

Santiago, diecisiete de marzo de dos mil veintiuno.

A las solicitudes pendientes, estése a lo que se resolverá a continuación.

Vistos:

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

Y teniendo en lugar de las consideraciones eliminadas y además presente:

Primero: Que, en la especie, se ha ejercido esta acción cautelar por la parte recurrente en razón del acto de la Isapre recurrida, que califica como ilegal y arbitrario, consistente en la modificación unilateral del precio base de su plan de salud, ofreciéndosele, entre otras opciones, mantener el existente, pero incrementando su costo. Funda la ilegalidad y arbitrariedad del acto que reclama en que la recurrida está modificando unilateralmente un contrato bilateral sin precisar los motivos que sustentan el alza del precio base del plan, y en que tampoco se divisa la causa de la cual pudiere colegirse que es necesario aumentar el costo del plan pactado originalmente.

Segundo: Que, al informar, la Isapre recurrida manifiesta que no ha incurrido en acto arbitrario o ilegal alguno, refiere que la decisión de adecuar el plan de salud del cotizante se fundamenta en el aumento de los gastos en



dicho ámbito de los afiliados de Isapre Cruz Blanca, que, tal como se explica en la carta de adecuación enviada al recurrente, aumentaron un 13%, lo que es consistente con el estudio y análisis de carácter técnico elaborado por la Superintendencia de Salud, órgano especializado dispuesto por la ley para fiscalizar a las instituciones de salud previsional; que demuestran, de una manera razonada y entendible, que los costos operacionales, en el período anual anterior a la anualidad en que se materializará el alza, aumentaron efectivamente, conforme a un índice que desglosa al efecto los distintos conceptos contenidos en los rubros en que éstos se clasifican.

Afirma que la decisión de la Isapre está claramente explicada en la carta de adecuación sobre la base de los elementos, en ella referidos, que inciden en los aumentos de costos en el precio del plan del recurrente.

Agrega que la Superintendencia de Salud ha calculado, sobre la base de tres Índices Referenciales de Costos de las Isapres elaborados a partir de la metodología definida por el Instituto Nacional de Estadísticas, una variación del costo operacional de las Isapres, al respecto para el proceso de Adecuación 2020-2021, el alza promedio ponderada de la cartera total de clientes de Isapre Cruz Blanca S.A. fue de un 4%, porcentaje que corresponde al alza promedio ponderada determinada de acuerdo al procedimiento que establece la ley, y está en línea con la adecuación



promedio estimada por la Superintendencia de Salud, puesto que el análisis de la Superintendencia de Salud de un Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA) concluyó que la adecuación debiese estar en el rango de un 4.0% y un 5.2%, por lo que Isapre Cruz Blanca se ha alineado al calcular el alza ajustándose en lo particular al límite inferior.

Tercero: Que, en la carta de adecuación enviada al recurrente y acompañada en autos, consta que la recurrida sostiene que: *"El sistema de Isapres tiene un componente solidario. Las Isapres solidarizan los diferentes riesgos individuales de sus afiliados, esto significa que tus cotizaciones han contribuido a financiar tus gastos en salud (prestaciones de salud y licencias médicas) y también los gastos en salud del conjunto de afiliados de la Isapre. Es importante destacar que la normativa vigente no permite considerar el estado de salud del afiliado o su grupo familiar, cualquiera haya sido éste, para efectos de revisar el precio de los contratos de salud. Los gastos de salud de los afiliados de Isapre Cruz Blanca aumentaron un 13%. Esto se debe a distintos factores, entre los que destacan:*

- *Coberturas otorgadas: la Isapre bonificó 1.3% más por cada prestación (de 63.9% en 2018 a 64.8% en 2019), vinculado al uso del plan, ampliaciones de cobertura, elección de prestadores, entre otras.*



- *Mayor acceso a prestaciones:* el número de prestaciones ambulatorias y hospitalarias aumentó un 2.8%. Esto significa que se realizaron más consultas médicas, exámenes y/o procedimientos quirúrgicos para los afiliados y sus beneficiarios. En promedio cada afiliado tuvo 18.3 prestaciones vs. 17.8 el año anterior.

- *Cobertura en nuevas prestaciones:* durante 2019 se incorporó la cobertura para prestaciones que antes debían ser financiadas íntegramente por los afiliados, como por ejemplo, 7 nuevas prestaciones de laboratorio clínico (análisis por biología molecular), 8 nuevos programas asociados a diagnóstico relacionados con fertilidad asistida y 6 nuevas prestaciones de banco de sangre (banco de tejidos y precursores hematopoyéticos. Además, en el año 2020 se agregaron: 18 nuevas prestaciones de quimioterapia, 12 nuevas prestaciones para el diagnóstico de cáncer, 7 nuevas prestaciones de telemedicina, 11 prestaciones para diagnóstico de enfermedades infecciosas, 3 nuevas prestaciones de terapia ocupacional, 10 nuevos programas asociados a diagnóstico, 7 nuevos programas asociados a emergencia.

- *Más días de Licencias Médicas:* el número de días pagados por licencias médicas aumentó un 3.4%, es decir en promedio un afiliado recibió pago por 9.7 días vs 9.4 del año anterior. Además, el costo asociado a los días pagados aumentó un 4.6%, por ejemplo, cada día varió en su valor de



\$41,499 vs \$39,680 del año anterior”.

Cuarto: Que, conforme consta en el documento denominado Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA), éste tiene por objetivo dar cuenta de la variación del costo operacional de las Isapres abiertas calculado en base a los siguientes índices seleccionados:

- a) ICBI (Cantidad prestaciones): Índice de Cantidad Bonificada Isapre, mide la evolución de la frecuencia de uso (efecto cantidad) de las prestaciones de salud contenidas en el Arancel Fonasa MLE con base en el valor bonificado. A nivel agregado se presenta ajustado por el número de beneficiarios;
- b) IBUVI (Precio prestaciones): Índice de Valor Unitario Bonificado Isapre, mide la evolución del valor bonificado unitario (efecto precio) de las prestaciones de salud contenidas en el Arancel Fonasa MLE, a nivel de monto bonificado. A nivel agregado se presenta deflactado por el IPC y
- c) IGSI: Índice de Gasto en Subsidios Isapre, mide la evolución del costo en Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL) por licencias médicas curativas de cargo de las Isapre. Se presenta deflactado por el IPC y ajustado por el número de beneficiarios.

El citado documento precisa que la variación del costo operacional se calcula con base en los registros que las



Isapres entregan a la Superintendencia a través de los Archivos Maestros de Prestaciones Bonificadas y de Licencias Médicas.

Quinto: Que, a efectos de resolver la controversia planteada, es preciso citar el inciso tercero del artículo 197 del D.F.L. N° 1 que Fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469 el que dispone: "*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*".

Sexto: Que, en este orden de ideas, ha de entenderse que la facultad revisora de la entidad de salud exige una razonabilidad en sus motivos, esto es, que la revisión responda a cambios efectivos y verificables de los precios de las prestaciones cubiertas por el plan. Para cumplir con esta exigencia, la recurrida ha expresado en la carta de adecuación una serie de datos mediante los cuales pretende justificar su decisión, como asimismo amparar su determinación en el Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA) elaborado por la Superintendencia de Salud, dando aplicación directa y sin tamizaje del guarismo sugerido en este instrumento.



Séptimo: Que, conforme se viene diciendo, la carta a que se ha hecho referencia y con la cual la recurrida pretende justificar su decisión de adecuar el plan de salud del recurrente no satisface la exigencia de razonabilidad referida en el motivo anterior. En efecto, ésta se circunscribe a afirmar, 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 pero carentes de un pormenorizado, racional y cabal respaldo técnico.

Asimismo cita, con el fin de robustecer la comunicación enviada al afiliado, el Indicador Referencial de Costos de la Salud (IRCSA), sin embargo no repara en que este documento no se erige por sí sólo como antecedente suficiente para justificar dicha alza, toda vez que, en el numeral 3 de éste se advierte por la autoridad que es importante tener presente, al momento de interpretar los resultados, que el indicador sintetiza las variaciones de los costos incurridos por las Isapres en la bonificación de prestaciones y licencias médicas, es decir, hace referencia a la operación conjunta de las Isapres abiertas del sistema y no particulariza en las realidades de cada institución.

En consecuencia, no puede pretenderse reajustar los precios con sólo estos antecedentes que se invocan por quien está obligado a brindar por un contrato, que reviste



características de orden público y jerarquía constitucional, las prestaciones de un bien como la salud.

Octavo: Que la interpretación y aplicación restrictiva de las circunstancias que justifican una revisión objetiva se apoya en el carácter extraordinario de la facultad de la Isapre y la particular situación en que se encuentran los afiliados a un plan frente a la nombrada institución a la hora de decidir si se mantienen o no las condiciones de contratación. De este modo se salvaguardan, por una parte, los legítimos intereses económicos de las instituciones frente a las variaciones de sus costos operativos y, por otra, se protege la situación de los afiliados, en la medida que la revisión de los precios sólo resultará legítima por una alteración objetiva y esencial de las prestaciones, apta para afectar a todo un sector de afiliados o, a lo menos, a todos los que contrataron un mismo plan. Lo anterior sin perjuicio de que, en su caso y libremente, se puedan pactar modificaciones de las condiciones particulares si todos los interesados convienen en ello.

Noveno: Que, por lo expuesto, la facultad revisora de la Isapre debe entenderse condicionada en su esencia a un cambio efectivo y plenamente comprobable del valor económico de las prestaciones integrales en el ámbito de la salud, en razón de una alteración sustancial de sus costos y no por un simple aumento debido a fenómenos



inflacionarios o a la injustificable posición de que la variación pueda estar condicionada por la frecuencia en el uso del sistema, pues es de la esencia de este tipo de contrataciones la incertidumbre acerca de su utilización.

Décimo: Que, de este modo, para resolver la presente acción constitucional, la recurrida no ha demostrado factores atendibles que justifiquen revisar la adecuación del precio base del plan al que se acogió el recurrente, de lo que se sigue que la actuación observada y que se reprochó, si bien enmarcada en el artículo 197 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de Salud, no corresponde a una aplicación razonable y lógica de la aludida facultad, pues no se fundó en cambios efectivamente pormenorizados y comprobados de las condiciones que se requieren para ello, sin perjuicio de los mecanismos de arbitraje y mediación a que se refieren los artículos 117 y 120 del referido Decreto con Fuerza de Ley N° 1.

Undécimo: Que, coherente con lo expuesto, es dable colegir que la Isapre recurrida actuó arbitrariamente al revisar los precios del plan del reclamante y proponer las modificaciones indicadas en la comunicación que le dirigiera, sin haber demostrado en los términos exigibles las modificaciones de precios del plan de salud en razón de una variación sustancial de costos para asegurar la equivalencia de las obligaciones del contrato de salud con un estándar de razonabilidad y justicia que asegure el



equilibrio de las prestaciones, variaciones en cuya única virtud pudo válidamente obrar.

Duodécimo: Que dicha arbitrariedad importa afectar directamente el derecho de propiedad del recurrente protegido por el artículo 19 N° 24 de la Carta Fundamental, desde que lo actuado implica una disminución concreta y efectiva en el patrimonio de éste al tener que soportar una injustificada carga derivada del mayor costo de su plan de salud por este motivo.

Décimo tercero: Que, acorde con lo que se ha reflexionado precedentemente, el recurso de protección debe ser acogido.

Décimo cuarto: Que, en relación a las alegaciones señaladas por la recurrida en relación al Oficio Circular IF/N° 72 de la Superintendencia de Salud, acompañado en autos, es preciso señalar que no alteran en nada lo concluido precedentemente.

Por estas consideraciones y de conformidad con lo que dispone 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 de protección disponiéndose que se deja sin efecto el alza del plan base, **con costas**.

Regístrese y devuélvase.

Rol N° 15.505-2021.



Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Angela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E. y el Abogado Integrante Sr. Pedro Aguila Y. Santiago, 17 de marzo de 2021.

Autoriza el Ministro de Fe de la Excma. Corte Suprema.

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

