio de Normas aplicable deben ofrecer a los afiliados para que decidan si reclamar de ellas o permanecer o no en la Isapre.

Vigésimo noveno: Que, por tanto, al acoger este recurso, para dar adecuada protección al recurrente y a todos los afectados con la decisión impugnada, con pleno respeto del principio de igualdad consagrado en el artículo 19, N° 2 de la Constitución Política de la República, esta Corte deberá declarar como arbitraria la decisión de la recurrida de proponer alzar porcentualmente en un 7,6% todos los planes de salud que administra, que fuera comunicada oportunamente a la Superintendencia de Salud y al recurrente por medio de la carta origen de esta acción cautelar, de fecha 25 de marzo de 2022, por carecer de fundamentos ajustados a las exigencias legales, ordenando las medidas que se



indicarán en lo resolutivo para restablecer el imperio del derecho, de conformidad con las facultades conferidas en el artículo 20 de la Carta Fundamental.

Trigésimo: Que, al respecto cabe consignar adicionalmente que las Isapres, al prestar un servicio de seguridad social estrictamente regulado y que impone – como en el presente caso– la motivación de las decisiones que afecten a sus afiliados, se sujetan a similares exigencias que los órganos de la administración para justificar la razonabilidad de sus actos, pues solo a través de una adecuada motivación “se exteriorizan las razones que han llevado a la Administración a dictarlo, exigencia que se impone en virtud del principio de legalidad. En efecto, en nuestro ordenamiento jurídico, la Ley N° 19.880, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, consagra los principios de transparencia y publicidad, en cuanto permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado, calidad que precisamente detenta el organismo demandado. Es así como el artículo 11 inciso segundo del referido texto legal, previene la obligación de motivar en el mismo acto administrativo la decisión, los hechos y fundamentos de derecho que afecten los derechos o prerrogativas de las personas. A su turno,



también el artículo 41 inciso cuarto del aludido texto legal dispone que 'las resoluciones que contenga la decisión, serán fundadas'. Proceder que, por lo demás, se hace enteramente exigible por mandato del artículo 8° de la Constitución Política de la República" (Sentencia de 16 de junio de 2017, expedida en autos rol N° 3598-2017).

En esta perspectiva este tribunal también ha sostenido que "el fin último de la exigencia de motivación de todo acto administrativo no es otro que requerir la explicitación de sus fundamentos racionales, de manera tal que sean comprensibles para el administrado, proveyéndole la información necesaria para que, en caso de disconformidad o agravio, ejerza los mecanismos recursivos que le franquea la ley, tanto ante la Administración como la jurisdicción. Entonces, tal requisito no será satisfecho sino cuando los argumentos del órgano administrativo que adopta la resolución consistan en razones objetivas y comprobables que doten de razonabilidad a la decisión terminal, suprimiendo todo dejo de arbitrariedad" (Fallo de fecha 18 de marzo de 2021, dictado en causa rol N° 103.349-2020).

Finalmente, también se puede citar lo razonado en la sentencia de 21 de abril de 2021, pronunciada en autos rol N° 144.219-2020, en la que se expresa que "es un requisito sustancial en la dictación de un acto administrativo, la expresión del motivo o fundamento,



pues la omisión está vinculada a una exigencia que ha sido puesta como condición de mínima de racionalidad, ya que permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado”, destacando, en ese sentido, que “la fundamentación del acto administrativo es un elemento de su esencia, cuya existencia siempre está bajo el control de la judicatura”.

Trigésimo primero: Por último, esta Corte estima pertinente dejar explícitamente asentadas dos reflexiones.

Por una parte, el examen del asunto sometido al conocimiento de este tribunal ha puesto de relieve la indudable necesidad de una mayor competencia entre las instituciones de salud previsional que intervienen en esta actividad, considerando que, tal como lo expresa la Superintendencia de Salud en el documento denominado “Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021. Metodología de cálculo”, “Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos,



donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra".

En ese sentido resulta imperioso recordar que, en un mercado que debiera ser competitivo también por los precios ofrecidos para la cobertura de prestaciones similares, ello no se logra cuando -como es de público conocimiento- todas las Isapres abiertas deciden aplicar como variación porcentual para todos sus planes de salud, salvas las excepciones legalmente establecidas, el guarismo fijado en la Resolución Exenta N° 352 de la citada Superintendencia, aspecto en torno al cual la recurrida se limita a invocar aquellos antecedentes que estima favorables para su posición, esto es, la fijación del mentado incremento en ese 7,6%.

Por otra parte, es útil consignar que, más allá de la decisión de acoger el recurso de protección en examen y con independencia de las medidas de cautela que se dirán en lo resolutivo, los cotizantes de la Isapre recurrida no se verán liberados del cumplimiento de sus principales obligaciones contractuales y, en consecuencia, deberán seguir pagando, íntegramente, las sumas de dinero, expresadas en Unidades de Fomento, correspondientes a su plan de salud, dado que esta sentencia solamente ha resuelto lo relacionado con el alza o incremento del precio base de los planes



individuales de salud suscritos por los cotizantes con las Isapres.

Por las anteriores consideraciones y de conformidad con lo que disponen el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se revoca** la sentencia apelada y, en su lugar, se declara que **se acoge** el recurso deducido por don Allen Kevin Tello Casapia en contra de Isapre Nueva Masvida y, en consecuencia, se dispone:

1.- Que se deja sin efecto la comunicación de la Isapre Nueva Masvida S.A. a la Superintendencia de Salud, por medio de la cual informa que subirá un 7,6% todos los planes de salud;

2.- Que, consecuentemente, se deja sin efecto el alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la Isapre Nueva Masvida S.A., informada a dicha autoridad de conformidad con lo dispuesto en el art. 198, letra e) del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud;

3.- Que la Superintendencia de Salud dispondrá las medidas administrativas para que, en el evento de que se haya cobrado a otros afiliados las cantidades resultantes del alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la recurrida, éstos hayan optado por un plan diferente o su desafiliación, dichas cantidades sean restituidas como excedentes de



cotizaciones o, en su caso, se revoque la modificación de los planes acordada para evitar el alza dejada sin efecto o se reintegre a los afiliados que, para evitar su pago, han optado por su desafiliación;

4.- Que la Superintendencia de Salud dispondrá un plazo prudencial para que Isapre Nueva Masvida S.A. cumpla fundadamente y con antecedentes que verificará, con la comunicación prevista en el artículo 198, letra e) del DFL N° 1 del Ministerio de Salud del año 2005, de manera que la propuesta de alza proporcional a todos sus planes de salud, para el año 2022, se ajuste a los parámetros legales.

5.- **Que el Secretario de esta Corte oficiará a todas las Cortes de Apelaciones** que estén conociendo recursos de protección contra Isapre Nueva Masvida S.A. por la variación porcentual de los precios base de todos sus planes de salud, que fuera comunicada oportunamente a la Superintendencia de Salud y a sus afiliados en las cartas correspondientes, para que se agregue copia autorizada de esta sentencia.

6.- Que, sin perjuicio de todo lo resuelto, se deja sin efecto el alza en el valor del precio base del plan de salud de la parte recurrente.

Se previene que el Ministro Sr. Matus concurre al acuerdo y fallo, pero sin compartir lo señalado en los



considerandos noveno a décimo cuarto ni lo decidido en el numeral 4 de lo resolutivo.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Matus.

Rol N° 14.691-2022.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E. y Sr. Jean Pierre Matus A.

SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:48

ANGELA FRANCISCA VIVANCO
MARTINEZ
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:12:48

ADELITA INES RAVANALES
ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:12:49

MARIO ROLANDO CARROZA
ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:50

JEAN PIERRE MATUS ACUÑA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:50



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Angela Vivanco M., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E., Jean Pierre Matus A. Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

En Santiago, a dieciocho de agosto de dos mil veintidós, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.



Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

Vistos:

De la sentencia en alzada se reproduce únicamente la parte expositiva.

Y teniendo en su lugar y, además, presente:

Primero: En la especie ha comparecido doña Patricia Alejandra Contreras Navea deduciendo recurso de protección en contra de Isapre Nueva Masvida S.A., en razón del acto de esta última que califica de ilegal y arbitrario, consistente en la modificación unilateral del precio base de su plan de salud, que estima infundada, proceder que se habría traducido en la vulneración de las garantías previstas en el inciso final del N° 9 y en el N° 24, ambos del artículo 19 de la Constitución Política de la República.

Funda su acción en que la Isapre recurrida, por medio de una carta de adecuación, informó a la actora que el precio base de su plan de salud experimentaría un alza de un 7,6%, sin expresar fundamentos suficientes para justificar dicha decisión.

Añade que la recurrida no ha entregado la justificación debida para efectuar dicha modificación, pues se ha limitado a señalar explicaciones aparentes y a sostener que la adecuación en comento se encuentra justificada para todos los efectos legales, interpretación que, a su juicio, tergiversa el sentido



literal de la norma, en tanto ésta no se refiere al alza en particular aplicada por la Isapre, sino al porcentaje establecido por la Superintendencia del ramo, de lo que deduce que la Isapre siempre deberá justificar el estricto cumplimiento de los requisitos previstos para dar inicio al procedimiento adecuatorio.

Termina solicitando que se deje sin efecto la adecuación del precio base de su plan de salud, con costas.

Segundo: Al informar, la Isapre recurrida pidió el rechazo del recurso, con costas.

En primer lugar, alega la improcedencia de la acción cautelar, basado en que no es la vía idónea para reclamar del acto materia del recurso, en tanto se trata del cumplimiento de las cláusulas de un contrato.

En cuanto al fondo, niega haber incurrido en un acto ilegal, puesto que la adecuación del precio base informada al afiliado se realizó de acuerdo a lo previsto por los nuevos textos vigentes de los artículos 197 y 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, y del artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, a la vez que se ajustó al valor informado en la Resolución Exenta N° 352 del Superintendente de Salud, lo que permite descartar la arbitrariedad que se le reprocha. Sobre este particular destaca que su parte no sólo no alzó los precios base de sus planes durante ocho años,



sino que, además, en el proceso de que se trata decidió incrementar dicho valor en el porcentaje máximo fijado por la autoridad, considerando que dicho parámetro se debe entender justificado para todos los efectos legales, al tenor de lo prevenido en la Ley N° 21.350.

Aduce que, en consecuencia, tampoco ha vulnerado las garantías fundamentales invocadas en el recurso.

Tercero: Al conocer de la acción cautelar intentada, la Corte de Apelaciones de Antofagasta decidió acoger las pretensiones de la actora, basada en que la carta de adecuación enviada a esta última no contiene los fundamentos necesarios para justificar el aumento del costo del plan de salud pactado, omisión que torna al acto en ilegal y arbitrario, desde que atenta contra los intereses de la afiliada al intentar modificar un contrato bilateral al margen del marco legal permitido, sin que el cumplimiento de los aspectos formales baste para este fin.

En este sentido, los sentenciadores dejaron asentado que, si bien la recurrida cuenta con la facultad legal de aumentar el precio de sus planes de salud, tal variación no puede ser arbitraria, motivo por el cual la Isapre debe justificar la decisión en comento ante el cotizante, exigencia que en la especie no ha sido satisfecha. Sobre el particular añaden que la prevención contenida en la letra d) del artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley



N° 1 de 2005, en cuanto dispone que "el índice de variación porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales", se aplica únicamente en lo que atañe al cumplimiento de los aspectos formales del alza de precios en examen.

Finalmente, tienen presente que la carta de adecuación no menciona las condiciones generales que se ofrecen a los nuevos contratantes como parámetro de análisis para la recurrente, así como tampoco explica con detalle a qué coberturas se vería sometida ésta en caso de optar por un nuevo plan de salud, pese a que la Circular IF/N° 401 de la Superintendencia exige que consten en la comunicación analizada, sin perjuicio de que la Isapre tampoco se hace cargo de la situación particular de la recurrente.

Cuarto: Al apelar de la decisión antedicha, la recurrida reitera, en lo esencial, los fundamentos de su defensa, enfatizando que su parte hizo un uso restringido de la facultad revisora de los contratos de salud que regía en forma previa a las modificaciones introducidas por la Ley N° 21.350, en tanto no alzó el precio de sus planes durante 8 años consecutivos, y que, además, cumplió a cabalidad con la legalidad actualmente vigente, toda vez que respetó el porcentaje de aumento regulado por la Superintendencia de Salud y practicó las comunicaciones y publicaciones pertinentes.



Quinto: Que, para una acertada resolución de este conflicto, es preciso tener presente, en primer lugar, que la Ley N° 21.350, de 14 de junio de 2022, modificó los anteriores artículos 197 y 198 del DFL N° 1 de 2005, e introdujo un nuevo artículo 198 bis y disposiciones aplicables específicamente a los años 2020, 2021 y 2022, que cambiaron la regulación anterior que permitía, en ciertas condiciones, alzas anuales en los planes de salud. De este modo, se prohibieron las alzas en los años 2020 y 2021 y para los siguientes años se establecieron reglas generales y una transitoria para el 2022.

En efecto, antes de estas modificaciones, las reglas aplicables eran las siguientes:

El inciso tercero del artículo 197 disponía, en lo que interesa, que: *"Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan"*.

A su turno, el artículo 198 disponía, en lo pertinente, que: *"La libertad de las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 197 de esta Ley, se sujetará a las siguientes reglas:*



1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRES deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

[...]

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

[...]



4.- La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

[...]

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine".

Sexto: Que, en cambio, en cuanto a las reglas generales, el actual inciso 3° del artículo 197 prescribe: "Anualmente, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan".

Por su parte, dicho artículo 198 establece: "Las modificaciones a los precios base de los planes de salud se sujetarán a las siguientes reglas:



1. El Superintendente de Salud fijará mediante resolución, anualmente, un indicador que será un máximo para las instituciones de Salud Previsional que apliquen una variación porcentual al precio bases de sus planes de salud, conforme al procedimiento que se establece en el numeral siguiente.

2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deberá seguir el siguiente procedimiento:

a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud. Asimismo, deberá incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que se revisará al menos cada tres años, aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores



que sirvan para el cálculo del indicador, en especial los señalados en el párrafo precedente.

b) Para estos efectos, la Superintendencia de Salud validará mensualmente los registros de prestaciones y sus frecuencias, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional. Se considerará como período de referencia del indicador a que se refiere el numeral 1 de este artículo, los meses de enero a diciembre de al menos dos años anteriores a la publicación del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá requerir del Fondo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y de los demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario para el correcto cálculo del indicador. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección de la ley N.° 19.628, sobre protección de la vida privada.

c) En el proceso de validación de los registros, la Superintendencia de Salud tendrá amplias facultades para requerir de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos.



d) Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales.

e) En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud.

En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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



A continuación, el artículo 198 bis de dicho cuerpo legal establece: *"Para que las Isapres puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud, conforme a lo establecido en el artículo precedente, deberán haber dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, así como a las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, en conformidad con lo establecido en el artículo 138 de esta ley, en ambos casos de acuerdo a las normas de general aplicación que dicte la Superintendencia de Salud al respecto, pudiendo establecer cumplimientos parciales, que no podrán ser inferiores al 50 por ciento de la establecida en el decreto respectivo. Ambas obligaciones deberán ser acreditadas por los organismos que tengan convenios vigentes con la Superintendencia de Salud, en el mes de enero del año en que se aplique el indicador señalado, lo que será fiscalizado por la Superintendencia de Salud. En caso de alerta sanitaria, el Superintendente de Salud podrá rebajar prudencialmente las metas asignadas"*.

Finalmente, para el proceso de modificación de precios bases de los planes de salud para el presente año 2022, el artículo transitorio segundo de la Ley N.º



21.350 establece que el indicador a que se refiere el citado artículo 198 *"deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior"*; y su artículo tercero transitorio agrega: *"Las metas a que se refiere el artículo 198 bis entrarán en vigencia a contar del 1.º de enero del año 2022"*.

Séptimo: Que, en lo que concierne a la historia del establecimiento de la Ley N° 21.350, cabe resaltar que ésta fue discutida inicialmente en el marco de la pandemia por el brote de Covid-19, proceso durante el cual fueron refundidas tres mociones parlamentarias que, en términos generales, tenían por finalidad prohibir que las Isapres pudieran modificar o poner término unilateral, en períodos de epidemia o pandemia, a los contratos de salud que mantuvieran con sus afiliados. A propósito de la tramitación legislativa de tales iniciativas se consideró la posibilidad de establecer una regulación permanente en este ámbito, que no estuviera limitada a la contingencia sanitaria reinante. En ese contexto, y por medio de una indicación aprobada en la



Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, en Primer Trámite Constitucional, se propuso modificar el DFL N° 1 de Salud entregando a la autoridad competente el deber de calcular *"un indicador de variación de los precios de las prestaciones de salud, tomando en cuenta la frecuencia con que fueron utilizadas y la variación del gasto del subsidio por incapacidad, en su caso"*, aludiendo a un *"IPC de la salud"*, que tenía por objeto *"evitar distorsiones y alzas desmedidas e injustificadas en el próximo año, en que ya no esté vigente la pandemia, y que se vuelva a la norma en las que las isapres reajustan sus planes, por ahora, con cierta restricción"*.

Sobre este particular, y en lo que se refiere específicamente a la construcción de este índice, el Superintendente de Salud de la época manifestó, ante la Comisión de Salud, que *"el gran riesgo lo constituye la validación de los datos de las prestaciones contenidos en los archivos maestros que entregan las Isapres, porque son esos antecedentes los que se consideran para determinar la variación en la frecuencia en las prestaciones y variación en el precio"*, agregando que para desarrollar tal labor fue creada una Unidad de Gestión de Datos y un Comité de Datos, agregando, en lo que atañe a la *"metodología y forma en la que se construye el indicador"*, que recurrieron *"al INE para la revisión y validación del indicador, porque ellos son*



expertos en indicadores" y que "las Isapres pueden reajustar los planes, pero deben hacerlo de acuerdo a parámetros objetivos, validados y sobre todo, dando certeza sobre el sistema de cobro, a las personas que contratan un plan".

En ese contexto, durante la discusión particular del proyecto que se verificó ante el Senado los senadores Goic, Quinteros y Girardi presentaron una indicación que estableció una serie de reglas destinadas a determinar el referido indicador de variación porcentual, a las que se deberían sujetar las Isapres al modificar sus planes de salud, conforme a las cuales sería el Superintendente de Salud quien fijaría anualmente este parámetro.

Si bien el Ejecutivo formuló observaciones a dicha propuesta, recogió sus ideas matrices al presentar sus propias indicaciones, en las que incorporó como factor de cálculo *"las variaciones en las frecuencias de las prestaciones"*, pues *"el actual problema es el control de la frecuencia, es decir, cómo aumenta el número de prestaciones de un año a otro"*, además de incluir la *"modalidad libre elección de FONASA como un elemento a considerar en el algoritmo que, de cierta forma, contenga el eventual aumento en el sistema de Isapre"*.

Finalmente, los Senadores de la Comisión de Salud, en conjunto con el Ejecutivo, presentaron un acuerdo que recogió estas indicaciones y que constituye, en



definitiva, el texto de la Ley N° 21.350, actualmente vigente.

Octavo: Que, en consecuencia, luego de la modificación legislativa, el régimen de adecuación del precio de los planes de salud, se advierte, en conclusión:

1.- Ha sido el legislador quien ha establecido, regulado y mantenido la posibilidad de revisión anual por parte de las Isapres del precio base de los planes de salud individual acordados en los contratos de salud previsional;

2.- Para la realización de aquel incremento corresponde: a) Por una parte, cumplir con el procedimiento legal (art. 198), en que la Superintendencia de Salud determinará anualmente el índice máximo de variación porcentual que se podrá aplicar a los precios base de los planes de salud; b) Luego de lo anterior, corresponde a cada Isapre acordar y comunicar a la autoridad la decisión fundada de adecuar en general sus planes, y c) Cumplida la anterior determinación se deberá ejercer también fundadamente esta opción y "en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan" (art. 197), la que corresponde poner en conocimiento de los afiliados;



3.- Ante la carta de la Isapre, comunicando el alza de los planes de salud, al ejercer la adecuación de los mismos, los cotizantes pueden: a) Aceptar los nuevos precios fijados por la Isapre; b) Desafiliarse de la Institución o c) Impugnar administrativa o judicialmente la adecuación informada por la Isapre.

4.- Operando la reforma en régimen, a lo menos cada tres años, por decreto supremo del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, se aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para fijar un indicador máximo de variación porcentual que cada una de las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud, estableciendo la ponderación de los factores que sirvan para su cálculo.

5.- La misma Superintendencia de Salud validará mensualmente: (i) los registros de prestaciones y sus frecuencias, pudiendo requerir a las Isapres y prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos; (ii) la cartera de beneficiarios, y (iii) los subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional.



6.- De igual modo, la Superintendencia de Salud anualmente deberá: a) calcular los índices (i) de variación de los costos de las prestaciones de salud, (ii) de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas, (iii) de variación del costo en subsidios por incapacidad laboral del sistema privado de salud, y b) incorporar en el cálculo (iv) el costo de las nuevas prestaciones y (v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y (vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.

7.- Con toda la información anterior, según se expresó, los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, por resolución fundada, publicada en el Diario Oficial y en su página web, y conforme al procedimiento legal, el Superintendente de Salud fijará el indicador máximo de variación porcentual que las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud. El índice de variación porcentual, así fijado, se entenderá justificado para todos los efectos legales.

8.- En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio base de los planes de salud y, en



su caso, el porcentaje de ajuste informado que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicado por la Superintendencia de Salud. En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

10.- Para el primer año de vigencia de la reforma introducida por la Ley N° 21.350, el cálculo del indicador del artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, se compondrá por el promedio de los últimos tres indicadores determinados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el fijado a marzo de 2022. Este índice en ningún caso podrá ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior.

11.- Como se ha dicho, cumplidas las determinaciones anteriores se podrá modificar fundadamente el precio de todos sus planes de salud individual, siempre en condiciones generales que no importen discriminación



entre los afiliados de un mismo plan (inciso 3° del artículo 197), y no se sobrepase el índice de variación porcentual máximo fijado por la autoridad (letra d), del numeral 2, del artículo 198), expresando los motivos que sustentan dicho proceder.

Noveno: Que, en consideración a lo anterior, en estos autos la revisión de la cuestión controvertida debe ser realizada en su integridad, por lo que adquiere, a lo menos, las siguientes dimensiones:

Primero, en el examen indispensable que se debe realizar en torno al procedimiento por el cual la Superintendencia de Salud determina el Índice de Variación Porcentual que se aplicará como máximo a los precios de los planes de Salud o Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA), con el objeto de precisar si éste se ajustó a las exigencias previstas por el legislador en el régimen permanente, por la diferente normativa reglamentaria que debe ser expedida, como el régimen establecido transitoriamente, en la primera oportunidad en que comience a regir la modificación legislativa introducida por la Ley N° 21.350;

En segundo lugar, la comunicación de las Instituciones de Salud Previsional de aumentar o no el precio de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje en que realizarán dicho ajuste, y



En tercer término, la comunicación a los cotizantes de la decisión de aumentar o no los costos de los planes de salud y el porcentaje en que se incrementarán.

Décimo: Que, en cuanto al examen del procedimiento de fijación del indicador del alza máxima porcentual de los planes base de salud, fijados por la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo del corriente, es necesario señalar que, por medio de la Circular IF/N° 401, la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350", y que, por Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022 y publicada en el Diario Oficial el día 10 del mismo mes y año, "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

A efectos de una adecuada comprensión del procedimiento y allegar a esta causa los antecedentes tenidos a la vista por la autoridad al dictar las mentadas resoluciones, referidos sólo a través de enlaces en su texto, se requirió por este Tribunal a la Superintendencia de Salud informar: "1.- En relación al Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA) del año 2019, calculado el año 2020; del año 2020, calculado el año 2021 y del año 2021, calculado a estos efectos a



marzo del año 2022; 2.- La variación referencial del costo operacional del Sistema de Isapre; 3.- El costo por cobertura de prestaciones de salud y el costo por pago de subsidio de incapacidad laboral por Isapre, de acuerdo con la información que conste en sus registros públicos; 4.- Indicar los ingresos percibidos por las Isapres por concepto de planes de salud, y los gastos en que han incurrido por tal concepto desde los años 2019 a 2021; 5.- Señalar el comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo periodo referido; 6.- Hacer referencia a toda información pertinente y acompañar un cálculo general y desagregado por Isapre”.

Ante dicha consulta, la autoridad administrativa respondió mediante el Oficio Ordinario SS/N° 1591, de 6 de junio de 2022, en el cual consigna que los detalles del mecanismo de cálculo del indicador contenido en la Resolución Exenta SS/N° 352, de 2 de marzo de 2022, se encuentran publicados en la página web de la Superintendencia, en el enlace que especifica, sin perjuicio de lo cual aparece copia del “Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021”, del “Indicador referencial de costos de la salud (IRCSA)” de 2019, de 2020 y del 2021, copia de la “Metodología IRCSA” de 2019, de 2020 y de 2021, de los “Resultados IRCSA” de estos mismos años y, además, del “Procesamiento IRCSA 2021”. A



ello añade que, para calcular el indicador en comento, empleó los "Valores publicados del IRCSA", que corresponden a un 5,2% para el IRCSA de 2019, al -0,5% para el IRCSA de 2020 y a un 26,2% para el IRCSA de 2021, cifras que ponderó en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de cada IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia del sistema y una mayor ponderación al año base con menor ganancia del sistema, además de incorporar las diferencias financieras que hubo durante ese período provocadas por la pandemia.

Precisando lo anterior, ante un nuevo requerimiento de este Tribunal, en el Oficio Ordinario SS/N° 1728, de 22 de junio de 2022, la Superintendencia señala, en primer lugar, que no existen, para cada Isapre, indicadores comparables a los estimados para el conjunto del sistema, esto es, aquellos considerados en cada uno de los Indicadores Referenciales de Costos de la Salud, o IRCSA, de los años 2019, 2020 y 2021, motivo por el cual no cuenta con información desagregada por institución, como se le solicitó entregar.

Enseguida informa de los costos por cobertura de prestaciones de salud y por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral para el período 2018-2021 respecto de cada Isapre, según cifras acumuladas a diciembre de cada año; a continuación se refiere a los ingresos percibidos



por cada Isapre por concepto de planes de salud entre 2018 y 2021, acumulados a diciembre de cada año, noción en la que incluye la cotización legal, la cotización adicional voluntaria y el elemento "otros aportes", que, sin embargo, no detalla; luego alude a los gastos en que incurrieron dichas instituciones, en el mismo período, por "costos de venta", también acumulados a diciembre de cada año, que incluyen, "mayoritariamente", los gastos en prestaciones de salud y en subsidios por incapacidad laboral, sin explicar, empero, cuáles son los otros componentes que integran este apartado.

En lo que atañe al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo período", señala el número de prestaciones médicas otorgadas por persona afiliada al sistema, por Isapre, y el número de días de licencia autorizados por cotizante, por Isapre, ambos para el período 2018-2021.

Por último, y en cuanto a la información relevante pedida, da cuenta de las ganancias o pérdidas por Isapre, a diciembre de cada año, para el lapso comprendido entre 2018 y 2021, e incluye, además, indicadores financieros por Isapre, para el mismo intervalo, que comprenden la siniestralidad, la rentabilidad del ingreso y la rentabilidad del capital y reservas, pese a que la ley no contempla ninguno de tales conceptos como antecedentes a



considerar para calcular el índice de que se trata en la especie.

Finalmente, y aun cuando se requirió a la autoridad que remitiera "toda información pertinente", que informara acerca de la "variación referencial del costo operacional del sistema de Isapre", que indicara cuáles son "los gastos en que han incurrido" las Isapres por concepto de planes de salud y que se refiriera al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema", es lo cierto que la Superintendencia del ramo nada dijo acerca de los restantes factores que, de acuerdo a la ley, ha debido considerar en el cálculo del índice de que se trata, pues, por ejemplo, guarda silencio acerca del "costo de las nuevas prestaciones" y de la "variación de frecuencia de uso de las prestaciones" verificadas en la modalidad de libre elección de FONASA, sin perjuicio de que tampoco se ha informado si en este ejercicio se consideró "cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud" y, de ser así, a cuál se recurrió.

Como conclusión de lo anterior y ante la ausencia de antecedentes que permitan concretar la revisión judicial destinada a precisar el cumplimiento de las exigencias legales en la determinación del Indicador Referencial de Costos de Salud, lleva a asumir el cumplimiento de la



norma legal que dispone expresamente que se tendrá por justificado para todos los efectos legales el índice establecido por la Superintendencia de Salud en esta ocasión, por así disponerlo perentoriamente el legislador.

Décimo primero: Que se deja establecido, en todo caso, que luego de la revisión administrativa de los elementos de juicio respectivos debe explicarse la forma en que la referida Superintendencia asumió los porcentajes de incremento del Índice de Precios al Consumidor, el cual contempla en su determinación el aumento de los costos de la así llamada División "Salud", que pondera específicamente un 7,76778% de la canasta del IPC base 2018, que posteriormente se tendrá en consideración para fijar el valor de la Unidad de Fomento, equivalente monetario en el cual se encuentra fijado el precio de los planes de salud, como ha tenido oportunidad de señalar esta Corte con anterioridad al expresar que *"cabe dejar anotado que los precios de bienes y servicios en el ámbito de la salud se encuentran actualmente incorporados en dicha medición general. La llamada división 'Salud' -que pondera un 5,4% del total- se divide en tres grupos: el primero está formado por la canasta de productos que los hogares adquieren para curar sus enfermedades, incluyéndose por ejemplo los medicamentos genéricos. En el segundo se valoriza un*



conjunto de consultas médicas de diferentes especialidades considerando los precios en la Modalidad Libre Elección de Fonasa, precios acordados entre prestadores e Isapres y aquellos aplicados a particulares que no estén en los casos anteriores. Y en el tercero se aprecian los servicios de mayor frecuencia de uso en hospitales y clínicas privadas, a partir de las tres modalidades de pago antes descritas. De este modo no es posible dejar de destacar que el aumento del costo de la salud, que se calcula mediante el Índice de Precios al Consumidor nacional, se va recogiendo mensualmente en el precio de los contratos de salud al estar pactados en unidades de fomento, equivalente monetario que, además, incorpora mensualmente el reajuste acumulativo y no lineal del Índice de Precios al Consumidor". (Sentencia dictada por esta Corte con fecha 29 de abril de 2013, en autos rol N° 9051-2012. Asimismo, y sólo a modo ejemplar, en autos rol N° 1658-2013 y N° 2904-2013).

De la misma manera, la revisión administrativa ha de tener en consideración los demás antecedentes recabados por la autoridad, obedeciendo el mandato de la letra a) del numeral 2 del artículo 198, que le impone tener en consideración "cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud", dado que únicamente se recibe la documentación de las Isapres, la cual corresponde se señale la forma en que se



procedió a fiscalizar su exactitud, al no existir en la regulación legislativa una instancia que entregue participación a los cotizantes, sin que se pueda limitar a señalar que simplemente registra, pero no valida la comunicación de las Isapres.

Igualmente, en cumplimiento de este mandato, ha debido la autoridad ponderar la integración vertical que concurre en el mercado de la salud privada, lo cual ha destacado esta Corte en ocasiones anteriores, como por ejemplo al sostener que *“un dato que no es posible desechar dice relación con la integración vertical de la mayoría de las Isapres abiertas con los proveedores de salud, sean clínicas o redes ambulatorias. Dado que el indicador del costo operacional de las Isapres sólo considera la variación del valor de las prestaciones del sector privado, surge el reparo de que dicho índice pueda ser controlado por las propias instituciones de salud previsional a través de la propiedad de los prestadores, los cuales podrán incrementar sus precios y luego éstos ser traspasados por las Isapres en sus reajustes anuales, convalidando el aumento a través de ese mecanismo”* (fallo de 29 de abril de 2013, pronunciado en autos rol N° 9051-2012. Verbi gracia, igualmente, en autos rol N° 1658-2013, N° 2904-2013, N° 5054-2013 y N° 5056-2013), lo cual no se advierte en los antecedentes proporcionados.



Ante las amplias facultades con que la ley ha dotado a la autoridad administrativa para reunir antecedentes al fijar el ICRSA, de la misma manera no se ha podido dejar de observar la conducta de los actores del sistema de salud privada, como son los cotizantes, médicos, clínicas, hospitales y laboratorios, respecto de los cuales no se ha alegado un comportamiento inapropiado, puesto que ante un problema de salud, en general las personas acogen y cumplen las indicaciones impartidas por los profesionales de la medicina, quienes determinan las prestaciones que corresponde entregar a un paciente para restablecer su salud, el cual utiliza las herramientas que le proporciona la tecnología. Son tales prestaciones las que el legislador ha dispuesto que queden asumidas por el cotizante y las Instituciones de Salud Previsional, conforme a un contrato tipo, suscrito por adhesión y parcialmente dirigido respecto de algunas de sus cláusulas, que responde a una finalidad de servicio público.

Décimo segundo: En fin, una labor que se desarrolle con la debida diligencia importa examinar los estados financieros y gestión de las Isapres, como ocurre con las sociedades en general y las aseguradoras en particular y, de ser necesario, se coordinará con la autoridad sectorial correspondiente, pero no puede quedar sin tal supervigilancia que si la tienen otras sociedades en



nuestro país, respecto de lo cual esta Corte ha tenido oportunidad de referirse pormenorizadamente.

Así, por ejemplo, examinando la labor de auditoría, este tribunal ha sostenido que: "la información de que disponían en relación a la naturaleza de sus funciones y la responsabilidad que ésta lleva consigo, imponía revisar la evidencia con espíritu crítico y, ante la concurrencia de variados antecedentes que alertaban sobre la situación, examinarlas a fondo [...] la falta de exhaustividad en su dictamen se reflejó en el informe emitido, con lo cual se incumplieron las normas que le imponían un proceder diligente, prudente, profesional y observador de todas las disposiciones", añadiendo que "su obligación es llevar a cabo un adecuado desarrollo del análisis financiero contable de todos los asientos en un período, como igualmente relacionarlo con otras sociedades o empresas que están vinculadas de diferentes formas, puesto que su actuar primero está vinculado con garantizar que todas las operaciones se asentaron en los registros contables, pero igualmente que dichas operaciones son regulares conforme a la ley, en términos tales que permita evitar riesgos y daños a la misma empresa o terceros extraños, si el proceder o finalidad puede resultar cuestionable" (Sentencia de 26 de abril de 2021, dictada en autos rol N° 79.288-2020).



Del mismo modo se ha puesto de relieve que "el deber de conducta exigido a las clasificadoras de riesgo dice relación con la realización de un 'correcto análisis' de la información que le es entregada, debiendo solicitar antecedentes adicionales si, con los disponibles, no es posible alcanzar dicho objetivo actuando con la diligencia exigida", de modo que no se infringe el principio de tipicidad al haber sancionado a la reclamante por "no haberse procurado información relevante razonablemente verificada de la Compañía" (Fallo de 19 de mayo de 2016, pronunciado en causa rol N° 7560-2015).

En este mismo sentido y, en particular, en lo vinculado con la relevancia de la información contenida en los estados financieros trimestrales, es posible recordar lo decidido por esta Corte, verbi gracia, en autos roles N° 3054-2010, N° 7340-2012 y N° 1625-2013).

Décimo tercero: Como se dijo, la Circular IF/N° 401 "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350" y la Resolución Exenta SS N° 352 "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

Al dictar esta última resolución la autoridad tuvo presente que la Superintendencia de Salud ha calculado



anualmente el denominado "Indicador Referencial de Costos de la Salud", también conocido como IRCSA, por medio del cual se determina la variación referencial del costo operacional del sistema de Isapres, para lo cual se atiende al costo en la cobertura de prestaciones de salud y al costo por pagos de subsidio de incapacidad laboral. Enseguida dejó asentado que el IRCSA 2019, calculado para el año 2020, alcanzó al 5.2%; que el IRCSA 2020, calculado para el año 2021, fue de -0,5% y, finalmente, que el IRCSA 2021, calculado para el año 2022, ascendió al 26.2%, dejando establecido que los documentos de respaldo se encuentran en su página web institucional, antecedentes a los cuales no se ha podido acceder, como tampoco han sido acompañados por las partes.

En ese entendido, y considerando que el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, dispone que, para el primer año de vigencia, el indicador estará compuesto por el promedio de los últimos tres indicadores, calculados por la Superintendencia para los años 2020 y 2021 y a marzo de 2022, concluye que el valor en términos porcentuales del indicador promediado asciende a 7,6%, valores y ponderaciones asumidos por la autoridad, cuyos antecedentes no han sido acompañados a este expediente. Reitera: "Para obtener el valor mencionado, se aplicó la siguiente metodología, de acuerdo con la Ley N° 21.350, que señala que el valor del



indicador a aplicar para el proceso de adecuación de 2022, corresponde al promedio de los indicadores calculados para 2020, 2021 y 2022 (respectivamente IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021)“.

Sin embargo, se explica que, para obtener el valor en comento, se calculó el referido promedio empleando una ponderación definida en función de las ganancias del sistema de Isapres abiertas en el año base respectivo de cada IRCSA, de modo que otorgó una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante el período, provocadas por la pandemia, remitiéndose a su página web para consultar los antecedentes.

Agrega igualmente que el valor indicado es inferior a la variación de la partida del Ministerio de Salud en la Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior, que ascendió al 11,7%.

Como se ha dicho, esta resolución tiene la naturaleza de un acto administrativo, por lo que como tal debe entregar los motivos que lo fundamentan, puesto que importa una decisión de la Superintendencia de Salud, en la que expresa su voluntad y ejerce potestades públicas, a lo cual se agrega el hecho que debe dar plena publicidad al procedimiento y sus fundamentos.



Décimo cuarto: Que, como se observa, el Superintendente de Salud expidió el citado acto administrativo y fundó la determinación allí contenida solamente en los antecedentes que le proporcionaron las Isapres al efecto, sin embargo, ha debido recopilar y requerir todos los que le impone tener en consideración el ordenamiento jurídico.

Décimo quinto: Que, una vez emitida la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022, y dentro del plazo previsto al efecto, la Isapre recurrida comunicó a la autoridad que aumentaría el precio base de sus planes de salud y que dicho incremento ascendería, precisamente, a un 7,6%, esto es, a la misma cifra fijada como monto máximo para estos efectos por la Superintendencia de Salud.

Décimo sexto: Que, para resolver la legalidad de dicho incremento es necesario reiterar que el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 (Salud), distingue entre el indicador de variación porcentual máxima de los precios base de los planes de salud elaborado por la Superintendencia de Salud y la decisión de las Isapres de aplicar a sus precios base una variación porcentual y su cuantía, estableciendo para uno y otra requisitos y oportunidades diferenciadas.

En efecto, el indicador elaborado por la Superintendencia de Salud es, según el Diccionario, lo



que sirve para indicar, esto es, mostrar o significar el máximo de la variación porcentual de los precios base de los planes de salud, esto es, en la acepción aplicable, el *"límite superior o extremo a que puede llegar"*. Ese límite superior o extremo se calcula, para el año 2022, de conformidad con las reglas de las letras a) a d) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, antes citados y al artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350. Y, como se expresa en la frase final de esa letra d), *"El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales"*. En la especie, ese límite superior ha sido publicado dentro del plazo fijado por la ley al efecto, con fecha 10 de marzo del corriente, mediante Resolución Exenta SS N° 352.

En cambio, la decisión eventual de las Isapres de aplicar o no una variación porcentual en los precios base de sus planes de salud se sujeta, para el presente año 2022, a las reglas establecidas en la letra e) del citado artículo 198 y a las del 198 bis, ambos de DFL N° 1 de 2005 y al artículo tercero transitorio de la Ley N° 21.350. Allí se dispone que dicha decisión deberá adoptarse por cada Isapre e informarse a la Superintendencia de Salud quince días después de publicado el indicador de variación porcentual máxima para cada año, que la variación decidida *"en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la*



Superintendencia de Salud” y que deberá aplicarse “a todos sus planes de salud”, siempre que durante el año 2021, haya “dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud”. El procedimiento para llevar adelante tal decisión ha sido fijado por la Superintendencia de Salud, mediante Circular IF/N° 401, de fecha 30 de diciembre de 2021, que “Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350”.

Décimo séptimo: Que, en el mismo sentido se ha pronunciado la Superintendencia de Salud en el punto 8 de la Resolución Exenta IF/N° 58, de 26 de enero de 2022, al resolver el recurso presentado, entre otras, por Isapre Nueva Masvida S.A., en contra de aquella parte de la Circular IF/N° 401, dictada por la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, que “Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350”, que establecía la obligación de las Isapres de enviar a la Superintendencia la información que justificaba el alza del precio base que aplicarían a sus



planes de salud, sin que ello importe su validación. Allí se señala:

"Que, en primer lugar, las recurrentes solicitan que se deje sin efecto el párrafo cuarto del punto 1 "Comunicación de la adecuación propuesta por la Isapre", del Título III del Capítulo I del Compendio de Procedimientos. Dicho párrafo efectivamente fue incorporado por el numeral 1.2 del acápite III de la Circular, en los siguientes términos: "Además, en la misma oportunidad señalada precedentemente, las Isapres deberán enviar a esta Superintendencia, la información que justifique el precio base que aplicarán a sus planes de salud, lo que no significa que con dicho envío la Superintendencia valide la referida información."

Al respecto, debe tenerse presente que, si bien es cierto lo que afirman las Isapres, en cuanto la Ley 21.350 establece que "El índice de variación porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales", también es cierto que dicho indicador constituye el aumento máximo de precio base que la ley permite. En efecto, el nuevo artículo 198 letra d) del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, dispone que "Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base



de los planes de salud." En la letra e) que le sigue, el legislador confirma que "el porcentaje de ajuste informado [por las Isapres] será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud".

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

En atención a lo expuesto, y en uso de sus atribuciones legales para fiscalizar y requerir la información necesaria para el cumplimiento de sus funciones, esta Intendencia incluyó en sus instrucciones el párrafo objetado. No obstante, ha estimado razonable y oportuno hacer una separación de las instrucciones relacionadas con el procedimiento mismo de la adecuación, de aquellas que tienen que ver con la eventual solicitud de información, motivo por el cual acogerá esta parte de los recursos, eliminando la citada instrucción. Lo



anterior es sin perjuicio del ejercicio de las facultades de fiscalización y de requerir información, consagradas en el artículo 110 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.”

Décimo octavo: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a los señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 –en su formulación actual– y en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), “*el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud*”, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, han sido previstos.

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las



prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud. Y que, para el caso del proceso 2022, *“deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior”*.

Décimo noveno: Que, según informó a esta Corte la Superintendencia de Salud, para realizar el cálculo del índice de alza máxima proporcional para el proceso del año 2022, han de ponderarse, en primer término, los índices (IRCSA) de los años 2019, 2020 y 2021, en la forma establecida en el Resolución Exenta N° 352 de 2022. De conformidad con lo señalado en el número 4 de la referida Resolución Exenta N° 352, cada uno de esos IRCSA *“determina la variación referencial del costo operacional*



del sistema Isapre, el que se compone del costo en la cobertura de prestaciones de salud y del costo por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral". Estos indicadores, calculados de conformidad con la metodología a que se hace referencia, determinaron una variación en los costos operacionales del sistema de Isapres de 5,2% para el año 2019; de -0,5% para el año 2020 y de 26,2% para el año 2021.

A continuación, para dar cumplimiento a lo preceptuado en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, se indica en el N° 9 de la referida Resolución Exenta N° 352 que "La Superintendencia de Salud calcula el promedio de los IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021, con una ponderación definida en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de cada IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante ese período, provocadas por la pandemia".

En el documento que dicha resolución refiere para realizar esta ponderación, disponible en el hiperenlace https://supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20802_recurso_1.pdf, se expresa la forma de su cálculo, indicando los ponderadores anuales correspondientes aplicables a cada IRCSA anual (0,290, para el año 2019;



0,469 para el 2020 y 0,241 para el 2021), concluyendo que *"Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra."*

Vigésimo: Que, en consecuencia, es posible afirmar que, conforme con la actual regulación de la materia, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable *"a todos los planes de salud"* ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que el artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, la Ley N° 21.350 y la Resolución Exenta N° 352 establecen, y, al mismo tiempo, que no es posible aceptar que, por el solo hecho de ajustarse dicha determinación al máximo fijado por la Superintendencia de



Salud, tal decisión pueda estimarse justificada o no arbitraria para todos los efectos legales.

Vigésimo primero: Que, establecido lo anterior, cabe hacerse cargo de la legalidad o arbitrariedad de la decisión de Isapre Nueva Masvida S.A. en cuanto a proponer a sus afiliados un alza porcentual de un 7,6% para todos los planes de salud que administra, salvas las excepciones legales, teniendo presente que no se discute por la recurrente la forma y oportunidad en que recibió la comunicación de la adecuación al alza del precio de su plan de salud, ni el cumplimiento por parte de la recurrida de las restantes formalidades previstas en la mencionada Circular IF/N° 401, ni que la propuesta de alza supere el máximo fijado por la Resolución Exenta SS N° 352.

Vigésimo segundo: Que, a este respecto, la carta de "Comunicación de adecuación", dirigida al recurrente por la recurrida, Isapre Nueva Masvida S.A., señala que, si bien su parte, *"por muchos años, ha hecho los mayores esfuerzos para evitar tener que alzar los precios base de los contratos de salud de sus afiliados"* y que, de hecho, *"no ha modificado los precios base de sus planes de salud"* desde el año 2012, *"en esta oportunidad, debemos informarle que, el incremento de costos ha sido de tal magnitud, (26,2% según IRCSA 2021) que no adecuar precios pondría en riesgo el financiamiento de los beneficios de*



su plan, por lo que se ha definido proponer a Ud. una adecuación de un 7,6% en el precio Base de su Plan de Salud".

Enseguida agrega que "El aumento en los costos, por coberturas otorgadas a prestaciones y por los valores pagados por subsidios por licencias médicas, son los factores que han incidido sobre el alza que se ha determinado", añadiendo que el "aumento de costo por coberturas otorgadas a prestaciones médicas" se explica "principalmente por incrementos de precio y mayor frecuencia de uso". Al respecto la carta añade que ello se debe, en parte, al "uso de nuevas tecnologías y equipamiento médico de mayor complejidad que han ido reemplazando prestaciones de costo más bajo, a modo de ejemplo podemos señalar los exámenes de RX que se han reemplazado o complementado con exámenes por Scanner o Resonancia Nuclear Magnética", agregando que también "ha influido la incorporación de nuevas prestaciones en el Arancel Fonasa Libre Elección", así como el "aumento del número y costo de las licencias médicas", pues el "costo de subsidios por licencias médicas por afiliado" se ha visto "incrementado en un 26.64% entre el año 2020 y 2021".

Finaliza especificando los efectos del alza dispuesta en el pago de las cotizaciones correspondientes, y se dan a conocer los derechos y



opciones del afiliado, incluyendo información sobre planes alternativos, lugares y canales de comunicación con la Isapre para su discusión y los recursos de que dispone ante la Superintendencia de Salud, en caso de estar disconforme con los planes alternativos propuestos, así como la posibilidad que se le ofrece de desafiliarse en el plazo que indica, en caso de no estar conforme con dichos planes ni con el alza propuesta.

Vigésimo tercero: Que, previo a resolver la razonabilidad de la justificación invocada, es necesario hacerse cargo de la aplicabilidad a su enjuiciamiento de los criterios establecidos en la jurisprudencia uniforme de esta Corte, conforme a la legislación vigente con anterioridad a la publicación de la Ley N° 21.350, en junio de 2021. En síntesis, dicha jurisprudencia exige que para considerar razonable un alza porcentual en los precios bases de los planes de salud, es necesario: a) Que ella responda a cambios efectivos y verificables de las prestaciones cubiertas por el plan individual de salud a que se refieren; b) Que, por lo mismo, ella no se fundamente aludiendo a cifras y criterios generales que los costos de la institución recurrida para otorgar las prestaciones a que está obligada han aumentado, refiriendo valores ilustrativos como los del entonces vigente Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSEA); y c) Que ella haga referencia a un análisis



pormenorizado, racional y que tenga un cabal respaldo técnico que permita su verificación.

Vigésimo cuarto: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a lo señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, en los términos de las modificaciones introducidas por la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), *"el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud"*, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, se prevén en su letra a).

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia



de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Vigésimo quinto: Que, en consecuencia, si bien es posible afirmar que, conforme con la nueva regulación antes transcrita, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable *"a todos los planes de salud"* ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que la Ley N° 21.350 establece, reseñados en el considerando anterior.

Vigésimo sexto: Que, no obstante, la carta en la que se comunica el alza porcentual del plan base de la recurrente no hace referencia a dichos factores, sino que ofrece, como fundamentación material, la circunstancia de que *"el incremento de costos ha sido de tal magnitud, (26,2% según IRCSA 2021) que no adecuar precios pondría en riesgo el financiamiento de los beneficios de su plan,*



por lo que se ha definido proponer a Ud. una adecuación de un 7,6% en el precio Base de su Plan de Salud".

A continuación dicha misiva afirma que el "aumento en los costos, por coberturas otorgadas a prestaciones y por los valores pagados por subsidios por licencias médicas, son los factores que han incidido sobre el alza que se ha determinado"; que el primero se explica por el "uso de nuevas tecnologías y equipamiento médico de mayor complejidad que han ido reemplazando prestaciones de costo más bajo", así como por "la incorporación de nuevas prestaciones en el Arancel Fonasa Libre Elección" y, finalmente, que también se ha considerado el "aumento del número y costo de las licencias médicas", dado que el costo por afiliado ha crecido "en un 26.64% entre el año 2020 y 2021".

Al respecto, cabe consignar que la sola mención genérica de un supuesto incremento de costos informado a la Superintendencia de Salud no es suficiente para cumplir con las exigencias de la letra a) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, pues con ello no se da cumplimiento a la necesidad de expresar: i) la variación de los costos en las prestaciones de salud otorgadas por la recurrida; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral pagados por ella; iv) el costo de las nuevas prestaciones que ha incorporado;



v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) los elementos que han servido para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Más aun, la sola lectura de la carta referida pone de relieve que ésta se limita a citar cifras vagas y genéricas, que comprenden algunos elementos elegidos ex profeso y que se refieren exclusivamente, además, a la variación producida entre los años 2020 y 2021, pese a que el alza de que se trata comprende el período que media entre 2019 y 2021 y, por consiguiente, debería fundarse en el cambio que la recurrida experimentó en sus costos en ese lapso y no sólo en su último tercio, como se pretende. Esto último aparece como más relevante aun si se considera que en la Resolución Exenta N° 352, de la Superintendencia de Salud, se dejó expresa constancia de que la variación de tales costos ocurrida durante el año 2019 ascendió a un 5,2%, que en el año 2020 alcanzó a -0,5% y que en el año 2021 se elevó a 26,2%, de lo que se deduce que, al elegir la última de estas etapas, la Isapre recurrida optó por presentar a su afiliado sólo las cifras que más favorecen a esa parte en el cálculo de que se trata, obviando aquellas que podrían otorgar una comprensión íntegra del fenómeno en estudio. Es decir, la recurrida no sólo soslaya el cabal cumplimiento del deber de información en comento al no entregar los antecedentes



requeridos del modo descrito, sino que, todavía más, intenta aparentar que ha observado tal obligación acudiendo a explicaciones que, sin embargo, contienen argumentaciones vagas y genéricas, que, en realidad, nada ilustran.

Vigésimo séptimo: Que, por lo expresado en los considerandos anteriores, no cabe sino concluir que la recurrida actuó de manera ilegal y arbitraria al proponer a la recurrente una variación porcentual del precio base de su plan de salud sin fundamentar su decisión en los parámetros establecidos en la Ley N° 21.350 para poder hacer tal propuesta, dentro del margen previsto por el indicador de porcentaje máximo de variación de precio base de sus planes fijado por la Superintendencia de Salud, por lo que el recurso interpuesto deberá acogerse, según se expondrá en lo resolutivo del presente fallo.

Vigésimo octavo: Que, por otra parte, esta Corte no puede dejar de señalar que el acto sustancialmente recurrido en esta causa no es propiamente la carta por la que la recurrida comunica a la recurrente la decisión de proponer una variación porcentual de los precios base de todos los planes de salud que administra en el máximo permitido por el indicador fijado al efecto por la Superintendencia de Salud, sino esa decisión propiamente tal. En efecto, como dispone la letra e) del citado artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de



Salud, "en el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud".

Según consta en el informe rendido por la recurrida y en la carta de adecuación acompañada al proceso, dicha decisión fue comunicada oportunamente a la Superintendencia de Salud y, aun cuando se desconoce el contenido preciso de esa misiva, dado que no fue aparejada a la causa, es dable presumir que, al comunicar tal determinación, la recurrida se limitó a dar cuenta del porcentaje de incremento del precio base que aplicaría, ello en razón de los fundamentos en que asentó el recurso de reposición que dedujo en contra de la Circular IF/N° 401, de la Superintendencia de Salud, en aquella parte en que disponía que "en la misma oportunidad señalada precedentemente, las Isapres deberán enviar a esta Superintendencia, la información que justifique el precio base que aplicarán a sus planes de salud, lo que no significa que con dicho envío la Superintendencia valide la referida información".



En dicha ocasión la Isapre sostuvo que *“en ningún caso el legislador ha pretendido que se remita la justificación del alza efectuada por cada una de las isapres”*, resaltando enseguida que las restricciones previstas en el *“DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, no han establecido una obligación de justificar el porcentaje de alza de precio base, por lo que mal se podría establecer esta exigencia en la norma administrativa”*.

Expuesto lo anterior concluyó señalando que resulta difícil *“entender qué información adicional a la que no tenga acceso podría requerir la Superintendencia, para justificar el alza efectuada por cada isapre, ya que como regulador, tiene conocimiento cabal de la situación de cada una de ellas”*.

Luego, esa decisión fue comunicada por la recurrida a todos los afiliados en la forma prevista en la Circular IF/N° 401, de 30 de diciembre de 2021, tanto a nivel general —mediante una publicación en el Diario Oficial, avisos en las sucursales y enlaces en sus páginas de internet—, como individual, mediante cartas de adecuación como la que origina la presente causa.

Así las cosas, en todas estas comunicaciones la información transmitida respecto del porcentaje de variación del precio base de todos los planes de salud que la Isapre administra, salvo las excepciones legales,



es fundamentalmente la misma, vale decir, que, como se lee en el informe agregado a estos autos, "Isapre Nueva Masvida S.A., dentro de plazo, comunicó a la SIS, su decisión de adecuar el precio base de sus planes de salud, en el porcentaje máximo fijado por la autoridad, esto es 7,6%", de manera que las únicas variaciones posibles en las cartas de adecuación de los precios base enviadas por la recurrida a todos sus afiliados, entre ellos el recurrente, son aquellas que tienen que ver con las alternativas de planes que, de conformidad con el Compendio de Normas aplicable deben ofrecer a los afiliados para que decidan si reclamar de ellas o permanecer o no en la Isapre.

Vigésimo noveno: Que, por tanto, al acoger este recurso, para dar adecuada protección al recurrente y a todos los afectados con la decisión impugnada, con pleno respeto del principio de igualdad consagrado en el artículo 19, N° 2 de la Constitución Política de la República, esta Corte deberá declarar como arbitraria la decisión de la recurrida de proponer alzar porcentualmente en un 7,6% todos los planes de salud que administra, que fuera comunicada oportunamente a la Superintendencia de Salud y al recurrente por medio de la carta origen de esta acción cautelar, de fecha 24 de marzo de 2022, por carecer de fundamentos ajustados a las exigencias legales, ordenando las medidas que se



indicarán en lo resolutivo para restablecer el imperio del derecho, de conformidad con las facultades conferidas en el artículo 20 de la Carta Fundamental.

Trigésimo: Que, al respecto cabe consignar adicionalmente que las Isapres, al prestar un servicio de seguridad social estrictamente regulado y que impone – como en el presente caso– la motivación de las decisiones que afecten a sus afiliados, se sujetan a similares exigencias que los órganos de la administración para justificar la razonabilidad de sus actos, pues solo a través de una adecuada motivación “se exteriorizan las razones que han llevado a la Administración a dictarlo, exigencia que se impone en virtud del principio de legalidad. En efecto, en nuestro ordenamiento jurídico, la Ley N° 19.880, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, consagra los principios de transparencia y publicidad, en cuanto permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado, calidad que precisamente detenta el organismo demandado. Es así como el artículo 11 inciso segundo del referido texto legal, previene la obligación de motivar en el mismo acto administrativo la decisión, los hechos y fundamentos de derecho que afecten los derechos o prerrogativas de las personas. A su turno,



también el artículo 41 inciso cuarto del aludido texto legal dispone que 'las resoluciones que contenga la decisión, serán fundadas'. Proceder que, por lo demás, se hace enteramente exigible por mandato del artículo 8° de la Constitución Política de la República" (Sentencia de 16 de junio de 2017, expedida en autos rol N° 3598-2017).

En esta perspectiva este tribunal también ha sostenido que "el fin último de la exigencia de motivación de todo acto administrativo no es otro que requerir la explicitación de sus fundamentos racionales, de manera tal que sean comprensibles para el administrado, proveyéndole la información necesaria para que, en caso de disconformidad o agravio, ejerza los mecanismos recursivos que le franquea la ley, tanto ante la Administración como la jurisdicción. Entonces, tal requisito no será satisfecho sino cuando los argumentos del órgano administrativo que adopta la resolución consistan en razones objetivas y comprobables que doten de razonabilidad a la decisión terminal, suprimiendo todo dejo de arbitrariedad" (Fallo de fecha 18 de marzo de 2021, dictado en causa rol N° 103.349-2020).

Finalmente, también se puede citar lo razonado en la sentencia de 21 de abril de 2021, pronunciada en autos rol N° 144.219-2020, en la que se expresa que "es un requisito sustancial en la dictación de un acto administrativo, la expresión del motivo o fundamento,



pues la omisión está vinculada a una exigencia que ha sido puesta como condición de mínima de racionalidad, ya que permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado”, destacando, en ese sentido, que “la fundamentación del acto administrativo es un elemento de su esencia, cuya existencia siempre está bajo el control de la judicatura”.

Trigésimo primero: Por último, esta Corte estima pertinente dejar explícitamente asentadas dos reflexiones.

Por una parte, el examen del asunto sometido al conocimiento de este tribunal ha puesto de relieve la indudable necesidad de una mayor competencia entre las instituciones de salud previsional que intervienen en esta actividad, considerando que, tal como lo expresa la Superintendencia de Salud en el documento denominado “Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021. Metodología de cálculo”, “Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos,



donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra".

En ese sentido resulta imperioso recordar que, en un mercado que debiera ser competitivo también por los precios ofrecidos para la cobertura de prestaciones similares, ello no se logra cuando -como es de público conocimiento- todas las Isapres abiertas deciden aplicar como variación porcentual para todos sus planes de salud, salvas las excepciones legalmente establecidas, el guarismo fijado en la Resolución Exenta N° 352 de la citada Superintendencia, aspecto en torno al cual la recurrida se limita a invocar aquellos antecedentes que estima favorables para su posición, esto es, la fijación del mentado incremento en ese 7,6%.

Por otra parte, es útil consignar que, más allá de la decisión de acoger el recurso de protección en examen y con independencia de las medidas de cautela que se dirán en lo resolutivo, los cotizantes de la Isapre recurrida no se verán liberados del cumplimiento de sus principales obligaciones contractuales y, en consecuencia, deberán seguir pagando, íntegramente, las sumas de dinero, expresadas en Unidades de Fomento, correspondientes a su plan de salud, dado que esta sentencia solamente ha resuelto lo relacionado con el alza o incremento del precio base de los planes



individuales de salud suscritos por los cotizantes con las Isapres.

Por las anteriores consideraciones y de conformidad con lo que disponen el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se confirma** la sentencia apelada, con declaración de que:

1.- Se deja sin efecto la comunicación de la Isapre Nueva Masvida S.A. a la Superintendencia de Salud, por medio de la cual informa que subirá un 7,6% todos los planes de salud;

2.- Consecuencialmente, se deja sin efecto el alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la Isapre Nueva Masvida S.A., informada a dicha autoridad de conformidad con lo dispuesto en el art. 198, letra e) del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud;

3.- La Superintendencia de Salud dispondrá las medidas administrativas para que, en el evento de que se haya cobrado a otros afiliados las cantidades resultantes del alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la recurrida, éstos hayan optado por un plan diferente o su desafiliación, dichas cantidades sean restituidas como excedentes de cotizaciones o, en su caso, se revoque la modificación de los planes acordada para evitar el alza dejada sin efecto



o se reintegre a los afiliados que, para evitar su pago, han optado por su desafiliación;

4.- La Superintendencia de Salud dispondrá un plazo prudencial para que Isapre Nueva Masvida S.A. cumpla fundadamente y con antecedentes que verificará, con la comunicación prevista en el artículo 198, letra e) del DFL N° 1 del Ministerio de Salud del año 2005, de manera que la propuesta de alza proporcional a todos sus planes de salud, para el año 2022, se ajuste a los parámetros legales.

5.- **El Secretario de esta Corte oficiará a todas las Cortes de Apelaciones** que estén conociendo recursos de protección contra Isapre Nueva Masvida S.A. por la variación porcentual de los precios base de todos sus planes de salud, que fuera comunicada oportunamente a la Superintendencia de Salud y a sus afiliados en las cartas correspondientes, para que se agregue copia autorizada de esta sentencia.

6.- Sin perjuicio de todo lo resuelto, se deja sin efecto el alza en el valor del precio base del plan de salud de la parte recurrente.

Se previene que el Ministro Sr. Matus concurre al acuerdo y fallo, pero sin compartir lo señalado en los considerandos noveno a décimo cuarto ni lo decidido en el numeral 4 de lo resolutivo.

Regístrese y devuélvase.



Redacción a cargo del Ministro señor Matus.

Rol N° 13.709-2022.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E. y Sr. Jean Pierre Matus A.

SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:41

ANGELA FRANCISCA VIVANCO
MARTINEZ
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:12:42

ADELITA INES RAVANALES
ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:12:42

MARIO ROLANDO CARROZA
ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:43

JEAN PIERRE MATUS ACUÑA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:43



BFNWXXJEWXX

Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Angela Vivanco M., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E., Jean Pierre Matus A. Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

En Santiago, a dieciocho de agosto de dos mil veintidós, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.



Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

Vistos:

De la sentencia en alzada se reproduce únicamente la parte expositiva.

Y teniendo en su lugar y, además, presente:

Primero: En la especie, ha comparecido doña Bárbara Muñoz Díaz, abogada, deduciendo recurso de protección en favor de don Félix Edison Hernández Díaz y en contra de Isapre Banmédica S.A., en razón del acto de esta última que califica de ilegal y arbitrario, consistente en la modificación unilateral del precio base de su plan de salud, que estima infundada, proceder que se habría traducido en la vulneración de la garantía prevista en el N° 24 del artículo 19 de la Constitución Política de la República.

Funda su acción en que la recurrida informó a su parte de un alza del 7,6% mensual en el precio de su plan de salud, comunicación en la que, sin embargo, no expresa razonamiento alguno que dé cuenta de un aumento extraordinario en el precio de las prestaciones que la Isapre debe solventar, que justifique dicho incremento. Aduce que, en consecuencia, el acto impugnado es ilegal y arbitrario, puesto que, para ejercer esta atribución, la institución de salud previsional debe fundar su decisión en cambios efectivos y verificables de los precios de las prestaciones cubiertas por el plan, pese a lo cual la



recurrida se limita a entregar argumentos genéricos que no justifican de modo alguno el motivo de esta modificación unilateral.

A lo dicho, agrega que el precio del citado plan fue acordado en unidades de fomento, de manera que recibe reajustes periódicos, pese a lo cual la recurrida pretende imponer un mayor costo al plan de salud sin un correlativo mejoramiento de las coberturas otorgadas.

Termina solicitando que se deje sin efecto la adecuación del precio base de su plan de salud, con costas.

Segundo: Al informar, la Isapre recurrida pidió el rechazo del recurso, con costas.

En primer lugar, alega la improcedencia de la acción cautelar basada en que la adecuación propuesta se ajusta al indicador establecido al efecto por la Superintendencia de Salud, de 7,6%.

En cuanto al fondo, aduce que su parte no ha incurrido en acto ilegal o arbitrario alguno, considerando que se encuentra facultada para adecuar los precios base de sus planes de salud conforme a lo prescrito en los nuevos textos de los artículos 197, 198 y 198 bis del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005 de Salud, a lo que añade que el parámetro fijado en esta materia por la Superintendencia de Salud se debe entender justificado para todos los efectos legales, al tenor del



citado artículo 198. Arguye que la ilegalidad y arbitrariedad alegadas deben ser desechadas, además, debido a que esa Isapre observó todos los requisitos de comunicación y publicidad establecidos en la normativa legal y reglamentaria vigente.

Concluye señalando que el alza real de los costos de su parte, para el período comprendido entre los años 2019 y 2021, asciende, en realidad, a un 20,4%.

Tercero: Al conocer de la acción cautelar intentada, la Corte de Apelaciones de Arica decidió desestimar las pretensiones de la actora basada en que el actuar de la Isapre se ajusta a lo previsto en el artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, pues practicó la adecuación del precio base del plan conforme a los parámetros técnicos empleados por el ente regulador, sin perjuicio de que, además, el alza aplicada no supera el indicador calculado por la Superintendencia de Salud, todo lo cual permite descartar la ilegalidad invocada. Asimismo, los falladores concluyeron que la recurrida no actuó de manera arbitraria, considerando que es el propio sistema el que ha establecido el incremento censurado en autos, hasta el punto de que el inciso segundo de la letra d) del N° 2 del citado artículo 198 establece que la variación porcentual así fijada se encuentra justificada para todos los efectos legales. Luego, los juzgadores dejaron asentado que, al decidir la recurrida



incrementar el precio base de sus planes de salud en un monto igual al máximo fijado por la Superintendencia, no requiere justificar, nuevamente, los motivos de tal determinación o la circunstancia de haberlo hecho en el máximo permitido, por tratarse de un procedimiento en el que se contempla la presunción antedicha.

En esas condiciones los juzgadores asentaron, además, que la recurrida no transgredió las garantías constitucionales invocadas por la actora.

Cuarto: Al apelar de la decisión antedicha, el recurrente reitera, en lo esencial, los fundamentos de su acción, añade como garantía que estima conculcada por la recurrida aquella prevista en el inciso final del N° 9 del artículo 19 de la Constitución Política de la República y agrega que, si bien la recurrida detenta la facultad de revisar los contratos de salud de sus afiliados, para que la misma se traduzca en un aumento del precio de un plan de salud se debe fundar en cambios efectivos y comprobados en los precios de las prestaciones cubiertas por el plan respectivo, situación que no acontece en este caso, en que la recurrida no ha justificado el alza de manera fehaciente y pormenorizada.

Quinto: Que, para una acertada resolución de este conflicto, es preciso tener presente, en primer lugar, que la Ley N° 21.350, de 14 de junio de 2022, modificó los anteriores artículos 197 y 198 del DFL N° 1 de 2005,



e introdujo un nuevo artículo 198 bis y disposiciones aplicables específicamente a los años 2020, 2021 y 2022, que cambiaron la regulación anterior que permitía, en ciertas condiciones, alzas anuales en los planes de salud. De este modo, se prohibieron las alzas en los años 2020 y 2021 y para los siguientes años se establecieron reglas generales y una transitoria para el 2022.

En efecto, antes de estas modificaciones, las reglas aplicables eran las siguientes:

El inciso tercero del artículo 197 disponía, en lo que interesa, que: *"Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan"*.

A su turno, el artículo 198 disponía, en lo pertinente, que: *"La libertad de las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 197 de esta Ley, se sujetará a las siguientes reglas:*

1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRES deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de



enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

[...]

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

[...]

4.- La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la



misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

[...]

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine".

Sexto: Que, en cambio, en cuanto a las reglas generales, el actual inciso 3° del artículo 197 prescribe: "Anualmente, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan".

Por su parte, dicho artículo 198 establece: "Las modificaciones a los precios base de los planes de salud se sujetarán a las siguientes reglas:

1. El Superintendente de Salud fijará mediante resolución, anualmente, un indicador que será un máximo para las instituciones de Salud Previsional que apliquen una variación porcentual al precio bases de sus planes de



salud, conforme al procedimiento que se establece en el numeral siguiente.

2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deberá seguir el siguiente procedimiento:

a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud. Asimismo, deberá incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que se revisará al menos cada tres años, aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores que sirvan para el cálculo del indicador, en especial los señalados en el párrafo precedente.

b) Para estos efectos, la Superintendencia de Salud validará mensualmente los registros de prestaciones y sus



frecuencias, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional. Se considerará como período de referencia del indicador a que se refiere el numeral 1 de este artículo, los meses de enero a diciembre de al menos dos años anteriores a la publicación del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá requerir del Fondo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y de los demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario para el correcto cálculo del indicador. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección de la ley N.° 19.628, sobre protección de la vida privada.

c) En el proceso de validación de los registros, la Superintendencia de Salud tendrá amplias facultades para requerir de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos.

d) Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base



de los planes de salud. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales.

e) En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud.

En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

A continuación, el artículo 198 bis de dicho cuerpo legal establece: “Para que las Isapres puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud, conforme a lo establecido en el artículo precedente,



deberán haber dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, así como a las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, en conformidad con lo establecido en el artículo 138 de esta ley, en ambos casos de acuerdo a las normas de general aplicación que dicte la Superintendencia de Salud al respecto, pudiendo establecer cumplimientos parciales, que no podrán ser inferiores al 50 por ciento de la establecida en el decreto respectivo. Ambas obligaciones deberán ser acreditadas por los organismos que tengan convenios vigentes con la Superintendencia de Salud, en el mes de enero del año en que se aplique el indicador señalado, lo que será fiscalizado por la Superintendencia de Salud. En caso de alerta sanitaria, el Superintendente de Salud podrá rebajar prudencialmente las metas asignadas”.

Finalmente, para el proceso de modificación de precios bases de los planes de salud para el presente año 2022, el artículo transitorio segundo de la Ley N.º 21.350 establece que el indicador a que se refiere el citado artículo 198 “deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado



a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior"; y su artículo tercero transitorio agrega: "Las metas a que se refiere el artículo 198 bis entrarán en vigencia a contar del 1.º de enero del año 2022".

Séptimo: Que, en lo que concierne a la historia del establecimiento de la Ley N° 21.350, cabe resaltar que ésta fue discutida inicialmente en el marco de la pandemia por el brote de Covid-19, proceso durante el cual fueron refundidas tres mociones parlamentarias que, en términos generales, tenían por finalidad prohibir que las Isapres pudieran modificar o poner término unilateral, en períodos de epidemia o pandemia, a los contratos de salud que mantuvieran con sus afiliados. A propósito de la tramitación legislativa de tales iniciativas se consideró la posibilidad de establecer una regulación permanente en este ámbito, que no estuviera limitada a la contingencia sanitaria reinante. En ese contexto, y por medio de una indicación aprobada en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, en Primer Trámite Constitucional, se propuso modificar el DFL N° 1 de Salud entregando a la autoridad competente el deber de calcular *"un indicador de variación de los precios de las*



prestaciones de salud, tomando en cuenta la frecuencia con que fueron utilizadas y la variación del gasto del subsidio por incapacidad, en su caso", aludiendo a un "IPC de la salud", que tenía por objeto "evitar distorsiones y alzas desmedidas e injustificadas en el próximo año, en que ya no esté vigente la pandemia, y que se vuelva a la norma en las que las isapres reajustan sus planes, por ahora, con cierta restricción".

Sobre este particular, y en lo que se refiere específicamente a la construcción de este índice, el Superintendente de Salud de la época manifestó, ante la Comisión de Salud, que "el gran riesgo lo constituye la validación de los datos de las prestaciones contenidos en los archivos maestros que entregan las Isapres, porque son esos antecedentes los que se consideran para determinar la variación en la frecuencia en las prestaciones y variación en el precio", agregando que para desarrollar tal labor fue creada una Unidad de Gestión de Datos y un Comité de Datos, agregando, en lo que atañe a la "metodología y forma en la que se construye el indicador", que recurrieron "al INE para la revisión y validación del indicador, porque ellos son expertos en indicadores" y que "las Isapres pueden reajustar los planes, pero deben hacerlo de acuerdo a parámetros objetivos, validados y sobre todo, dando



certeza sobre el sistema de cobro, a las personas que contratan un plan".

En ese contexto, durante la discusión particular del proyecto que se verificó ante el Senado los senadores Goic, Quinteros y Girardi presentaron una indicación que estableció una serie de reglas destinadas a determinar el referido indicador de variación porcentual, a las que se deberían sujetar las Isapres al modificar sus planes de salud, conforme a las cuales sería el Superintendente de Salud quien fijaría anualmente este parámetro.

Si bien el Ejecutivo formuló observaciones a dicha propuesta, recogió sus ideas matrices al presentar sus propias indicaciones, en las que incorporó como factor de cálculo *"las variaciones en las frecuencias de las prestaciones"*, pues *"el actual problema es el control de la frecuencia, es decir, cómo aumenta el número de prestaciones de un año a otro"*, además de incluir la *"modalidad libre elección de FONASA como un elemento a considerar en el algoritmo que, de cierta forma, contenga el eventual aumento en el sistema de Isapre"*.

Finalmente, los Senadores de la Comisión de Salud, en conjunto con el Ejecutivo, presentaron un acuerdo que recogió estas indicaciones y que constituye, en definitiva, el texto de la Ley N° 21.350, actualmente vigente.



Octavo: Que, en consecuencia, luego de la modificación legislativa, el régimen de adecuación del precio de los planes de salud, se advierte, en conclusión:

1.- Ha sido el legislador quien ha establecido, regulado y mantenido la posibilidad de revisión anual por parte de las Isapres del precio base de los planes de salud individual acordados en los contratos de salud previsional;

2.- Para la realización de aquel incremento corresponde: a) Por una parte, cumplir con el procedimiento legal (art. 198), en que la Superintendencia de Salud determinará anualmente el índice máximo de variación porcentual que se podrá aplicar a los precios base de los planes de salud; b) Luego de lo anterior, corresponde a cada Isapre acordar y comunicar a la autoridad la decisión fundada de adecuar en general sus planes, y c) Cumplida la anterior determinación se deberá ejercer también fundadamente esta opción y "en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan" (art. 197), la que corresponde poner en conocimiento de los afiliados;

3.- Ante la carta de la Isapre, comunicando el alza de los planes de salud, al ejercer la adecuación de los mismos, los cotizantes pueden: a) Aceptar los nuevos



precios fijados por la Isapre; b) Desafiliarse de la Institución o c) Impugnar administrativa o judicialmente la adecuación informada por la Isapre.

4.- Operando la reforma en régimen, a lo menos cada tres años, por decreto supremo del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, se aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para fijar un indicador máximo de variación porcentual que cada una de las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud, estableciendo la ponderación de los factores que sirvan para su cálculo.

5.- La misma Superintendencia de Salud validará mensualmente: (i) los registros de prestaciones y sus frecuencias, pudiendo requerir a las Isapres y prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos; (ii) la cartera de beneficiarios, y (iii) los subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional.

6.- De igual modo, la Superintendencia de Salud anualmente deberá: a) calcular los índices (i) de variación de los costos de las prestaciones de salud, (ii) de variación de la frecuencia de uso experimentada



por las mismas, (iii) de variación del costo en subsidios por incapacidad laboral del sistema privado de salud, y b) incorporar en el cálculo (iv) el costo de las nuevas prestaciones y (v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y (vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.

7.- Con toda la información anterior, según se expresó, los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, por resolución fundada, publicada en el Diario Oficial y en su página web, y conforme al procedimiento legal, el Superintendente de Salud fijará el indicador máximo de variación porcentual que las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud. El índice de variación porcentual, así fijado, se entenderá justificado para todos los efectos legales.

8.- En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio base de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje de ajuste informado que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicado por la Superintendencia de



Salud. En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

10.- Para el primer año de vigencia de la reforma introducida por la Ley N° 21.350, el cálculo del indicador del artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, se compondrá por el promedio de los últimos tres indicadores determinados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el fijado a marzo de 2022. Este índice en ningún caso podrá ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior.

11.- Como se ha dicho, cumplidas las determinaciones anteriores se podrá modificar fundadamente el precio de todos sus planes de salud individual, siempre en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan (inciso 3° del artículo 197), y no se sobrepase el índice de variación porcentual máximo fijado por la autoridad (letra d), del



numeral 2, del artículo 198), expresando los motivos que sustentan dicho proceder.

Noveno: Que, en consideración a lo anterior, en estos autos la revisión de la cuestión controvertida debe ser realizada en su integridad, por lo que adquiere, a lo menos, las siguientes dimensiones:

Primero, en el examen indispensable que se debe realizar en torno al procedimiento por el cual la Superintendencia de Salud determina el Índice de Variación Porcentual que se aplicará como máximo a los precios de los planes de Salud o Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA), con el objeto de precisar si éste se ajustó a las exigencias previstas por el legislador en el régimen permanente, por la diferente normativa reglamentaria que debe ser expedida, como el régimen establecido transitoriamente, en la primera oportunidad en que comience a regir la modificación legislativa introducida por la Ley N° 21.350;

En segundo lugar, la comunicación de las Instituciones de Salud Previsional de aumentar o no el precio de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje en que realizarán dicho ajuste, y

En tercer término, la comunicación a los cotizantes de la decisión de aumentar o no los costos de los planes de salud y el porcentaje en que se incrementarán.



Décimo: Que, en cuanto al examen del procedimiento de fijación del indicador del alza máxima porcentual de los planes base de salud, fijados por la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo del corriente, es necesario señalar que, por medio de la Circular IF/N° 401, la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350", y que, por Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022 y publicada en el Diario Oficial el día 10 del mismo mes y año, "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

A efectos de una adecuada comprensión del procedimiento y allegar a esta causa los antecedentes tenidos a la vista por la autoridad al dictar las mentadas resoluciones, referidos sólo a través de enlaces en su texto, se requirió por este Tribunal a la Superintendencia de Salud informar: "1.- En relación al Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA) del año 2019, calculado el año 2020; del año 2020, calculado el año 2021 y del año 2021, calculado a estos efectos a marzo del año 2022; 2.- La variación referencial del costo operacional del Sistema de Isapre; 3.- El costo por cobertura de prestaciones de salud y el costo por pago de



subsidio de incapacidad laboral por Isapre, de acuerdo con la información que conste en sus registros públicos;

4.- Indicar los ingresos percibidos por las Isapres por concepto de planes de salud, y los gastos en que han incurrido por tal concepto desde los años 2019 a 2021;

5.- Señalar el comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo periodo referido;

6.- Hacer referencia a toda información pertinente y acompañar un cálculo general y desagregado por Isapre".

Ante dicha consulta, la autoridad administrativa respondió mediante el Oficio Ordinario SS/N° 1591, de 6 de junio de 2022, en el cual consigna que los detalles del mecanismo de cálculo del indicador contenido en la Resolución Exenta SS/N° 352, de 2 de marzo de 2022, se encuentran publicados en la página web de la Superintendencia, en el enlace que especifica, sin perjuicio de lo cual apareja copia del "Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021", del "Indicador referencial de costos de la salud (IRCSA)" de 2019, de 2020 y del 2021, copia de la "Metodología IRCSA" de 2019, de 2020 y de 2021, de los "Resultados IRCSA" de estos mismos años y, además, del "Procesamiento IRCSA 2021". A ello añade que, para calcular el indicador en comento, empleó los "Valores publicados del IRCSA", que corresponden a un 5,2% para el IRCSA de 2019, al -0,5%



para el IRCSA de 2020 y a un 26,2% para el IRCSA de 2021, cifras que ponderó en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de cada IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia del sistema y una mayor ponderación al año base con menor ganancia del sistema, además de incorporar las diferencias financieras que hubo durante ese período provocadas por la pandemia.

Precisando lo anterior, ante un nuevo requerimiento de este Tribunal, en el Oficio Ordinario SS/N° 1728, de 22 de junio de 2022, la Superintendencia señala, en primer lugar, que no existen, para cada Isapre, indicadores comparables a los estimados para el conjunto del sistema, esto es, aquellos considerados en cada uno de los Indicadores Referenciales de Costos de la Salud, o IRCSA, de los años 2019, 2020 y 2021, motivo por el cual no cuenta con información desagregada por institución, como se le solicitó entregar.

Enseguida, informa de los costos por cobertura de prestaciones de salud y por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral para el período 2018-2021 respecto de cada Isapre, según cifras acumuladas a diciembre de cada año; a continuación se refiere a los ingresos percibidos por cada Isapre por concepto de planes de salud entre 2018 y 2021, acumulados a diciembre de cada año, noción en la que incluye la cotización legal, la cotización



adicional voluntaria y el elemento "otros aportes", que, sin embargo, no detalla; luego alude a los gastos en que incurrieron dichas instituciones, en el mismo período, por "costos de venta", también acumulados a diciembre de cada año, que incluyen, "mayoritariamente", los gastos en prestaciones de salud y en subsidios por incapacidad laboral, sin explicar, empero, cuáles son los otros componentes que integran este apartado.

En lo que atañe al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo período", señala el número de prestaciones médicas otorgadas por persona afiliada al sistema, por Isapre, y el número de días de licencia autorizados por cotizante, por Isapre, ambos para el período 2018-2021.

Por último, y en cuanto a la información relevante pedida, da cuenta de las ganancias o pérdidas por Isapre, a diciembre de cada año, para el lapso comprendido entre 2018 y 2021, e incluye, además, indicadores financieros por Isapre, para el mismo intervalo, que comprenden la siniestralidad, la rentabilidad del ingreso y la rentabilidad del capital y reservas, pese a que la ley no contempla ninguno de tales conceptos como antecedentes a considerar para calcular el índice de que se trata en la especie.

Finalmente, y aun cuando se requirió a la autoridad que remitiera "toda información pertinente", que



informara acerca de la "variación referencial del costo operacional del sistema de Isapre", que indicara cuáles son "los gastos en que han incurrido" las Isapres por concepto de planes de salud y que se refiriera al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema", es lo cierto que la Superintendencia del ramo nada dijo acerca de los restantes factores que, de acuerdo a la ley, ha debido considerar en el cálculo del índice de que se trata, pues, por ejemplo, guarda silencio acerca del "costo de las nuevas prestaciones" y de la "variación de frecuencia de uso de las prestaciones" verificadas en la modalidad de libre elección de FONASA, sin perjuicio de que tampoco se ha informado si en este ejercicio se consideró "cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud" y, de ser así, a cuál se recurrió.

Como conclusión de lo anterior y ante la ausencia de antecedentes que permitan concretar la revisión judicial destinada a precisar el cumplimiento de las exigencias legales en la determinación del Indicador Referencial de Costos de Salud, lleva a asumir el cumplimiento de la norma legal que dispone expresamente que se tendrá por justificado para todos los efectos legales el índice establecido por la Superintendencia de Salud en esta



ocasión, por así disponerlo perentoriamente el legislador.

Décimo primero: Que se deja establecido, en todo caso, que luego de la revisión administrativa de los elementos de juicio respectivos debe explicarse la forma en que la referida Superintendencia asumió los porcentajes de incremento del Índice de Precios al Consumidor, el cual contempla en su determinación el aumento de los costos de la así llamada División "Salud", que pondera específicamente un 7,76778% de la canasta del IPC base 2018, que posteriormente se tendrá en consideración para fijar el valor de la Unidad de Fomento, equivalente monetario en el cual se encuentra fijado el precio de los planes de salud, como ha tenido oportunidad de señalar esta Corte con anterioridad al expresar que *"cabe dejar anotado que los precios de bienes y servicios en el ámbito de la salud se encuentran actualmente incorporados en dicha medición general. La llamada división 'Salud' -que pondera un 5,4% del total- se divide en tres grupos: el primero está formado por la canasta de productos que los hogares adquieren para curar sus enfermedades, incluyéndose por ejemplo los medicamentos genéricos. En el segundo se valoriza un conjunto de consultas médicas de diferentes especialidades considerando los precios en la Modalidad Libre Elección de Fonasa, precios acordados entre*



prestadores e Isapres y aquellos aplicados a particulares que no estén en los casos anteriores. Y en el tercero se aprecian los servicios de mayor frecuencia de uso en hospitales y clínicas privadas, a partir de las tres modalidades de pago antes descritas. De este modo no es posible dejar de destacar que el aumento del costo de la salud, que se calcula mediante el Índice de Precios al Consumidor nacional, se va recogiendo mensualmente en el precio de los contratos de salud al estar pactados en unidades de fomento, equivalente monetario que, además, incorpora mensualmente el reajuste acumulativo y no lineal del Índice de Precios al Consumidor". (Sentencia dictada por esta Corte con fecha 29 de abril de 2013, en autos rol N° 9051-2012. Asimismo, y sólo a modo ejemplar, en autos rol N° 1658-2013 y N° 2904-2013).

De la misma manera, la revisión administrativa ha de tener en consideración los demás antecedentes recabados por la autoridad, obedeciendo el mandato de la letra a) del numeral 2 del artículo 198, que le impone tener en consideración "*cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud*", dado que únicamente se recibe la documentación de las Isapres, la cual corresponde se señale la forma en que se procedió a fiscalizar su exactitud, al no existir en la regulación legislativa una instancia que entregue participación a los cotizantes, sin que se pueda limitar



a señalar que simplemente registra, pero no valida la comunicación de las Isapres.

Igualmente, en cumplimiento de este mandato, ha debido la autoridad ponderar la integración vertical que concurre en el mercado de la salud privada, lo cual ha destacado esta Corte en ocasiones anteriores, como por ejemplo al sostener que *"un dato que no es posible desechar dice relación con la integración vertical de la mayoría de las Isapres abiertas con los proveedores de salud, sean clínicas o redes ambulatorias. Dado que el indicador del costo operacional de las Isapres sólo considera la variación del valor de las prestaciones del sector privado, surge el reparo de que dicho índice pueda ser controlado por las propias instituciones de salud previsional a través de la propiedad de los prestadores, los cuales podrán incrementar sus precios y luego éstos ser traspasados por las Isapres en sus reajustes anuales, convalidando el aumento a través de ese mecanismo"* (fallo de 29 de abril de 2013, pronunciado en autos rol N° 9051-2012. Verbi gracia, igualmente, en autos rol N° 1658-2013, N° 2904-2013, N° 5054-2013 y N° 5056-2013), lo cual no se advierte en los antecedentes proporcionados.

Ante las amplias facultades con que la ley ha dotado a la autoridad administrativa para reunir antecedentes al fijar el ICRSA, de la misma manera no se ha podido dejar de observar la conducta de los actores del sistema de



salud privada, como son los cotizantes, médicos, clínicas, hospitales y laboratorios, respecto de los cuales no se ha alegado un comportamiento inapropiado, puesto que ante un problema de salud, en general las personas acogen y cumplen las indicaciones impartidas por los profesionales de la medicina, quienes determinan las prestaciones que corresponde entregar a un paciente para restablecer su salud, el cual utiliza las herramientas que le proporciona la tecnología. Son tales prestaciones las que el legislador ha dispuesto que queden asumidas por el cotizante y las Instituciones de Salud Previsional, conforme a un contrato tipo, suscrito por adhesión y parcialmente dirigido respecto de algunas de sus cláusulas, que responde a una finalidad de servicio público.

Décimo segundo: En fin, una labor que se desarrolle con la debida diligencia importa examinar los estados financieros y gestión de las Isapres, como ocurre con las sociedades en general y las aseguradoras en particular y, de ser necesario, se coordinará con la autoridad sectorial correspondiente, pero no puede quedar sin tal supervigilancia que si la tienen otras sociedades en nuestro país, respecto de lo cual esta Corte ha tenido oportunidad de referirse pormenorizadamente.

Así, por ejemplo, examinando la labor de auditoría, este tribunal ha sostenido que: "la información de que



disponían en relación a la naturaleza de sus funciones y la responsabilidad que ésta lleva consigo, imponía revisar la evidencia con espíritu crítico y, ante la concurrencia de variados antecedentes que alertaban sobre la situación, examinarlas a fondo [...] la falta de exhaustividad en su dictamen se reflejó en el informe emitido, con lo cual se incumplieron las normas que le imponían un proceder diligente, prudente, profesional y observador de todas las disposiciones”, añadiendo que “su obligación es llevar a cabo un adecuado desarrollo del análisis financiero contable de todos los asientos en un período, como igualmente relacionarlo con otras sociedades o empresas que están vinculadas de diferentes formas, puesto que su actuar primero está vinculado con garantizar que todas las operaciones se asentaron en los registros contables, pero igualmente que dichas operaciones son regulares conforme a la ley, en términos tales que permita evitar riesgos y daños a la misma empresa o terceros extraños, si el proceder o finalidad puede resultar cuestionable” (Sentencia de 26 de abril de 2021, dictada en autos rol N° 79.288-2020).

Del mismo modo se ha puesto de relieve que “el deber de conducta exigido a las clasificadoras de riesgo dice relación con la realización de un ‘correcto análisis’ de la información que le es entregada, debiendo solicitar antecedentes adicionales si, con los disponibles, no es



posible alcanzar dicho objetivo actuando con la diligencia exigida", de modo que no se infringe el principio de tipicidad al haber sancionado a la reclamante por "no haberse procurado información relevante razonablemente verificada de la Compañía" (Fallo de 19 de mayo de 2016, pronunciado en causa rol N° 7560-2015).

En este mismo sentido y, en particular, en lo vinculado con la relevancia de la información contenida en los estados financieros trimestrales, es posible recordar lo decidido por esta Corte, verbi gracia, en autos roles N° 3054-2010, N° 7340-2012 y N° 1625-2013).

Décimo tercero: Como se dijo, la Circular IF/N° 401 "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350" y la Resolución Exenta SS N° 352 "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

Al dictar esta última resolución la autoridad tuvo presente que la Superintendencia de Salud ha calculado anualmente el denominado "Indicador Referencial de Costos de la Salud", también conocido como IRCSA, por medio del cual se determina la variación referencial del costo operacional del sistema de Isapres, para lo cual se atiende al costo en la cobertura de prestaciones de salud



y al costo por pagos de subsidio de incapacidad laboral. Enseguida dejó asentado que el IRCSA 2019, calculado para el año 2020, alcanzó al 5.2%; que el IRCSA 2020, calculado para el año 2021, fue de -0,5% y, finalmente, que el IRCSA 2021, calculado para el año 2022, ascendió al 26.2%, dejando establecido que los documentos de respaldo se encuentran en su página web institucional, antecedentes a los cuales no se ha podido acceder, como tampoco han sido acompañados por las partes.

En ese entendido, y considerando que el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, dispone que, para el primer año de vigencia, el indicador estará compuesto por el promedio de los últimos tres indicadores, calculados por la Superintendencia para los años 2020 y 2021 y a marzo de 2022, concluye que el valor en términos porcentuales del indicador promediado asciende a 7,6%, valores y ponderaciones asumidos por la autoridad, cuyos antecedentes no han sido acompañados a este expediente. Reitera: "Para obtener el valor mencionado, se aplicó la siguiente metodología, de acuerdo con la Ley N° 21.350, que señala que el valor del indicador a aplicar para el proceso de adecuación de 2022, corresponde al promedio de los indicadores calculados para 2020, 2021 y 2022 (respectivamente IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021)".



Sin embargo, se explica que, para obtener el valor en comento, se calculó el referido promedio empleando una ponderación definida en función de las ganancias del sistema de Isapres abiertas en el año base respectivo de cada IRCSA, de modo que otorgó una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante el período, provocadas por la pandemia, remitiéndose a su página web para consultar los antecedentes.

Agrega igualmente que el valor indicado es inferior a la variación de la partida del Ministerio de Salud en la Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior, que ascendió al 11,7%.

Como se ha dicho, esta resolución tiene la naturaleza de un acto administrativo, por lo que como tal debe entregar los motivos que lo fundamentan, puesto que importa una decisión de la Superintendencia de Salud, en la que expresa su voluntad y ejerce potestades públicas, a lo cual se agrega el hecho que debe dar plena publicidad al procedimiento y sus fundamentos.

Décimo cuarto: Que, como se observa, el Superintendente de Salud expidió el citado acto administrativo y fundó la determinación allí contenida solamente en los antecedentes que le proporcionaron las



Isapres al efecto, sin embargo, ha debido recopilar y requerir todos los que le impone tener en consideración el ordenamiento jurídico.

Décimo quinto: Que, una vez emitida la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022, y dentro del plazo previsto al efecto, la Isapre recurrida comunicó a la autoridad que aumentaría el precio base de sus planes de salud y que dicho incremento ascendería, precisamente, a un 7,6%, esto es, a la misma cifra fijada como monto máximo para estos efectos por la Superintendencia de Salud.

Décimo sexto: Que, para resolver la legalidad de dicho incremento, es necesario reiterar que el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 (Salud), distingue entre el indicador de variación porcentual máxima de los precios base de los planes de salud elaborado por la Superintendencia de Salud y la decisión de las Isapres de aplicar a sus precios base una variación porcentual y su cuantía, estableciendo para uno y otra requisitos y oportunidades diferenciadas.

En efecto, el indicador elaborado por la Superintendencia de Salud es, según el Diccionario, lo que sirve para indicar, esto es, mostrar o significar el máximo de la variación porcentual de los precios base de los planes de salud, esto es, en la acepción aplicable, el *"límite superior o extremo a que puede llegar"*. Ese



límite superior o extremo se calcula, para el año 2022, de conformidad con las reglas de las letras a) a d) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, antes citados y al artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350. Y, como se expresa en la frase final de esa letra d), *“El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales”*. En la especie, ese límite superior ha sido publicado dentro del plazo fijado por la ley al efecto, con fecha 10 de marzo del corriente, mediante Resolución Exenta SS N° 352.

En cambio, la decisión eventual de las Isapres de aplicar o no una variación porcentual en los precios base de sus planes de salud se sujeta, para el presente año 2022, a las reglas establecidas en la letra e) del citado artículo 198 y a las del 198 bis, ambos de DFL N° 1 de 2005 y al artículo tercero transitorio de la Ley N° 21.350. Allí se dispone que dicha decisión deberá adoptarse por cada Isapre e informarse a la Superintendencia de Salud quince días después de publicado el indicador de variación porcentual máxima para cada año, que la variación decidida *“en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud”* y que deberá aplicarse *“a todos sus planes de salud”*, siempre que durante el año 2021, haya *“dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la*



normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud". El procedimiento para llevar adelante tal decisión ha sido fijado por la Superintendencia de Salud, mediante Circular IF/N° 401, de fecha 30 de diciembre de 2021, que "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350".

Décimo séptimo: Que, en el mismo sentido se ha pronunciado la Superintendencia de Salud en el punto 8 de la Resolución Exenta IF/N° 58, de 26 de enero de 2022, al resolver el recurso presentado, entre otras, por Isapre Banmédica S.A., en contra de aquella parte de la Circular IF/N° 401, dictada por la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, que "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350", que establecía la obligación de las Isapres de enviar a la Superintendencia la información que justificaba el alza del precio base que aplicarían a sus planes de salud, sin que ello importe su validación. Allí se señala:

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



Procedimientos. Dicho párrafo efectivamente fue incorporado por el numeral 1.2 del acápite III de la Circular, en los siguientes términos: "Además, en la misma oportunidad señalada precedentemente, las Isapres deberán enviar a esta Superintendencia, la información que justifique el precio base que aplicarán a sus planes de salud, lo que no significa que con dicho envío la Superintendencia valide la referida información."

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



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

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

Décimo octavo: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual



de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a los señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 –en su formulación actual– y en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), “*el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud*”, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, han sido previstos.

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de



libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud. Y que, para el caso del proceso 2022, *“deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior”*.

Décimo noveno: Que, según informó a esta Corte la Superintendencia de Salud, para realizar el cálculo del índice de alza máxima proporcional para el proceso del año 2022, han de ponderarse, en primer término, los índices (IRCSA) de los años 2019, 2020 y 2021, en la forma establecida en el Resolución Exenta N° 352 de 2022. De conformidad con lo señalado en el número 4 de la referida Resolución Exenta N° 352, cada uno de esos IRCSA *“determina la variación referencial del costo operacional del sistema Isapre, el que se compone del costo en la cobertura de prestaciones de salud y del costo por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral”*. Estos indicadores, calculados de conformidad con la metodología a que se hace referencia, determinaron una variación en los costos operacionales del sistema de Isapres de 5,2% para el año



2019; de -0,5% para el año 2020 y de 26,2% para el año 2021.

A continuación, para dar cumplimiento a lo preceptuado en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, se indica en el N° 9 de la referida Resolución Exenta N° 352 que *“La Superintendencia de Salud calcula el promedio de los IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021, con una ponderación definida en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de casa IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante ese período, provocadas por la pandemia”*.

En el documento que dicha resolución refiere para realizar esta ponderación, disponible en el hiperenlace https://supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20802_recurso_1.pdf, se expresa la forma de su cálculo, indicando los ponderadores anuales correspondientes aplicables a cada IRCSA anual (0,290, para el año 2019; 0,469 para el 2020 y 0,241 para el 2021), concluyendo que *“Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra,*



toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra."

Vigésimo: Que, en consecuencia, es posible afirmar que, conforme con la actual regulación de la materia, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable "a todos los planes de salud" ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que el artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, la Ley N° 21.350 y la Resolución Exenta N° 352 establecen, y, al mismo tiempo, que no es posible aceptar que, por el solo hecho de ajustarse dicha decisión al máximo fijado por la Superintendencia de Salud, tal decisión pueda estimarse justificada o no arbitraria para todos los efectos legales.

Vigésimo primero: Que, establecido lo anterior, cabe hacerse cargo de la legalidad o arbitrariedad de la decisión de Isapre Banmédica S.A. en cuanto a proponer a sus afiliados un alza porcentual de un 7,6% para todos



los planes de salud que administra, salvas las excepciones legales, teniendo presente que no se discute por la recurrente la forma y oportunidad en que recibió la comunicación de la adecuación al alza del precio de su plan de salud, ni el cumplimiento por parte de la recurrida de las restantes formalidades previstas en la mencionada Circular IF/N° 401, ni que la propuesta de alza supere el máximo fijado por la Resolución Exenta SS N° 352.

Vigésimo segundo: Que, a este respecto, la carta de "Comunicación de adecuación", dirigida al recurrente por la recurrida, Isapre Banmédica S.A., señala que, de conformidad a lo establecido en la Ley N° 21.350, *"es la Superintendencia de Salud la encargada de determinar la variación porcentual máxima que las Isapres podrán aplicar anualmente a los precios base de los planes de salud"* y que, en cumplimiento de tal deber, *"este organismo anunció para el año 2022 un índice de 7,6%"*, contexto en el cual consigna que, dado *"que el incremento de costos en salud que registró nuestra Isapre entre los años 2020 y 2021 fue de un 24,7%, y que las Isapres no pudieron efectuar ningún ajuste en el precio base de sus planes de salud durante los dos primeros años de pandemia [...] a partir del 1 de junio de 2022 realizaremos un reajuste de 7,6% en el precio base de tu plan de salud"*, destacando enseguida que la descrita constituye una



"medida muy necesaria para mantener en el tiempo la sostenibilidad de nuestra Isapre, lo que se traducirá en poder seguir entregándote todas las coberturas y beneficios establecidos en tu plan de salud".

Desde esta perspectiva, la misiva pone de relieve que *"durante estos dos últimos años, hemos financiado 481.976 exámenes de PCR para lograr detectar el virus y detener su propagación. Además, 64.490 afiliados pudieron recuperarse tras haberse contagiado, gracias al pago de licencias médicas por Covid-19 y 3.698 beneficiarios recibieron cobertura en sus hospitalizaciones causadas por el virus. Adicionalmente, 5.923 familias fueron beneficiadas por el Postnatal de Emergencia, teniendo la posibilidad de cuidar a sus hijos recién nacidos por un periodo de tiempo más extenso",* todo lo cual *"implicó un costo de \$104.324 millones para nuestra Isapre".*

Asimismo, se lee que *"Otro foco muy importante en los últimos dos años fue el aumento exponencial en la emisión de licencias médicas y en la duración de las mismas, creciendo un 14,3% y 35,3% respectivamente",* junto a lo cual se destaca que *"un porcentaje importante de estas licencias médicas fueron emitidas sin justificación médica o, simplemente, de forma ilícita".*

Finaliza especificando los efectos del alza dispuesta en el pago de las cotizaciones correspondientes, y se dan a conocer los derechos y



opciones del afiliado, incluyendo información sobre planes alternativos, lugares y canales de comunicación con la Isapre para su discusión y los recursos de que dispone ante la Superintendencia de Salud, en caso de estar disconforme con los planes alternativos propuestos, así como la posibilidad que se le ofrece de desafiliarse en el plazo que indica, en caso de no estar conforme con dichos planes ni con el alza propuesta.

Vigésimo tercero: Que, previo a resolver la razonabilidad de la justificación invocada, es necesario hacerse cargo de la aplicabilidad a su enjuiciamiento de los criterios establecidos en la jurisprudencia uniforme de esta Corte, conforme a la legislación vigente con anterioridad a la publicación de la Ley N° 21.350, en junio de 2021. En síntesis, dicha jurisprudencia exige que para considerar razonable un alza porcentual en los precios bases de los planes de salud, es necesario: a) Que ella responda a cambios efectivos y verificables de las prestaciones cubiertas por el plan individual de salud a que se refieren; b) Que, por lo mismo, ella no se fundamente aludiendo a cifras y criterios generales que los costos de la institución recurrida para otorgar las prestaciones a que está obligada han aumentado, refiriendo valores ilustrativos como los del entonces vigente Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSEA); y c) Que ella haga referencia a un análisis



pormenorizado, racional y que tenga un cabal respaldo técnico que permita su verificación.

Vigésimo cuarto: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a los señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, en los términos de las modificaciones introducidas por la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), *“el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud”*, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud prevén en su letra a).

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia



de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Vigésimo quinto: Que, en consecuencia, si bien es posible afirmar que, conforme con la nueva regulación antes transcrita, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable *"a todos los planes de salud"* ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que la Ley N° 21.350 establece, reseñados en el considerando anterior.

Vigésimo sexto: Que, no obstante, la carta en la que se comunica el alza porcentual del plan base de la recurrente no hace referencia a dichos factores, sino que ofrece, como fundamentación material, la circunstancia de que *"el incremento de costos en salud que registró nuestra Isapre entre los años 2020 y 2021 fue de un 24,7%, y que las Isapres no pudieron efectuar ningún*



ajuste en el precio base de sus planes de salud durante los dos primeros años de pandemia”, antecedente que se reproduce en el informe preceptivo.

Al respecto cabe consignar que la sola mención genérica de un supuesto incremento de costos informado a la Superintendencia de Salud no es suficiente para cumplir con las exigencias de la letra a) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, pues con ello no se da cumplimiento a la necesidad de expresar: i) la variación de los costos en las prestaciones de salud otorgadas por la recurrida; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral pagados por ella; iv) el costo de las nuevas prestaciones que ha incorporado; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) los elementos que han servido para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Más aun, la sola lectura de la carta referida pone de relieve que ésta sólo menciona cifras genéricas, que comprenden algunos elementos elegidos ex profeso por la Isapre y que se refieren exclusivamente, además, a datos de los años 2020 y 2021, pese a que el alza de que se trata abarca el período que media entre 2019 y 2021, y en los que, por otra parte, no se incluye elemento alguno que permita estimar, sea por comparación o a través de



cualquier otro método, si efectivamente se han producido las alzas que allí se mencionan, aun cuando sólo digan relación con los únicos costos que se citan en la misiva.

En este sentido es útil enfatizar que la sola mención de datos de los años 2020 y 2021 aparece como aun más relevante si se advierte que en la Resolución Exenta N° 352, de la Superintendencia de Salud, se dejó expresa constancia que la variación de los costos de las Isapres ocurrida durante el año 2019 ascendió a un 5,2%, que en el año 2020 alcanzó a -0,5% y que en el año 2021 se elevó a 26,2%, de lo que se deduce que, al elegir sólo una parte del período total considerado para este fin, la Isapre recurrida optó por presentar a su afiliado sólo las cifras que más favorecen a esa parte en el cálculo de que se trata, obviando aquellas que podrían otorgar una comprensión íntegra del fenómeno en estudio, de lo que se deduce que la recurrida no sólo soslaya el cabal cumplimiento del deber de información que sobre ella pesa, sino que, todavía más, intenta aparentar que ha observado tal obligación acudiendo a explicaciones que, sin embargo, contienen argumentaciones vagas y genéricas, que, en realidad, nada ilustran.

Vigésimo séptimo: Que, por lo expresado en los considerandos anteriores, no cabe sino concluir que la recurrida actuó de manera ilegal y arbitraria al proponer a la recurrente una variación porcentual del precio base



de su plan de salud sin fundamentar su decisión en los parámetros establecidos en la Ley N° 21.350 para poder hacer tal propuesta, dentro del margen previsto por el indicador de porcentaje máximo de variación de precio base de sus planes fijado por la Superintendencia de Salud, por lo que el recurso interpuesto deberá acogerse, según se expondrá en lo resolutivo del presente fallo.

Vigésimo octavo: Que, por otra parte, esta Corte no puede dejar de señalar que el acto sustancialmente recurrido en esta causa no es propiamente la carta por la que la recurrida comunica a la recurrente la decisión de proponer una variación porcentual de los precios base de todos los planes de salud que administra en el máximo permitido por el indicador fijado al efecto por la Superintendencia de Salud, sino esa decisión propiamente tal. En efecto, como dispone la letra e) del citado artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, *"en el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud"*.



Según consta en documento acompañado al informe de la recurrida, dicha decisión se comunicó la Superintendencia de Salud con fecha 22 de marzo de 2022, indicando únicamente que esa Isapre *"aplicará un alza de un 7,6% a todos los planes de salud, encontrándose dentro del índice de variación porcentual calculado por esa Superintendencia"*, de acuerdo a lo estatuido en la Ley N° 21.350 y en la Circular IF/N° 401.

Luego, esa decisión fue comunicada por la recurrida a todos los afiliados en la forma prevista en la mentada Circular IF/N° 401, de 30 de diciembre de 2021, tanto a nivel general —mediante una publicación en el Diario Oficial, avisos en las sucursales y enlaces en sus páginas de internet—, como individual, mediante cartas de adecuación como la que origina la presente causa. En todas estas comunicaciones la información transmitida respecto del porcentaje de variación del precio base de todos los planes de salud que la Isapre administra, salvo las excepciones legales, no pudo ser otra que la decidida y comunicada a la Superintendencia de Salud, con fecha 22 de marzo de 2022.

Así lo señala expresamente la recurrida en su informe y en la carta origen de la acción intentada en estos autos, donde se expresa: *"que el incremento de costos en salud que registró nuestra Isapre entre los años 2020 y 2021 fue de un 24,7%, y que las Isapres no*



podieron efectuar ningún ajuste en el precio base de sus planes de salud durante los dos primeros años de pandemia”, motivos por los cuales, a partir del 1 de junio de 2022, “realizaremos un reajuste de 7,6% en el precio base de tu plan de salud”.

Luego, las únicas variaciones posibles en las cartas de adecuación de los precios base enviadas por la recurrida a todos sus afiliados, entre ellos el recurrente, son aquellas que tienen que ver con las alternativas de planes que, de conformidad con el Compendio de Normas aplicable deben ofrecer a los afiliados para que decidan si reclamar de ellas o permanecer o no en la Isapre.

Vigésimo noveno: Que, por tanto, al acoger este recurso, para dar adecuada protección al recurrente y a todos los afectados con la decisión impugnada, con pleno respeto del principio de igualdad consagrado en el artículo 19, N° 2 de la Constitución Política de la República, esta Corte deberá declarar como arbitraria la decisión de la recurrida de proponer alzar porcentualmente en un 7,6% todos los planes de salud que administra, comunicada a la Superintendencia de Salud el día 22 de marzo de 2022 y al recurrente por medio de la carta origen de esta acción cautelar, de fecha 25 de marzo de 2022, por carecer de fundamentos ajustados a las exigencias legales, ordenando las medidas que se



indicarán en lo resolutivo para restablecer el imperio del derecho, de conformidad con las facultades conferidas en el artículo 20 de la Carta Fundamental.

Trigésimo: Que, al respecto, cabe consignar adicionalmente que las Isapres, al prestar un servicio de seguridad social estrictamente regulado y que impone – como en el presente caso– la motivación de las decisiones que afecten a sus afiliados, se sujetan a similares exigencias que los órganos de la administración para justificar la razonabilidad de sus actos, pues solo a través de una adecuada motivación “se exteriorizan las razones que han llevado a la Administración a dictarlo, exigencia que se impone en virtud del principio de legalidad. En efecto, en nuestro ordenamiento jurídico, la Ley N° 19.880, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, consagra los principios de transparencia y publicidad, en cuanto permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado, calidad que precisamente detenta el organismo demandado. Es así como el artículo 11 inciso segundo del referido texto legal, previene la obligación de motivar en el mismo acto administrativo la decisión, los hechos y fundamentos de derecho que afecten los derechos o prerrogativas de las personas. A su turno,



también el artículo 41 inciso cuarto del aludido texto legal dispone que 'las resoluciones que contenga la decisión, serán fundadas'. Proceder que, por lo demás, se hace enteramente exigible por mandato del artículo 8° de la Constitución Política de la República" (Sentencia de 16 de junio de 2017, expedida en autos rol N° 3598-2017).

En esta perspectiva, este tribunal también ha sostenido que "el fin último de la exigencia de motivación de todo acto administrativo no es otro que requerir la explicitación de sus fundamentos racionales, de manera tal que sean comprensibles para el administrado, proveyéndole la información necesaria para que, en caso de disconformidad o agravio, ejerza los mecanismos recursivos que le franquea la ley, tanto ante la Administración como la jurisdicción. Entonces, tal requisito no será satisfecho sino cuando los argumentos del órgano administrativo que adopta la resolución consistan en razones objetivas y comprobables que doten de razonabilidad a la decisión terminal, suprimiendo todo dejo de arbitrariedad" (Fallo de fecha 18 de marzo de 2021, dictado en causa rol N° 103.349-2020).

Finalmente, también se puede citar lo razonado en la sentencia de 21 de abril de 2021, pronunciada en autos rol N° 144.219-2020, en la que se expresa que "es un requisito sustancial en la dictación de un acto administrativo, la expresión del motivo o fundamento,



pues la omisión está vinculada a una exigencia que ha sido puesta como condición de mínima de racionalidad, ya que permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado”, destacando, en ese sentido, que “la fundamentación del acto administrativo es un elemento de su esencia, cuya existencia siempre está bajo el control de la judicatura”.

Trigésimo primero: Finalmente, esta Corte estima pertinente dejar explícitamente asentadas dos reflexiones.

Por una parte, el examen del asunto sometido al conocimiento de este tribunal ha puesto de relieve la indudable necesidad de una mayor competencia entre las instituciones de salud previsional que intervienen en esta actividad, considerando que, tal como lo expresa la Superintendencia de Salud en el documento denominado “Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021. Metodología de cálculo”, “Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos,



donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra".

En ese sentido, resulta imperioso recordar que, en un mercado que debiera ser competitivo también por los precios ofrecidos para la cobertura de prestaciones similares, ello no se logra cuando -como es de público conocimiento- todas las Isapres abiertas deciden aplicar como variación porcentual para todos sus planes de salud, salvas las excepciones legalmente establecidas, el guarismo fijado en la Resolución Exenta N° 352 de la citada Superintendencia, aspecto en torno al cual la recurrida se limita a invocar aquellos antecedentes que estima favorables para su posición, esto es, la fijación del mentado incremento en ese 7,6%.

Por otra parte, es útil consignar que, más allá de la decisión de acoger el recurso de protección en examen y con independencia de las medidas de cautela que se dirán en lo resolutivo, los cotizantes de la Isapre recurrida no se verán liberados del cumplimiento de sus principales obligaciones contractuales y, en consecuencia, deberán seguir pagando, íntegramente, las sumas de dinero, expresadas en Unidades de Fomento, correspondientes a su plan de salud, dado que esta sentencia solamente ha resuelto lo relacionado con el alza o incremento del precio base de los planes



individuales de salud suscritos por los cotizantes con las Isapres.

Por las anteriores consideraciones y de conformidad con lo que disponen el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se revoca** la sentencia apelada y, en su lugar, se declara que **se acoge** el recurso deducido por don Félix Edison Hernández Díaz en contra de Isapre Banmédica y, en consecuencia, se dispone:

1.- Que se deja sin efecto la comunicación de la Isapre Banmédica S.A. a la Superintendencia de Salud de 22 de marzo de 2022, por medio de la cual informa que subirá un 7,6% todos los planes de salud;

2.- Que, consecuencialmente, se deja sin efecto el alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la Isapre Banmédica S.A., informada a dicha autoridad de conformidad con lo dispuesto en el art. 198, letra e) del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud;

3.- Que la Superintendencia de Salud dispondrá las medidas administrativas para que, en el evento de que se haya cobrado a otros afiliados las cantidades resultantes del alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la recurrida, éstos hayan optado por un plan diferente o su desafiliación, dichas cantidades sean restituidas como excedentes de



cotizaciones o, en su caso, se revoque la modificación de los planes acordada para evitar el alza dejada sin efecto o se reintegre a los afiliados que, para evitar su pago, han optado por su desafiliación;

4.- Que la Superintendencia de Salud dispondrá un plazo prudencial para que Isapre Banmédica S.A. cumpla fundadamente y con antecedentes que verificará, con la comunicación prevista en el artículo 198, letra e) del DFL N° 1 del Ministerio de Salud del año 2005, de manera que la propuesta de alza proporcional a todos sus planes de salud, para el año 2022, se ajuste a los parámetros legales.

5.- **Que el Secretario de esta Corte oficiará a todas las Cortes de Apelaciones** que estén conociendo recursos de protección contra Isapre Banmédica S.A. por la variación porcentual de los precios base de todos sus planes de salud, comunicada a la Superintendencia de Salud con fecha 22 de marzo de 2022 y a sus afiliados en las cartas correspondientes, para que se agregue copia autorizada de esta sentencia.

6.- Que, sin perjuicio de todo lo resuelto, se deja sin efecto el alza en el valor del precio base del plan de salud de la parte recurrente.

Se previene que el Ministro Sr. Matus concurre al acuerdo y fallo, pero sin compartir lo señalado en los



considerandos noveno a décimo cuarto ni lo decidido en el numeral 4 de lo resolutivo.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Matus.

Rol N° 16.670-2022.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E. y Sr. Jean Pierre Matus A.

SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:58

ANGELA FRANCISCA VIVANCO
MARTINEZ
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:12:59

ADELITA INES RAVANALES
ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:13:00

MARIO ROLANDO CARROZA
ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:13:00

JEAN PIERRE MATUS ACUÑA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:13:01



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Angela Vivanco M., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E., Jean Pierre Matus A. Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

En Santiago, a dieciocho de agosto de dos mil veintidós, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.



Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

Vistos:

De la sentencia en alzada se reproduce únicamente la parte expositiva.

Y teniendo en su lugar y, además, presente:

Primero: En la especie, ha comparecido doña Marcia Fuentes Morales, abogada, deduciendo recurso de protección en favor de don Rubén Orlando Vásquez Alvarado y en contra de Isapre Banmédica S.A., en razón del acto de esta última que califica de ilegal y arbitrario, consistente en la modificación unilateral del precio base de su plan de salud, que estima infundada, proceder que se habría traducido en la vulneración de las garantías previstas en el N° 2, en el inciso final del N° 9 y en el N° 24, todos del artículo 19 de la Constitución Política de la República.

Funda su acción en que el aumento planteado por la recurrida es totalmente injustificado, pues, aun cuando ésta lo atribuye a una supuesta variación sustancial de los costos del financiamiento de las prestaciones de salud de sus afiliados, es lo cierto que no ha entregado mayores fundamentos y no ha aportado antecedentes concretos al respecto.

Afirma que, por lo expuesto, el alza impugnada constituye un acto arbitrario e ilegal y enfatiza que el ejercicio por la Isapre de la facultad asociada a este



incremento exige un incremento real, efectivo y verificable de los costos de las prestaciones médicas que dicha institución debe solventar, nada de lo cual ha sido demostrado en la especie.

Termina solicitando que se deje sin efecto la adecuación del precio base de su plan de salud, con costas.

Segundo: Al informar, la Isapre recurrida pidió el rechazo del recurso, con costas.

En primer lugar, alega la improcedencia de la acción cautelar basada en que la adecuación propuesta se ajusta al indicador establecido al efecto por la Superintendencia de Salud, de 7,6%.

En cuanto al fondo, aduce que su parte no ha incurrido en acto ilegal o arbitrario alguno, considerando que se encuentra facultada legalmente para adecuar los precios base de sus planes de salud conforme a lo prescrito en los nuevos textos de los artículos 197, 198 y 198 bis del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005 de Salud, a lo que añade que el parámetro fijado en esta materia por la Superintendencia de Salud se debe entender justificado para todos los efectos legales, al tenor del citado artículo 198. Arguye que la ilegalidad y arbitrariedad alegadas deben ser desechadas, además, debido a que esa Isapre observó todos los requisitos de comunicación y publicidad establecidos en la normativa



legal y reglamentaria vigente.

Concluye señalando que el alza real de los costos de su parte, para el período comprendido entre los años 2019 y 2021, asciende, en realidad, a un 20,4%.

Tercero: Al conocer de la acción cautelar intentada, la Corte de Apelaciones de Rancagua decidió acoger las pretensiones de la actora basada en que, si bien la ley otorga una habilitación legal inicial para alzar el precio base de los planes de salud, su ejercicio requiere, no obstante, que la revisión responda a cambios efectivos y verificables de los precios de las prestaciones cubiertas por el plan, de modo que tal habilitación no justifica por sí sola el alza anunciada. A lo dicho los sentenciadores añadieron que la carta de adecuación enviada al actor no satisface la anotada exigencia de razonabilidad, desde que sólo alude a cifras y criterios generales sobre el aumento de los costos de la institución recurrida, que carecen de un pormenorizado, racional y cabal respaldo técnico. Sobre este particular destacaron, asimismo, que la sola mención del porcentaje máximo de variación fijado por la Superintendencia de Salud no basta, por sí sola, para justificar el aumento de que se trata, toda vez que dicho indicador hace referencia a la operación conjunta de las Isapres abiertas del sistema y no profundiza en la realidad de cada institución. De lo dicho concluyeron que



la Isapre no puede alzar el precio en examen fundada sólo en estos antecedentes, máxime si no ha cumplido el Plan Preventivo de Isapres, así como las metas de cobertura del examen de medicina preventiva, que constituyen exigencias normativas cuya inobservancia impide llevar a cabo el alza materia de autos.

Finalmente, tuvieron en consideración que el precio de los planes de salud se encuentra fijado en Unidades de Fomento y que la inflación proyectada, que se sitúa en torno al diez por ciento, torna aun más injustificado el incremento de que se trata.

En esas condiciones, los magistrados dejaron asentado que el acto impugnado configura un acto unilateral y arbitrario que, además, vulnera las garantías previstas en el inciso final del N° 9 y en el N° 24 del artículo 19 de la Constitución Política de la República, en tanto se pretende obligar al afiliado a pagar un mayor costo por el plan de salud contratado, situación que lo podría forzar, además, en caso de no aceptar el alza, a elegir un plan diverso o a renunciar a la Isapre.

Cuarto: Al apelar de la decisión antedicha, la recurrida reitera, en lo esencial, los fundamentos de su defensa, enfatizando que su parte ha dado íntegro cumplimiento a la normativa introducida por la Ley N° 21.350 para la modificación del precio base de los planes



de salud y que la adecuación que ha decidido aplicar esa Isapre es considerablemente menor a la que correspondería si se considerasen sus datos específicos, pues el incremento de los costos que registró entre los años 2019 y 2021 alcanzó a un 20,4%, cifra que excede largamente el indicador calculado por la Superintendencia de Salud.

Quinto: Que, para una acertada resolución de este conflicto, es preciso tener presente, en primer lugar, que la Ley N° 21.350, de 14 de junio de 2022, modificó los anteriores artículos 197 y 198 del DFL N° 1 de 2005, e introdujo un nuevo artículo 198 bis y disposiciones aplicables específicamente a los años 2020, 2021 y 2022, que cambiaron la regulación anterior que permitía, en ciertas condiciones, alzas anuales en los planes de salud. De este modo, se prohibieron las alzas en los años 2020 y 2021 y para los siguientes años se establecieron reglas generales y una transitoria para el 2022.

En efecto, antes de estas modificaciones, las reglas aplicables eran las siguientes:

El inciso tercero del artículo 197 disponía, en lo que interesa, que: *"Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan"*.



A su turno, el artículo 198 disponía, en lo pertinente, que: *"La libertad de las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 197 de esta Ley, se sujetará a las siguientes reglas:*

1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRES deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

[...]

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas



por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

[...]

4.- La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

[...]

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine".

Sexto: Que, en cambio, en cuanto a las reglas generales, el actual inciso 3° del artículo 197 prescribe: "Anualmente, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el



artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan”.

Por su parte, dicho artículo 198 establece: “Las modificaciones a los precios base de los planes de salud se sujetarán a las siguientes reglas:

1. El Superintendente de Salud fijará mediante resolución, anualmente, un indicador que será un máximo para las instituciones de Salud Previsional que apliquen una variación porcentual al precio bases de sus planes de salud, conforme al procedimiento que se establece en el numeral siguiente.

2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deberá seguir el siguiente procedimiento:

a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud. Asimismo, deberá incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.



Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que se revisará al menos cada tres años, aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores que sirvan para el cálculo del indicador, en especial los señalados en el párrafo precedente.

b) Para estos efectos, la Superintendencia de Salud validará mensualmente los registros de prestaciones y sus frecuencias, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional. Se considerará como período de referencia del indicador a que se refiere el numeral 1 de este artículo, los meses de enero a diciembre de al menos dos años anteriores a la publicación del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá requerir del Fondo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y de los demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario para el correcto cálculo del indicador. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección de la ley N.° 19.628, sobre protección de la vida privada.



c) En el proceso de validación de los registros, la Superintendencia de Salud tendrá amplias facultades para requerir de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos.

d) Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales.

e) En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud.



En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

A continuación, el artículo 198 bis de dicho cuerpo legal establece: “Para que las Isapres puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud, conforme a lo establecido en el artículo precedente, deberán haber dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, así como a las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, en conformidad con lo establecido en el artículo 138 de esta ley, en ambos casos de acuerdo a las normas de general aplicación que dicte la Superintendencia de Salud al respecto, pudiendo establecer cumplimientos parciales, que no podrán ser inferiores al 50 por ciento de la establecida en el decreto respectivo. Ambas obligaciones deberán ser acreditadas por los organismos que tengan convenios



vigentes con la Superintendencia de Salud, en el mes de enero del año en que se aplique el indicador señalado, lo que será fiscalizado por la Superintendencia de Salud. En caso de alerta sanitaria, el Superintendente de Salud podrá rebajar prudencialmente las metas asignadas".

Finalmente, para el proceso de modificación de precios bases de los planes de salud para el presente año 2022, el artículo transitorio segundo de la Ley N.º 21.350 establece que el indicador a que se refiere el citado artículo 198 "deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior"; y su artículo tercero transitorio agrega: "Las metas a que se refiere el artículo 198 bis entrarán en vigencia a contar del 1.º de enero del año 2022".

Séptimo: Que, en lo que concierne a la historia del establecimiento de la Ley N° 21.350, cabe resaltar que ésta fue discutida inicialmente en el marco de la pandemia por el brote de Covid-19, proceso durante el cual fueron refundidas tres mociones parlamentarias que, en términos generales, tenían por finalidad prohibir que



las Isapres pudieran modificar o poner término unilateral, en períodos de epidemia o pandemia, a los contratos de salud que mantuvieran con sus afiliados. A propósito de la tramitación legislativa de tales iniciativas se consideró la posibilidad de establecer una regulación permanente en este ámbito, que no estuviera limitada a la contingencia sanitaria reinante. En ese contexto, y por medio de una indicación aprobada en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, en Primer Trámite Constitucional, se propuso modificar el DFL N° 1 de Salud entregando a la autoridad competente el deber de calcular *"un indicador de variación de los precios de las prestaciones de salud, tomando en cuenta la frecuencia con que fueron utilizadas y la variación del gasto del subsidio por incapacidad, en su caso"*, aludiendo a un *"IPC de la salud"*, que tenía por objeto *"evitar distorsiones y alzas desmedidas e injustificadas en el próximo año, en que ya no esté vigente la pandemia, y que se vuelva a la norma en las que las isapres reajustan sus planes, por ahora, con cierta restricción"*.

Sobre este particular, y en lo que se refiere específicamente a la construcción de este índice, el Superintendente de Salud de la época manifestó, ante la Comisión de Salud, que *"el gran riesgo lo constituye la validación de los datos de las prestaciones contenidos en los archivos maestros que entregan las Isapres, porque*



son esos antecedentes los que se consideran para determinar la variación en la frecuencia en las prestaciones y variación en el precio", agregando que para desarrollar tal labor fue creada una Unidad de Gestión de Datos y un Comité de Datos, agregando, en lo que atañe a la "metodología y forma en la que se construye el indicador", que recurrieron "al INE para la revisión y validación del indicador, porque ellos son expertos en indicadores" y que "las Isapres pueden reajustar los planes, pero deben hacerlo de acuerdo a parámetros objetivos, validados y sobre todo, dando certeza sobre el sistema de cobro, a las personas que contratan un plan".

En ese contexto, durante la discusión particular del proyecto que se verificó ante el Senado los senadores Goic, Quinteros y Girardi presentaron una indicación que estableció una serie de reglas destinadas a determinar el referido indicador de variación porcentual, a las que se deberían sujetar las Isapres al modificar sus planes de salud, conforme a las cuales sería el Superintendente de Salud quien fijaría anualmente este parámetro.

Si bien el Ejecutivo formuló observaciones a dicha propuesta, recogió sus ideas matrices al presentar sus propias indicaciones, en las que incorporó como factor de cálculo "las variaciones en las frecuencias de las prestaciones", pues "el actual problema es el control de



la frecuencia, es decir, cómo aumenta el número de prestaciones de un año a otro”, además de incluir la “modalidad libre elección de FONASA como un elemento a considerar en el algoritmo que, de cierta forma, contenga el eventual aumento en el sistema de Isapre”.

Finalmente, los Senadores de la Comisión de Salud, en conjunto con el Ejecutivo, presentaron un acuerdo que recogió estas indicaciones y que constituye, en definitiva, el texto de la Ley N° 21.350, actualmente vigente.

Octavo: Que, en consecuencia, luego de la modificación legislativa, el régimen de adecuación del precio de los planes de salud, se advierte, en conclusión:

1.- Ha sido el legislador quien ha establecido, regulado y mantenido la posibilidad de revisión anual por parte de las Isapres del precio base de los planes de salud individual acordados en los contratos de salud previsional;

2.- Para la realización de aquel incremento corresponde: a) Por una parte, cumplir con el procedimiento legal (art. 198), en que la Superintendencia de Salud determinará anualmente el índice máximo de variación porcentual que se podrá aplicar a los precios base de los planes de salud; b) Luego de lo anterior, corresponde a cada Isapre acordar y



comunicar a la autoridad la decisión fundada de adecuar en general sus planes, y c) Cumplida la anterior determinación se deberá ejercer también fundadamente esta opción y "en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan" (art. 197), la que corresponde poner en conocimiento de los afiliados;

3.- Ante la carta de la Isapre, comunicando el alza de los planes de salud, al ejercer la adecuación de los mismos, los cotizantes pueden: a) Aceptar los nuevos precios fijados por la Isapre; b) Desafiliarse de la Institución o c) Impugnar administrativa o judicialmente la adecuación informada por la Isapre.

4.- Operando la reforma en régimen, a lo menos cada tres años, por decreto supremo del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, se aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para fijar un indicador máximo de variación porcentual que cada una de las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud, estableciendo la ponderación de los factores que sirvan para su cálculo.

5.- La misma Superintendencia de Salud validará mensualmente: (i) los registros de prestaciones y sus frecuencias, pudiendo requerir a las Isapres y prestadores de salud toda la información financiera,



contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos; (ii) la cartera de beneficiarios, y (iii) los subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional.

6.- De igual modo, la Superintendencia de Salud anualmente deberá: a) calcular los índices (i) de variación de los costos de las prestaciones de salud, (ii) de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas, (iii) de variación del costo en subsidios por incapacidad laboral del sistema privado de salud, y b) incorporar en el cálculo (iv) el costo de las nuevas prestaciones y (v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y (vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.

7.- Con toda la información anterior, según se expresó, los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, por resolución fundada, publicada en el Diario Oficial y en su página web, y conforme al procedimiento legal, el Superintendente de Salud fijará el indicador máximo de variación porcentual que las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud. El índice de



variación porcentual, así fijado, se entenderá justificado para todos los efectos legales.

8.- En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio base de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje de ajuste informado que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicado por la Superintendencia de Salud. En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

10.- Para el primer año de vigencia de la reforma introducida por la Ley N° 21.350, el cálculo del indicador del artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, se compondrá por el promedio de los últimos tres indicadores determinados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el fijado a marzo de 2022. Este índice en ningún caso podrá ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del



Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior.

11.- Como se ha dicho, cumplidas las determinaciones anteriores se podrá modificar fundadamente el precio de todos sus planes de salud individual, siempre en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan (inciso 3° del artículo 197), y no se sobrepase el índice de variación porcentual máximo fijado por la autoridad (letra d), del numeral 2, del artículo 198), expresando los motivos que sustentan dicho proceder.

Noveno: Que, en consideración a lo anterior, en estos autos la revisión de la cuestión controvertida debe ser realizada en su integridad, por lo que adquiere, a lo menos, las siguientes dimensiones:

Primero, en el examen indispensable que se debe realizar en torno al procedimiento por el cual la Superintendencia de Salud determina el Índice de Variación Porcentual que se aplicará como máximo a los precios de los planes de Salud o Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA), con el objeto de precisar si éste se ajustó a las exigencias previstas por el legislador en el régimen permanente, por la diferente normativa reglamentaria que debe ser expedida, como el régimen establecido transitoriamente, en la primera



oportunidad en que comience a regir la modificación legislativa introducida por la Ley N° 21.350;

En segundo lugar, la comunicación de las Instituciones de Salud Previsional de aumentar o no el precio de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje en que realizarán dicho ajuste, y

En tercer término, la comunicación a los cotizantes de la decisión de aumentar o no los costos de los planes de salud y el porcentaje en que se incrementarán.

Décimo: Que, en cuanto al examen del procedimiento de fijación del indicador del alza máxima porcentual de los planes base de salud, fijados por la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo del corriente, es necesario señalar que, por medio de la Circular IF/N° 401, la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350", y que, por Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022 y publicada en el Diario Oficial el día 10 del mismo mes y año, "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

A efectos de una adecuada comprensión del procedimiento y allegar a esta causa los antecedentes tenidos a la vista por la autoridad al dictar las



mentadas resoluciones, referidos sólo a través de enlaces en su texto, se requirió por este Tribunal a la Superintendencia de Salud informar: "1.- En relación al Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA) del año 2019, calculado el año 2020; del año 2020, calculado el año 2021 y del año 2021, calculado a estos efectos a marzo del año 2022; 2.- La variación referencial del costo operacional del Sistema de Isapre; 3.- El costo por cobertura de prestaciones de salud y el costo por pago de subsidio de incapacidad laboral por Isapre, de acuerdo con la información que conste en sus registros públicos; 4.- Indicar los ingresos percibidos por las Isapres por concepto de planes de salud, y los gastos en que han incurrido por tal concepto desde los años 2019 a 2021; 5.- Señalar el comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo periodo referido; 6.- Hacer referencia a toda información pertinente y acompañar un cálculo general y desagregado por Isapre".

Ante dicha consulta, la autoridad administrativa respondió mediante el Oficio Ordinario SS/N° 1591, de 6 de junio de 2022, en el cual consigna que los detalles del mecanismo de cálculo del indicador contenido en la Resolución Exenta SS/N° 352, de 2 de marzo de 2022, se encuentran publicados en la página web de la Superintendencia, en el enlace que especifica, sin



perjuicio de lo cual apareja copia del "Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021", del "Indicador referencial de costos de la salud (IRCSA)" de 2019, de 2020 y del 2021, copia de la "Metodología IRCSA" de 2019, de 2020 y de 2021, de los "Resultados IRCSA" de estos mismos años y, además, del "Procesamiento IRCSA 2021". A ello añade que, para calcular el indicador en comento, empleó los "Valores publicados del IRCSA", que corresponden a un 5,2% para el IRCSA de 2019, al -0,5% para el IRCSA de 2020 y a un 26,2% para el IRCSA de 2021, cifras que ponderó en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de cada IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia del sistema y una mayor ponderación al año base con menor ganancia del sistema, además de incorporar las diferencias financieras que hubo durante ese período provocadas por la pandemia.

Precisando lo anterior, ante un nuevo requerimiento de este Tribunal, en el Oficio Ordinario SS/N° 1728, de 22 de junio de 2022, la Superintendencia señala, en primer lugar, que no existen, para cada Isapre, indicadores comparables a los estimados para el conjunto del sistema, esto es, aquellos considerados en cada uno de los Indicadores Referenciales de Costos de la Salud, o IRCSA, de los años 2019, 2020 y 2021, motivo por el cual



no cuenta con información desagregada por institución, como se le solicitó entregar.

Enseguida, informa de los costos por cobertura de prestaciones de salud y por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral para el período 2018-2021 respecto de cada Isapre, según cifras acumuladas a diciembre de cada año; a continuación se refiere a los ingresos percibidos por cada Isapre por concepto de planes de salud entre 2018 y 2021, acumulados a diciembre de cada año, noción en la que incluye la cotización legal, la cotización adicional voluntaria y el elemento "otros aportes", que, sin embargo, no detalla; luego alude a los gastos en que incurrieron dichas instituciones, en el mismo período, por "costos de venta", también acumulados a diciembre de cada año, que incluyen, "mayoritariamente", los gastos en prestaciones de salud y en subsidios por incapacidad laboral, sin explicar, empero, cuáles son los otros componentes que integran este apartado.

En lo que atañe al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo período", señala el número de prestaciones médicas otorgadas por persona afiliada al sistema, por Isapre, y el número de días de licencia autorizados por cotizante, por Isapre, ambos para el período 2018-2021.

Por último, y en cuanto a la información relevante pedida, da cuenta de las ganancias o pérdidas por Isapre,



a diciembre de cada año, para el lapso comprendido entre 2018 y 2021, e incluye, además, indicadores financieros por Isapre, para el mismo intervalo, que comprenden la siniestralidad, la rentabilidad del ingreso y la rentabilidad del capital y reservas, pese a que la ley no contempla ninguno de tales conceptos como antecedentes a considerar para calcular el índice de que se trata en la especie.

Finalmente, y aun cuando se requirió a la autoridad que remitiera "toda información pertinente", que informara acerca de la "variación referencial del costo operacional del sistema de Isapre", que indicara cuáles son "los gastos en que han incurrido" las Isapres por concepto de planes de salud y que se refiriera al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema", es lo cierto que la Superintendencia del ramo nada dijo acerca de los restantes factores que, de acuerdo a la ley, ha debido considerar en el cálculo del índice de que se trata, pues, por ejemplo, guarda silencio acerca del "costo de las nuevas prestaciones" y de la "variación de frecuencia de uso de las prestaciones" verificadas en la modalidad de libre elección de FONASA, sin perjuicio de que tampoco se ha informado si en este ejercicio se consideró "cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de



costos del gasto en salud" y, de ser así, a cuál se recurrió.

Como conclusión de lo anterior y ante la ausencia de antecedentes que permitan concretar la revisión judicial destinada a precisar el cumplimiento de las exigencias legales en la determinación del Indicador Referencial de Costos de Salud, lleva a asumir el cumplimiento de la norma legal que dispone expresamente que se tendrá por justificado para todos los efectos legales el índice establecido por la Superintendencia de Salud en esta ocasión, por así disponerlo perentoriamente el legislador.

Décimo primero: Que se deja establecido, en todo caso, que luego de la revisión administrativa de los elementos de juicio respectivos debe explicarse la forma en que la referida Superintendencia asumió los porcentajes de incremento del Índice de Precios al Consumidor, el cual contempla en su determinación el aumento de los costos de la así llamada División "Salud", que pondera específicamente un 7,76778% de la canasta del IPC base 2018, que posteriormente se tendrá en consideración para fijar el valor de la Unidad de Fomento, equivalente monetario en el cual se encuentra fijado el precio de los planes de salud, como ha tenido oportunidad de señalar esta Corte con anterioridad al expresar que *"cabe dejar anotado que los precios de*



bienes y servicios en el ámbito de la salud se encuentran actualmente incorporados en dicha medición general. La llamada división 'Salud' -que pondera un 5,4% del total- se divide en tres grupos: el primero está formado por la canasta de productos que los hogares adquieren para curar sus enfermedades, incluyéndose por ejemplo los medicamentos genéricos. En el segundo se valoriza un conjunto de consultas médicas de diferentes especialidades considerando los precios en la Modalidad Libre Elección de Fonasa, precios acordados entre prestadores e Isapres y aquellos aplicados a particulares que no estén en los casos anteriores. Y en el tercero se aprecian los servicios de mayor frecuencia de uso en hospitales y clínicas privadas, a partir de las tres modalidades de pago antes descritas. De este modo no es posible dejar de destacar que el aumento del costo de la salud, que se calcula mediante el Índice de Precios al Consumidor nacional, se va recogiendo mensualmente en el precio de los contratos de salud al estar pactados en unidades de fomento, equivalente monetario que, además, incorpora mensualmente el reajuste acumulativo y no lineal del Índice de Precios al Consumidor". (Sentencia dictada por esta Corte con fecha 29 de abril de 2013, en autos rol N° 9051-2012. Asimismo, y sólo a modo ejemplar, en autos rol N° 1658-2013 y N° 2904-2013).



De la misma manera, la revisión administrativa ha de tener en consideración los demás antecedentes recabados por la autoridad, obedeciendo el mandato de la letra a) del numeral 2 del artículo 198, que le impone tener en consideración *"cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud"*, dado que únicamente se recibe la documentación de las Isapres, la cual corresponde se señale la forma en que se procedió a fiscalizar su exactitud, al no existir en la regulación legislativa una instancia que entregue participación a los cotizantes, sin que se pueda limitar a señalar que simplemente registra, pero no valida la comunicación de las Isapres.

Igualmente, en cumplimiento de este mandato, ha debido la autoridad ponderar la integración vertical que concurre en el mercado de la salud privada, lo cual ha destacado esta Corte en ocasiones anteriores, como por ejemplo al sostener que *"un dato que no es posible desechar dice relación con la integración vertical de la mayoría de las Isapres abiertas con los proveedores de salud, sean clínicas o redes ambulatorias. Dado que el indicador del costo operacional de las Isapres sólo considera la variación del valor de las prestaciones del sector privado, surge el reparo de que dicho índice pueda ser controlado por las propias instituciones de salud previsional a través de la propiedad de los prestadores,*



los cuales podrán incrementar sus precios y luego éstos ser traspasados por las Isapres en sus reajustes anuales, convalidando el aumento a través de ese mecanismo" (fallo de 29 de abril de 2013, pronunciado en autos rol N° 9051-2012. Verbi gracia, igualmente, en autos rol N° 1658-2013, N° 2904-2013, N° 5054-2013 y N° 5056-2013), lo cual no se advierte en los antecedentes proporcionados.

Ante las amplias facultades con que la ley ha dotado a la autoridad administrativa para reunir antecedentes al fijar el ICRSA, de la misma manera no se ha podido dejar de observar la conducta de los actores del sistema de salud privada, como son los cotizantes, médicos, clínicas, hospitales y laboratorios, respecto de los cuales no se ha alegado un comportamiento inapropiado, puesto que ante un problema de salud, en general las personas acogen y cumplen las indicaciones impartidas por los profesionales de la medicina, quienes determinan las prestaciones que corresponde entregar a un paciente para restablecer su salud, el cual utiliza las herramientas que le proporciona la tecnología. Son tales prestaciones las que el legislador ha dispuesto que queden asumidas por el cotizante y las Instituciones de Salud Previsional, conforme a un contrato tipo, suscrito por adhesión y parcialmente dirigido respecto de algunas de sus cláusulas, que responde a una finalidad de servicio público.



Décimo segundo: En fin, una labor que se desarrolle con la debida diligencia importa examinar los estados financieros y gestión de las Isapres, como ocurre con las sociedades en general y las aseguradoras en particular y, de ser necesario, se coordinará con la autoridad sectorial correspondiente, pero no puede quedar sin tal supervigilancia que si la tienen otras sociedades en nuestro país, respecto de lo cual esta Corte ha tenido oportunidad de referirse pormenorizadamente.

Así, por ejemplo, examinando la labor de auditoría, este tribunal ha sostenido que: "la información de que disponían en relación a la naturaleza de sus funciones y la responsabilidad que ésta lleva consigo, imponía revisar la evidencia con espíritu crítico y, ante la concurrencia de variados antecedentes que alertaban sobre la situación, examinarlas a fondo [...] la falta de exhaustividad en su dictamen se reflejó en el informe emitido, con lo cual se incumplieron las normas que le imponían un proceder diligente, prudente, profesional y observador de todas las disposiciones", añadiendo que "su obligación es llevar a cabo un adecuado desarrollo del análisis financiero contable de todos los asientos en un período, como igualmente relacionarlo con otras sociedades o empresas que están vinculadas de diferentes formas, puesto que su actuar primero está vinculado con garantizar que todas las operaciones se asentaron en los



registros contables, pero igualmente que dichas operaciones son regulares conforme a la ley, en términos tales que permita evitar riesgos y daños a la misma empresa o terceros extraños, si el proceder o finalidad puede resultar cuestionable” (Sentencia de 26 de abril de 2021, dictada en autos rol N° 79.288-2020).

Del mismo modo se ha puesto de relieve que “el deber de conducta exigido a las clasificadoras de riesgo dice relación con la realización de un ‘correcto análisis’ de la información que le es entregada, debiendo solicitar antecedentes adicionales si, con los disponibles, no es posible alcanzar dicho objetivo actuando con la diligencia exigida”, de modo que no se infringe el principio de tipicidad al haber sancionado a la reclamante por “no haberse procurado información relevante razonablemente verificada de la Compañía” (Fallo de 19 de mayo de 2016, pronunciado en causa rol N° 7560-2015).

En este mismo sentido y, en particular, en lo vinculado con la relevancia de la información contenida en los estados financieros trimestrales, es posible recordar lo decidido por esta Corte, verbi gracia, en autos roles N° 3054-2010, N° 7340-2012 y N° 1625-2013).

Décimo tercero: Como se dijo, la Circular IF/N° 401 “Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la



Ley 21.350" y la Resolución Exenta SS N° 352 "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

Al dictar esta última resolución la autoridad tuvo presente que la Superintendencia de Salud ha calculado anualmente el denominado "Indicador Referencial de Costos de la Salud", también conocido como IRCSA, por medio del cual se determina la variación referencial del costo operacional del sistema de Isapres, para lo cual se atiende al costo en la cobertura de prestaciones de salud y al costo por pagos de subsidio de incapacidad laboral. Enseguida dejó asentado que el IRCSA 2019, calculado para el año 2020, alcanzó al 5.2%; que el IRCSA 2020, calculado para el año 2021, fue de -0,5% y, finalmente, que el IRCSA 2021, calculado para el año 2022, ascendió al 26.2%, dejando establecido que los documentos de respaldo se encuentran en su página web institucional, antecedentes a los cuales no se ha podido acceder, como tampoco han sido acompañados por las partes.

En ese entendido, y considerando que el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, dispone que, para el primer año de vigencia, el indicador estará compuesto por el promedio de los últimos tres indicadores, calculados por la Superintendencia para los años 2020 y 2021 y a marzo de 2022, concluye que el valor



en términos porcentuales del indicador promediado asciende a 7,6%, valores y ponderaciones asumidos por la autoridad, cuyos antecedentes no han sido acompañados a este expediente. Reitera: "Para obtener el valor mencionado, se aplicó la siguiente metodología, de acuerdo con la Ley N° 21.350, que señala que el valor del indicador a aplicar para el proceso de adecuación de 2022, corresponde al promedio de los indicadores calculados para 2020, 2021 y 2022 (respectivamente IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021)".

Sin embargo, se explica que, para obtener el valor en comento, se calculó el referido promedio empleando una ponderación definida en función de las ganancias del sistema de Isapres abiertas en el año base respectivo de cada IRCSA, de modo que otorgó una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante el período, provocadas por la pandemia, remitiéndose a su página web para consultar los antecedentes.

Agrega igualmente que el valor indicado es inferior a la variación de la partida del Ministerio de Salud en la Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior, que ascendió al 11,7%.



Como se ha dicho, esta resolución tiene la naturaleza de un acto administrativo, por lo que como tal debe entregar los motivos que lo fundamentan, puesto que importa una decisión de la Superintendencia de Salud, en la que expresa su voluntad y ejerce potestades públicas, a lo cual se agrega el hecho que debe dar plena publicidad al procedimiento y sus fundamentos.

Décimo cuarto: Que, como se observa, el Superintendente de Salud expidió el citado acto administrativo y fundó la determinación allí contenida solamente en los antecedentes que le proporcionaron las Isapres al efecto, sin embargo, ha debido recopilar y requerir todos los que le impone tener en consideración el ordenamiento jurídico.

Décimo quinto: Que, una vez emitida la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022, y dentro del plazo previsto al efecto, la Isapre recurrida comunicó a la autoridad que aumentaría el precio base de sus planes de salud y que dicho incremento ascendería, precisamente, a un 7,6%, esto es, a la misma cifra fijada como monto máximo para estos efectos por la Superintendencia de Salud.

Décimo sexto: Que, para resolver la legalidad de dicho incremento, es necesario reiterar que el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 (Salud), distingue entre el indicador de variación porcentual máxima de los precios



base de los planes de salud elaborado por la Superintendencia de Salud y la decisión de las Isapres de aplicar a sus precios base una variación porcentual y su cuantía, estableciendo para uno y otra requisitos y oportunidades diferenciadas.

En efecto, el indicador elaborado por la Superintendencia de Salud es, según el Diccionario, lo que sirve para indicar, esto es, mostrar o significar el máximo de la variación porcentual de los precios base de los planes de salud, esto es, en la acepción aplicable, el *"límite superior o extremo a que puede llegar"*. Ese límite superior o extremo se calcula, para el año 2022, de conformidad con las reglas de las letras a) a d) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, antes citados y al artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350. Y, como se expresa en la frase final de esa letra d), *"El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales"*. En la especie, ese límite superior ha sido publicado dentro del plazo fijado por la ley al efecto, con fecha 10 de marzo del corriente, mediante Resolución Exenta SS N° 352.

En cambio, la decisión eventual de las Isapres de aplicar o no una variación porcentual en los precios base de sus planes de salud se sujeta, para el presente año 2022, a las reglas establecidas en la letra e) del citado artículo 198 y a las del 198 bis, ambos de DFL N° 1 de



2005 y al artículo tercero transitorio de la Ley N° 21.350. Allí se dispone que dicha decisión deberá adoptarse por cada Isapre e informarse a la Superintendencia de Salud quince días después de publicado el indicador de variación porcentual máxima para cada año, que la variación decidida *"en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud"* y que deberá aplicarse *"a todos sus planes de salud"*, siempre que durante el año 2021, haya *"dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud"*. El procedimiento para llevar adelante tal decisión ha sido fijado por la Superintendencia de Salud, mediante Circular IF/N° 401, de fecha 30 de diciembre de 2021, que *"Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350"*.

Décimo séptimo: Que, en el mismo sentido se ha pronunciado la Superintendencia de Salud en el punto 8 de la Resolución Exenta IF/N° 58, de 26 de enero de 2022, al resolver el recurso presentado, entre otras, por Isapre Banmédica S.A., en contra de aquella parte de la Circular IF/N° 401, dictada por la Superintendencia de Salud con



fecha 30 de diciembre de 2021, que "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350", que establecía la obligación de las Isapres de enviar a la Superintendencia la información que justificaba el alza del precio base que aplicarían a sus planes de salud, sin que ello importe su validación. Allí se señala:

"Que, en primer lugar, las recurrentes solicitan que se deje sin efecto el párrafo cuarto del punto 1 "Comunicación de la adecuación propuesta por la Isapre", del Título III del Capítulo I del Compendio de Procedimientos. Dicho párrafo efectivamente fue incorporado por el numeral 1.2 del acápite III de la Circular, en los siguientes términos: "Además, en la misma oportunidad señalada precedentemente, las Isapres deberán enviar a esta Superintendencia, la información que justifique el precio base que aplicarán a sus planes de salud, lo que no significa que con dicho envío la Superintendencia valide la referida información."

Al respecto, debe tenerse presente que, si bien es cierto lo que afirman las Isapres, en cuanto la Ley 21.350 establece que "El índice de variación porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales", también es cierto que dicho indicador constituye el aumento máximo de precio base que la ley permite. En efecto, el nuevo artículo 198 letra d) del



DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, dispone que "Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud." En la letra e) que le sigue, el legislador confirma que "el porcentaje de ajuste informado [por las Isapres] será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud".

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

En atención a lo expuesto, y en uso de sus atribuciones legales para fiscalizar y requerir la información necesaria para el cumplimiento de sus funciones, esta Intendencia incluyó en sus instrucciones el párrafo objetado. No obstante, ha estimado razonable y



oportuno hacer una separación de las instrucciones relacionadas con el procedimiento mismo de la adecuación, de aquellas que tienen que ver con la eventual solicitud de información, motivo por el cual acogerá esta parte de los recursos, eliminando la citada instrucción. Lo anterior es sin perjuicio del ejercicio de las facultades de fiscalización y de requerir información, consagradas en el artículo 110 del DFL N° 1, de 2005, de Salud."

Décimo octavo: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a los señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 –en su formulación actual– y en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), *"el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud"*, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para



la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, han sido previstos.

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud. Y que, para el caso del proceso 2022, *“deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior”*.

Décimo noveno: Que, según informó a esta Corte la Superintendencia de Salud, para realizar el cálculo del índice de alza máxima proporcional para el proceso del



año 2022, han de ponderarse, en primer término, los índices (IRCSA) de los años 2019, 2020 y 2021, en la forma establecida en el Resolución Exenta N° 352 de 2022. De conformidad con lo señalado en el número 4 de la referida Resolución Exenta N° 352, cada uno de esos IRCSA *“determina la variación referencial del costo operacional del sistema Isapre, el que se compone del costo en la cobertura de prestaciones de salud y del costo por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral”*. Estos indicadores, calculados de conformidad con la metodología a que se hace referencia, determinaron una variación en los costos operacionales del sistema de Isapres de 5,2% para el año 2019; de -0,5% para el año 2020 y de 26,2% para el año 2021.

A continuación, para dar cumplimiento a lo preceptuado en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, se indica en el N° 9 de la referida Resolución Exenta N° 352 que *“La Superintendencia de Salud calcula el promedio de los IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021, con una ponderación definida en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de casa IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante ese período, provocadas por la pandemia”*.



En el documento que dicha resolución refiere para realizar esta ponderación, disponible en el hiperenlace https://supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20802_recurso_1.pdf, se expresa la forma de su cálculo, indicando los ponderadores anuales correspondientes aplicables a cada IRCSA anual (0,290, para el año 2019; 0,469 para el 2020 y 0,241 para el 2021), concluyendo que *“Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra.”*

Vigésimo: Que, en consecuencia, es posible afirmar que, conforme con la actual regulación de la materia, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable *“a todos los planes de salud”* ofrecidos por la Institución de Salud Previsional



correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que el artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, la Ley N° 21.350 y la Resolución Exenta N° 352 establecen, y, al mismo tiempo, que no es posible aceptar que, por el solo hecho de ajustarse dicha decisión al máximo fijado por la Superintendencia de Salud, tal decisión pueda estimarse justificada o no arbitraria para todos los efectos legales.

Vigésimo primero: Que, establecido lo anterior, cabe hacerse cargo de la legalidad o arbitrariedad de la decisión de Isapre Banmédica S.A. en cuanto a proponer a sus afiliados un alza porcentual de un 7,6% para todos los planes de salud que administra, salvas las excepciones legales, teniendo presente que no se discute por la recurrente la forma y oportunidad en que recibió la comunicación de la adecuación al alza del precio de su plan de salud, ni el cumplimiento por parte de la recurrida de las restantes formalidades previstas en la mencionada Circular IF/N° 401, ni que la propuesta de alza supere el máximo fijado por la Resolución Exenta SS N° 352.

Vigésimo segundo: Que, a este respecto, la carta de "Comunicación de adecuación", dirigida al recurrente por la recurrida, Isapre Banmédica S.A., señala que, de conformidad a lo establecido en la Ley N° 21.350, *"es la Superintendencia de Salud la encargada de determinar la*



variación porcentual máxima que las Isapres podrán aplicar anualmente a los precios base de los planes de salud" y que, en cumplimiento de tal deber, "este organismo anunció para el año 2022 un índice de 7,6%", contexto en el cual consigna que, dado "que el incremento de costos en salud que registró nuestra Isapre entre los años 2020 y 2021 fue de un 24,7%, y que las Isapres no pudieron efectuar ningún ajuste en el precio base de sus planes de salud durante los dos primeros años de pandemia [...] a partir del 1 de junio de 2022 realizaremos un reajuste de 7,6% en el precio base de tu plan de salud", destacando enseguida que la descrita constituye una "medida muy necesaria para mantener en el tiempo la sostenibilidad de nuestra Isapre, lo que se traducirá en poder seguir entregándote todas las coberturas y beneficios establecidos en tu plan de salud".

Desde esta perspectiva la misiva pone de relieve que "durante estos dos últimos años, hemos financiado 481.976 exámenes de PCR para lograr detectar el virus y detener su propagación. Además, 64.490 afiliados pudieron recuperarse tras haberse contagiado, gracias al pago de licencias médicas por Covid-19 y 3.698 beneficiarios recibieron cobertura en sus hospitalizaciones causadas por el virus. Adicionalmente, 5.923 familias fueron beneficiadas por el Postnatal de Emergencia, teniendo la posibilidad de cuidar a sus hijos recién nacidos por un



periodo de tiempo más extenso”, todo lo cual “implicó un costo de \$104.324 millones para nuestra Isapre”.

Asimismo, se lee que “Otro foco muy importante en los últimos dos años fue el aumento exponencial en la emisión de licencias médicas y en la duración de las mismas, creciendo un 14,3% y 35,3% respectivamente”, junto a lo cual se destaca que “un porcentaje importante de estas licencias médicas fueron emitidas sin justificación médica o, simplemente, de forma ilícita”.

Finaliza especificando los efectos del alza dispuesta en el pago de las cotizaciones correspondientes, y se dan a conocer los derechos y opciones del afiliado, incluyendo información sobre planes alternativos, lugares y canales de comunicación con la Isapre para su discusión y los recursos de que dispone ante la Superintendencia de Salud, en caso de estar disconforme con los planes alternativos propuestos, así como la posibilidad que se le ofrece de desafiliarse en el plazo que indica, en caso de no estar conforme con dichos planes ni con el alza propuesta.

Vigésimo tercero: *Que, previo a resolver la razonabilidad de la justificación invocada, es necesario hacerse cargo de la aplicabilidad a su enjuiciamiento de los criterios establecidos en la jurisprudencia uniforme de esta Corte, conforme a la legislación vigente con anterioridad a la publicación de la Ley N° 21.350, en*



junio de 2021. En síntesis, dicha jurisprudencia exige que para considerar razonable un alza porcentual en los precios bases de los planes de salud, es necesario: a) Que ella responda a cambios efectivos y verificables de las prestaciones cubiertas por el plan individual de salud a que se refieren; b) Que, por lo mismo, ella no se fundamente aludiendo a cifras y criterios generales que los costos de la institución recurrida para otorgar las prestaciones a que está obligada han aumentado, refiriendo valores ilustrativos como los del entonces vigente Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA); y c) Que ella haga referencia a un análisis pormenorizado, racional y que tenga un cabal respaldo técnico que permita su verificación.

Vigésimo cuarto: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a los señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, en los términos de las modificaciones introducidas por la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales



establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), *“el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud”*, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud prevén en su letra a).

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Vigésimo quinto: Que, en consecuencia, si bien es posible afirmar que, conforme con la nueva regulación antes transcrita, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que



es de carácter general, aplicable "a todos los planes de salud" ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que la Ley N° 21.350 establece, reseñados en el considerando anterior.

Vigésimo sexto: Que, no obstante, la carta en la que se comunica el alza porcentual del plan base de la recurrente no hace referencia a dichos factores, sino que ofrece, como fundamentación material de la misma, la circunstancia de que "el incremento de costos en salud que registró nuestra Isapre entre los años 2020 y 2021 fue de un 24,7%, y que las Isapres no pudieron efectuar ningún ajuste en el precio base de sus planes de salud durante los dos primeros años de pandemia", antecedente que se reproduce en el informe preceptivo.

Al respecto cabe consignar que la sola mención genérica de un supuesto incremento de costos informado a la Superintendencia de Salud no es suficiente para cumplir con las exigencias de la letra a) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, pues con ello no se da cumplimiento a la necesidad de expresar: i) la variación de los costos en las prestaciones de salud otorgadas por la recurrida; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral pagados por ella; iv) el costo de las nuevas prestaciones que ha incorporado;



v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) los elementos que han servido para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Más aun, la sola lectura de la carta referida pone de relieve que ésta sólo menciona cifras genéricas, que comprenden algunos elementos elegidos ex profeso por la Isapre y que se refieren exclusivamente, además, a datos de los años 2020 y 2021, pese a que el alza de que se trata abarca el período que media entre 2019 y 2021, y en los que, por otra parte, no se incluye elemento alguno que permita estimar, sea por comparación o a través de cualquier otro método, si efectivamente se han producido las alzas que allí se mencionan, aun cuando sólo digan relación con los únicos costos que se citan en la misiva.

En este sentido, es útil enfatizar que la sola mención de datos de los años 2020 y 2021 aparece como aun más relevante si se advierte que en la Resolución Exenta N° 352, de la Superintendencia de Salud, se dejó expresa constancia que la variación de los costos de las Isapres ocurrida durante el año 2019 ascendió a un 5,2%, que en el año 2020 alcanzó a -0,5% y que en el año 2021 se elevó a 26,2%, de lo que se deduce que, al elegir sólo una parte del período total considerado para este fin, la Isapre recurrida optó por presentar a su afiliado sólo las cifras que más favorecen a esa parte en el cálculo de



que se trata, obviando aquellas que podrían otorgar una comprensión íntegra del fenómeno en estudio, de lo que se deduce que la recurrida no sólo soslaya el cabal cumplimiento del deber de información que sobre ella pesa, sino que, todavía más, intenta aparentar que ha observado tal obligación acudiendo a explicaciones que, sin embargo, contienen argumentaciones vagas y genéricas, que, en realidad, nada ilustran.

Vigésimo séptimo: Que, por lo expresado en los considerandos anteriores, no cabe sino concluir que la recurrida actuó de manera ilegal y arbitraria al proponer a la recurrente una variación porcentual del precio base de su plan de salud sin fundamentar su decisión en los parámetros establecidos en la Ley N° 21.350 para poder hacer tal propuesta, dentro del margen previsto por el indicador de porcentaje máximo de variación de precio base de sus planes fijado por la Superintendencia de Salud, por lo que el recurso interpuesto deberá acogerse, según se expondrá en lo resolutivo del presente fallo.

Vigésimo octavo: Que, por otra parte, esta Corte no puede dejar de señalar que el acto sustancialmente recurrido en esta causa no es propiamente la carta por la que la recurrida comunica a la recurrente la decisión de proponer una variación porcentual de los precios base de todos los planes de salud que administra en el máximo permitido por el indicador fijado al efecto por la



Superintendencia de Salud, sino esa decisión propiamente tal. En efecto, como dispone la letra e) del citado artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, *"en el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud"*.

Según consta en documento acompañado al informe de la recurrida, dicha decisión se comunicó la Superintendencia de Salud con fecha 22 de marzo de 2022, indicando únicamente que esa Isapre *"aplicará un alza de un 7,6% a todos los planes de salud, encontrándose dentro del índice de variación porcentual calculado por esa Superintendencia"*, de acuerdo a lo estatuido en la Ley N° 21.350 y en la Circular IF/N° 401.

Luego, esa decisión fue comunicada por la recurrida a todos los afiliados en la forma prevista en la mentada Circular IF/N° 401, de 30 de diciembre de 2021, tanto a nivel general —mediante una publicación en el Diario Oficial, avisos en las sucursales y enlaces en sus páginas de internet—, como individual, mediante cartas de adecuación como la que origina la presente causa. En



todas estas comunicaciones la información transmitida respecto del porcentaje de variación del precio base de todos los planes de salud que la Isapre administra, salvo las excepciones legales, no pudo ser otra que la decidida y comunicada a la Superintendencia de Salud, con fecha 22 de marzo de 2022.

Así lo señala expresamente la recurrida en su informe y en la carta origen de la acción intentada en estos autos, donde se expresa: *"que el incremento de costos en salud que registró nuestra Isapre entre los años 2020 y 2021 fue de un 24,7%, y que las Isapres no pudieron efectuar ningún ajuste en el precio base de sus planes de salud durante los dos primeros años de pandemia"*, motivos por los cuales, a partir del 1 de junio de 2022, *"realizaremos un reajuste de 7,6% en el precio base de tu plan de salud"*.

Luego, las únicas variaciones posibles en las cartas de adecuación de los precios base enviadas por la recurrida a todos sus afiliados, entre ellos el recurrente, son aquellas que tienen que ver con las alternativas de planes que, de conformidad con el Compendio de Normas aplicable deben ofrecer a los afiliados para que decidan si reclamar de ellas o permanecer o no en la Isapre.

Vigésimo noveno: Que, por tanto, al acoger este recurso, para dar adecuada protección al recurrente y a



todos los afectados con la decisión impugnada, con pleno respeto del principio de igualdad consagrado en el artículo 19, N° 2 de la Constitución Política de la República, esta Corte deberá declarar como arbitraria la decisión de la recurrida de proponer alzar porcentualmente en un 7,6% todos los planes de salud que administra, comunicada a la Superintendencia de Salud el día 22 de marzo de 2022 y al recurrente por medio de la carta origen de esta acción cautelar, de fecha 25 de marzo de 2022, por carecer de fundamentos ajustados a las exigencias legales, ordenando las medidas que se indicarán en lo resolutivo para restablecer el imperio del derecho, de conformidad con las facultades conferidas en el artículo 20 de la Carta Fundamental.

Trigésimo: Que, al respecto, cabe consignar adicionalmente que las Isapres, al prestar un servicio de seguridad social estrictamente regulado y que impone – como en el presente caso– la motivación de las decisiones que afecten a sus afiliados, se sujetan a similares exigencias que los órganos de la administración para justificar la razonabilidad de sus actos, pues solo a través de una adecuada motivación “se exteriorizan las razones que han llevado a la Administración a dictarlo, exigencia que se impone en virtud del principio de legalidad. En efecto, en nuestro ordenamiento jurídico, la Ley N° 19.880, que establece las Bases de los



Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, consagra los principios de transparencia y publicidad, en cuanto permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado, calidad que precisamente detenta el organismo demandado. Es así como el artículo 11 inciso segundo del referido texto legal, previene la obligación de motivar en el mismo acto administrativo la decisión, los hechos y fundamentos de derecho que afecten los derechos o prerrogativas de las personas. A su turno, también el artículo 41 inciso cuarto del aludido texto legal dispone que 'las resoluciones que contenga la decisión, serán fundadas'. Proceder que, por lo demás, se hace enteramente exigible por mandato del artículo 8° de la Constitución Política de la República" (Sentencia de 16 de junio de 2017, expedida en autos rol N° 3598-2017).

En esta perspectiva, este tribunal también ha sostenido que "el fin último de la exigencia de motivación de todo acto administrativo no es otro que requerir la explicitación de sus fundamentos racionales, de manera tal que sean comprensibles para el administrado, proveyéndole la información necesaria para que, en caso de disconformidad o agravio, ejerza los mecanismos recursivos que le franquea la ley, tanto ante la Administración como la jurisdicción. Entonces, tal



requisito no será satisfecho sino cuando los argumentos del órgano administrativo que adopta la resolución consistan en razones objetivas y comprobables que doten de razonabilidad a la decisión terminal, suprimiendo todo dejo de arbitrariedad" (Fallo de fecha 18 de marzo de 2021, dictado en causa rol N° 103.349-2020).

Finalmente, también se puede citar lo razonado en la sentencia de 21 de abril de 2021, pronunciada en autos rol N° 144.219-2020, en la que se expresa que "es un requisito sustancial en la dictación de un acto administrativo, la expresión del motivo o fundamento, pues la omisión está vinculada a una exigencia que ha sido puesta como condición de mínima de racionalidad, ya que permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado", destacando, en ese sentido, que "la fundamentación del acto administrativo es un elemento de su esencia, cuya existencia siempre está bajo el control de la judicatura".

Trigésimo primero: Finalmente, esta Corte estima pertinente dejar explícitamente asentadas dos reflexiones.

Por una parte, el examen del asunto sometido al conocimiento de este tribunal ha puesto de relieve la indudable necesidad de una mayor competencia entre las instituciones de salud previsional que intervienen en



esta actividad, considerando que, tal como lo expresa la Superintendencia de Salud en el documento denominado "Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021. Metodología de cálculo", "Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra".

En ese sentido, resulta imperioso recordar que, en un mercado que debiera ser competitivo también por los precios ofrecidos para la cobertura de prestaciones similares, ello no se logra cuando -como es de público conocimiento- todas las Isapres abiertas deciden aplicar como variación porcentual para todos sus planes de salud, salvas las excepciones legalmente establecidas, el guarismo fijado en la Resolución Exenta N° 352 de la citada Superintendencia, aspecto en torno al cual la recurrida se limita a invocar aquellos antecedentes que estima favorables para su posición, esto es, la fijación del mentado incremento en ese 7,6%.



Por otra parte, es útil consignar que, más allá de la decisión de acoger el recurso de protección en examen y con independencia de las medidas de cautela que se dirán en lo resolutivo, los cotizantes de la Isapre recurrida no se verán liberados del cumplimiento de sus principales obligaciones contractuales y, en consecuencia, deberán seguir pagando, íntegramente, las sumas de dinero, expresadas en Unidades de Fomento, correspondientes a su plan de salud, dado que esta sentencia solamente ha resuelto lo relacionado con el alza o incremento del precio base de los planes individuales de salud suscritos por los cotizantes con las Isapres.

Por las anteriores consideraciones y de conformidad con lo que disponen el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se confirma** la sentencia apelada, con declaración de que:

1.- Que se deja sin efecto la comunicación de la Isapre Banmédica S.A. a la Superintendencia de Salud de 22 de marzo de 2022, por medio de la cual informa que subirá un 7,6% todos los planes de salud;

2.- Que, consecuencialmente, se deja sin efecto el alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la Isapre Banmédica S.A., informada a dicha autoridad de conformidad con lo



dispuesto en el art. 198, letra e) del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud;

3.- Que la Superintendencia de Salud dispondrá las medidas administrativas para que, en el evento de que se haya cobrado a otros afiliados las cantidades resultantes del alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la recurrida, éstos hayan optado por un plan diferente o su desafiliación, dichas cantidades sean restituidas como excedentes de cotizaciones o, en su caso, se revoque la modificación de los planes acordada para evitar el alza dejada sin efecto o se reintegre a los afiliados que, para evitar su pago, han optado por su desafiliación;

4.- Que la Superintendencia de Salud dispondrá un plazo prudencial para que Isapre Banmédica S.A. cumpla fundadamente y con antecedentes que verificará, con la comunicación prevista en el artículo 198, letra e) del DFL N° 1 del Ministerio de Salud del año 2005, de manera que la propuesta de alza proporcional a todos sus planes de salud, para el año 2022, se ajuste a los parámetros legales.

5.- Que el Secretario de esta Corte oficiará a todas las Cortes de Apelaciones que estén conociendo recursos de protección contra Isapre Banmédica S.A. por la variación porcentual de los precios base de todos sus planes de salud, comunicada a la Superintendencia de



Salud con fecha 22 de marzo de 2022 y a sus afiliados en las cartas correspondientes, para que se agregue copia autorizada de esta sentencia.

6.- Que, sin perjuicio de todo lo resuelto, se deja sin efecto el alza en el valor del precio base del plan de salud de la parte recurrente.

Se previene que el Ministro Sr. Matus concurre al acuerdo y fallo, pero sin compartir lo señalado en los considerandos noveno a décimo cuarto ni lo decidido en el numeral 4 de lo resolutivo.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Matus.

Rol N° 15.372-2022.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E. y Sr. Jean Pierre Matus A.

SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:55

ANGELA FRANCISCA VIVANCO
MARTINEZ
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:12:56

ADELITA INES RAVANALES
ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:12:56

MARIO ROLANDO CARROZA
ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:57



DXJVXXMGKPX

JEAN PIERRE MATUS ACUÑA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:12:57



DXJVXXMGKPX

Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Angela Vivanco M., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E., Jean Pierre Matus A. Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

En Santiago, a dieciocho de agosto de dos mil veintidós, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.



Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

Vistos:

De la sentencia en alzada se reproduce únicamente la parte expositiva.

Y teniendo en su lugar y, además, presente:

Primero: En la especie, ha comparecido don Nicolás Celis Díaz, abogado, deduciendo recurso de protección en favor de don Francisco Javier Aguayo Araneda y en contra de Isapre Vida Tres S.A., en razón del acto de esta última que califica de ilegal y arbitrario, consistente en la modificación unilateral del precio base de su plan de salud, que estima infundada, proceder que se habría traducido en la vulneración de la garantía prevista en el N° 24 del artículo 19 de la Constitución Política de la República.

Funda su acción en que el aumento planteado por la recurrida es totalmente injustificado y asevera que se trata de un acto arbitrario e ilegal, desde que la recurrida pretende modificar unilateralmente un contrato bilateral, basada en su sola voluntad y capricho, aseveración que estima demostrada con la inexistencia de justificaciones efectivas y verificables que sustenten el alza comunicada, todo lo cual resulta aun más grave aún si se considera que el referido precio ha sido pactado en Unidades de Fomento que aseguran su reajuste automático.

Por último, asevera que el ejercicio por la Isapre



de la facultad en comento exige un incremento real, efectivo y verificable de los costos de las prestaciones médicas que dicha institución debe solventar, nada de lo cual ha sido demostrado en la especie y termina solicitando que se deje sin efecto la adecuación del precio base de su plan de salud, con costas.

Segundo: Al informar la Isapre recurrida pidió el rechazo del recurso, con costas.

Al respecto, alega que su parte no ha incurrido en acto ilegal o arbitrario alguno, considerando que, al realizar el proceso de adecuación materia de autos, cumplió con la normativa aplicable, pues efectuó las comunicaciones y publicaciones a que se encontraba obligada, además de emplear como porcentaje de incremento aquel establecido por la autoridad al efecto.

A continuación, arguye que el alza en examen no puede ser tildada de arbitraria desde que se realizó en consonancia con el indicador fijado por la Superintendencia de Salud, destacando al efecto que dicho parámetro se debe entender justificado para todos los efectos legales, al tenor del artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005 de Salud.

Enseguida, pone de relieve que ya no cabe exigir a su representada que explique el aumento de que se trata en relación a un determinado afiliado o a un específico plan, puesto que la ley obliga a aplicar el alza



respectiva a todos los planes de la Isapre, motivo por el cual dicho aumento se debe fundar en la variación de los costos totales de la institución. Al respecto recalca que el incremento impugnado obedece, además, a un incremento comprobable de los costos de salud que su parte ha debido enfrentar, mismos que, entre los años 2019 y 2021, aumentaron en un 8,5%, considerando atenciones ambulatorias y hospitalarias, así como gastos por licencias médicas.

Finalmente, niega haber vulnerado las garantías constitucionales invocadas en el recurso.

Tercero: Al conocer de la acción cautelar intentada, la Corte de Apelaciones de Valparaíso decidió desestimar las pretensiones del actor basada en que, por hallarse fundado el aumento del precio base del plan de salud en examen en el índice establecido al efecto por la Superintendencia de Salud para el período 2022-2023, al tenor de las facultades que le confiere la Ley N° 21.350, no cabe sino concluir que la decisión impugnada se encuentra ajustada a derecho y que, en consecuencia, no corresponde a una actuación ilegal que haya podido afectar las garantías constitucionales invocadas por el afiliado.

Cuarto: Al apelar de la decisión antedicha, el recurrente reitera, en lo esencial, los fundamentos de su acción, enfatizando que el ejercicio de la facultad de la



entidad de salud de revisar el precio base de sus planes exige una razonabilidad en sus motivos, en cuanto debe responder a cambios efectivos y verificables de los precios de las prestaciones cubiertas, pese a lo cual la carta de adecuación enviada al actor no satisface dicha exigencia de razonabilidad, en tanto sólo se alude a cifras y criterios generales referidos al aumento de los costos de la recurrida, valores que carecen de un pormenorizado, racional y cabal respaldo técnico. Alega, además, que el índice de variación fijado por la Superintendencia de Salud no basta por sí solo para justificar el alza, toda vez que se refiere a los costos de las Isapres abiertas en conjunto y no analiza la situación particular de cada institución.

Finalmente, subraya que la recurrida tampoco demostró haber dado cumplimiento al Plan Preventivo de Isapres y a las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, pese a que la normativa aplicable establece que su inobservancia impide a la Isapre llevar a cabo alza alguna al precio del plan de salud.

Quinto: Que, para una acertada resolución de este conflicto, es preciso tener presente, en primer lugar, que la Ley N° 21.350, de 14 de junio de 2022, modificó los anteriores artículos 197 y 198 del DFL N° 1 de 2005, e introdujo un nuevo artículo 198 bis y disposiciones aplicables específicamente a los años 2020, 2021 y 2022,



SXVXXZXXPX

que cambiaron la regulación anterior que permitía, en ciertas condiciones, alzas anuales en los planes de salud. De este modo, se prohibieron las alzas en los años 2020 y 2021 y para los siguientes años se establecieron reglas generales y una transitoria para el 2022.

En efecto, antes de estas modificaciones, las reglas aplicables eran las siguientes:

El inciso tercero del artículo 197 disponía, en lo que interesa, que: *"Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan"*.

A su turno, el artículo 198 disponía, en lo pertinente, que: *"La libertad de las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 197 de esta Ley, se sujetará a las siguientes reglas:*

1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRES deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.



[...]

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

[...]

4.- La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.



[...]

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine".

Sexto: Que, en cambio, en cuanto a las reglas generales, el actual inciso 3° del artículo 197 prescribe: "Anualmente, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan".

Por su parte, dicho artículo 198 establece: "Las modificaciones a los precios base de los planes de salud se sujetarán a las siguientes reglas:

1. El Superintendente de Salud fijará mediante resolución, anualmente, un indicador que será un máximo para las instituciones de Salud Previsional que apliquen una variación porcentual al precio bases de sus planes de salud, conforme al procedimiento que se establece en el numeral siguiente.



2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deberá seguir el siguiente procedimiento:

a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud. Asimismo, deberá incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que se revisará al menos cada tres años, aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores que sirvan para el cálculo del indicador, en especial los señalados en el párrafo precedente.

b) Para estos efectos, la Superintendencia de Salud validará mensualmente los registros de prestaciones y sus frecuencias, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de



Salud Previsional. Se considerará como período de referencia del indicador a que se refiere el numeral 1 de este artículo, los meses de enero a diciembre de al menos dos años anteriores a la publicación del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá requerir del Fondo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y de los demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario para el correcto cálculo del indicador. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección de la ley N.º 19.628, sobre protección de la vida privada.

c) En el proceso de validación de los registros, la Superintendencia de Salud tendrá amplias facultades para requerir de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos.

d) Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud. Dicha resolución deberá



publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales.

e) En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud.

En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

A continuación, el artículo 198 bis de dicho cuerpo legal establece: "Para que las Isapres puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud, conforme a lo establecido en el artículo precedente, deberán haber dado estricto cumplimiento, en el año



precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, así como a las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, en conformidad con lo establecido en el artículo 138 de esta ley, en ambos casos de acuerdo a las normas de general aplicación que dicte la Superintendencia de Salud al respecto, pudiendo establecer cumplimientos parciales, que no podrán ser inferiores al 50 por ciento de la establecida en el decreto respectivo. Ambas obligaciones deberán ser acreditadas por los organismos que tengan convenios vigentes con la Superintendencia de Salud, en el mes de enero del año en que se aplique el indicador señalado, lo que será fiscalizado por la Superintendencia de Salud. En caso de alerta sanitaria, el Superintendente de Salud podrá rebajar prudencialmente las metas asignadas”.

Finalmente, para el proceso de modificación de precios bases de los planes de salud para el presente año 2022, el artículo transitorio segundo de la Ley N.° 21.350 establece que el indicador a que se refiere el citado artículo 198 “deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser



superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior”; y su artículo tercero transitorio agrega: “Las metas a que se refiere el artículo 198 bis entrarán en vigencia a contar del 1.º de enero del año 2022”.

Séptimo: Que, en lo que concierne a la historia del establecimiento de la Ley N° 21.350, cabe resaltar que ésta fue discutida inicialmente en el marco de la pandemia por el brote de Covid-19, proceso durante el cual fueron refundidas tres mociones parlamentarias que, en términos generales, tenían por finalidad prohibir que las Isapres pudieran modificar o poner término unilateral, en períodos de epidemia o pandemia, a los contratos de salud que mantuvieran con sus afiliados. A propósito de la tramitación legislativa de tales iniciativas se consideró la posibilidad de establecer una regulación permanente en este ámbito, que no estuviera limitada a la contingencia sanitaria reinante. En ese contexto, y por medio de una indicación aprobada en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, en Primer Trámite Constitucional, se propuso modificar el DFL N° 1 de Salud entregando a la autoridad competente el deber de calcular *“un indicador de variación de los precios de las prestaciones de salud, tomando en cuenta la frecuencia*



con que fueron utilizadas y la variación del gasto del subsidio por incapacidad, en su caso”, aludiendo a un “IPC de la salud”, que tenía por objeto “evitar distorsiones y alzas desmedidas e injustificadas en el próximo año, en que ya no esté vigente la pandemia, y que se vuelva a la norma en las que las isapres reajustan sus planes, por ahora, con cierta restricción”.

Sobre este particular, y en lo que se refiere específicamente a la construcción de este índice, el Superintendente de Salud de la época manifestó, ante la Comisión de Salud, que *“el gran riesgo lo constituye la validación de los datos de las prestaciones contenidos en los archivos maestros que entregan las Isapres, porque son esos antecedentes los que se consideran para determinar la variación en la frecuencia en las prestaciones y variación en el precio”,* agregando que para desarrollar tal labor fue creada una Unidad de Gestión de Datos y un Comité de Datos, agregando, en lo que atañe a la *“metodología y forma en la que se construye el indicador”,* que recurrieron *“al INE para la revisión y validación del indicador, porque ellos son expertos en indicadores”* y que *“las Isapres pueden reajustar los planes, pero deben hacerlo de acuerdo a parámetros objetivos, validados y sobre todo, dando certeza sobre el sistema de cobro, a las personas que contratan un plan”.*



En ese contexto, durante la discusión particular del proyecto que se verificó ante el Senado los senadores Goic, Quinteros y Girardi presentaron una indicación que estableció una serie de reglas destinadas a determinar el referido indicador de variación porcentual, a las que se deberían sujetar las Isapres al modificar sus planes de salud, conforme a las cuales sería el Superintendente de Salud quien fijaría anualmente este parámetro.

Si bien el Ejecutivo formuló observaciones a dicha propuesta, recogió sus ideas matrices al presentar sus propias indicaciones, en las que incorporó como factor de cálculo *"las variaciones en las frecuencias de las prestaciones"*, pues *"el actual problema es el control de la frecuencia, es decir, cómo aumenta el número de prestaciones de un año a otro"*, además de incluir la *"modalidad libre elección de FONASA como un elemento a considerar en el algoritmo que, de cierta forma, contenga el eventual aumento en el sistema de Isapre"*.

Finalmente, los Senadores de la Comisión de Salud, en conjunto con el Ejecutivo, presentaron un acuerdo que recogió estas indicaciones y que constituye, en definitiva, el texto de la Ley N° 21.350, actualmente vigente.

Octavo: Que, en consecuencia, luego de la modificación legislativa, el régimen de adecuación del



precio de los planes de salud, se advierte, en conclusión:

1.- Ha sido el legislador quien ha establecido, regulado y mantenido la posibilidad de revisión anual por parte de las Isapres del precio base de los planes de salud individual acordados en los contratos de salud previsional;

2.- Para la realización de aquel incremento corresponde: a) Por una parte, cumplir con el procedimiento legal (art. 198), en que la Superintendencia de Salud determinará anualmente el índice máximo de variación porcentual que se podrá aplicar a los precios base de los planes de salud; b) Luego de lo anterior, corresponde a cada Isapre acordar y comunicar a la autoridad la decisión fundada de adecuar en general sus planes, y c) Cumplida la anterior determinación se deberá ejercer también fundadamente esta opción y "en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan" (art. 197), la que corresponde poner en conocimiento de los afiliados;

3.- Ante la carta de la Isapre, comunicando el alza de los planes de salud, al ejercer la adecuación de los mismos, los cotizantes pueden: a) Aceptar los nuevos precios fijados por la Isapre; b) Desafiliarse de la



Institución o c) Impugnar administrativa o judicialmente la adecuación informada por la Isapre.

4.- Operando la reforma en régimen, a lo menos cada tres años, por decreto supremo del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, se aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para fijar un indicador máximo de variación porcentual que cada una de las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud, estableciendo la ponderación de los factores que sirvan para su cálculo.

5.- La misma Superintendencia de Salud validará mensualmente: (i) los registros de prestaciones y sus frecuencias, pudiendo requerir a las Isapres y prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos; (ii) la cartera de beneficiarios, y (iii) los subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional.

6.- De igual modo, la Superintendencia de Salud anualmente deberá: a) calcular los índices (i) de variación de los costos de las prestaciones de salud, (ii) de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas, (iii) de variación del costo en subsidios



por incapacidad laboral del sistema privado de salud, y b) incorporar en el cálculo (iv) el costo de las nuevas prestaciones y (v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y (vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.

7.- Con toda la información anterior, según se expresó, los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, por resolución fundada, publicada en el Diario Oficial y en su página web, y conforme al procedimiento legal, el Superintendente de Salud fijará el indicador máximo de variación porcentual que las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud. El índice de variación porcentual, así fijado, se entenderá justificado para todos los efectos legales.

8.- En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio base de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje de ajuste informado que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicado por la Superintendencia de Salud. En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.



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

10.- Para el primer año de vigencia de la reforma introducida por la Ley N° 21.350, el cálculo del indicador del artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, se compondrá por el promedio de los últimos tres indicadores determinados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el fijado a marzo de 2022. Este índice en ningún caso podrá ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior.

11.- Como se ha dicho, cumplidas las determinaciones anteriores se podrá modificar fundadamente el precio de todos sus planes de salud individual, siempre en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan (inciso 3° del artículo 197), y no se sobrepase el índice de variación porcentual máximo fijado por la autoridad (letra d), del numeral 2, del artículo 198), expresando los motivos que sustentan dicho proceder.



Noveno: Que, en consideración a lo anterior, en estos autos la revisión de la cuestión controvertida debe ser realizada en su integridad, por lo que adquiere, a lo menos, las siguientes dimensiones:

Primero, en el examen indispensable que se debe realizar en torno al procedimiento por el cual la Superintendencia de Salud determina el Índice de Variación Porcentual que se aplicará como máximo a los precios de los planes de Salud o Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA), con el objeto de precisar si éste se ajustó a las exigencias previstas por el legislador en el régimen permanente, por la diferente normativa reglamentaria que debe ser expedida, como el régimen establecido transitoriamente, en la primera oportunidad en que comience a regir la modificación legislativa introducida por la Ley N° 21.350;

En segundo lugar, la comunicación de las Instituciones de Salud Previsional de aumentar o no el precio de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje en que realizarán dicho ajuste, y

En tercer término, la comunicación a los cotizantes de la decisión de aumentar o no los costos de los planes de salud y el porcentaje en que se incrementarán.

Décimo: Que, en cuanto al examen del procedimiento de fijación del indicador del alza máxima porcentual de los planes base de salud, fijados por la Resolución Exenta SS



N° 352, de 2 de marzo del corriente, es necesario señalar que, por medio de la Circular IF/N° 401, la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350", y que, por Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022 y publicada en el Diario Oficial el día 10 del mismo mes y año, "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

A efectos de una adecuada comprensión del procedimiento y allegar a esta causa los antecedentes tenidos a la vista por la autoridad al dictar las mentadas resoluciones, referidos sólo a través de enlaces en su texto, se requirió por este Tribunal a la Superintendencia de Salud informar: "1.- En relación al Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA) del año 2019, calculado el año 2020; del año 2020, calculado el año 2021 y del año 2021, calculado a estos efectos a marzo del año 2022; 2.- La variación referencial del costo operacional del Sistema de Isapre; 3.- El costo por cobertura de prestaciones de salud y el costo por pago de subsidio de incapacidad laboral por Isapre, de acuerdo con la información que conste en sus registros públicos; 4.- Indicar los ingresos percibidos por las Isapres por



concepto de planes de salud, y los gastos en que han incurrido por tal concepto desde los años 2019 a 2021;

5.- Señalar el comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo periodo referido;

6.- Hacer referencia a toda información pertinente y acompañar un cálculo general y desagregado por Isapre”.

Ante dicha consulta, la autoridad administrativa respondió mediante el Oficio Ordinario SS/N° 1591, de 6 de junio de 2022, en el cual consigna que los detalles del mecanismo de cálculo del indicador contenido en la Resolución Exenta SS/N° 352, de 2 de marzo de 2022, se encuentran publicados en la página web de la Superintendencia, en el enlace que especifica, sin perjuicio de lo cual aparece copia del “Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021”, del “Indicador referencial de costos de la salud (IRCSA)” de 2019, de 2020 y del 2021, copia de la “Metodología IRCSA” de 2019, de 2020 y de 2021, de los “Resultados IRCSA” de estos mismos años y, además, del “Procesamiento IRCSA 2021”. A ello añade que, para calcular el indicador en comento, empleó los “Valores publicados del IRCSA”, que corresponden a un 5,2% para el IRCSA de 2019, al -0,5% para el IRCSA de 2020 y a un 26,2% para el IRCSA de 2021, cifras que ponderó en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo



de cada IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia del sistema y una mayor ponderación al año base con menor ganancia del sistema, además de incorporar las diferencias financieras que hubo durante ese período provocadas por la pandemia.

Precisando lo anterior, ante un nuevo requerimiento de este Tribunal, en el Oficio Ordinario SS/N° 1728, de 22 de junio de 2022, la Superintendencia señala, en primer lugar, que no existen, para cada Isapre, indicadores comparables a los estimados para el conjunto del sistema, esto es, aquellos considerados en cada uno de los Indicadores Referenciales de Costos de la Salud, o IRCSA, de los años 2019, 2020 y 2021, motivo por el cual no cuenta con información desagregada por institución, como se le solicitó entregar.

Enseguida, informa de los costos por cobertura de prestaciones de salud y por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral para el período 2018-2021 respecto de cada Isapre, según cifras acumuladas a diciembre de cada año; a continuación se refiere a los ingresos percibidos por cada Isapre por concepto de planes de salud entre 2018 y 2021, acumulados a diciembre de cada año, noción en la que incluye la cotización legal, la cotización adicional voluntaria y el elemento "otros aportes", que, sin embargo, no detalla; luego alude a los gastos en que incurrieron dichas instituciones, en el mismo período,



por "costos de venta", también acumulados a diciembre de cada año, que incluyen, "mayoritariamente", los gastos en prestaciones de salud y en subsidios por incapacidad laboral, sin explicar, empero, cuáles son los otros componentes que integran este apartado.

En lo que atañe al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo período", señala el número de prestaciones médicas otorgadas por persona afiliada al sistema, por Isapre, y el número de días de licencia autorizados por cotizante, por Isapre, ambos para el período 2018-2021.

Por último, y en cuanto a la información relevante pedida, da cuenta de las ganancias o pérdidas por Isapre, a diciembre de cada año, para el lapso comprendido entre 2018 y 2021, e incluye, además, indicadores financieros por Isapre, para el mismo intervalo, que comprenden la siniestralidad, la rentabilidad del ingreso y la rentabilidad del capital y reservas, pese a que la ley no contempla ninguno de tales conceptos como antecedentes a considerar para calcular el índice de que se trata en la especie.

Finalmente, y aun cuando se requirió a la autoridad que remitiera "toda información pertinente", que informara acerca de la "variación referencial del costo operacional del sistema de Isapre", que indicara cuáles son "los gastos en que han incurrido" las Isapres por



concepto de planes de salud y que se refiriera al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema", es lo cierto que la Superintendencia del ramo nada dijo acerca de los restantes factores que, de acuerdo a la ley, ha debido considerar en el cálculo del índice de que se trata, pues, por ejemplo, guarda silencio acerca del "costo de las nuevas prestaciones" y de la "variación de frecuencia de uso de las prestaciones" verificadas en la modalidad de libre elección de FONASA, sin perjuicio de que tampoco se ha informado si en este ejercicio se consideró "cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud" y, de ser así, a cuál se recurrió.

Como conclusión de lo anterior y ante la ausencia de antecedentes que permitan concretar la revisión judicial destinada a precisar el cumplimiento de las exigencias legales en la determinación del Indicador Referencial de Costos de Salud, lleva a asumir el cumplimiento de la norma legal que dispone expresamente que se tendrá por justificado para todos los efectos legales el índice establecido por la Superintendencia de Salud en esta ocasión, por así disponerlo perentoriamente el legislador.

Décimo primero: Que se deja establecido, en todo caso, que luego de la revisión administrativa de los



elementos de juicio respectivos debe explicarse la forma en que la referida Superintendencia asumió los porcentajes de incremento del Índice de Precios al Consumidor, el cual contempla en su determinación el aumento de los costos de la así llamada División "Salud", que pondera específicamente un 7,76778% de la canasta del IPC base 2018, que posteriormente se tendrá en consideración para fijar el valor de la Unidad de Fomento, equivalente monetario en el cual se encuentra fijado el precio de los planes de salud, como ha tenido oportunidad de señalar esta Corte con anterioridad al expresar que *"cabe dejar anotado que los precios de bienes y servicios en el ámbito de la salud se encuentran actualmente incorporados en dicha medición general. La llamada división 'Salud' -que pondera un 5,4% del total- se divide en tres grupos: el primero está formado por la canasta de productos que los hogares adquieren para curar sus enfermedades, incluyéndose por ejemplo los medicamentos genéricos. En el segundo se valoriza un conjunto de consultas médicas de diferentes especialidades considerando los precios en la Modalidad Libre Elección de Fonasa, precios acordados entre prestadores e Isapres y aquellos aplicados a particulares que no estén en los casos anteriores. Y en el tercero se aprecian los servicios de mayor frecuencia de uso en hospitales y clínicas privadas, a partir de las tres*



modalidades de pago antes descritas. De este modo no es posible dejar de destacar que el aumento del costo de la salud, que se calcula mediante el Índice de Precios al Consumidor nacional, se va recogiendo mensualmente en el precio de los contratos de salud al estar pactados en unidades de fomento, equivalente monetario que, además, incorpora mensualmente el reajuste acumulativo y no lineal del Índice de Precios al Consumidor". (Sentencia dictada por esta Corte con fecha 29 de abril de 2013, en autos rol N° 9051-2012. Asimismo, y sólo a modo ejemplar, en autos rol N° 1658-2013 y N° 2904-2013).

De la misma manera la revisión administrativa ha de tener en consideración los demás antecedentes recabados por la autoridad, obedeciendo el mandato de la letra a) del numeral 2 del artículo 198, que le impone tener en consideración "cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud", dado que únicamente se recibe la documentación de las Isapres, la cual corresponde se señale la forma en que se procedió a fiscalizar su exactitud, al no existir en la regulación legislativa una instancia que entregue participación a los cotizantes, sin que se pueda limitar a señalar que simplemente registra, pero no valida la comunicación de las Isapres.

Igualmente, en cumplimiento de este mandato, ha debido la autoridad ponderar la integración vertical que



concorre en el mercado de la salud privada, lo cual ha destacado esta Corte en ocasiones anteriores, como por ejemplo al sostener que *“un dato que no es posible desechar dice relación con la integración vertical de la mayoría de las Isapres abiertas con los proveedores de salud, sean clínicas o redes ambulatorias. Dado que el indicador del costo operacional de las Isapres sólo considera la variación del valor de las prestaciones del sector privado, surge el reparo de que dicho índice pueda ser controlado por las propias instituciones de salud previsional a través de la propiedad de los prestadores, los cuales podrán incrementar sus precios y luego éstos ser traspasados por las Isapres en sus reajustes anuales, convalidando el aumento a través de ese mecanismo”* (fallo de 29 de abril de 2013, pronunciado en autos rol N° 9051-2012. Verbi gracia, igualmente, en autos rol N° 1658-2013, N° 2904-2013, N° 5054-2013 y N° 5056-2013), lo cual no se advierte en los antecedentes proporcionados.

Ante las amplias facultades con que la ley ha dotado a la autoridad administrativa para reunir antecedentes al fijar el ICRSA, de la misma manera no se ha podido dejar de observar la conducta de los actores del sistema de salud privada, como son los cotizantes, médicos, clínicas, hospitales y laboratorios, respecto de los cuales no se ha alegado un comportamiento inapropiado, puesto que ante un problema de salud, en general las



personas acogen y cumplen las indicaciones impartidas por los profesionales de la medicina, quienes determinan las prestaciones que corresponde entregar a un paciente para restablecer su salud, el cual utiliza las herramientas que le proporciona la tecnología. Son tales prestaciones las que el legislador ha dispuesto que queden asumidas por el cotizante y las Instituciones de Salud Previsional, conforme a un contrato tipo, suscrito por adhesión y parcialmente dirigido respecto de algunas de sus cláusulas, que responde a una finalidad de servicio público.

Décimo segundo: En fin, una labor que se desarrolle con la debida diligencia importa examinar los estados financieros y gestión de las Isapres, como ocurre con las sociedades en general y las aseguradoras en particular y, de ser necesario, se coordinará con la autoridad sectorial correspondiente, pero no puede quedar sin tal supervigilancia que si la tienen otras sociedades en nuestro país, respecto de lo cual esta Corte ha tenido oportunidad de referirse pormenorizadamente.

Así, por ejemplo, examinando la labor de auditoría, este tribunal ha sostenido que: "la información de que disponían en relación a la naturaleza de sus funciones y la responsabilidad que ésta lleva consigo, imponía revisar la evidencia con espíritu crítico y, ante la concurrencia de variados antecedentes que alertaban sobre



la situación, examinarlas a fondo [...] la falta de exhaustividad en su dictamen se reflejó en el informe emitido, con lo cual se incumplieron las normas que le imponían un proceder diligente, prudente, profesional y observador de todas las disposiciones”, añadiendo que “su obligación es llevar a cabo un adecuado desarrollo del análisis financiero contable de todos los asientos en un período, como igualmente relacionarlo con otras sociedades o empresas que están vinculadas de diferentes formas, puesto que su actuar primero está vinculado con garantizar que todas las operaciones se asentaron en los registros contables, pero igualmente que dichas operaciones son regulares conforme a la ley, en términos tales que permita evitar riesgos y daños a la misma empresa o terceros extraños, si el proceder o finalidad puede resultar cuestionable” (Sentencia de 26 de abril de 2021, dictada en autos rol N° 79.288-2020).

Del mismo modo se ha puesto de relieve que “el deber de conducta exigido a las clasificadoras de riesgo dice relación con la realización de un ‘correcto análisis’ de la información que le es entregada, debiendo solicitar antecedentes adicionales si, con los disponibles, no es posible alcanzar dicho objetivo actuando con la diligencia exigida”, de modo que no se infringe el principio de tipicidad al haber sancionado a la reclamante por “no haberse procurado información



relevante razonablemente verificada de la Compañía" (Fallo de 19 de mayo de 2016, pronunciado en causa rol N° 7560-2015).

En este mismo sentido y, en particular, en lo vinculado con la relevancia de la información contenida en los estados financieros trimestrales, es posible recordar lo decidido por esta Corte, verbi gracia, en autos roles N° 3054-2010, N° 7340-2012 y N° 1625-2013).

Décimo tercero: Como se dijo, la Circular IF/N° 401 "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350" y la Resolución Exenta SS N° 352 "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

Al dictar esta última resolución la autoridad tuvo presente que la Superintendencia de Salud ha calculado anualmente el denominado "Indicador Referencial de Costos de la Salud", también conocido como IRCSA, por medio del cual se determina la variación referencial del costo operacional del sistema de Isapres, para lo cual se atiende al costo en la cobertura de prestaciones de salud y al costo por pagos de subsidio de incapacidad laboral. Enseguida dejó asentado que el IRCSA 2019, calculado para el año 2020, alcanzó al 5.2%; que el IRCSA 2020, calculado para el año 2021, fue de -0,5% y, finalmente,



que el IRCSA 2021, calculado para el año 2022, ascendió al 26.2%, dejando establecido que los documentos de respaldo se encuentran en su página web institucional, antecedentes a los cuales no se ha podido acceder, como tampoco han sido acompañados por las partes.

En ese entendido, y considerando que el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, dispone que, para el primer año de vigencia, el indicador estará compuesto por el promedio de los últimos tres indicadores, calculados por la Superintendencia para los años 2020 y 2021 y a marzo de 2022, concluye que el valor en términos porcentuales del indicador promediado asciende a 7,6%, valores y ponderaciones asumidos por la autoridad, cuyos antecedentes no han sido acompañados a este expediente. Reitera: "Para obtener el valor mencionado, se aplicó la siguiente metodología, de acuerdo con la Ley N° 21.350, que señala que el valor del indicador a aplicar para el proceso de adecuación de 2022, corresponde al promedio de los indicadores calculados para 2020, 2021 y 2022 (respectivamente IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021)".

Sin embargo, se explica que, para obtener el valor en comento, se calculó el referido promedio empleando una ponderación definida en función de las ganancias del sistema de Isapres abiertas en el año base respectivo de cada IRCSA, de modo que otorgó una menor ponderación al



año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante el período, provocadas por la pandemia, remitiéndose a su página web para consultar los antecedentes.

Agrega igualmente que el valor indicado es inferior a la variación de la partida del Ministerio de Salud en la Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior, que ascendió al 11,7%.

Como se ha dicho, esta resolución tiene la naturaleza de un acto administrativo, por lo que como tal debe entregar los motivos que lo fundamentan, puesto que importa una decisión de la Superintendencia de Salud, en la que expresa su voluntad y ejerce potestades públicas, a lo cual se agrega el hecho que debe dar plena publicidad al procedimiento y sus fundamentos.

Décimo cuarto: Que, como se observa, el Superintendente de Salud expidió el citado acto administrativo y fundó la determinación allí contenida solamente en los antecedentes que le proporcionaron las Isapres al efecto, sin embargo, ha debido recopilar y requerir todos los que le impone tener en consideración el ordenamiento jurídico.

Décimo quinto: Que, una vez emitida la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022, y dentro del



plazo previsto al efecto, la Isapre recurrida comunicó a la autoridad que aumentaría el precio base de sus planes de salud y que dicho incremento ascendería, precisamente, a un 7,6%, esto es, a la misma cifra fijada como monto máximo para estos efectos por la Superintendencia de Salud.

Décimo sexto: Que, para resolver la legalidad de dicho incremento, es necesario reiterar que el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 (Salud), distingue entre el indicador de variación porcentual máxima de los precios base de los planes de salud elaborado por la Superintendencia de Salud y la decisión de las Isapres de aplicar a sus precios base una variación porcentual y su cuantía, estableciendo para uno y otra requisitos y oportunidades diferenciadas.

En efecto, el indicador elaborado por la Superintendencia de Salud es, según el Diccionario, lo que sirve para indicar, esto es, mostrar o significar el máximo de la variación porcentual de los precios base de los planes de salud, esto es, en la acepción aplicable, el *"límite superior o extremo a que puede llegar"*. Ese límite superior o extremo se calcula, para el año 2022, de conformidad con las reglas de las letras a) a d) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, antes citados y al artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350. Y, como se expresa en la frase final de esa letra d), *"El índice*



porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales". En la especie, ese límite superior ha sido publicado dentro del plazo fijado por la ley al efecto, con fecha 10 de marzo del corriente, mediante Resolución Exenta SS N° 352.

En cambio, la decisión eventual de las Isapres de aplicar o no una variación porcentual en los precios base de sus planes de salud se sujeta, para el presente año 2022, a las reglas establecidas en la letra e) del citado artículo 198 y a las del 198 bis, ambos de DFL N° 1 de 2005 y al artículo tercero transitorio de la Ley N° 21.350. Allí se dispone que dicha decisión deberá adoptarse por cada Isapre e informarse a la Superintendencia de Salud quince días después de publicado el indicador de variación porcentual máxima para cada año, que la variación decidida *"en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud"* y que deberá aplicarse *"a todos sus planes de salud"*, siempre que durante el año 2021, haya *"dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud"*. El procedimiento para llevar adelante tal decisión ha sido fijado por la Superintendencia de Salud, mediante



Circular IF/N° 401, de fecha 30 de diciembre de 2021, que "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350".

Décimo séptimo: Que, en el mismo sentido, se ha pronunciado la Superintendencia de Salud en el punto 8 de la Resolución Exenta IF/N° 58, de 26 de enero de 2022, al resolver el recurso presentado por varias Isapres en contra de aquella parte de la Circular IF/N° 401, dictada por la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, que "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350", que establecía la obligación de las Isapres de enviar a la Superintendencia la información que justificaba el alza del precio base que aplicarían a sus planes de salud, sin que ello importe su validación. Allí se señala:

"Que, en primer lugar, las recurrentes solicitan que se deje sin efecto el párrafo cuarto del punto 1 "Comunicación de la adecuación propuesta por la Isapre", del Título III del Capítulo I del Compendio de Procedimientos. Dicho párrafo efectivamente fue incorporado por el numeral 1.2 del acápite III de la Circular, en los siguientes términos: "Además, en la misma oportunidad señalada precedentemente, las Isapres deberán enviar a esta Superintendencia, la información



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

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

Los preceptos transcritos establecen que el indicador que calcula la Superintendencia se entenderá justificado, pero éste no constituye el porcentaje de alza que cada Isapre debe aplicar, sino sólo un límite que ninguna de ellas podrá exceder. En otras palabras, no es lo mismo



que la ley otorgue justificación al indicador a que se la otorgue al alza, pues aquél no es más que un límite que en ningún caso podría ser sobrepasado, pero no es necesariamente el reflejo del alza de costos experimentada por cada una de las Isapres por separado.

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

Décimo octavo: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a los señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 –en su formulación actual– y en el artículo segundo transitorio



de la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), *“el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud”*, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, han sido previstos.

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud. Y que, para el caso del proceso 2022, *“deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los*



años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior”.

Décimo noveno: Que, según informó a esta Corte la Superintendencia de Salud, para realizar el cálculo del índice de alza máxima proporcional para el proceso del año 2022, han de ponderarse, en primer término, los índices (IRCSA) de los años 2019, 2020 y 2021, en la forma establecida en el Resolución Exenta N° 352 de 2022. De conformidad con lo señalado en el número 4 de la referida Resolución Exenta N° 352, cada uno de esos IRCSA “determina la variación referencial del costo operacional del sistema Isapre, el que se compone del costo en la cobertura de prestaciones de salud y del costo por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral”. Estos indicadores, calculados de conformidad con la metodología a que se hace referencia, determinaron una variación en los costos operacionales del sistema de Isapres de 5,2% para el año 2019; de -0,5% para el año 2020 y de 26,2% para el año 2021.

A continuación, para dar cumplimiento a lo preceptuado en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, se indica en el N° 9 de la referida Resolución



Exenta N° 352 que *“La Superintendencia de Salud calcula el promedio de los IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021, con una ponderación definida en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de casa IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante ese período, provocadas por la pandemia”.*

En el documento que dicha resolución refiere para realizar esta ponderación, disponible en el hiperenlace https://supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20802_recurso_1.pdf, se expresa la forma de su cálculo, indicando los ponderadores anuales correspondientes aplicables a cada IRCSA anual (0,290, para el año 2019; 0,469 para el 2020 y 0,241 para el 2021), concluyendo que *“Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de*



salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra."

Vigésimo: Que, en consecuencia, es posible afirmar que, conforme con la actual regulación de la materia, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable "a todos los planes de salud" ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que el artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, la Ley N° 21.350 y la Resolución Exenta N° 352 establecen, y, al mismo tiempo, que no es posible aceptar que, por el solo hecho de ajustarse dicha determinación al máximo fijado por la Superintendencia de Salud, tal decisión pueda estimarse justificada o no arbitraria para todos los efectos legales.

Vigésimo primero: Que, establecido lo anterior, cabe hacerse cargo de la legalidad o arbitrariedad de la decisión de Isapre Vida Tres S.A. en cuanto a proponer a sus afiliados un alza porcentual de un 7,6% para todos los planes de salud que administra, salvas las excepciones legales, teniendo presente que no se discute por la recurrente la forma y oportunidad en que recibió la comunicación de la adecuación al alza del precio de su



plan de salud, ni el cumplimiento por parte de la recurrida de las restantes formalidades previstas en la mencionada Circular IF/N° 401, ni que la propuesta de alza supere el máximo fijado por la Resolución Exenta SS N° 352.

Vigésimo segundo: Que, a este respecto, la carta de "Comunicación de adecuación", dirigida al recurrente por la recurrida, Isapre Vida Tres S.A., señala que, de conformidad a lo establecido en la Ley N° 21.350, "es la Superintendencia de Salud la encargada de determinar la variación porcentual máxima que las Isapres podrán aplicar anualmente a los precios base de los planes de salud" y que, en cumplimiento de tal deber, "este organismo anunció para el año 2022 un índice de 7,6%", contexto en el cual consigna que, dado "que el incremento de costos en salud que registró nuestra Isapre entre los años 2020 y 2021 fue de un 20,4%, y que las Isapres no pudieron efectuar ningún ajuste en el precio base de sus planes de salud durante los dos primeros años de pandemia [...] a partir del 1 de junio de 2022 realizaremos un reajuste de 7,6% en el precio base de tu plan de salud", destacando enseguida que la descrita constituye una "medida muy necesaria para mantener en el tiempo la sostenibilidad de nuestra Isapre, lo que se traducirá en poder seguir entregándote todas las coberturas y beneficios establecidos en tu plan de salud".



Desde esta perspectiva la misiva pone de relieve que *“durante estos dos últimos años, hemos financiado 137.431 exámenes de PCR para lograr detectar el virus y detener su propagación. Además, 7.177 afiliados pudieron recuperarse tras haberse contagiado, gracias al pago de licencias médicas por Covid-19 y 746 beneficiarios recibieron cobertura en sus hospitalizaciones causadas por el virus. Adicionalmente, 1.284 familias fueron beneficiadas por el Postnatal de Emergencia, teniendo la posibilidad de cuidar a sus hijos recién nacidos por un periodo de tiempo más extenso”, todo lo cual “implicó un costo de \$21.942 millones para nuestra Isapre”.*

Asimismo, se lee que *“Otro foco muy importante en los últimos dos años fue el aumento exponencial en los días otorgados por licencia médica, creciendo este indicador en un 39,7%”, junto a lo cual se destaca que “un porcentaje importante de estas licencias médicas fueron emitidas sin justificación médica o, simplemente, de forma ilícita”.*

Finaliza especificando los efectos del alza dispuesta en el pago de las cotizaciones correspondientes, y se dan a conocer los derechos y opciones del afiliado, incluyendo información sobre planes alternativos, lugares y canales de comunicación con la Isapre para su discusión y los recursos de que dispone ante la Superintendencia de Salud, en caso de



estar disconforme con los planes alternativos propuestos, así como la posibilidad que se le ofrece de desafiliarse en el plazo que indica, en caso de no estar conforme con dichos planes ni con el alza propuesta.

Vigésimo tercero: Que, previo a resolver la razonabilidad de la justificación invocada, es necesario hacerse cargo de la aplicabilidad a su enjuiciamiento de los criterios establecidos en la jurisprudencia uniforme de esta Corte, conforme a la legislación vigente con anterioridad a la publicación de la Ley N° 21.350, en junio de 2021. En síntesis, dicha jurisprudencia exige que para considerar razonable un alza porcentual en los precios bases de los planes de salud, es necesario: a) Que ella responda a cambios efectivos y verificables de las prestaciones cubiertas por el plan individual de salud a que se refieren; b) Que, por lo mismo, ella no se fundamente aludiendo a cifras y criterios generales que los costos de la institución recurrida para otorgar las prestaciones a que está obligada han aumentado, refiriendo valores ilustrativos como los del entonces vigente Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA); y c) Que ella haga referencia a un análisis pormenorizado, racional y que tenga un cabal respaldo técnico que permita su verificación.

Vigésimo cuarto: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la



exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a los señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, en los términos de las modificaciones introducidas por la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), *“el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud”*, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, se prevén en su letra a).

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las



prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Vigésimo quinto: Que, en consecuencia, si bien es posible afirmar que, conforme con la nueva regulación antes transcrita, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable *"a todos los planes de salud"* ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que la Ley N° 21.350 establece, reseñados en el considerando anterior.

Vigésimo sexto: Que, no obstante, la carta en la que se comunica el alza porcentual del plan base de la recurrente no hace referencia a dichos factores, sino que ofrece, como fundamentación material, la circunstancia de que *"el incremento de costos en salud que registró nuestra Isapre entre los años 2020 y 2021 fue de un 20,4%, y que las Isapres no pudieron efectuar ningún ajuste en el precio base de sus planes de salud durante los dos primeros años de pandemia"*, antecedente que se reproduce en el informe preceptivo.



Al respecto cabe consignar que la sola mención genérica de un supuesto incremento de costos informado a la Superintendencia de Salud no es suficiente para cumplir con las exigencias de la letra a) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, pues con ello no se da cumplimiento a la necesidad de expresar: i) la variación de los costos en las prestaciones de salud otorgadas por la recurrida; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral pagados por ella; iv) el costo de las nuevas prestaciones que ha incorporado; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) los elementos que han servido para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Más aun, la sola lectura de la carta referida pone de relieve que ésta sólo menciona cifras genéricas, que comprenden algunos elementos elegidos ex profeso por la Isapre y que se refieren exclusivamente, además, a datos de los años 2020 y 2021, pese a que el alza de que se trata abarca el período que media entre 2019 y 2021, y en los que, por otra parte, no se incluye elemento alguno que permita estimar, sea por comparación o a través de cualquier otro método, si efectivamente se han producido las alzas que allí se mencionan, aun cuando sólo digan relación con los únicos costos que se citan en la misiva.



En este sentido es útil enfatizar que la sola mención de datos de los años 2020 y 2021 aparece como aun más relevante si se advierte que en la Resolución Exenta N° 352, de la Superintendencia de Salud, se dejó expresa constancia que la variación de los costos de las Isapres ocurrida durante el año 2019 ascendió a un 5,2%, que en el año 2020 alcanzó a -0,5% y que en el año 2021 se elevó a 26,2%, de lo que se deduce que, al elegir sólo una parte del período total considerado para este fin, la Isapre recurrida optó por presentar a su afiliado sólo las cifras que más favorecen a esa parte en el cálculo de que se trata, obviando aquellas que podrían otorgar una comprensión íntegra del fenómeno en estudio, de lo que se deduce que la recurrida no sólo soslaya el cabal cumplimiento del deber de información que sobre ella pesa, sino que, todavía más, intenta aparentar que ha observado tal obligación acudiendo a explicaciones que, sin embargo, contienen argumentaciones vagas y genéricas, que, en realidad, nada ilustran.

Vigésimo séptimo: Que, por lo expresado en los considerandos anteriores, no cabe sino concluir que la recurrida actuó de manera ilegal y arbitraria al proponer a la recurrente una variación porcentual del precio base de su plan de salud sin fundamentar su decisión en los parámetros establecidos en la Ley N° 21.350 para poder hacer tal propuesta, dentro del margen previsto por el



indicador de porcentaje máximo de variación de precio base de sus planes fijado por la Superintendencia de Salud, por lo que el recurso interpuesto deberá acogerse, según se expondrá en lo resolutivo del presente fallo.

Vigésimo octavo: Que, por otra parte, esta Corte no puede dejar de señalar que el acto sustancialmente recurrido en esta causa no es propiamente la carta por la que la recurrida comunica a la recurrente la decisión de proponer una variación porcentual de los precios base de todos los planes de salud que administra en el máximo permitido por el indicador fijado al efecto por la Superintendencia de Salud, sino esa decisión propiamente tal. En efecto, como dispone la letra e) del citado artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, *"en el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud"*.

Según consta en documento acompañado al informe de la recurrida, dicha decisión se comunicó la Superintendencia de Salud con fecha 22 de marzo de 2022, indicando únicamente que esa Isapre *"aplicará un alza de*



un 7,6% a todos los planes de salud, encontrándose dentro del índice de variación porcentual calculado por esa Superintendencia", de acuerdo a lo estatuido en la Ley N° 21.350 y en la Circular IF/N° 401.

Luego, esa decisión fue comunicada por la recurrida a todos los afiliados en la forma prevista en la Circular IF/N° 401, de 30 de diciembre de 2021, tanto a nivel general —mediante una publicación en el Diario Oficial, avisos en las sucursales y enlaces en sus páginas de internet—, como individual, mediante cartas de adecuación como la que origina la presente causa. En todas estas comunicaciones la información transmitida respecto del porcentaje de variación del precio base de todos los planes de salud que la Isapre administra, salvas las excepciones legales, no pudo ser otra que la decidida y comunicada a la Superintendencia de Salud, con fecha 22 de marzo de 2022.

Así lo señala expresamente la recurrida en su informe y en la carta origen de la acción intentada en estos autos, donde se expresa: *"que el incremento de costos en salud que registró nuestra Isapre entre los años 2020 y 2021 fue de un 20,4%, y que las Isapres no pudieron efectuar ningún ajuste en el precio base de sus planes de salud durante los dos primeros años de pandemia",* motivos por los cuales, a partir del 1 de



junio de 2022, "realizaremos un reajuste de 7,6% en el precio base de tu plan de salud".

Luego, las únicas variaciones posibles en las cartas de adecuación de los precios base enviadas por la recurrida a todos sus afiliados, entre ellos el recurrente, son aquellas que tienen que ver con las alternativas de planes que, de conformidad con el Compendio de Normas aplicable deben ofrecer a los afiliados para que decidan si reclamar de ellas o permanecer o no en la Isapre.

Vigésimo noveno: Que, por tanto, al acoger este recurso, para dar adecuada protección al recurrente y a todos los afectados con la decisión impugnada, con pleno respeto del principio de igualdad consagrado en el artículo 19, N° 2 de la Constitución Política de la República, esta Corte deberá declarar como arbitraria la decisión de la recurrida de proponer alzar porcentualmente en un 7,6% todos los planes de salud que administra, comunicada a la Superintendencia de Salud el día 22 de marzo de 2022 y al recurrente por medio de la carta origen de esta acción cautelar, de fecha 25 de marzo de 2022, por carecer de fundamentos ajustados a las exigencias legales, ordenando las medidas que se indicarán en lo resolutivo para restablecer el imperio del derecho, de conformidad con las facultades conferidas en el artículo 20 de la Carta Fundamental.



Trigésimo: Que, al respecto cabe consignar adicionalmente que las Isapres, al prestar un servicio de seguridad social estrictamente regulado y que impone – como en el presente caso– la motivación de las decisiones que afecten a sus afiliados, se sujetan a similares exigencias que los órganos de la administración para justificar la razonabilidad de sus actos, pues solo a través de una adecuada motivación “se exteriorizan las razones que han llevado a la Administración a dictarlo, exigencia que se impone en virtud del principio de legalidad. En efecto, en nuestro ordenamiento jurídico, la Ley N° 19.880, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, consagra los principios de transparencia y publicidad, en cuanto permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado, calidad que precisamente detenta el organismo demandado. Es así como el artículo 11 inciso segundo del referido texto legal, previene la obligación de motivar en el mismo acto administrativo la decisión, los hechos y fundamentos de derecho que afecten los derechos o prerrogativas de las personas. A su turno, también el artículo 41 inciso cuarto del aludido texto legal dispone que ‘las resoluciones que contenga la decisión, serán fundadas’. Proceder que, por lo demás, se



hace enteramente exigible por mandato del artículo 8° de la Constitución Política de la República” (Sentencia de 16 de junio de 2017, expedida en autos rol N° 3598-2017).

En esta perspectiva este tribunal también ha sostenido que “el fin último de la exigencia de motivación de todo acto administrativo no es otro que requerir la explicitación de sus fundamentos racionales, de manera tal que sean comprensibles para el administrado, proveyéndole la información necesaria para que, en caso de disconformidad o agravio, ejerza los mecanismos recursivos que le franquea la ley, tanto ante la Administración como la jurisdicción. Entonces, tal requisito no será satisfecho sino cuando los argumentos del órgano administrativo que adopta la resolución consistan en razones objetivas y comprobables que doten de razonabilidad a la decisión terminal, suprimiendo todo dejo de arbitrariedad” (Fallo de fecha 18 de marzo de 2021, dictado en causa rol N° 103.349-2020).

Finalmente, también se puede citar lo razonado en la sentencia de 21 de abril de 2021, pronunciada en autos rol N° 144.219-2020, en la que se expresa que “es un requisito sustancial en la dictación de un acto administrativo, la expresión del motivo o fundamento, pues la omisión está vinculada a una exigencia que ha sido puesta como condición de mínima de racionalidad, ya que permite y promueve el conocimiento del contenido y



fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado”, destacando, en ese sentido, que “la fundamentación del acto administrativo es un elemento de su esencia, cuya existencia siempre está bajo el control de la judicatura”.

Trigésimo primero: Por último, esta Corte estima pertinente dejar explícitamente asentadas dos reflexiones.

Por una parte, el examen del asunto sometido al conocimiento de este tribunal ha puesto de relieve la indudable necesidad de una mayor competencia entre las instituciones de salud previsional que intervienen en esta actividad, considerando que, tal como lo expresa la Superintendencia de Salud en el documento denominado “Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021. Metodología de cálculo”, “Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra”.



En ese sentido resulta imperioso recordar que, en un mercado que debiera ser competitivo también por los precios ofrecidos para la cobertura de prestaciones similares, ello no se logra cuando -como es de público conocimiento- todas las Isapres abiertas deciden aplicar como variación porcentual para todos sus planes de salud, salvas las excepciones legalmente establecidas, el guarismo fijado en la Resolución Exenta N° 352 de la citada Superintendencia, aspecto en torno al cual la recurrida se limita a invocar aquellos antecedentes que estima favorables para su posición, esto es, la fijación del mentado incremento en ese 7,6%.

Por otra parte, es útil consignar que, más allá de la decisión de acoger el recurso de protección en examen y con independencia de las medidas de cautela que se dirán en lo resolutivo, los cotizantes de la Isapre recurrida no se verán liberados del cumplimiento de sus principales obligaciones contractuales y, en consecuencia, deberán seguir pagando, íntegramente, las sumas de dinero, expresadas en Unidades de Fomento, correspondientes a su plan de salud, dado que esta sentencia solamente ha resuelto lo relacionado con el alza o incremento del precio base de los planes individuales de salud suscritos por los cotizantes con las Isapres.



Por las anteriores consideraciones y de conformidad con lo que disponen el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se revoca** la sentencia apelada y, en su lugar, se declara que **se acoge** el recurso deducido por don Francisco Javier Aguayo Araneda en contra de Isapre Vida Tres y, en consecuencia, se dispone:

1.- Que se deja sin efecto la comunicación de la Isapre Vida Tres S.A. a la Superintendencia de Salud de 22 de marzo de 2022, por medio de la cual informa que subirá un 7,6% todos los planes de salud;

2.- Que, consecuencialmente, se deja sin efecto el alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la Isapre Vida Tres S.A., informada a dicha autoridad de conformidad con lo dispuesto en el art. 198, letra e) del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud;

3.- Que la Superintendencia de Salud dispondrá las medidas administrativas para que, en el evento de que se haya cobrado a otros afiliados las cantidades resultantes del alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la recurrida, éstos hayan optado por un plan diferente o su desafiliación, dichas cantidades sean restituidas como excedentes de cotizaciones o, en su caso, se revoque la modificación de los planes acordada para evitar el alza dejada sin efecto



o se reintegre a los afiliados que, para evitar su pago, han optado por su desafiliación;

4.- Que la Superintendencia de Salud dispondrá un plazo prudencial para que Isapre Vida Tres S.A. cumpla fundadamente y con antecedentes que verificará, con la comunicación prevista en el artículo 198, letra e) del DFL N° 1 del Ministerio de Salud del año 2005, de manera que la propuesta de alza proporcional a todos sus planes de salud, para el año 2022, se ajuste a los parámetros legales.

5.- **Que el Secretario de esta Corte oficiará a todas las Cortes de Apelaciones** que estén conociendo recursos de protección contra Isapre Vida Tres S.A. por la variación porcentual de los precios base de todos sus planes de salud, comunicada a la Superintendencia de Salud con fecha 22 de marzo de 2022 y a sus afiliados en las cartas correspondientes, para que se agregue copia autorizada de esta sentencia.

6.- Que, sin perjuicio de todo lo resuelto, se deja sin efecto el alza en el valor del precio base del plan de salud de la parte recurrente.

Se previene que el Ministro Sr. Matus concurre al acuerdo y fallo, pero sin compartir lo señalado en los considerandos noveno a décimo cuarto ni lo decidido en el numeral 4 de lo resolutivo.

Regístrese y devuélvase.



Redacción a cargo del Ministro señor Matus.

Rol N° 17.403-2022.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E. y Sr. Jean Pierre Matus A.

SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:13:02

ANGELA FRANCISCA VIVANCO
MARTINEZ
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:13:03

ADELITA INES RAVANALES
ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 18/08/2022 15:13:03

MARIO ROLANDO CARROZA
ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:13:04

JEAN PIERRE MATUS ACUÑA
MINISTRO
Fecha: 18/08/2022 15:13:04



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Angela Vivanco M., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E., Jean Pierre Matus A. Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

En Santiago, a dieciocho de agosto de dos mil veintidós, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.



Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

Vistos:

De la sentencia en alzada se reproduce únicamente la parte expositiva.

Y teniendo en su lugar y, además, presente:

Primero: En la especie, ha comparecido don José Aspillaga Barros deduciendo recurso de protección en contra de Isapre Vida Tres S.A., en razón del acto de esta última que califica de ilegal y arbitrario, consistente en la modificación unilateral del precio base de su plan de salud, que estima infundada, proceder que se habría traducido en la vulneración de las garantías previstas en el N° 2, en el inciso final del N° 9 y en el N° 24, todos del artículo 19 de la Constitución Política de la República.

Funda su acción en que la Isapre recurrida le comunicó que el precio de su plan de salud aumentaría en un 7,6%, para lo cual le remitió una carta de adecuación que contiene argumentos que califica de arbitrarios e ilegales, puesto que no son concretos, sino genéricos.

Aduce que el plan fue acordado en Unidades de Fomento, de modo que se reajusta por sí mismo, a lo que añade que en la referida misiva la recurrida no indica que los gastos médicos que debe solventar hayan aumentado más allá del Índice de Precios al Consumidor, de lo que deduce que la propia reajustabilidad del contrato cubre



la variación de los gastos de esa clase.

Termina solicitando que se deje sin efecto la adecuación del precio base de su plan de salud, con costas.

Segundo: Al informar la Isapre recurrida pidió el rechazo del recurso, con costas.

Al respecto, alega que su parte no ha incurrido en acto ilegal o arbitrario alguno, considerando que, al realizar el proceso de adecuación materia de autos, cumplió con la normativa aplicable, pues efectuó las comunicaciones y publicaciones a que se encontraba obligada, además de aplicar como porcentaje de incremento aquel establecido por la autoridad al efecto.

A continuación, arguye que el alza en examen no puede ser tildada de arbitraria desde que se realizó en consonancia con el indicador fijado por la Superintendencia de Salud, destacando al efecto que dicho parámetro se debe entender justificado para todos los efectos legales, al tenor del artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005 de Salud.

Enseguida, pone de relieve que ya no cabe exigir a su representada que explique el aumento de que se trata en relación a un determinado afiliado o a un específico plan, puesto que la ley obliga a aplicar el alza respectiva a todos los planes de la Isapre, motivo por el cual dicho aumento se debe fundar en la variación de los



costos totales de la institución. Al respecto recalca que el incremento impugnado obedece, además, a un aumento comprobable de los costos de salud que su parte ha debido enfrentar, mismos que, entre los años 2019 y 2021, aumentaron en un 8,5%, considerando atenciones ambulatorias y hospitalarias, así como gastos por licencias médicas.

Finalmente, niega haber vulnerado las garantías constitucionales invocadas en el recurso.

Tercero: Al conocer de la acción cautelar intentada, la Corte de Apelaciones de Rancagua decidió acoger las pretensiones del actor basada en que la ley sólo otorga una habilitación legal inicial para alzar el precio base de los planes de salud, cuyo ejercicio requiere, no obstante, que la revisión responda a cambios efectivos y verificables de los precios de las prestaciones cubiertas por el plan, de modo que tal habilitación no justifica por sí sola el incremento anunciado. A lo dicho los sentenciadores añadieron que la carta de adecuación enviada al actor no satisface la anotada exigencia de razonabilidad, desde que sólo alude a cifras y criterios generales sobre el aumento de los costos de la institución recurrida, que carecen de un pormenorizado, racional y cabal respaldo técnico. Sobre este particular destacaron, asimismo, que la sola mención del porcentaje máximo de variación fijado por la Superintendencia de



Salud no basta, por sí sola, para justificar el aumento de que se trata, toda vez que dicho indicador hace referencia a la operación conjunta de las Isapres abiertas del sistema y no profundiza en la realidad de cada institución. De lo dicho concluyeron que la Isapre no puede alzar el precio en examen fundada sólo en estos antecedentes, máxime si no ha cumplido el Plan Preventivo de Isapres, así como las metas de cobertura del examen de medicina preventiva, que constituyen exigencias normativa cuya inobservancia impide llevar a cabo el alza materia de autos.

Finalmente, tuvieron en consideración que el precio de los planes de salud se encuentra fijado en Unidades de Fomento y que la inflación proyectada, que se sitúa en torno al diez por ciento, torna aun más injustificado el incremento de que se trata.

En esas condiciones, los magistrados dejaron asentado que lo impugnado configura un acto unilateral y arbitrario que, además, vulnera las garantías previstas en el inciso final del N° 9 y en el N° 24 del artículo 19 de la Constitución Política de la República, en tanto se pretende obligar al afiliado a pagar un mayor costo por el plan de salud contratado, situación que lo podría forzar, además, en caso de no aceptar el alza, a elegir un plan diverso o a renunciar a la Isapre.

Cuarto: Al apelar de la decisión antedicha, el



recurrente reitera, en lo esencial, los fundamentos de su acción, enfatizando que la adecuación del precio base de que se trata se realizó cumpliendo el procedimiento establecido en la ley y aplicando el indicador objetivo fijado por la propia Superintendencia de Salud.

Enseguida, aduce que la fijación de los precios de los planes de salud en unidades de Fomento no limita en modo alguno la facultad de su parte de adecuarlos anualmente, toda vez que la variación de costos de salud es superior a la que experimenta el Índice de Precios al Consumidor.

Por último, y en cuanto atañe al cumplimiento del Plan Preventivo de Isapres y de las metas de cobertura para el Examen de Medicina Preventiva, asevera que recién entraron en vigencia el 1 de enero de 2022, de modo que el proceso de adecuación de precios en actual desarrollo quedó exento del cumplimiento de tales obligaciones.

Quinto: Que, para una acertada resolución de este conflicto, es preciso tener presente, en primer lugar, que la Ley N° 21.350, de 14 de junio de 2022, modificó los anteriores artículos 197 y 198 del DFL N° 1 de 2005, e introdujo un nuevo artículo 198 bis y disposiciones aplicables específicamente a los años 2020, 2021 y 2022, que cambiaron la regulación anterior que permitía, en ciertas condiciones, alzas anuales en los planes de salud. De este modo, se prohibieron las alzas en los años



2020 y 2021 y para los siguientes años se establecieron reglas generales y una transitoria para el 2022.

En efecto, antes de estas modificaciones, las reglas aplicables eran las siguientes:

El inciso tercero del artículo 197 disponía, en lo que interesa, que: *"Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan"*.

A su turno, el artículo 198 disponía, en lo pertinente, que: *"La libertad de las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 197 de esta Ley, se sujetará a las siguientes reglas:*

1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRES deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

[...]

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y



cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

[...]

4.- La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

[...]

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto



alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine".

Sexto: *Que, en cambio, en cuanto a las reglas generales, el actual inciso 3° del artículo 197 prescribe: "Anualmente, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan".*

Por su parte, dicho artículo 198 establece: *"Las modificaciones a los precios base de los planes de salud se sujetarán a las siguientes reglas:*

1. El Superintendente de Salud fijará mediante resolución, anualmente, un indicador que será un máximo para las instituciones de Salud Previsional que apliquen una variación porcentual al precio bases de sus planes de salud, conforme al procedimiento que se establece en el numeral siguiente.

2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deberá seguir el siguiente procedimiento:



a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud. Asimismo, deberá incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que se revisará al menos cada tres años, aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores que sirvan para el cálculo del indicador, en especial los señalados en el párrafo precedente.

b) Para estos efectos, la Superintendencia de Salud validará mensualmente los registros de prestaciones y sus frecuencias, cartera de beneficiarios y subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional. Se considerará como período de referencia del indicador a que se refiere el numeral 1 de este artículo, los meses de enero a diciembre de al menos



dos años anteriores a la publicación del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá requerir del Fondo Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y de los demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario para el correcto cálculo del indicador. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección de la ley N.º 19.628, sobre protección de la vida privada.

c) En el proceso de validación de los registros, la Superintendencia de Salud tendrá amplias facultades para requerir de las Instituciones de Salud Previsional y de los prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos.

d) Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.

El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales.



e) En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud.

En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

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

A continuación, el artículo 198 bis de dicho cuerpo legal establece: "Para que las Isapres puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud, conforme a lo establecido en el artículo precedente, deberán haber dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, así como a



las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, en conformidad con lo establecido en el artículo 138 de esta ley, en ambos casos de acuerdo a las normas de general aplicación que dicte la Superintendencia de Salud al respecto, pudiendo establecer cumplimientos parciales, que no podrán ser inferiores al 50 por ciento de la establecida en el decreto respectivo. Ambas obligaciones deberán ser acreditadas por los organismos que tengan convenios vigentes con la Superintendencia de Salud, en el mes de enero del año en que se aplique el indicador señalado, lo que será fiscalizado por la Superintendencia de Salud. En caso de alerta sanitaria, el Superintendente de Salud podrá rebajar prudencialmente las metas asignadas”.

Finalmente, para el proceso de modificación de precios bases de los planes de salud para el presente año 2022, el artículo transitorio segundo de la Ley N.° 21.350 establece que el indicador a que se refiere el citado artículo 198 “deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior”; y su



artículo tercero transitorio agrega: *"Las metas a que se refiere el artículo 198 bis entrarán en vigencia a contar del 1.º de enero del año 2022"*.

Séptimo: Que, en lo que concierne a la historia del establecimiento de la Ley N° 21.350, cabe resaltar que ésta fue discutida inicialmente en el marco de la pandemia por el brote de Covid-19, proceso durante el cual fueron refundidas tres mociones parlamentarias que, en términos generales, tenían por finalidad prohibir que las Isapres pudieran modificar o poner término unilateral, en períodos de epidemia o pandemia, a los contratos de salud que mantuvieran con sus afiliados. A propósito de la tramitación legislativa de tales iniciativas se consideró la posibilidad de establecer una regulación permanente en este ámbito, que no estuviera limitada a la contingencia sanitaria reinante. En ese contexto, y por medio de una indicación aprobada en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, en Primer Trámite Constitucional, se propuso modificar el DFL N° 1 de Salud entregando a la autoridad competente el deber de calcular *"un indicador de variación de los precios de las prestaciones de salud, tomando en cuenta la frecuencia con que fueron utilizadas y la variación del gasto del subsidio por incapacidad, en su caso"*, aludiendo a un *"IPC de la salud"*, que tenía por objeto *"evitar distorsiones y alzas desmedidas e injustificadas en el*



próximo año, en que ya no esté vigente la pandemia, y que se vuelva a la norma en las que las isapres reajustan sus planes, por ahora, con cierta restricción".

Sobre este particular, y en lo que se refiere específicamente a la construcción de este índice, el Superintendente de Salud de la época manifestó, ante la Comisión de Salud, que *"el gran riesgo lo constituye la validación de los datos de las prestaciones contenidos en los archivos maestros que entregan las Isapres, porque son esos antecedentes los que se consideran para determinar la variación en la frecuencia en las prestaciones y variación en el precio"*, agregando que para desarrollar tal labor fue creada una Unidad de Gestión de Datos y un Comité de Datos, agregando, en lo que atañe a la *"metodología y forma en la que se construye el indicador"*, que recurrieron *"al INE para la revisión y validación del indicador, porque ellos son expertos en indicadores"* y que *"las Isapres pueden reajustar los planes, pero deben hacerlo de acuerdo a parámetros objetivos, validados y sobre todo, dando certeza sobre el sistema de cobro, a las personas que contratan un plan"*.

En ese contexto, durante la discusión particular del proyecto que se verificó ante el Senado los senadores Goic, Quinteros y Girardi presentaron una indicación que estableció una serie de reglas destinadas a determinar el



referido indicador de variación porcentual, a las que se deberían sujetar las Isapres al modificar sus planes de salud, conforme a las cuales sería el Superintendente de Salud quien fijaría anualmente este parámetro.

Si bien el Ejecutivo formuló observaciones a dicha propuesta, recogió sus ideas matrices al presentar sus propias indicaciones, en las que incorporó como factor de cálculo *"las variaciones en las frecuencias de las prestaciones"*, pues *"el actual problema es el control de la frecuencia, es decir, cómo aumenta el número de prestaciones de un año a otro"*, además de incluir la *"modalidad libre elección de FONASA como un elemento a considerar en el algoritmo que, de cierta forma, contenga el eventual aumento en el sistema de Isapre"*.

Finalmente, los Senadores de la Comisión de Salud, en conjunto con el Ejecutivo, presentaron un acuerdo que recogió estas indicaciones y que constituye, en definitiva, el texto de la Ley N° 21.350, actualmente vigente.

Octavo: Que, en consecuencia, luego de la modificación legislativa, el régimen de adecuación del precio de los planes de salud, se advierte, en conclusión:

1.- Ha sido el legislador quien ha establecido, regulado y mantenido la posibilidad de revisión anual por parte de las Isapres del precio base de los planes de



salud individual acordados en los contratos de salud previsional;

2.- Para la realización de aquel incremento corresponde: a) Por una parte, cumplir con el procedimiento legal (art. 198), en que la Superintendencia de Salud determinará anualmente el índice máximo de variación porcentual que se podrá aplicar a los precios base de los planes de salud; b) Luego de lo anterior, corresponde a cada Isapre acordar y comunicar a la autoridad la decisión fundada de adecuar en general sus planes, y c) Cumplida la anterior determinación se deberá ejercer también fundadamente esta opción y "en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan" (art. 197), la que corresponde poner en conocimiento de los afiliados;

3.- Ante la carta de la Isapre, comunicando el alza de los planes de salud, al ejercer la adecuación de los mismos, los cotizantes pueden: a) Aceptar los nuevos precios fijados por la Isapre; b) Desafiliarse de la Institución o c) Impugnar administrativa o judicialmente la adecuación informada por la Isapre.

4.- Operando la reforma en régimen, a lo menos cada tres años, por decreto supremo del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, se aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de



cálculo para fijar un indicador máximo de variación porcentual que cada una de las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud, estableciendo la ponderación de los factores que sirvan para su cálculo.

5.- La misma Superintendencia de Salud validará mensualmente: (i) los registros de prestaciones y sus frecuencias, pudiendo requerir a las Isapres y prestadores de salud toda la información financiera, contable y operativa que se precise para la correcta construcción del indicador y cualquier otra información que requiera para dichos efectos; (ii) la cartera de beneficiarios, y (iii) los subsidios por incapacidad laboral enviados por las Instituciones de Salud Previsional.

6.- De igual modo, la Superintendencia de Salud anualmente deberá: a) calcular los índices (i) de variación de los costos de las prestaciones de salud, (ii) de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas, (iii) de variación del costo en subsidios por incapacidad laboral del sistema privado de salud, y b) incorporar en el cálculo (iv) el costo de las nuevas prestaciones y (v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y (vi) cualquier otro elemento



que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.

7.- Con toda la información anterior, según se expresó, los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, por resolución fundada, publicada en el Diario Oficial y en su página web, y conforme al procedimiento legal, el Superintendente de Salud fijará el indicador máximo de variación porcentual que las Instituciones de Salud Previsional podrán aplicar al precio base de los planes de salud. El índice de variación porcentual, así fijado, se entenderá justificado para todos los efectos legales.

8.- En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio base de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje de ajuste informado que aplicarán a todos sus planes de salud, el que en ningún caso podrá ser superior al indicado por la Superintendencia de Salud. En el evento de que el indicador sea negativo, las Isapres no podrán subir el precio.

9.- Los nuevos precios entrarán en vigencia a partir del mes de junio de cada año, con excepción de los planes que a dicha fecha tengan menos de un año, como de aquellos expresados en la cotización legal obligatoria y



de los que se rigen de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 200 de la misma ley.

10.- Para el primer año de vigencia de la reforma introducida por la Ley N° 21.350, el cálculo del indicador del artículo 198 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, se compondrá por el promedio de los últimos tres indicadores determinados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el fijado a marzo de 2022. Este índice en ningún caso podrá ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior.

11.- Como se ha dicho, cumplidas las determinaciones anteriores se podrá modificar fundadamente el precio de todos sus planes de salud individual, siempre en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan (inciso 3° del artículo 197), y no se sobrepase el índice de variación porcentual máximo fijado por la autoridad (letra d), del numeral 2, del artículo 198), expresando los motivos que sustentan dicho proceder.

Noveno: Que, en consideración a lo anterior, en estos autos la revisión de la cuestión controvertida debe ser realizada en su integridad, por lo que adquiere, a lo menos, las siguientes dimensiones:



Primero, en el examen indispensable que se debe realizar en torno al procedimiento por el cual la Superintendencia de Salud determina el Índice de Variación Porcentual que se aplicará como máximo a los precios de los planes de Salud o Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA), con el objeto de precisar si éste se ajustó a las exigencias previstas por el legislador en el régimen permanente, por la diferente normativa reglamentaria que debe ser expedida, como el régimen establecido transitoriamente, en la primera oportunidad en que comience a regir la modificación legislativa introducida por la Ley N° 21.350;

En segundo lugar, la comunicación de las Instituciones de Salud Previsional de aumentar o no el precio de los planes de salud y, en su caso, el porcentaje en que realizarán dicho ajuste, y

En tercer término, la comunicación a los cotizantes de la decisión de aumentar o no los costos de los planes de salud y el porcentaje en que se incrementarán.

Décimo: Que, en cuanto al examen del procedimiento de fijación del indicador del alza máxima porcentual de los planes base de salud, fijados por la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo del corriente, es necesario señalar que, por medio de la Circular IF/N° 401, la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de



Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350", y que, por Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022 y publicada en el Diario Oficial el día 10 del mismo mes y año, "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

A efectos de una adecuada comprensión del procedimiento y allegar a esta causa los antecedentes tenidos a la vista por la autoridad al dictar las mentadas resoluciones, referidos sólo a través de enlaces en su texto, se requirió por este Tribunal a la Superintendencia de Salud informar: "1.- En relación al Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA) del año 2019, calculado el año 2020; del año 2020, calculado el año 2021 y del año 2021, calculado a estos efectos a marzo del año 2022; 2.- La variación referencial del costo operacional del Sistema de Isapre; 3.- El costo por cobertura de prestaciones de salud y el costo por pago de subsidio de incapacidad laboral por Isapre, de acuerdo con la información que conste en sus registros públicos; 4.- Indicar los ingresos percibidos por las Isapres por concepto de planes de salud, y los gastos en que han incurrido por tal concepto desde los años 2019 a 2021; 5.- Señalar el comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo periodo



referido; 6.- Hacer referencia a toda información pertinente y acompañar un cálculo general y desagregado por Isapre”.

Ante dicha consulta, la autoridad administrativa respondió mediante el Oficio Ordinario SS/N° 1591, de 6 de junio de 2022, en el cual consigna que los detalles del mecanismo de cálculo del indicador contenido en la Resolución Exenta SS/N° 352, de 2 de marzo de 2022, se encuentran publicados en la página web de la Superintendencia, en el enlace que especifica, sin perjuicio de lo cual apareja copia del “Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021”, del “Indicador referencial de costos de la salud (IRCSA)” de 2019, de 2020 y del 2021, copia de la “Metodología IRCSA” de 2019, de 2020 y de 2021, de los “Resultados IRCSA” de estos mismos años y, además, del “Procesamiento IRCSA 2021”. A ello añade que, para calcular el indicador en comento, empleó los “Valores publicados del IRCSA”, que corresponden a un 5,2% para el IRCSA de 2019, al -0,5% para el IRCSA de 2020 y a un 26,2% para el IRCSA de 2021, cifras que ponderó en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de cada IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia del sistema y una mayor ponderación al año base con menor ganancia del



sistema, además de incorporar las diferencias financieras que hubo durante ese período provocadas por la pandemia.

Precisando lo anterior, ante un nuevo requerimiento de este Tribunal, en el Oficio Ordinario SS/N° 1728, de 22 de junio de 2022, la Superintendencia señala, en primer lugar, que no existen, para cada Isapre, indicadores comparables a los estimados para el conjunto del sistema, esto es, aquellos considerados en cada uno de los Indicadores Referenciales de Costos de la Salud, o IRCSA, de los años 2019, 2020 y 2021, motivo por el cual no cuenta con información desagregada por institución, como se le solicitó entregar.

Enseguida, informa de los costos por cobertura de prestaciones de salud y por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral para el período 2018-2021 respecto de cada Isapre, según cifras acumuladas a diciembre de cada año; a continuación se refiere a los ingresos percibidos por cada Isapre por concepto de planes de salud entre 2018 y 2021, acumulados a diciembre de cada año, noción en la que incluye la cotización legal, la cotización adicional voluntaria y el elemento "otros aportes", que, sin embargo, no detalla; luego alude a los gastos en que incurrieron dichas instituciones, en el mismo período, por "costos de venta", también acumulados a diciembre de cada año, que incluyen, "mayoritariamente", los gastos en prestaciones de salud y en subsidios por incapacidad



laboral, sin explicar, empero, cuáles son los otros componentes que integran este apartado.

En lo que atañe al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema para el mismo período", señala el número de prestaciones médicas otorgadas por persona afiliada al sistema, por Isapre, y el número de días de licencia autorizados por cotizante, por Isapre, ambos para el período 2018-2021.

Por último, y en cuanto a la información relevante pedida, da cuenta de las ganancias o pérdidas por Isapre, a diciembre de cada año, para el lapso comprendido entre 2018 y 2021, e incluye, además, indicadores financieros por Isapre, para el mismo intervalo, que comprenden la siniestralidad, la rentabilidad del ingreso y la rentabilidad del capital y reservas, pese a que la ley no contempla ninguno de tales conceptos como antecedentes a considerar para calcular el índice de que se trata en la especie.

Finalmente, y aun cuando se requirió a la autoridad que remitiera "toda información pertinente", que informara acerca de la "variación referencial del costo operacional del sistema de Isapre", que indicara cuáles son "los gastos en que han incurrido" las Isapres por concepto de planes de salud y que se refiriera al "comportamiento de los afiliados en relación al uso del sistema", es lo cierto que la Superintendencia del ramo



nada dijo acerca de los restantes factores que, de acuerdo a la ley, ha debido considerar en el cálculo del índice de que se trata, pues, por ejemplo, guarda silencio acerca del "costo de las nuevas prestaciones" y de la "variación de frecuencia de uso de las prestaciones" verificadas en la modalidad de libre elección de FONASA, sin perjuicio de que tampoco se ha informado si en este ejercicio se consideró "cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud" y, de ser así, a cuál se recurrió.

Como conclusión de lo anterior y ante la ausencia de antecedentes que permitan concretar la revisión judicial destinada a precisar el cumplimiento de las exigencias legales en la determinación del Indicador Referencial de Costos de Salud, lleva a asumir el cumplimiento de la norma legal que dispone expresamente que se tendrá por justificado para todos los efectos legales el índice establecido por la Superintendencia de Salud en esta ocasión, por así disponerlo perentoriamente el legislador.

Décimo primero: Que se deja establecido, en todo caso, que luego de la revisión administrativa de los elementos de juicio respectivos debe explicarse la forma en que la referida Superintendencia asumió los porcentajes de incremento del Índice de Precios al



Consumidor, el cual contempla en su determinación el aumento de los costos de la así llamada División "Salud", que pondera específicamente un 7,76778% de la canasta del IPC base 2018, que posteriormente se tendrá en consideración para fijar el valor de la Unidad de Fomento, equivalente monetario en el cual se encuentra fijado el precio de los planes de salud, como ha tenido oportunidad de señalar esta Corte con anterioridad al expresar que *"cabe dejar anotado que los precios de bienes y servicios en el ámbito de la salud se encuentran actualmente incorporados en dicha medición general. La llamada división 'Salud' -que pondera un 5,4% del total- se divide en tres grupos: el primero está formado por la canasta de productos que los hogares adquieren para curar sus enfermedades, incluyéndose por ejemplo los medicamentos genéricos. En el segundo se valoriza un conjunto de consultas médicas de diferentes especialidades considerando los precios en la Modalidad Libre Elección de Fonasa, precios acordados entre prestadores e Isapres y aquellos aplicados a particulares que no estén en los casos anteriores. Y en el tercero se aprecian los servicios de mayor frecuencia de uso en hospitales y clínicas privadas, a partir de las tres modalidades de pago antes descritas. De este modo no es posible dejar de destacar que el aumento del costo de la salud, que se calcula mediante el Índice de Precios al*



Consumidor nacional, se va recogiendo mensualmente en el precio de los contratos de salud al estar pactados en unidades de fomento, equivalente monetario que, además, incorpora mensualmente el reajuste acumulativo y no lineal del Índice de Precios al Consumidor". (Sentencia dictada por esta Corte con fecha 29 de abril de 2013, en autos rol N° 9051-2012. Asimismo, y sólo a modo ejemplar, en autos rol N° 1658-2013 y N° 2904-2013).

De la misma manera, la revisión administrativa ha de tener en consideración los demás antecedentes recabados por la autoridad, obedeciendo el mandato de la letra a) del numeral 2 del artículo 198, que le impone tener en consideración *"cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud"*, dado que únicamente se recibe la documentación de las Isapres, la cual corresponde se señale la forma en que se procedió a fiscalizar su exactitud, al no existir en la regulación legislativa una instancia que entregue participación a los cotizantes, sin que se pueda limitar a señalar que simplemente registra, pero no valida la comunicación de las Isapres.

Igualmente, en cumplimiento de este mandato, ha debido la autoridad ponderar la integración vertical que concurre en el mercado de la salud privada, lo cual ha destacado esta Corte en ocasiones anteriores, como por ejemplo al sostener que *"un dato que no es posible*



desechar dice relación con la integración vertical de la mayoría de las Isapres abiertas con los proveedores de salud, sean clínicas o redes ambulatorias. Dado que el indicador del costo operacional de las Isapres sólo considera la variación del valor de las prestaciones del sector privado, surge el reparo de que dicho índice pueda ser controlado por las propias instituciones de salud previsional a través de la propiedad de los prestadores, los cuales podrán incrementar sus precios y luego éstos ser traspasados por las Isapres en sus reajustes anuales, convalidando el aumento a través de ese mecanismo” (fallo de 29 de abril de 2013, pronunciado en autos rol N° 9051-2012. Verbi gracia, igualmente, en autos rol N° 1658-2013, N° 2904-2013, N° 5054-2013 y N° 5056-2013), lo cual no se advierte en los antecedentes proporcionados.

Ante las amplias facultades con que la ley ha dotado a la autoridad administrativa para reunir antecedentes al fijar el ICRSA, de la misma manera no se ha podido dejar de observar la conducta de los actores del sistema de salud privada, como son los cotizantes, médicos, clínicas, hospitales y laboratorios, respecto de los cuales no se ha alegado un comportamiento inapropiado, puesto que ante un problema de salud, en general las personas acogen y cumplen las indicaciones impartidas por los profesionales de la medicina, quienes determinan las prestaciones que corresponde entregar a un paciente para



restablecer su salud, el cual utiliza las herramientas que le proporciona la tecnología. Son tales prestaciones las que el legislador ha dispuesto que queden asumidas por el cotizante y las Instituciones de Salud Previsional, conforme a un contrato tipo, suscrito por adhesión y parcialmente dirigido respecto de algunas de sus cláusulas, que responde a una finalidad de servicio público.

Décimo segundo: En fin, una labor que se desarrolle con la debida diligencia importa examinar los estados financieros y gestión de las Isapres, como ocurre con las sociedades en general y las aseguradoras en particular y, de ser necesario, se coordinará con la autoridad sectorial correspondiente, pero no puede quedar sin tal supervigilancia que si la tienen otras sociedades en nuestro país, respecto de lo cual esta Corte ha tenido oportunidad de referirse pormenorizadamente.

Así, por ejemplo, examinando la labor de auditoría, este tribunal ha sostenido que: "la información de que disponían en relación a la naturaleza de sus funciones y la responsabilidad que ésta lleva consigo, imponía revisar la evidencia con espíritu crítico y, ante la concurrencia de variados antecedentes que alertaban sobre la situación, examinarlas a fondo [...] la falta de exhaustividad en su dictamen se reflejó en el informe emitido, con lo cual se incumplieron las normas que le



imponían un proceder diligente, prudente, profesional y observador de todas las disposiciones”, añadiendo que “su obligación es llevar a cabo un adecuado desarrollo del análisis financiero contable de todos los asientos en un período, como igualmente relacionarlo con otras sociedades o empresas que están vinculadas de diferentes formas, puesto que su actuar primero está vinculado con garantizar que todas las operaciones se asentaron en los registros contables, pero igualmente que dichas operaciones son regulares conforme a la ley, en términos tales que permita evitar riesgos y daños a la misma empresa o terceros extraños, si el proceder o finalidad puede resultar cuestionable” (Sentencia de 26 de abril de 2021, dictada en autos rol N° 79.288-2020).

Del mismo modo se ha puesto de relieve que “el deber de conducta exigido a las clasificadoras de riesgo dice relación con la realización de un ‘correcto análisis’ de la información que le es entregada, debiendo solicitar antecedentes adicionales si, con los disponibles, no es posible alcanzar dicho objetivo actuando con la diligencia exigida”, de modo que no se infringe el principio de tipicidad al haber sancionado a la reclamante por “no haberse procurado información relevante razonablemente verificada de la Compañía” (Fallo de 19 de mayo de 2016, pronunciado en causa rol N° 7560-2015).



En este mismo sentido y, en particular, en lo vinculado con la relevancia de la información contenida en los estados financieros trimestrales, es posible recordar lo decidido por esta Corte, verbi gracia, en autos roles N° 3054-2010, N° 7340-2012 y N° 1625-2013).

Décimo tercero: Como se dijo, la Circular IF/N° 401 "Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350" y la Resolución Exenta SS N° 352 "Fija el Porcentaje Máximo de Ajuste que las Instituciones de Salud Previsional Deberán Considerar en las Adecuaciones de Precios de los Planes de Salud".

Al dictar esta última resolución, la autoridad tuvo presente que la Superintendencia de Salud ha calculado anualmente el denominado "Indicador Referencial de Costos de la Salud", también conocido como IRCSA, por medio del cual se determina la variación referencial del costo operacional del sistema de Isapres, para lo cual se atiende al costo en la cobertura de prestaciones de salud y al costo por pagos de subsidio de incapacidad laboral. Enseguida dejó asentado que el IRCSA 2019, calculado para el año 2020, alcanzó al 5.2%; que el IRCSA 2020, calculado para el año 2021, fue de -0,5% y, finalmente, que el IRCSA 2021, calculado para el año 2022, ascendió al 26.2%, dejando establecido que los documentos de respaldo se encuentran en su página web institucional,



antecedentes a los cuales no se ha podido acceder, como tampoco han sido acompañados por las partes.

En ese entendido, y considerando que el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, dispone que, para el primer año de vigencia, el indicador estará compuesto por el promedio de los últimos tres indicadores, calculados por la Superintendencia para los años 2020 y 2021 y a marzo de 2022, concluye que el valor en términos porcentuales del indicador promediado asciende a 7,6%, valores y ponderaciones asumidos por la autoridad, cuyos antecedentes no han sido acompañados a este expediente. Reitera: "Para obtener el valor mencionado, se aplicó la siguiente metodología, de acuerdo con la Ley N° 21.350, que señala que el valor del indicador a aplicar para el proceso de adecuación de 2022, corresponde al promedio de los indicadores calculados para 2020, 2021 y 2022 (respectivamente IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021)".

Sin embargo, se explica que, para obtener el valor en comento, se calculó el referido promedio empleando una ponderación definida en función de las ganancias del sistema de Isapres abiertas en el año base respectivo de cada IRCSA, de modo que otorgó una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante el período, provocadas por



la pandemia, remitiéndose a su página web para consultar los antecedentes.

Agrega igualmente que el valor indicado es inferior a la variación de la partida del Ministerio de Salud en la Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior, que ascendió al 11,7%.

Como se ha dicho, esta resolución tiene la naturaleza de un acto administrativo, por lo que como tal debe entregar los motivos que lo fundamentan, puesto que importa una decisión de la Superintendencia de Salud, en la que expresa su voluntad y ejerce potestades públicas, a lo cual se agrega el hecho que debe dar plena publicidad al procedimiento y sus fundamentos.

Décimo cuarto: Que, como se observa, el Superintendente de Salud expidió el citado acto administrativo y fundó la determinación allí contenida solamente en los antecedentes que le proporcionaron las Isapres al efecto, sin embargo, ha debido recopilar y requerir todos los que le impone tener en consideración el ordenamiento jurídico.

Décimo quinto: Que, una vez emitida la Resolución Exenta SS N° 352, de 2 de marzo de 2022, y dentro del plazo previsto al efecto, la Isapre recurrida comunicó a la autoridad que aumentaría el precio base de sus planes de salud y que dicho incremento ascendería, precisamente,



a un 7,6%, esto es, a la misma cifra fijada como monto máximo para estos efectos por la Superintendencia de Salud.

Décimo sexto: Que, para resolver la legalidad de dicho incremento, es necesario reiterar que el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 (Salud), distingue entre el indicador de variación porcentual máxima de los precios base de los planes de salud elaborado por la Superintendencia de Salud y la decisión de las Isapres de aplicar a sus precios base una variación porcentual y su cuantía, estableciendo para uno y otra requisitos y oportunidades diferenciadas.

En efecto, el indicador elaborado por la Superintendencia de Salud es, según el Diccionario, lo que sirve para indicar, esto es, mostrar o significar el máximo de la variación porcentual de los precios base de los planes de salud, esto es, en la acepción aplicable, el *"límite superior o extremo a que puede llegar"*. Ese límite superior o extremo se calcula, para el año 2022, de conformidad con las reglas de las letras a) a d) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, antes citados y al artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350. Y, como se expresa en la frase final de esa letra d), *"El índice porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales"*. En la especie, ese límite superior ha sido publicado dentro del plazo fijado por la ley al



efecto, con fecha 10 de marzo del corriente, mediante Resolución Exenta SS N° 352.

En cambio, la decisión eventual de las Isapres de aplicar o no una variación porcentual en los precios base de sus planes de salud se sujeta, para el presente año 2022, a las reglas establecidas en la letra e) del citado artículo 198 y a las del 198 bis, ambos de DFL N° 1 de 2005 y al artículo tercero transitorio de la Ley N° 21.350. Allí se dispone que dicha decisión deberá adoptarse por cada Isapre e informarse a la Superintendencia de Salud quince días después de publicado el indicador de variación porcentual máxima para cada año, que la variación decidida *"en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por la Superintendencia de Salud"* y que deberá aplicarse *"a todos sus planes de salud"*, siempre que durante el año 2021, haya *"dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres establecido por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud"*. El procedimiento para llevar adelante tal decisión ha sido fijado por la Superintendencia de Salud, mediante Circular IF/N° 401, de fecha 30 de diciembre de 2021, que *"Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación*



de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350”.

Décimo séptimo: Que, en el mismo sentido se ha pronunciado la Superintendencia de Salud en el punto 8 de la Resolución Exenta IF/N° 58, de 26 de enero de 2022, al resolver el recurso presentado por varias Isapres en contra de aquella parte de la Circular IF/N° 401, dictada por la Superintendencia de Salud con fecha 30 de diciembre de 2021, que “Imparte Instrucciones sobre Procedimientos de Adecuación de los Precios Base a los Planes de Salud ajustado a la Ley 21.350”, que establecía la obligación de las Isapres de enviar a la Superintendencia la información que justificaba el alza del precio base que aplicarían a sus planes de salud, sin que ello importe su validación. Allí se señala:

“Que, en primer lugar, las recurrentes solicitan que se deje sin efecto el párrafo cuarto del punto 1 “Comunicación de la adecuación propuesta por la Isapre”, del Título III del Capítulo I del Compendio de Procedimientos. Dicho párrafo efectivamente fue incorporado por el numeral 1.2 del acápite III de la Circular, en los siguientes términos: “Además, en la misma oportunidad señalada precedentemente, las Isapres deberán enviar a esta Superintendencia, la información que justifique el precio base que aplicarán a sus planes



de salud, lo que no significa que con dicho envío la Superintendencia valide la referida información."

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

Los preceptos transcritos establecen que el indicador que calcula la Superintendencia se entenderá justificado, pero éste no constituye el porcentaje de alza que cada Isapre debe aplicar, sino sólo un límite que ninguna de ellas podrá exceder. En otras palabras, no es lo mismo que la ley otorgue justificación al indicador a que se la



otorgue al alza, pues aquél no es más que un límite que en ningún caso podría ser sobrepasado, pero no es necesariamente el reflejo del alza de costos experimentada por cada una de las Isapres por separado.

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

Décimo octavo: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a los señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005 –en su formulación actual– y en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la



jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), *“el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud”*, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, han sido previstos.

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud. Y que, para el caso del proceso 2022, *“deberá componerse por el promedio de los últimos tres indicadores calculados por la Superintendencia para los años 2020, 2021 y el calculado a marzo de 2022, el cual*



no podrá en ningún caso ser superior a la variación de la partida del Ministerio de Salud, correspondiente a la Ley de Presupuestos del Sector Público aprobada para el año 2022, en consideración con el año inmediatamente anterior".

Décimo noveno: Que, según informó a esta Corte la Superintendencia de Salud, para realizar el cálculo del índice de alza máxima proporcional para el proceso del año 2022, han de ponderarse, en primer término, los índices (IRCSA) de los años 2019, 2020 y 2021, en la forma establecida en el Resolución Exenta N° 352 de 2022. De conformidad con lo señalado en el número 4 de la referida Resolución Exenta N° 352, cada uno de esos IRCSA *"determina la variación referencial del costo operacional del sistema Isapre, el que se compone del costo en la cobertura de prestaciones de salud y del costo por pagos de Subsidio de Incapacidad Laboral"*. Estos indicadores, calculados de conformidad con la metodología a que se hace referencia, determinaron una variación en los costos operacionales del sistema de Isapres de 5,2% para el año 2019; de -0,5% para el año 2020 y de 26,2% para el año 2021.

A continuación, para dar cumplimiento a lo preceptuado en el artículo segundo transitorio de la Ley N° 21.350, se indica en el N° 9 de la referida Resolución Exenta N° 352 que *"La Superintendencia de Salud calcula*



el promedio de los IRCSA 2019, IRCSA 2020 e IRCSA 2021, con una ponderación definida en función de las ganancias del Sistema de Isapres abiertas en los años base respectivo de casa IRCSA, de forma tal de reflejar una menor ponderación al año base con mayor ganancia y una mayor ponderación al año base con menor ganancia, incorporando las diferencias financieras que hubo durante ese período, provocadas por la pandemia”.

En el documento que dicha resolución refiere para realizar esta ponderación, disponible en el hiperenlace https://supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20802_recurso_1.pdf, se expresa la forma de su cálculo, indicando los ponderadores anuales correspondientes aplicables a cada IRCSA anual (0,290, para el año 2019; 0,469 para el 2020 y 0,241 para el 2021), concluyendo que “Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra.”



Vigésimo: Que, en consecuencia, es posible afirmar que, conforme con la actual regulación de la materia, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable "*a todos los planes de salud*" ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que el artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, la Ley N° 21.350 y la Resolución Exenta N° 352 establecen, y, al mismo tiempo, que no es posible aceptar que, por el solo hecho de ajustarse dicha determinación al máximo fijado por la Superintendencia de Salud, tal decisión pueda estimarse justificada o no arbitraria para todos los efectos legales.

Vigésimo primero: Que establecido lo anterior, cabe hacerse cargo de la legalidad o arbitrariedad de la decisión de Isapre Vida Tres S.A. en cuanto a proponer a sus afiliados un alza porcentual de un 7,6% para todos los planes de salud que administra, salvadas las excepciones legales, teniendo presente que no se discute por la recurrente la forma y oportunidad en que recibió la comunicación de la adecuación al alza del precio de su plan de salud, ni el cumplimiento por parte de la recurrida de las restantes formalidades previstas en la



mencionada Circular IF/N° 401, ni que la propuesta de alza supere el máximo fijado por la Resolución Exenta SS N° 352.

Vigésimo segundo: Que, a este respecto, la carta de "Comunicación de adecuación", dirigida al recurrente por la recurrida, Isapre Vida Tres S.A., señala que, de conformidad a lo establecido en la Ley N° 21.350, "es la Superintendencia de Salud la encargada de determinar la variación porcentual máxima que las Isapres podrán aplicar anualmente a los precios base de los planes de salud" y que, en cumplimiento de tal deber, "este organismo anunció para el año 2022 un índice de 7,6%", contexto en el cual consigna que, dado "que el incremento de costos en salud que registró nuestra Isapre entre los años 2020 y 2021 fue de un 20,4%, y que las Isapres no pudieron efectuar ningún ajuste en el precio base de sus planes de salud durante los dos primeros años de pandemia [...] a partir del 1 de junio de 2022 realizaremos un reajuste de 7,6% en el precio base de tu plan de salud", destacando enseguida que la descrita constituye una "medida muy necesaria para mantener en el tiempo la sostenibilidad de nuestra Isapre, lo que se traducirá en poder seguir entregándote todas las coberturas y beneficios establecidos en tu plan de salud".

Desde esta perspectiva la misiva pone de relieve que "durante estos dos últimos años, hemos financiado 137.431



exámenes de PCR para lograr detectar el virus y detener su propagación. Además, 7.177 afiliados pudieron recuperarse tras haberse contagiado, gracias al pago de licencias médicas por Covid-19 y 746 beneficiarios recibieron cobertura en sus hospitalizaciones causadas por el virus. Adicionalmente, 1.284 familias fueron beneficiadas por el Postnatal de Emergencia, teniendo la posibilidad de cuidar a sus hijos recién nacidos por un periodo de tiempo más extenso”, todo lo cual “implicó un costo de \$21.942 millones para nuestra Isapre”.

Asimismo, se lee que “Otro foco muy importante en los últimos dos años fue el aumento exponencial en los días otorgados por licencia médica, creciendo este indicador en un 39,7%”, junto a lo cual se destaca que “un porcentaje importante de estas licencias médicas fueron emitidas sin justificación médica o, simplemente, de forma ilícita”.

Finaliza especificando los efectos del alza dispuesta en el pago de las cotizaciones correspondientes, y se dan a conocer los derechos y opciones del afiliado, incluyendo información sobre planes alternativos, lugares y canales de comunicación con la Isapre para su discusión y los recursos de que dispone ante la Superintendencia de Salud, en caso de estar disconforme con los planes alternativos propuestos, así como la posibilidad que se le ofrece de desafiliarse



en el plazo que indica, en caso de no estar conforme con dichos planes ni con el alza propuesta.

Vigésimo tercero: Que, previo a resolver la razonabilidad de la justificación invocada, es necesario hacerse cargo de la aplicabilidad a su enjuiciamiento de los criterios establecidos en la jurisprudencia uniforme de esta Corte, conforme a la legislación vigente con anterioridad a la publicación de la Ley N° 21.350, en junio de 2021. En síntesis, dicha jurisprudencia exige que para considerar razonable un alza porcentual en los precios bases de los planes de salud, es necesario: a) Que ella responda a cambios efectivos y verificables de las prestaciones cubiertas por el plan individual de salud a que se refieren; b) Que, por lo mismo, ella no se fundamente aludiendo a cifras y criterios generales que los costos de la institución recurrida para otorgar las prestaciones a que está obligada han aumentado, refiriendo valores ilustrativos como los del entonces vigente Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA); y c) Que ella haga referencia a un análisis pormenorizado, racional y que tenga un cabal respaldo técnico que permita su verificación.

Vigésimo cuarto: Que, a este respecto, la recurrida ha alegado en la vista de este recurso que no discute la exigencia de una debida justificación del alza porcentual de los precios de base propuesta, sino solo los criterios



que deben emplearse para ello, sugiriendo que la razonabilidad de esa justificación debe remitirse a los señalado en el artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, en los términos de las modificaciones introducidas por la Ley N° 21.350, y no a los parámetros de la jurisprudencia anterior de esta Corte. Expresó, en ese sentido, que las alzas porcentuales propuestas, conforme a la actual regulación, deben referirse a los criterios generales establecidos en la citada disposición legal, pues según el expreso tenor literal de su letra e), *“el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud”*, infiriéndose, por tanto, que éste ha de fundarse en los criterios generales que, para la fijación del índice máximo por parte de la Superintendencia de Salud, se prevén en su letra a).

Allí se dispone, como ya se citó, que para fijar ese indicador del porcentaje máximo de variación porcentual de los precios bases de los planes de salud, se debe considerar: i) la variación de los costos de las prestaciones de salud; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud; iv) el costo de las nuevas prestaciones; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) cualquier otro elemento que



sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Vigésimo quinto: Que, en consecuencia, si bien es posible afirmar que, conforme con la nueva regulación antes transcrita, la razonabilidad o justificación requerida para una propuesta de variación del precio base de los planes de salud hecha por una Isapre no exige una vinculación directa con los planes individuales, sino que es de carácter general, aplicable *"a todos los planes de salud"* ofrecidos por la Institución de Salud Previsional correspondiente, también lo es que tal variación debe justificarse en los precisos factores que la Ley N° 21.350 establece, reseñados en el considerando anterior.

Vigésimo sexto: Que, no obstante la carta en la que se comunica el alza porcentual del plan base de la recurrente no hace referencia a dichos factores, sino que ofrece, como fundamentación material, la circunstancia de que *"el incremento de costos en salud que registró nuestra Isapre entre los años 2020 y 2021 fue de un 20,4%, y que las Isapres no pudieron efectuar ningún ajuste en el precio base de sus planes de salud durante los dos primeros años de pandemia"*, antecedente que se reproduce en el informe preceptivo.

Al respecto cabe consignar que la sola mención genérica de un supuesto incremento de costos informado a la Superintendencia de Salud no es suficiente para



cumplir con las exigencias de la letra a) del artículo 198 del DFL N° 1 de 2005, pues con ello no se da cumplimiento a la necesidad de expresar: i) la variación de los costos en las prestaciones de salud otorgadas por la recurrida; ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; iii) la variación del costo en subsidios de incapacidad laboral pagados por ella; iv) el costo de las nuevas prestaciones que ha incorporado; v) la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA; y vi) los elementos que han servido para incentivar la contención de costos del gasto de salud.

Más aun, la sola lectura de la carta referida pone de relieve que ésta sólo menciona cifras genéricas, que comprenden algunos elementos elegidos ex profeso por la Isapre y que se refieren exclusivamente, además, a datos de los años 2020 y 2021, pese a que el alza de que se trata abarca el período que media entre 2019 y 2021, y en los que, por otra parte, no se incluye elemento alguno que permita estimar, sea por comparación o a través de cualquier otro método, si efectivamente se han producido las alzas que allí se mencionan, aun cuando sólo digan relación con los únicos costos que se citan en la misiva.

En este sentido, es útil enfatizar que la sola mención de datos de los años 2020 y 2021 aparece como aun más relevante si se advierte que en la Resolución Exenta



N° 352, de la Superintendencia de Salud, se dejó expresa constancia que la variación de los costos de las Isapres ocurrida durante el año 2019 ascendió a un 5,2%, que en el año 2020 alcanzó a -0,5% y que en el año 2021 se elevó a 26,2%, de lo que se deduce que, al elegir sólo una parte del período total considerado para este fin, la Isapre recurrida optó por presentar a su afiliado sólo las cifras que más favorecen a esa parte en el cálculo de que se trata, obviando aquellas que podrían otorgar una comprensión íntegra del fenómeno en estudio, de lo que se deduce que la recurrida no sólo soslaya el cabal cumplimiento del deber de información que sobre ella pesa, sino que, todavía más, intenta aparentar que ha observado tal obligación acudiendo a explicaciones que, sin embargo, contienen argumentaciones vagas y genéricas, que, en realidad, nada ilustran.

Vigésimo séptimo: Que, por lo expresado en los considerandos anteriores, no cabe sino concluir que la recurrida actuó de manera ilegal y arbitraria al proponer a la recurrente una variación porcentual del precio base de su plan de salud sin fundamentar su decisión en los parámetros establecidos en la Ley N° 21.350 para poder hacer tal propuesta, dentro del margen previsto por el indicador de porcentaje máximo de variación de precio base de sus planes fijado por la Superintendencia de



Salud, por lo que el recurso interpuesto deberá acogerse, según se expondrá en lo resolutivo del presente fallo.

Vigésimo octavo: Que, por otra parte, esta Corte no puede dejar de señalar que el acto sustancialmente recurrido en esta causa no es propiamente la carta por la que la recurrida comunica a la recurrente la decisión de proponer una variación porcentual de los precios base de todos los planes de salud que administra en el máximo permitido por el indicador fijado al efecto por la Superintendencia de Salud, sino esa decisión propiamente tal. En efecto, como dispone la letra e) del citado artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, *"en el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra anterior, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio del precio base de los planes de salud y, en caso de que decidan aumentarlo, el porcentaje de ajuste informado será aquel que aplicarán a todos sus planes de salud"*.

Según consta en documento acompañado al informe de la recurrida, dicha decisión se comunicó la Superintendencia de Salud con fecha 22 de marzo de 2022, indicando únicamente que esa Isapre *"aplicará un alza de un 7,6% a todos los planes de salud, encontrándose dentro del índice de variación porcentual calculado por esa*



Superintendencia", de acuerdo a lo estatuido en la Ley N° 21.350 y en la Circular IF/N° 401.

Luego, esa decisión fue comunicada por la recurrida a todos los afiliados en la forma prevista en la Circular IF/N° 401, de 30 de diciembre de 2021, tanto a nivel general –mediante una publicación en el Diario Oficial, avisos en las sucursales y enlaces en sus páginas de internet–, como individual, mediante cartas de adecuación como la que origina la presente causa. En todas estas comunicaciones la información transmitida respecto del porcentaje de variación del precio base de todos los planes de salud que la Isapre administra, salvo las excepciones legales, no pudo ser otra que la decidida y comunicada a la Superintendencia de Salud, con fecha 22 de marzo de 2022.

Así lo señala expresamente la recurrida en su informe y en la carta origen de la acción intentada en estos autos, donde se expresa: *"que el incremento de costos en salud que registró nuestra Isapre entre los años 2020 y 2021 fue de un 20,4%, y que las Isapres no pudieron efectuar ningún ajuste en el precio base de sus planes de salud durante los dos primeros años de pandemia"*, motivos por los cuales, a partir del 1 de junio de 2022, *"realizaremos un reajuste de 7,6% en el precio base de tu plan de salud"*.



Luego, las únicas variaciones posibles en las cartas de adecuación de los precios base enviadas por la recurrida a todos sus afiliados, entre ellos el recurrente, son aquellas que tienen que ver con las alternativas de planes que, de conformidad con el Compendio de Normas aplicable deben ofrecer a los afiliados para que decidan si reclamar de ellas o permanecer o no en la Isapre.

Vigésimo noveno: Que, por tanto, al acoger este recurso, para dar adecuada protección al recurrente y a todos los afectados con la decisión impugnada, con pleno respeto del principio de igualdad consagrado en el artículo 19, N° 2 de la Constitución Política de la República, esta Corte deberá declarar como arbitraria la decisión de la recurrida de proponer alzar porcentualmente en un 7,6% todos los planes de salud que administra, comunicada a la Superintendencia de Salud el día 22 de marzo de 2022 y al recurrente por medio de la carta origen de esta acción cautelar, de fecha 25 de marzo de 2022, por carecer de fundamentos ajustados a las exigencias legales, ordenando las medidas que se indicarán en lo resolutivo para restablecer el imperio del derecho, de conformidad con las facultades conferidas en el artículo 20 de la Carta Fundamental.

Trigésimo: Que, al respecto, cabe consignar adicionalmente que las Isapres, al prestar un servicio de



seguridad social estrictamente regulado y que impone – como en el presente caso– la motivación de las decisiones que afecten a sus afiliados, se sujetan a similares exigencias que los órganos de la administración para justificar la razonabilidad de sus actos, pues solo a través de una adecuada motivación “se exteriorizan las razones que han llevado a la Administración a dictarlo, exigencia que se impone en virtud del principio de legalidad. En efecto, en nuestro ordenamiento jurídico, la Ley N° 19.880, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, consagra los principios de transparencia y publicidad, en cuanto permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de la Administración del Estado, calidad que precisamente detenta el organismo demandado. Es así como el artículo 11 inciso segundo del referido texto legal, previene la obligación de motivar en el mismo acto administrativo la decisión, los hechos y fundamentos de derecho que afecten los derechos o prerrogativas de las personas. A su turno, también el artículo 41 inciso cuarto del aludido texto legal dispone que ‘las resoluciones que contenga la decisión, serán fundadas’. Proceder que, por lo demás, se hace enteramente exigible por mandato del artículo 8° de



la Constitución Política de la República" (Sentencia de 16 de junio de 2017, expedida en autos rol N° 3598-2017).

En esta perspectiva, este tribunal también ha sostenido que "el fin último de la exigencia de motivación de todo acto administrativo no es otro que requerir la explicitación de sus fundamentos racionales, de manera tal que sean comprensibles para el administrado, proveyéndole la información necesaria para que, en caso de disconformidad o agravio, ejerza los mecanismos recursivos que le franquea la ley, tanto ante la Administración como la jurisdicción. Entonces, tal requisito no será satisfecho sino cuando los argumentos del órgano administrativo que adopta la resolución consistan en razones objetivas y comprobables que doten de razonabilidad a la decisión terminal, suprimiendo todo dejo de arbitrariedad" (Fallo de fecha 18 de marzo de 2021, dictado en causa rol N° 103.349-2020).

Finalmente, también se puede citar lo razonado en la sentencia de 21 de abril de 2021, pronunciada en autos rol N° 144.219-2020, en la que se expresa que "es un requisito sustancial en la dictación de un acto administrativo, la expresión del motivo o fundamento, pues la omisión está vinculada a una exigencia que ha sido puesta como condición de mínima de racionalidad, ya que permite y promueve el conocimiento del contenido y fundamentos de las decisiones que adopten los órganos de



la Administración del Estado”, destacando, en ese sentido, que “la fundamentación del acto administrativo es un elemento de su esencia, cuya existencia siempre está bajo el control de la judicatura”.

Trigésimo primero: Por último, esta Corte estima pertinente dejar explícitamente asentadas dos reflexiones.

Por una parte, el examen del asunto sometido al conocimiento de este tribunal ha puesto de relieve la indudable necesidad de una mayor competencia entre las instituciones de salud previsional que intervienen en esta actividad, considerando que, tal como lo expresa la Superintendencia de Salud en el documento denominado “Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2021. Metodología de cálculo”, “Como máximo, las Isapres podrán incrementar el precio base de los planes de salud en 7,6%, sin embargo, tal como se observó para el proceso de adecuación Julio 2020 - Junio 2021, se espera que en 2022 los planes de salud tengan incrementos de precio por debajo de esta cifra, toda vez que las aseguradoras son agentes de seguridad social, por una parte, y que se encuentran en una industria de mercados competitivos, donde el precio es una variable crítica de elección de Isapre (y plan de salud) para las personas beneficiarias del sistema, por otra”.



En ese sentido resulta imperioso recordar que, en un mercado que debiera ser competitivo también por los precios ofrecidos para la cobertura de prestaciones similares, ello no se logra cuando -como es de público conocimiento- todas las Isapres abiertas deciden aplicar como variación porcentual para todos sus planes de salud, salvas las excepciones legalmente establecidas, el guarismo fijado en la Resolución Exenta N° 352 de la citada Superintendencia, aspecto en torno al cual la recurrida se limita a invocar aquellos antecedentes que estima favorables para su posición, esto es, la fijación del mentado incremento en ese 7,6%.

Por otra parte, es útil consignar que, más allá de la decisión de acoger el recurso de protección en examen y con independencia de las medidas de cautela que se dirán en lo resolutivo, los cotizantes de la Isapre recurrida no se verán liberados del cumplimiento de sus principales obligaciones contractuales y, en consecuencia, deberán seguir pagando, íntegramente, las sumas de dinero, expresadas en Unidades de Fomento, correspondientes a su plan de salud, dado que esta sentencia solamente ha resuelto lo relacionado con el alza o incremento del precio base de los planes individuales de salud suscritos por los cotizantes con las Isapres.



Por las anteriores consideraciones y de conformidad con lo que disponen el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se confirma** la sentencia apelada, con declaración de que:

1.- Se deja sin efecto la comunicación de la Isapre Vida Tres S.A. a la Superintendencia de Salud de 22 de marzo de 2022, por medio de la cual informa que subirá un 7,6% todos los planes de salud;

2.- Consecuencialmente, se deja sin efecto el alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la Isapre Vida Tres S.A., informada a dicha autoridad de conformidad con lo dispuesto en el art. 198, letra e) del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud;

3.- La Superintendencia de Salud dispondrá las medidas administrativas para que, en el evento de que se haya cobrado a otros afiliados las cantidades resultantes del alza porcentual de los precios base de todos los planes de salud administrados por la recurrida, éstos hayan optado por un plan diferente o su desafiliación, dichas cantidades sean restituidas como excedentes de cotizaciones o, en su caso, se revoque la modificación de los planes acordada para evitar el alza dejada sin efecto o se reintegre a los afiliados que, para evitar su pago, han optado por su desafiliación;



4.- La Superintendencia de Salud dispondrá un plazo prudencial para que Isapre Vida Tres S.A. cumpla fundadamente y con antecedentes que verificará, con la comunicación prevista en el artículo 198, letra e) del DFL N° 1 del Ministerio de Salud del año 2005, de manera que la propuesta de alza proporcional a todos sus planes de salud, para el año 2022, se ajuste a los parámetros legales.

5.- **El Secretario de esta Corte oficiará a todas las Cortes de Apelaciones** que estén conociendo recursos de protección contra Isapre Vida Tres S.A. por la variación porcentual de los precios base de todos sus planes de salud, comunicada a la Superintendencia de Salud con fecha 22 de marzo de 2022 y a sus afiliados en las cartas correspondientes, para que se agregue copia autorizada de esta sentencia.

6.- Que, sin perjuicio de todo lo resuelto, se deja sin efecto el alza en el valor del precio base del plan de salud de la parte recurrente.

Se previene que el Ministro Sr. Matus concurre al acuerdo y fallo, pero sin compartir lo señalado en los considerandos noveno a décimo cuarto ni lo decidido en el numeral 4 de lo resolutivo.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Matus.

Rol N° 14.821-2022.



Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E. y Sr. Jean Pierre Matus A.

SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO

Fecha: 18/08/2022 15:12:51

ANGELA FRANCISCA VIVANCO
MARTINEZ

MINISTRA

Fecha: 18/08/2022 15:12:52

ADELITA INES RAVANALES
ARRIAGADA
MINISTRA

Fecha: 18/08/2022 15:12:53

MARIO ROLANDO CARROZA
ESPINOSA
MINISTRO

Fecha: 18/08/2022 15:12:53

JEAN PIERRE MATUS ACUÑA
MINISTRO

Fecha: 18/08/2022 15:12:54



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Angela Vivanco M., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E., Jean Pierre Matus A. Santiago, dieciocho de agosto de dos mil veintidós.

En Santiago, a dieciocho de agosto de dos mil veintidós, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.

