

Santiago, a treinta de noviembre de dos mil veintidós.

Vistos:

Se reproduce la sentencia en alzada, únicamente en su parte expositiva.

Y se tiene, en su lugar y, además, presente:

Primero: Que la recurrente en estos autos apela de la sentencia de primera instancia sosteniendo que la recurrida no solo debe abstenerse de utilizar y aplicar la tabla de factores elaborada en base a aquellas normas legales que fueron declaradas inconstitucionales y derogadas por la sentencia dictada por el Tribunal Constitucional, el día 6 de agosto del año 2010, en autos Rol 1710-10-INC, como allí se dispone, sino que, además:

1. Debe ordenarse que la recurrida debe fijar como precio único de su contrato individual de salud el del precio base de su plan de salud, considerando "un único precio base, sin distinguir el tamaño del grupo familiar";

2. Debe ordenarse no aplicar modificación alguna al contrato de salud individual al agregarse una carga, cuando "el financiamiento de la cobertura médica asociada a las cargas es suficientemente cubierta por la prima



GES”.

Segundo: Que, por su parte, la recurrida impugna dicha sentencia, sosteniendo que la tabla de factores como tal no ha devenido en inconstitucional y que, por tanto, puede ser aplicada al contrato de salud individual de la recurrente para efectos de determinar su precio final, pues solo se han derogado parte de las disposiciones contenidas en artículo 199 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Añade que, específicamente en lo que toca a la cobertura de las cargas menores de dos años, ha sido el propio Tribunal Constitucional quien, en recursos fallados posteriormente al citado Rol 1710-10-INC, ha declarado que asociar a su cobertura un factor de riesgo no sería discriminatorio ni desproporcionado y, por tanto, tampoco inconstitucional establecer para cada plan de salud y aplicar en cada contrato individual una tabla de factores que así lo estableciera (Rol N° 5.795-18-INA y una serie de fallos en similar sentido que el arbitrio menciona).

Agrega que, además, en mérito de las disposiciones legales que no han sido declaradas inconstitucionales y



las Circulares de la Superintendencia de Salud –entre las IF 317 de 18 de octubre de 2018 y la IF 343, de 11 de diciembre de 2019– que no han sido dejadas sin efecto, resulta que “la aplicación de la tabla [de factores] sigue siendo obligatoria para las ISAPRE en virtud de la legislación vigente”.

Concluye, argumentando que el impedir la aplicación de la tabla hace imposible su sostenibilidad financiera por las razones que expone.

Tercero: Que de lo señalado en los considerandos anteriores y lo expresado por las partes en estrados, se puede colegir que la controversia objeto de esta causa radica en la forma en que se ha determinado por la Isapre recurrida el precio final del contrato de salud de la recurrente, aplicando la tabla de factores asociada.

Que dicha controversia, para una mejor resolución, puede descomponerse lógicamente en los siguientes aspectos:

A) La ilegalidad o arbitrariedad de considerar para la determinación del precio final de un contrato individual de salud una tabla de factores de riesgo



asociada al cotizante o afiliado, cuya aplicación altere el precio del plan de salud contratado;

B) Si se acepta que ello no es ilegal o arbitrario, corresponde discutir la ilegalidad o arbitrariedad de considerar para la determinación del precio final de un contrato individual de salud el número de sus beneficiarios o cargas adicionales al cotizante o afiliado;

C) Aún aceptando lo anterior, resta discutir la ilegalidad o arbitrariedad de la determinación de los factores de riesgo y su cuantía asociados a la tabla de factores fijada por la ISAPRE recurrida para el plan de salud de la recurrente, con especial consideración del hecho de ser menor de dos años la nueva carga.

I. Sobre la ilegalidad o arbitrariedad de emplear tablas de factores de riesgo de salud en la determinación de los precios finales de los contratos individuales de salud.

Cuarto: Que el empleo de tablas de factores en la determinación del precio final de un contrato individual de salud ha sido objeto de una masiva litigación, con



miles de causas y sentencias asociadas cuya doctrina principal recoge la sentencia recurrida en sus eliminados considerandos sexto y séptimo. Ella puede resumirse en la afirmación de que es arbitraria un alza en el precio final de un contrato de salud por aplicación de una tabla de factores de edad o sexo del afiliado o contratante, como entre otras miles de sentencias se afirma en las causas CS Roles N°58.873-2018 y N°2.681-2020 que la sentencia en alzada cita.

Quinto: Que, sin embargo, un mejor estudio de los antecedentes, hace necesario precisar los efectos generales que se le ha dado a esta doctrina, pues sin abandonar su pertinencia respecto de los casos en que se producen alzas unilaterales de los precios de los contratos individuales de salud por el solo transcurso del tiempo y la llegada de un afiliado o afiliada a una edad determinada, lo cierto es que ese no es el caso de la aplicación de una tabla de factores de riesgo de salud para la determinación del precio de un nuevo contrato individual de salud, respecto de un afiliado que recién se incorpora a la ISAPRE que se trate.



Sexto: Que, en efecto, es un hecho que tras la declaración de inconstitucionalidad y consecuente derogación por la sentencia Rol N° 1710-10 del Tribunal Constitucional, de los numerales 1, 2, 3 y 4 del actual artículo 199 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, del año 2005, del Ministerio de Salud, siguen vigentes sus artículos 170, letras n) y m), 199, inciso primero, 202 y 203, que hacen referencia expresa a las tablas de factores según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a grupos definidos por la Superintendencia en instrucciones de general aplicación y a la forma como ellas inciden en la determinación del precio final de los contratos individuales de salud, disponiendo al efecto el citado inciso primero del artículo 199 de dicho cuerpo legal: *“Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan de salud, la Institución deberá aplicar a los precios base que resulten de lo dispuesto en el artículo precedente, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores”.*

Séptimo: Que, de este modo, con el fin de dar



aplicación a la subsistencia de las normas citadas y siguiendo los lineamientos del Tribunal Constitucional en orden a eliminar la discriminación por sexo y restringir la derivada de la edad, la Superintendencia de Salud dictó la Circular IF/N°343 de la Superintendencia de Salud, de 11 de diciembre de 2019, que Imparte Instrucciones sobre una Tabla de Factores Única para el Sistema ISAPRE, donde se dispone:

“Las instituciones de salud previsional deberán utilizar, para la totalidad de los planes que comercialicen, durante los próximos cinco años contados desde la entrada en vigencia de las presentes instrucciones, la tabla de factores única que se indica a continuación:

<i>Tabla de Factores</i>		
<i>Tramos de Edad</i>	<i>Cotizante</i>	<i>Cargas</i>
	<i>s</i>	
<i>0 a menos de 20 años</i>	<i>0,6</i>	<i>0,6</i>
<i>20 a menos de 25 años</i>	<i>0,9</i>	<i>0,7</i>
<i>25 a menos de 35 años</i>	<i>1,0</i>	<i>0,7</i>
<i>35 a menos de 45 años</i>	<i>1,3</i>	<i>0,9</i>
<i>45 a menos de 55 años</i>	<i>1,4</i>	<i>1,0</i>
<i>55 a menos de 65 años</i>	<i>2,0</i>	<i>1,4</i>
<i>65 y más años</i>	<i>2,4</i>	<i>2,2</i>



Dicha tabla será aplicada para la determinación del precio en el momento de la suscripción del contrato y de la incorporación de beneficiarios, según sea el caso. Sin embargo, no regirá para efectos de modificación del precio por cambio de tramo etario”.

Octavo: Que, por una parte, estas instrucciones son coincidentes con lo que ya se ha resuelto en reiteradas oportunidades por esta Corte, en el sentido de que no es posible distinguir en razón del sexo, por la vía de aplicar a las cotizantes mujeres - principalmente a aquellas en edad fértil - un factor superior a aquel que correspondería, para el mismo plan, a un hombre de igual edad. Sobre este punto se refieren, entre muchos otros, los fallos CS Roles N° 9.169-2019, N°119.739-2020, N°132.125-2020 y N° 5.132-2021, los cuales se sustentan precisamente en haberse derogado este componente a la hora de determinar los factores de la tabla.

Noveno: Que, por otra parte, en cuanto la prohibición del alza del precio de un contrato vigente por aplicación de la Tabla de Factores, las instrucciones de la Superintendencia de Salud en la ya citada Circular N°343,



son también plenamente compatibles con lo resuelto masivamente por esta Corte, al disponer que la Tabla Única de Factores *"no regirá para efectos de modificación del precio por cambio de tramo etario"*. Aquella instrucción no es sino una reiteración de lo señalado, en su oportunidad, en la Circular N°317 de 18 de octubre de 2018, que *"Instruye a las Isapres Aplicar la Reducción del Precio por Cambio de Factor Etario en la Ejecución de los Contratos de Salud Previsional"*, conforme a la cual, desde la dictación de la referida sentencia del Tribunal Constitucional Rol N°1710, *"no existe controversia en cuanto a que mientras no sea modificada la ley, las isapres se encuentran impedidas de aplicar aumentos de precio por cambio de factor etario de los beneficiarios de los contratos de salud, toda vez que han dejado de regir las normas que otorgaban sustento legal a esa facultad"*.

Además, el regulador remarca que, *"sin embargo, tratándose de la reducción del factor etario que favorece al beneficiario que cambia de tramo, este Organismo a través de su Tribunal Especial, ha venido resolviendo desde el año 2013 las controversias sobre la materia,*



disponiendo la aplicación de la rebaja del precio, al estimar que la mantención del factor de riesgo fijado en las tablas para el tramo etario anterior es contrario a la Constitución, lesionando los derechos del cotizante y sus beneficiarios a la protección de la salud y a la seguridad social de manera indefinida y permanente, al gravar en forma desproporcionada el costo del plan de salud, dejándolos en una situación de vulnerabilidad”, razón por la cual instruye a las instituciones “la obligación de aplicar, cada vez que corresponda, la reducción del precio por cambio del factor etario de los beneficiarios de sus contratos de salud”, ratificando que se encuentran impedidas de aplicar aumentos de precio por este motivo.

De allí se sigue que, actualmente, la edad sea un componente que, en la medida que exista una permanencia dentro de un mismo plan, juega en beneficio del afiliado y sus beneficiarios, aplicándose siempre a la baja y, en otros términos, el cambio de tramo etario no motivará jamás un alza en el precio final del plan.

Décimo: Que, en consecuencia, tras este nuevo estudio de los antecedentes, esta Corte entiende que no es ilegal,



para la determinación del precio final de un nuevo contrato individual de salud, multiplicar el precio base del plan complementario de salud ofrecido por el factor de riesgo del cotizante o afiliado determinado en una tabla de general aplicación, que no discrimine por sexo y que establezca grupos etarios correspondientes a sus riesgos de salud, de conformidad con la instrucción general contenida en la Circular IF/N° 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. El precio final así fijado al momento de contratar no podrá modificarse al alza por el solo cambio de grupo etario del cotizante o afiliado durante la vigencia del contrato.

II. Sobre si es ilegal o arbitrario considerar para la determinación del precio final de un contrato individual de salud el número de sus beneficiarios o cargas adicionales al cotizante o afiliado.

Undécimo: Que a efectos de dilucidar esta cuestión, planteada por la recurrente como el hecho de que, al aplicar la tabla de factores al cotizante y a cada nuevo beneficiario, se estarían cobrando tantos planes base como la suma de factores resultante (en la especie: 3,9 "planes



base”), cabe señalar en primer lugar que, de conformidad con lo razonado en el apartado anterior, el precio final del contrato individual de salud se determina multiplicando el valor del precio base del plan de salud complementario ofrecido por el factor de riesgo de la tabla respectiva.

Luego, siguiendo el ejemplo de la tabla de factores única establecida en la Circular IF/N° 343, al suscribirse un nuevo contrato de salud entre una Isapre y un cotizante individual de 60 años, el precio final de su contrato de salud individual se calcula multiplicando por “2” el valor del plan base ofrecido (2PB), sin que ello importe una duplicación de dicho plan base. Y si, al momento de contratar, se incorpora como carga el cónyuge, de 50 años edad, el precio final será la suma de los factores de ambos beneficiarios (3: 2 del cotizante más 1 de la carga) multiplicada por el precio base del plan respectivo (3PB), sin que ello importe una triplicación de planes base, sino únicamente la aplicación de la fórmula prevista en los artículos 170 letra n) y 199 del DFL N° 1, de 2005.

Duodécimo: Que esta interpretación es coincidente con



la entregada por la Superintendencia de Salud quien, informando a esta Corte en la tramitación de este recurso señaló, en lo pertinente: *"Con respecto a la distinción entre precio base y precio final, podemos señalar que el artículo 170 letra m) del DFL N°1/2005 del Ministerio de Salud - transcrito en el numeral 3 de este informe - diferencia uno del otro, de esta suerte, el precio base es único, esto es, se aplica a todos los afiliados de un mismo plan y, por otra parte, el precio final es variable, ya que dependerá de la cantidad de personas beneficiarias de un contrato y del factor de edad que les corresponda.*

En este mismo orden de ideas, puede decirse que precio base y precio final no necesariamente serán equivalentes.

(...)

De lo expuesto, aparece establecido que el precio base es el que asigna la Institución de Salud Previsional a cada plan de salud, con total independencia del número de beneficiarios, y se aplica a todas las personas que contraten el mismo plan, es decir, el precio base del plan de salud no varía.



Distinto es el caso del precio final, el cual - como la misma norma indica - se obtiene de multiplicar el respectivo precio base por el factor que corresponde al afiliado o beneficiario de acuerdo a la respectiva tabla de factores.

Es decir, el precio base, siendo único, es una base de cálculo para la determinación del precio final resultante de la aplicación de la tabla de factores y beneficiarios".

Menciona, a su vez, el Oficio Ord. SS/N°1506 de 27 de mayo de 2022, en respuesta a una presentación de la Asociación de Isapres, el cual adjunta y que explica: "es el precio final y no el precio base, el que se modifica por la variación del número de beneficiarios" y finaliza señalando "que la interpretación de esa Asociación en orden a que se reconocería la aplicación de 'tantos precios bases como beneficiarios del contrato' no tiene asidero en la normativa previamente reseñada".

Décimo tercero: Que esta forma de calcular la cotización pactada que determina el precio final de contrato individual de salud, basada en la multiplicación



del valor de un plan base por la suma de los factores de riesgo de sus beneficiarios, difiere de manera evidente del sistema previsto para las cotizaciones al Fondo Nacional de Salud, basadas en un porcentaje único para cada afiliado, con independencia del número de cargas legales que deba atender, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 84 del Decreto Ley N°3.500, 1 del Decreto Ley N°3.501 y 137 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, ya singularizado.

Ello puede explicarse pues el sistema de financiamiento de uno y otro régimen es completamente diferente: el del sistema privado de salud se financia íntegramente con "cargo al aporte de la cotización legal para salud o una superior convenida" con sus afiliados (artículo 171 Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005); mientras el del Fondo Nacional de Salud lo hace con dichas cotizaciones y "los recursos que establezcan las leyes", entre ellas, las de Presupuesto General de la Nación (artículo 158 del mismo cuerpo normativo). Del mismo modo, las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud, tienen derecho a un porcentaje de contribución de sus



gastos de salud en los servicios públicos, del que carecen los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional, quienes deben pagar el valor total de las prestaciones que de dicho servicio reciban (artículo 157 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005).

Décimo cuarto: Que, todo lo señalado hasta ahora permite entender la naturaleza única del precio base de cada plan de salud ofrecido por las Isapres a sus eventuales contratantes, esto es, no sólo se trata del mismo para todos aquellos afiliados que contraten el mismo plan sino que, contratado éste, su monto no varía en razón del número, sexo o la edad de los contratantes y sus beneficiarios, manteniéndose en una suma constante.

Distinto es el caso del precio final, de carácter variable respecto de cada contrato de salud individual, y cuya cuantía depende precisamente de la cantidad de beneficiarios y del factor de riesgo que a cada uno corresponda, fijado en la tabla de factores aplicable. En otras palabras, la operación regulada en el artículo 199 del DFL N°1 exige que, para determinar la cotización pactada en el precio final de cada contrato individual, el



precio base del plan contratado ("Precio Base Plan") sea multiplicado por la suma de los factores de riesgo que correspondan a cada uno de los beneficiarios ("Factor Grupo Familiar"), cantidad que deberá ser sumada a las primas GES, CAEC y los beneficios adicionales, tal como se expresa en las casillas del Formulario Único de Notificación preparado por la Superintendencia del ramo.

Décimo quinto: Que por lo dicho anteriormente, esta Corte considera ajustado al texto legal el procedimiento de cálculo del precio final del concertado individual de salud aplicado a la recurrente, esto es, la multiplicación del precio base ofertado por la suma de los factores de la tabla respectiva de todos los miembros del grupo familiar, sin perjuicio de lo que se dirá enseguida sobre la cuantía de los valores comprendidos en la tabla aplicada en la especie, particularmente respecto de la carga nonata que se incorpora.

III. Sobre la especial situación de la carga no nata y la menor de dos años

Décimo sexto: Que, sin perjuicio de lo ya señalado, es necesario todavía hacerse cargo en este lugar de la



especial situación de la incorporación de cargas no natas y menores de 2 años, en principio causante de un alza del precio final del contrato respectivo, por la suma del factor 0,6, que la Tabla de Factores contenida en la Circular IF/ N° 343 de la Superintendencia de Salud establece para todas las cargas de 0 a 20 años.

Décimo séptimo: Que, al respecto, esta Corte ha venido decidiendo de también de manera uniforme, indicando que *“la cobertura de las prestaciones que motivan el alza del plan de salud de la parte recurrente, en razón de la incorporación de un hijo menor de 2 años, se encuentra cubierta de conformidad a las disposiciones de la Ley N°19.966 de Régimen general de Garantías de Salud, abarcando, aminorando o atenuando los riesgos de un importante número de dolencias”* (SCS Roles N°27.843-2019 y 26.959-2019, entre otros).

Por lo demás, de esta forma se asegura el acceso de todo niño recién nacido, a las prestaciones de salud necesarias para un período relevante de su desarrollo, materializando así un derecho básico cuyo titular es un sujeto de especial protección. En efecto, el derecho del



niño de acceso a la salud, se encuentra no sólo en la Convención de los Derechos del Niño ratificada por Chile, sino también constituye uno de los pilares fundamentales de la reciente Ley N°21.430 cuyo artículo 38 dispone, en lo pertinente: *“Derecho a la salud y a los servicios de salud. Todo niño, niña y adolescente, con independencia de su edad y estatus migratorio, tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y a servicios y procedimientos de medicina preventiva, tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la salud (...) El Estado debe garantizar progresivamente a todos los niños, niñas y adolescentes acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos y a servicios de salud mental, adoptando todas las medidas necesarias para su plena efectividad, sea en el sistema público o en el sistema privado de salud. Los niños, niñas y adolescentes deberán contar con su propia credencial de pertenencia a un sistema de salud, sea público o privado”*.



Décimo octavo: Que, a la luz de lo anterior, corresponde concluir que, si bien la incorporación de un nuevo beneficiario produciría una justificada modificación al alza del precio del contrato individual de salud, ésta ha de verse suspendida entre su desarrollo intrauterino y los dos años de edad, sin perjuicio del cobro por la prima GES correspondiente que, en ese período cubriría los riesgos de un importante número de dolencias del no nato y el recién nacido, en la forma que se expresará en lo resolutivo de esta sentencia.

IV. Sobre la ilegalidad o arbitrariedad de la determinación de los factores de riesgo y su cuantía asociados a la tabla de factores fijada por la ISAPRE recurrida para el plan base de la recurrente, con especial consideración del hecho de ser menor de dos años la nueva carga.

Décimo noveno: Que, llegados a este punto, cabe ahora abocarse al examen particular del alza del precio del contrato de salud individual de la recurrente mediante la aplicación de la tabla de factores asociada por la incorporación de un una nueva carga no nata y, en



consecuencia, menor de dos años.

Vigésimo: Que son hechos no controvertidos en esta causa, corroborados por los documentos acompañados, los siguientes:

1. Que con fecha 24 de enero de 2022 la recurrente suscribió con la recurrida un Formulario Único de Notificación de modificación de su contrato individual de salud, agregando un beneficiario no nato.

2. Que el Plan de Salud Complementario contratado por la recurrente corresponde al signado con el código MDT3319, "Mediterráneo 3319", de carácter individual, cuyo precio base, a la fecha de la modificación referida, es de 1,73 UF.

3. Que la Tabla de Factores acompañada a dicho Plan de Salud Complementario contempla una fijación de precios de suscripción y modificación al número de beneficiarios que fija valores diferenciados para 14 grupos etarios, distinguiendo, además, entre cotizantes y cargas, masculinas y femeninas.

4. Que en el Formulario Único de Notificación donde se acuerda el alza reclamada figura como "Precio Base



Plan" la cantidad de 1,73 UF y como "Factor Grupo Familiar" el guarismo 3,90, de tal modo que su multiplicación resulta 6,75 UF, a la que se añade un precio GES de 1,54 UF para llegar a una "Cotización Pactada" de 8,29 UF, que resulta ser el precio final del contrato individual de salud así modificado.

5. Que de conformidad con la tabla de factores asociada, el mencionado guarismo de 3,90 corresponde a la suma del factor de la cotizante, determinado por sexo y edad en 1,9, más la del nonato incorporado, determinado por sexo y edad en 2.

6. Que, de este modo, se ha alzado el valor del precio final del contrato de salud de la recurrente, sumando los factores correspondientes a su edad y sexo con los del hijo no nato que se incorpora.

Vigésimo primero: Que lo primero que cabe advertir a esta Corte en la especie es el empleo de una tabla de factores por parte de la recurrida que no sólo difiere de la que ordena aplicar la Superintendencia del ramo en su Circular IF/N° 343, de 2019, sino que, al así hacerlo, controvierte directamente los fundamentos de la sentencia



del Tribunal Constitucional Rol N° 1.710-10 que declaró inconstitucional la diferenciación por sexo y edad en las tablas de factores de las Instituciones de Salud Previsional, derogando las normas legales que así lo permitían.

Vigésimo segundo: Que, en efecto, en dicha sentencia del Tribunal Constitucional – que la Superintendencia de Salud tuvo expresamente en consideración al emitir la Circular IF/N° 343 –, se señaló haber logrado convicción en cuanto a que los números 1, 2, 3 y 4 del inciso tercero del artículo 38 ter de la Ley N°18.933, que permitían una diferenciación por sexo y etaria en tramos de entre tres y cinco años *“son incompatibles con el derecho a la igualdad ante la ley, especialmente entre hombres y mujeres y lesionan, asimismo, el derecho a la protección de la salud y el derecho a la seguridad social, en el sentido que todos ellos se encuentran reconocidos y asegurados en nuestra Carta Fundamental”*; añadiendo que *“si bien las diferencias fundadas en los criterios de la edad y del sexo de las personas no son, en sí mismas, jurídicamente reprochables, ni tampoco prima facie arbitrarias, siempre*



que respondan a una fundamentación razonable, sí lo son aquellas que se derivan de dichos preceptos. En efecto, los numerales 1, 2, 3 y 4 del inciso tercero del artículo 38 ter de la Ley N°18.833 son contrarios a la igualdad ante la ley asegurada en el numeral 2° del artículo 19 de la Carta Fundamental, toda vez que admiten el establecimiento de diferencias arbitrarias al no instituir límites idóneos, necesarios, proporcionados y, por ende, razonables, respecto del ejercicio de la potestad discrecional que el mismo precepto legal entrega a la Superintendencia del ramo para aplicar, a través de 'instrucciones de general aplicación', los topes de edad, dentro de la estructura de las tablas de factores que, a su vez, deben utilizar las Isapres al elaborar los planes de salud que ofrezcan a sus afiliados y para determinar la manera cómo influirá en la variación del precio de tales contratos el aumento o la reducción del factor que corresponda a un beneficiario del respectivo plan en razón de su edad".

Y concluye que "el seguro de salud que opera en este ámbito tiene por objeto garantizar el acceso a las



prestaciones de salud. Por lo mismo, precios desproporcionados en relación a las rentas, determinados en base a factores como el sexo y la edad, ambos inherentes a la condición humana, afectan el libre e igualitario acceso a las acciones de salud que el Estado está obligado a garantizar. Para ajustarse a la garantía constitucional reseñada, el legislador debió establecer parámetros prudentes, dentro de latitudes razonables, al determinar las condiciones a las que debe ajustarse la fijación del precio de un seguro de salud que se contrate con una Isapre”.

Vigésimo tercero: Que, en este punto, es necesario manifestar que el contrato de salud no puede reducirse a un seguro individual, pues opera a fin de materializar el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y a la seguridad social, tratándose de una convención en que la entidad en cuestión tiene asegurada una cotización y su monto, razón por la cual las normas que regulan este vínculo son de orden público y el servicio que prestan puede ser calificado como uno de dicho carácter, en atención a su objeto. En otras



palabras, nos encontramos frente a un contrato dirigido por el legislador, en que se encuentra mitigado el principio de autonomía de la voluntad y cuyas normas son de orden público, en el sentido material y tradicional del término.

En esta línea de pensamiento, se ha resuelto que sus reglas contractuales *"no se ciñen a las pautas de la autonomía de la voluntad de los contratantes, puesto que la intervención del legislador tiene por objeto proteger al contratante débil o usuario del sistema privado de salud. Y, en segundo lugar, porque las reglas de intervención del legislador no sol sólo a efectos de corregir anomalías o precaver algún interés público. Se trata de definir contratos orientados por la naturaleza del derecho, esto es, un derecho de protección de la salud integrante de la seguridad social"* (STC Rol N°3227-16).

En el mismo sentido ha decidido esta Corte en reiteradas oportunidades, explicando: *"La institución de salud previsional concurre, en este caso, a cooperar en la función pública de protección de la salud de las personas, constituyendo su actividad una actividad de servicio*



público, desde el punto de vista material, labor a la cual adhirió libremente. Es por ello que debe tener en consideración en su labor el bien común y, por lo mismo, que al haber contraído el compromiso de velar por el bienestar social y la utilidad colectiva, su actuar necesariamente ha de estar orientado hacia la promoción del bien común -principio esencial recogido en las Bases de la Institucionalidad, ubicado en el Capítulo I de la Carta Fundamental, obligatorio tanto para gobernantes como para gobernados -, cuya maximización persigue la satisfacción de una necesidad pública de primer orden" (SCS Rol N° 131.731-2020. En el mismo sentido, Roles N°21.189-2019 y N° 24.740-2018).

Es precisamente en este contexto que puede afirmarse que las tablas de factores elaboradas por cada Isapre, según se ha razonado, adolecen de nulidad absoluta por objeto ilícito, al contravenir el derecho público chileno, por hallarse en contradicción con la Carta Fundamental.

Vigésimo cuarto: Que, como se ha adelantado, la Tabla de Factores empleada por la entidad recurrida mantiene el



esquema de diferenciación por sexo y edad en catorce tramos que el Tribunal Constitucional estimó contrario a las garantía de la igualdad ante la ley del N°2 del artículo 19 de la Carta Magna.

Además, dicha tabla de factores difiere no sólo en su estructura, sino también en sus guarismos, de los términos de la Tabla Única contenida en la Circular IF/ N° 343 de la Superintendencia del ramo, antes transcrita, que no diferencia por sexo, mantiene apenas 7 tramos etarios y establece factores de 1,0 y 0,6 para cotizante y cargas en edades equivalentes a la de la recurrente y su entonces hijo no nato.

Vigésimo quinto: Que por lo recién expresado, si bien el mecanismo de determinación del precio final del contrato de salud individual de la recurrente, esto es, la multiplicación del precio del plan base por la suma de los factores del grupo familiar, es conforme a la ley vigente, lo cierto es que la recurrida, al considerar en ese procedimiento una tabla de factores que distingue por sexo entre 14 grupos etarios, incurre en un acto **ilegal y arbitraria**, pues las disposiciones que permitían esa clase



de discriminaciones fueron derogadas por la sentencia del Tribunal Constitucional Rol N° 1.710-10, por infringir la garantía de igualdad ante la ley del artículo 19 N°2 de la Carta Fundamental.

Este carácter discriminatorio de la tabla de factores empleada por la recurrida produce un alza irrazonable del valor del precio final del contrato de salud de la recurrente, como se constata al comprar la suma de factores del grupo familiar que de su aplicación resulta en el caso concreto (3,9) con la que resulta de la aplicación de la contenida en la Circular IF/N.° 343 de la Superintendencia de Salud (1,6), razón suficiente para acoger el presente recurso, en los términos que se señalará en lo dispositivo de esta sentencia.

Vigésimo sexto: Que, establecido lo anterior, no escapa a esta Corte la constatación de que la arbitrariedad impugnada no es producto del acto individual de la modificación del contrato de salud de la recurrente, sino de la aplicación para ello de la tabla de factores ("TABLA DE FIJACIÓN DE PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN Y MODIFICACIÓN AL NÚMERO DE BENEFICIADOS") que la recurrida,



según expresó en su informe y apelación de autos, mantiene vigente para todos sus planes de salud suscritos con anterioridad al 11 de diciembre de 2019, a pesar de su carácter discriminatorio por sexo y edad.

Vigésimo séptimo: Que, por tanto, al acoger este recurso, para dar adecuada protección al recurrente y a todos los afectados con la aplicación de la tabla de factores empleada por la recurrida a sus planes y contratos de salud, 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 ilegal y arbitrario el hecho de mantener su vigencia con carácter general para todos los contratos individuales de salud que administra y a los que aplica, 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.

Vigésimo octavo: Que, por otra parte, considerando el carácter eminentemente cautelar de la acción deducida, no es posible, por esta vía, determinar la existencia de



eventuales cantidades a devolver y su monto, razón por la cual será el órgano fiscalizador quien, en su caso, determinará la forma de proceder a su cómputo y diseñará las directrices, forma y condiciones de devolución, en caso de corresponder.

Y visto, además, lo dispuesto en 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 de veinte de mayo de dos mil veintidós, dictada por la Corte de Apelaciones de Valparaíso, **con declaración** que:

1. Se deja sin efecto la "TABLA DE FIJACIÓN DE PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN Y MODIFICACIÓN AL NÚMERO DE BENEFICIADOS" o tabla de factores que la recurrida, Isapre Colmena Golden Cross S.A., tiene asociada al plan de salud contratado por la recurrente;

2. Consecuencialmente, se deja sin efecto la aplicación de dicha tabla de factores para calcular el precio final de todos los contratos de salud individual administrados por la Isapre Colmena Golden Cross S.A.;

3. En su lugar, Isapre Colmena Golden Cross S.A.



deberá calcular el precio final de todos los contratos de salud que administre, multiplicando valor del plan base correspondiente por la suma de los factores del grupo familiar, aplicando para ello la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343 de la Superintendencia de Salud.

4. La aplicación del procedimiento anterior no podrá importar un alza del precio final de los contratos de los afiliados a la recurrida, respecto del fijado al momento de ejecutoriarse esta sentencia.

5. Una vez calculado el precio final de los contratos individuales, aplicando la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343 de la Superintendencia de Salud, sólo podrá autorizarse una alza del precio final de dichos contratos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o beneficiarios y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar allí previstos así lo determine, alza cuyo cobro se suspenderá hasta que la nueva carga cumpla dos años de edad en caso de ser no nata o menor de esa edad.

6. La Superintendencia de Salud, en ejercicio de sus



facultades de fiscalización y dentro del plazo de seis meses, determinará el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud administrados por la recurrente a los términos de la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343.

7.- La Superintendencia de Salud dispondrá, además, las medidas administrativas para que, en el evento de que la aplicación de la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343 de la Superintendencia de Salud determine un precio final del contrato inferior al cobrado y percibido por la recurrida, las cantidades recibidas en exceso y cuyo cobro no esté prescrito sean restituidas como excedentes de cotizaciones.

8°.- 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 aplicación de "TABLA DE FIJACIÓN DE PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN Y MODIFICACIÓN AL NÚMERO DE BENEFICIADOS", para que se agregue copia autorizada de esta sentencia.

9°.- 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.

10.- Que no se condena en costas a la recurrida, por no haber sido totalmente vencida.

Acordada con el **voto en contra** del Ministro señor Muñoz quien fue de parecer de revocar la sentencia apelada y acoger el recurso de protección, declarando expresamente que al actor la Isapre recurrida solamente le puede cobrar un precio base, en el que quedan incluidas todas las personas beneficiarias de su plan de salud, sin que pueda adicionar cobro alguno por la aplicación de tabla de factores, para lo cual tiene en consideración las motivaciones décimo cuarta párrafo primero, décimo séptima, vigésima y vigésima tercera y vigésima sexta como, además, los siguientes fundamentos:

1° Que, en relación al precio base, tal como se ha razonado, queda establecido como un hecho irredargüible que no es posible entender que existan tantos precios base como beneficiarios de un plan, puesto que solamente hay un precio base por cada cotizante que contrate con la isapre, sin que éste pueda reproducirse por cada uno de los beneficiarios.



Dicho de otro modo, el precio base es único para cada plan de salud y, por tanto, las Isapres no se encuentran facultadas para cobrar un valor base por cada beneficiario de un contrato de salud, como mecanismo de reemplazo de la tabla de factores de riesgo. En efecto, si bien la Ley estableció un sistema de salud previsional en el que pueden intervenir como prestadores tanto el Estado como privados -los que naturalmente serán distintos en múltiples aspectos - las diferencias entre ambos no pueden ser de una entidad tal que genere situaciones de inequidad y desigualdad entre los afiliados a uno u otro sistema, lo que ocurriría si la Isapre procediera a imponer precios por sus planes de salud en la forma señalada, dado que el sistema público de salud establece un precio único, con prescindencia de los beneficiarios o cargas del titular.

Si ello se hiciera efectivo, en definitiva asimilaría el precio del plan a la prima de un contrato de seguro privado, lo cual claramente atenta contra la naturaleza de servicio público que tienen las Instituciones de Salud Previsional, dado que perderían precisamente su carácter previsional.



2° Que, respecto de la aplicación de la tabla de factores de riesgo, se debe tener presente que los numerales 1°, 2°, 3° y 4° del artículo 38 ter de la Ley N°18.933 fueron declarados inconstitucionales por la sentencia del Tribunal Constitucional de 6 de agosto de 2010. De esta forma y según lo dispone el inciso tercero del artículo 94 de la Constitución Política de la República, la mencionada disposición legal *“se entenderá derogada desde la publicación en el Diario Oficial de la sentencia que acoja el reclamo, la que no producirá efecto retroactivo”*, publicación que se cumplió con fecha 9 de agosto de 2010.

3° Que, en tal virtud y teniendo en consideración que la disposición legal del artículo 38 ter de la Ley N°18.933, en cuanto establecía parámetros o pautas de discriminación por sexo y edad, ha sido declarada contraria a la Carta Fundamental, por atentar en contra de garantías que la mencionada sentencia expresa, de manera que no ha sido una nueva expresión de voluntad del legislador la que ha modificado una determinación anterior, sino que se le ha privado de efecto por atentar



en contra del ordenamiento constitucional de nuestro país y, que en el caso que se nos plantea mediante el presente recurso de protección, estamos en presencia de un contrato de salud previsional suscrito entre las partes en conflicto en este procedimiento, cuyo valor final fue determinado precisamente tras la aplicación de la tabla de factores de riesgo, la que ha quedado sin base de sustento legal.

4° Que, por lo tanto, el valor que la Isapre pretendió imponer al plan de salud de la recurrente, sobre la base de aplicar la tabla de factores prevista por la norma legal declarada inconstitucional y, por lo mismo, derogada, carece también de todo fundamento legal, puesto que, si bien la Isapre, antes de la derogación, podía aplicar esa tabla de factores porque la ley lo permitía; la ley ya no contempla tal posibilidad pues las normas pertinentes han sido derogadas y privadas de todo efecto, producto de la publicación efectuada en el Diario Oficial con fecha 9 de agosto del año 2010, de la sentencia de inconstitucionalidad antes citada.

5° Que, en este orden de ideas, la declaración de



inconstitucionalidad representa una alteración al marco jurídico del contrato de salud. En efecto, al estar frente a contratos dirigidos por el legislador, en que se encuentra mitigado el principio de autonomía de la voluntad, cuyas normas son de orden público, por cuanto se trata de una actividad de servicio público, en el sentido material y tradicional del término, las modificaciones al estatuto normativo que lo rige producen efecto in actum, tanto para los contratos antiguos como los futuros. Lo anterior es de absoluta lógica en atención al antecedente que la fuente de la facultad de la Isapre para reajustar, por aplicación de las tablas de factores elaboradas por ellas, provenía de la ley y no de la autonomía de la voluntad de las partes.

6° Que, sobre la base de todo lo anterior y considerando que los contratos de salud deben conformarse a los efectos causados por la inconstitucionalidad, corresponde concluir que no procede aplicar a estos contratos de salud las tablas de factores de edad y sexo pues carecen de validez jurídica, toda vez que las disposiciones que la regulaba fueron derogadas por el



Tribunal Constitucional. Por lo tanto, habiendo desaparecido las normas jurídicas que habilitaban a las Isapres para aplicar tablas de factores elaboradas en virtud de las instrucciones generales fijadas por la Superintendencia de Salud, es de rigor que éstas pierdan validez pues las normas que las sustentaban desaparecieron del ordenamiento jurídico.

7° Que, la situación anterior se extiende también, en concepto de este previniente y como también ha resuelto esta Corte (a modo ejemplar, SCS Rol N°22.221-2021), a la Superintendencia de Salud, quien no está facultada para fijar la estructura de la tabla de factores, puesto que dicho actuar está, conforme a lo razonado, en contradicción con la Carta Fundamental.

8° Que, en consecuencia, quien sostiene este voto particular se mantiene en la jurisprudencia uniforme e invariable de esta Corte hasta ahora, en orden a que no es posible la implementación de la tabla de factores de riesgo, ya sea elaborada por las Isapres o por la Superintendencia de Salud, conforme al pronunciamiento del Tribunal Constitucional, pero fundamentalmente por



contrariar las garantías que la Constitución Política de la República asegura a la actora en los numerales N°2 y N°24 de su artículo 19, por obligarla al pago de un precio por concepto de plan de salud, aumentado por la aplicación inconstitucional de la señalada tabla.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Carroza y el voto en contra, de su autor.

Rol N° 16.630-2022.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (a) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E., y Sr. Jean Pierre Matus A. No firman, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo de la causa, los Ministros Sra. Vivanco y Sr. Matus por encontrarse con permiso.

SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 30/11/2022 09:29:54

ADELITA INES RAVANALES
ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 30/11/2022 09:29:55



MARIO ROLANDO CARROZA
ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 30/11/2022 09:29:56



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E. Santiago, treinta de noviembre de dos mil veintidós.

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



Santiago, a treinta de noviembre de dos mil veintidós.

Vistos:

Se reproduce la sentencia en alzada, únicamente en su parte expositiva.

Y se tiene, en su lugar y, además, presente:

Primero: Que, en estos autos, se dedujo recurso de protección en contra de Isapre Fundación Banco Estado en razón del acto consistente en aplicar un factor de riesgo por cada miembro del grupo familiar, alterando con ello el precio base del plan de salud.

Asegura que, la correcta interpretación de los artículos 170 letra m) y 199 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 del año 2005, del Ministerio de Salud, permite entender que el precio base es único para todos los afiliados al mismo plan. A ello se suma la inaplicabilidad de la tabla de factores, conforme a la sentencia dictada por el Tribunal Constitucional el día 6 de agosto de 2010, que declaró la inconstitucionalidad de los numerales que indica del artículo 18 ter de la Ley N°18.933.

Todo lo anterior motiva que el actuar de la recurrida infrinja las garantías constitucionales consagradas en los



numerales N°2°, 9° y 24 de la Constitución Política de la República.

Solicita, en definitiva, que se acoja el recurso, ordenando que la recurrida sólo considere el valor del plan base respecto de todo el grupo familiar, absteniéndose de multiplicarlo por coeficiente alguno y disponiendo, además, la restitución de lo excesivamente pagado.

Segundo: Que la sentencia apelada acogió la acción, "solo en cuanto se dispone que la recurrida deberá determinar el precio del plan de salud, tanto respecto del actor como de sus cargas, absteniéndose de utilizar y aplicar la tabla de factores elaborada en base a aquellas normas legales que fueron declaradas inconstitucionales y derogadas por la sentencia dictada por el Excelentísimo Tribunal Constitucional, el día 6 de agosto del año 2010, en autos Rol 1710-10-INC".

Tercero: Que, en contra de esta decisión, se alzó únicamente la parte recurrente solicitando que se ordene a la recurrida que, "para determinar el valor del plan de salud respecto de la recurrente y de su carga legal, sólo



se podrá considerar el valor del plan base respecto de todo el grupo familiar, sin adicionar precios bases por cantidad de miembros, y mucho menos multiplicar este por factor de riesgo alguno”, además de la restitución de todas las sumas indebidamente descontadas.

Cuarto: Que de lo señalado en los considerandos anteriores y lo expresado por las partes en estrados, se puede colegir que la controversia objeto de esta causa radica en la forma en que se ha determinado por la Isapre recurrida el precio final del contrato de salud de la recurrente. En efecto, en concepto de estos sentenciadores y, considerando que conforme a la documentación acompañada, el actor no cuenta con beneficiarios en su plan de salud, aquello que subyace a lo que denomina “multiplicidad” de precios base, no es sino la aplicación de la tabla de factores asociada al plan y elaborada por la Isapre recurrida, respecto de la cual, si bien se viene disponiendo que ésta debe abstenerse de su aplicación, no es posible dejar de realizar otras consideraciones, precisamente relativas a la forma en que ello deberá materializarse.



Que dicha controversia, para una mejor resolución, puede descomponerse lógicamente en los siguientes aspectos:

A) La ilegalidad o arbitrariedad de considerar para la determinación del precio final de un contrato individual de salud una tabla de factores de riesgo asociada al cotizante o afiliado, cuya aplicación altere el precio del plan de salud contratado;

B) Si se acepta que ello no es ilegal o arbitrario, corresponde discutir la ilegalidad o arbitrariedad de considerar para la determinación del precio final de un contrato individual de salud el número de sus beneficiarios o cargas adicionales al cotizante o afiliado;

C) Aun aceptando lo anterior, resta discutir la ilegalidad o arbitrariedad de la determinación de los factores de riesgo y su cuantía asociados a la tabla de factores fijada por la ISAPRE recurrida para el plan de salud de la recurrente.

I. Sobre la ilegalidad o arbitrariedad de emplear tablas de factores de riesgo de salud en la determinación



de los precios finales de los contratos individuales de salud.

Quinto: Que el empleo de tablas de factores en la determinación del precio final de un contrato individual de salud ha sido objeto de una masiva litigación, con miles de causas y sentencias asociadas cuya doctrina principal recoge la sentencia recurrida en sus eliminados considerandos sexto y séptimo. Ella puede resumirse en la afirmación de que es arbitraria un alza en el precio final de un contrato de salud por aplicación de una tabla de factores de edad o sexo del afiliado o contratante, como entre otras miles de sentencias se afirma en las causas CS Roles N°58.873-2018 y N°2.681-2020.

Sexto: Que, sin embargo, un mejor estudio de los antecedentes, hace necesario precisar los efectos generales que se le ha dado a esta doctrina, pues sin abandonar su pertinencia respecto de los casos en que se producen alzas unilaterales de los precios de los contratos individuales de salud por el solo transcurso del tiempo y la llegada de un afiliado o afiliada a una edad determinada, lo cierto es que ese no es el caso de la



aplicación de una tabla de factores de riesgo de salud para la determinación del precio de un nuevo contrato individual de salud, respecto de un afiliado que recién se incorpora a la ISAPRE que se trate.

Séptimo: Que, en efecto, es un hecho que tras la declaración de inconstitucionalidad y consecuente derogación por la sentencia Rol N°1710-10 del Tribunal Constitucional, de los numerales 1, 2, 3 y 4 del actual artículo 199 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, del año 2005, del Ministerio de Salud, siguen vigentes sus artículos 170, letras n) y m), 199, inciso primero, 202 y 203, que hacen referencia expresa a las tablas de factores según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a grupos definidos por la Superintendencia en instrucciones de general aplicación y a la forma como ellas inciden en la determinación del precio final de los contratos individuales de salud, disponiendo al efecto el citado inciso primero del artículo 199 de dicho cuerpo legal: *"Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan de salud, la Institución deberá aplicar a los precios base*



que resulten de lo dispuesto en el artículo precedente, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores”.

Octavo: Que, de este modo, con el fin de dar aplicación a la subsistencia de las normas citadas y siguiendo los lineamientos del Tribunal Constitucional en orden a eliminar la discriminación por sexo y restringir la derivada de la edad, la Superintendencia de Salud dictó la Circular IF/N°343 de la Superintendencia de Salud, de 11 de diciembre de 2019, que Imparte Instrucciones sobre una Tabla de Factores Única para el Sistema ISAPRE, donde se dispone:

“Las instituciones de salud previsional deberán utilizar, para la totalidad de los planes que comercialicen, durante los próximos cinco años contados desde la entrada en vigencia de las presentes instrucciones, la tabla de factores única que se indica a continuación:

<i>Tabla de Factores</i>		
<i>Tramos de Edad</i>	<i>Cotizante</i>	<i>Cargas</i>
	<i>s</i>	
<i>0 a menos de 20 años</i>	<i>0,6</i>	<i>0,6</i>



<i>20 a menos de 25 años</i>	<i>0,9</i>	<i>0,7</i>
<i>25 a menos de 35 años</i>	<i>1,0</i>	<i>0,7</i>
<i>35 a menos de 45 años</i>	<i>1,3</i>	<i>0,9</i>
<i>45 a menos de 55 años</i>	<i>1,4</i>	<i>1,0</i>
<i>55 a menos de 65 años</i>	<i>2,0</i>	<i>1,4</i>
<i>65 y más años</i>	<i>2,4</i>	<i>2,2</i>

Dicha tabla será aplicada para la determinación del precio en el momento de la suscripción del contrato y de la incorporación de beneficiarios, según sea el caso. Sin embargo, no regirá para efectos de modificación del precio por cambio de tramo etario”.

Noveno: Que, por una parte, estas instrucciones son coincidentes con lo que ya se ha resuelto en reiteradas oportunidades por esta Corte, en el sentido de que no es posible distinguir en razón del sexo, por la vía de aplicar a las cotizantes mujeres - principalmente a aquellas en edad fértil - un factor superior a aquel que correspondería, para el mismo plan, a un hombre de igual edad. Sobre este punto se refieren, entre muchos otros, los fallos CS Roles N°9.169-2019, N°119.739-2020, N°132.125-2020 y N°5.132-2021, los cuales se sustentan precisamente en haberse derogado este componente a la hora de determinar los factores de la tabla.



Décimo: Que, por otra parte, en cuanto la prohibición del alza del precio de un contrato vigente por aplicación de la Tabla de Factores, las instrucciones de la Superintendencia de Salud en la ya citada Circular N°343, son también plenamente compatibles con lo resuelto masivamente por esta Corte, al disponer que la Tabla Única de Factores *"no regirá para efectos de modificación del precio por cambio de tramo etario"*. Aquella instrucción no es sino una reiteración de lo señalado, en su oportunidad, en la Circular N°317 de 18 de octubre de 2018, que *"Instruye a las Isapres Aplicar la Reducción del Precio por Cambio de Factor Etario en la Ejecución de los Contratos de Salud Previsional"*, conforme a la cual, desde la dictación de la referida sentencia del Tribunal Constitucional Rol N°1710, *"no existe controversia en cuanto a que mientras no sea modificada la ley, las isapres se encuentran impedidas de aplicar aumentos de precio por cambio de factor etario de los beneficiarios de los contratos de salud, toda vez que han dejado de regir las normas que otorgaban sustento legal a esa facultad"*.

Además, el regulador remarca que, *"sin embargo,*



tratándose de la reducción del factor etario que favorece al beneficiario que cambia de tramo, este Organismo a través de su Tribunal Especial, ha venido resolviendo desde el año 2013 las controversias sobre la materia, disponiendo la aplicación de la rebaja del precio, al estimar que la mantención del factor de riesgo fijado en las tablas para el tramo etario anterior es contrario a la Constitución, lesionando los derechos del cotizante y sus beneficiarios a la protección de la salud y a la seguridad social de manera indefinida y permanente, al gravar en forma desproporcionada el costo del plan de salud, dejándolos en una situación de vulnerabilidad”, razón por la cual instruye a las instituciones “la obligación de aplicar, cada vez que corresponda, la reducción del precio por cambio del factor etario de los beneficiarios de sus contratos de salud”, ratificando que se encuentran impedidas de aplicar aumentos de precio por este motivo.

De allí se sigue que, actualmente, la edad sea un componente que, en la medida que exista una permanencia dentro de un mismo plan, juega en beneficio del afiliado y sus beneficiarios, aplicándose siempre a la baja y, en



otros términos, el cambio de tramo etario no motivará jamás un alza en el precio final del plan.

Undécimo: Que, en consecuencia, tras este nuevo estudio de los antecedentes, esta Corte entiende que no es ilegal, para la determinación del precio final de un nuevo contrato individual de salud, multiplicar el precio base del plan complementario de salud ofrecido por el factor de riesgo del cotizante o afiliado determinado en una tabla de general aplicación, que no discrimine por sexo y que establezca grupos etarios correspondientes a sus riesgos de salud, de conformidad con la instrucción general contenida en la Circular IF/N° 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. El precio final así fijado al momento de contratar no podrá modificarse al alza por el solo cambio de grupo etario del cotizante o afiliado durante la vigencia del contrato.

Duodécimo: Que esta interpretación es coincidente con la entregada por la Superintendencia de Salud quien, informando a esta Corte en la tramitación de este recurso señaló, en lo pertinente: *"Con respecto a la distinción entre precio base y precio final, podemos señalar que el*



artículo 170 letra m) del DFL N°1/2005 del Ministerio de Salud - transcrito en el numeral 3 de este informe - diferencia uno del otro, de esta suerte, el precio base es único, esto es, se aplica a todos los afiliados de un mismo plan y, por otra parte, el precio final es variable, ya que dependerá de la cantidad de personas beneficiarias de un contrato y del factor de edad que les corresponda.

En este mismo orden de ideas, puede decirse que precio base y precio final no necesariamente serán equivalentes.

(...)

De lo expuesto, aparece establecido que el precio base es el que asigna la Institución de Salud Previsional a cada plan de salud, con total independencia del número de beneficiarios, y se aplica a todas las personas que contraten el mismo plan, es decir, el precio base del plan de salud no varía.

Distinto es el caso del precio final, el cual - como la misma norma indica - se obtiene de multiplicar el respectivo precio base por el factor que corresponde al afiliado o beneficiario de acuerdo a la respectiva tabla



de factores.

Es decir, el precio base, siendo único, es una base de cálculo para la determinación del precio final resultante de la aplicación de la tabla de factores y beneficiarios".

Menciona, a su vez, el Oficio Ord. SS/N°1506 de 27 de mayo de 2022, en respuesta a una presentación de la Asociación de Isapres, el cual adjunta y que explica: "es el precio final y no el precio base, el que se modifica por la variación del número de beneficiarios" y finaliza señalando "que la interpretación de esa Asociación en orden a que se reconocería la aplicación de 'tantos precios bases como beneficiarios del contrato' no tiene asidero en la normativa previamente reseñada".

Décimo tercero: Que esta forma de calcular la cotización pactada que determina el precio final de contrato individual de salud, basada en la multiplicación del valor de un plan base por la suma de los factores de riesgo de sus beneficiarios, difiere de manera evidente del sistema previsto para las cotizaciones al Fondo Nacional de Salud, basadas en un porcentaje único para



cada afiliado, con independencia del número de cargas legales que deba atender, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 84 del Decreto Ley N°3.500, 1 del Decreto Ley N°3.501 y 137 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, ya singularizado.

Ello puede explicarse pues el sistema de financiamiento de uno y otro régimen es completamente diferente: el del sistema privado de salud se financia íntegramente con "cargo al aporte de la cotización legal para salud o una superior convenida" con sus afiliados (artículo 171 Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005); mientras el del Fondo Nacional de Salud lo hace con dichas cotizaciones y "los recursos que establezcan las leyes", entre ellas, las de Presupuesto General de la Nación (artículo 158 del mismo cuerpo normativo). Del mismo modo, las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud, tienen derecho a un porcentaje de contribución de sus gastos de salud en los servicios públicos, del que carecen los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional, quienes deben pagar el valor total de las prestaciones que de dicho servicio reciban (artículo 157 del Decreto con



Fuerza de Ley N°1 de 2005).

Décimo cuarto: Que, todo lo señalado hasta ahora permite entender la naturaleza única del precio base de cada plan de salud ofrecido por las Isapres a sus eventuales contratantes, esto es, no sólo se trata del mismo para todos aquellos afiliados que contraten el mismo plan sino que, contratado éste, su monto no varía en razón del número, sexo o la edad de los contratantes y sus beneficiarios, manteniéndose en una suma constante.

Distinto es el caso del precio final, de carácter variable respecto de cada contrato de salud individual, y cuya cuantía depende precisamente de la cantidad de beneficiarios y del factor de riesgo que a cada uno corresponda, fijado en la tabla de factores aplicable. En otras palabras, la operación regulada en el artículo 199 del DFL N°1 exige que, para determinar la cotización pactada en el precio final de cada contrato individual, el precio base del plan contratado ("Precio Base Plan") sea multiplicado por la suma de los factores de riesgo que correspondan a cada uno de los beneficiarios ("Factor Grupo Familiar"), cantidad que deberá ser sumada a las



primas GES, CAEC y los beneficios adicionales, tal como se expresa en las casillas del Formulario Único de Notificación preparado por la Superintendencia del ramo.

Décimo quinto: Que por lo dicho anteriormente, esta Corte considera ajustado al texto legal el procedimiento de cálculo del precio final del concertado individual de salud aplicado a la recurrente, esto es, la multiplicación del precio base ofertado por la suma de los factores de la tabla respectiva de todos los miembros del grupo familiar.

II. Sobre la ilegalidad o arbitrariedad de la determinación de los factores de riesgo y su cuantía asociados a la tabla de factores fijada por la ISAPRE recurrida para el plan base de la recurrente.

Décimo sexto: Que, llegados a este punto, cabe ahora abocarse al examen particular del alza del precio del contrato de salud individual de la recurrente mediante la aplicación de la tabla de factores.

Décimo séptimo: Que son hechos no controvertidos en esta causa, corroborados por los documentos acompañados, los siguientes:

1. Que con fecha 19 de agosto de 2021 la recurrente



suscribió con la recurrida un Formulario Único de Notificación modificando la cotización pactada.

2. Que el Plan de Salud Complementario contratado por la recurrente corresponde al identificado como "BER200", de carácter individual, cuyo precio base, a la fecha de la modificación referida, es de 1,270 UF.

3. Que la Tabla de Factores acompañada a dicho Plan de Salud Complementario contempla una fijación de precios de suscripción y modificación al número de beneficiarios que fija valores diferenciados para 18 grupos etarios, distinguiendo, además, entre cotizantes y cargas, masculinas y femeninas.

4. Que en el Formulario Único de Notificación donde se acuerda el alza reclamada figura como "Precio Base Plan" la cantidad de 1,270 UF y como "Factor Grupo Familiar" el guarismo 1,120, de tal modo que su multiplicación resulta 1,422 UF, a la que se añade un precio GES de 0,670 UF para llegar a una "Cotización Pactada" de 2,092 UF, que resulta ser el precio final del contrato individual de salud así modificado.

5. Que de conformidad con la tabla de factores



asociada, el mencionado guarismo de 1,12 corresponde al factor del cotizante, determinado por sexo y edad, considerando que no existen beneficiarios asociados.

6. Que, de este modo, se ha calculado el valor del precio final del contrato de salud de la recurrente, aplicando el factor correspondiente a su edad y sexo, conforme a la tabla de factores elaborada por la recurrida e incluida en el contrato respectivo.

Décimo octavo: Que lo primero que cabe advertir a esta Corte en la especie es el empleo de una tabla de factores por parte de la recurrida que no sólo difiere de la que ordena aplicar la Superintendencia del ramo en su Circular IF/N° 343, de 2019, sino que, al así hacerlo, controvierte directamente los fundamentos de la sentencia del Tribunal Constitucional Rol N° 1.710-10 que declaró inconstitucional la diferenciación por sexo y edad en las tablas de factores de las Instituciones de Salud Previsional, derogando las normas legales que así lo permitían.

Décimo noveno: Que, en efecto, en dicha sentencia del Tribunal Constitucional – que la Superintendencia de Salud



tuvo expresamente en consideración al emitir la Circular IF/N° 343 -, se señaló haber logrado convicción en cuanto a que los números 1, 2, 3 y 4 del inciso tercero del artículo 38 ter de la Ley N°18.933, que permitían una diferenciación por sexo y etaria en tramos de entre tres y cinco años *"son incompatibles con el derecho a la igualdad ante la ley, especialmente entre hombres y mujeres y lesionan, asimismo, el derecho a la protección de la salud y el derecho a la seguridad social, en el sentido que todos ellos se encuentran reconocidos y asegurados en nuestra Carta Fundamental"*; añadiendo que *"si bien las diferencias fundadas en los criterios de la edad y del sexo de las personas no son, en sí mismas, jurídicamente reprochables, ni tampoco prima facie arbitrarias, siempre que respondan a una fundamentación razonable, sí lo son aquellas que se derivan de dichos preceptos. En efecto, los numerales 1, 2, 3 y 4 del inciso tercero del artículo 38 ter de la Ley N°18.833 son contrarios a la igualdad ante la ley asegurada en el numeral 2° del artículo 19 de la Carta Fundamental, toda vez que admiten el establecimiento de diferencias arbitrarias al no instituir*



límites idóneos, necesarios, proporcionados y, por ende, razonables, respecto del ejercicio de la potestad discrecional que el mismo precepto legal entrega a la Superintendencia del ramo para aplicar, a través de 'instrucciones de general aplicación', los topes de edad, dentro de la estructura de las tablas de factores que, a su vez, deben utilizar las Isapres al elaborar los planes de salud que ofrezcan a sus afiliados y para determinar la manera cómo influirá en la variación del precio de tales contratos el aumento o la reducción del factor que corresponda a un beneficiario del respectivo plan en razón de su edad".

Y concluye que "el seguro de salud que opera en este ámbito tiene por objeto garantizar el acceso a las prestaciones de salud. Por lo mismo, precios desproporcionados en relación a las rentas, determinados en base a factores como el sexo y la edad, ambos inherentes a la condición humana, afectan el libre e igualitario acceso a las acciones de salud que el Estado está obligado a garantizar. Para ajustarse a la garantía constitucional reseñada, el legislador debió establecer



parámetros prudentes, dentro de latitudes razonables, al determinar las condiciones a las que debe ajustarse la fijación del precio de un seguro de salud que se contrate con una Isapre”.

Vigésimo: Que, en este punto, es necesario manifestar que el contrato de salud no puede reducirse a un seguro individual, pues opera a fin de materializar el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y a la seguridad social, tratándose de una convención en que la entidad en cuestión tiene asegurada una cotización y su monto, razón por la cual las normas que regulan este vínculo son de orden público y el servicio que prestan puede ser calificado como uno de dicho carácter, en atención a su objeto. En otras palabras, nos encontramos frente a un contrato dirigido por el legislador, en que se encuentra mitigado el principio de autonomía de la voluntad y cuyas normas son de orden público, en el sentido material y tradicional del término.

En esta línea de pensamiento, se ha resuelto que sus reglas contractuales *“no se ciñen a las pautas de la autonomía de la voluntad de los contratantes, puesto que*



la intervención del legislador tiene por objeto proteger al contratante débil o usuario del sistema privado de salud. Y, en segundo lugar, porque las reglas de intervención del legislador no son sólo a efectos de corregir anomalías o precaver algún interés público. Se trata de definir contratos orientados por la naturaleza del derecho, esto es, un derecho de protección de la salud integrante de la seguridad social” (STC Rol N°3227-16).

En el mismo sentido ha decidido esta Corte en reiteradas oportunidades, explicando: “La institución de salud previsional concurre, en este caso, a cooperar en la función pública de protección de la salud de las personas, constituyendo su actividad una actividad de servicio público, desde el punto de vista material, labor a la cual adhirió libremente. Es por ello que debe tener en consideración en su labor el bien común y, por lo mismo, que al haber contraído el compromiso de velar por el bienestar social y la utilidad colectiva, su actuar necesariamente ha de estar orientado hacia la promoción del bien común -principio esencial recogido en las Bases de la Institucionalidad, ubicado en el Capítulo I de la



Carta Fundamental, obligatorio tanto para gobernantes como para gobernados -, cuya maximización persigue la satisfacción de una necesidad pública de primer orden" (SCS Rol N° 131.731-2020. En el mismo sentido, Roles N°21.189-2019 y N° 24.740-2018).

Es precisamente en este contexto que puede afirmarse que las tablas de factores elaboradas por cada Isapre, según se ha razonado, adolecen de nulidad absoluta por objeto ilícito, al contravenir el derecho público chileno, por hallarse en contradicción con la Carta Fundamental.

Vigésimo primero: Que, como se ha adelantado, la Tabla de Factores empleada por la entidad recurrida mantiene el esquema de diferenciación por sexo y edad en dieciocho tramos que el Tribunal Constitucional estimó contrario a la garantía de la igualdad ante la ley del N°2 del artículo 19 de la Carta Magna.

Además, dicha tabla de factores difiere no sólo en su estructura, sino también en sus guarismos, de los términos de la Tabla Única contenida en la Circular IF/ N° 343 de la Superintendencia del ramo, antes transcrita, que no



diferencia por sexo, mantiene apenas 7 tramos etarios y establece un factor de 1,3 para cotizantes en edades equivalentes a la de la parte recurrente.

Vigésimo segundo: Que por lo recién expresado, si bien el mecanismo de determinación del precio final del contrato de salud individual de la recurrente, esto es, la multiplicación del precio del plan base por la suma de los factores del grupo familiar, es conforme a la ley vigente, lo cierto es que la recurrida, al considerar en ese procedimiento una tabla de factores que distingue por sexo entre 18 grupos etarios, incurre en un acto **ilegal y arbitraria**, pues las disposiciones que permitían esa clase de discriminaciones fueron derogadas por la sentencia del Tribunal Constitucional Rol N°1.710-10, por infringir la garantía de igualdad ante la ley del artículo 19 N°2 de la Carta Fundamental.

Este carácter discriminatorio de la tabla de factores empleada por la recurrida produce un alza irrazonable del valor del precio final del contrato de salud de la recurrente, como se constata al comprar la suma de factores del grupo familiar que de su aplicación resulta



en el caso concreto con la que resulta de la aplicación de la contenida en la Circular IF/N.° 343 de la Superintendencia de Salud, razón suficiente para acoger el presente recurso, en los términos que se señalará en lo dispositivo de esta sentencia.

Vigésimo tercero: Que, establecido lo anterior, no escapa a esta Corte la constatación de que la arbitrariedad impugnada no es producto del acto individual de la modificación del contrato de salud de la recurrente, sino de la aplicación para ello de la tabla de factores ("IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES") que la recurrida, según expresó en su informe y apelación de autos, mantiene vigente para todos sus planes de salud suscritos con anterioridad al 11 de diciembre de 2019, a pesar de su carácter discriminatorio por sexo y edad.

Vigésimo cuarto: Que, por tanto, al acoger este recurso, para dar adecuada protección al recurrente y a todos los afectados con la aplicación de la tabla de factores empleada por la recurrida a sus planes y contratos de salud, 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 ilegal y arbitrario el hecho de mantener su vigencia con carácter general para todos los contratos individuales de salud que administra y a los que aplica, 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.

Vigésimo quinto: Que, por otra parte, considerando el carácter eminentemente cautelar de la acción deducida, no es posible, por esta vía, determinar la existencia de eventuales cantidades a devolver y su monto, razón por la cual será el órgano fiscalizador quien, en su caso, determinará la forma de proceder a su cómputo y diseñará las directrices, forma y condiciones de devolución, en caso de corresponder.

Y visto, además, lo dispuesto en 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 de seis de junio de dos mil veintidós, dictada por la Corte de Apelaciones de Valparaíso, **con**



declaración que:

1. Se deja sin efecto la "IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES" o tabla de factores que la recurrida, Isapre Fundación Banco Estado, tiene asociada al plan de salud contratado por la recurrente;

2. Consecuencialmente, se deja sin efecto la aplicación de dicha tabla de factores para calcular el precio final de todos los contratos de salud individual administrados por la Isapre Fundación Banco Estado;

3. En su lugar, Isapre Fundación Banco Estado deberá calcular el precio final de todos los contratos de salud que administre, multiplicando valor del plan base correspondiente por la suma de los factores del grupo familiar, aplicando para ello la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343 de la Superintendencia de Salud.

4. La aplicación del procedimiento anterior no podrá importar un alza del precio final de los contratos de los afiliados a la recurrida, respecto del fijado al momento de ejecutoriarse esta sentencia.

5. Una vez calculado el precio final de los contratos



individuales, aplicando la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343 de la Superintendencia de Salud, sólo podrá autorizarse un alza del precio final de dichos contratos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o beneficiarios y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar allí previstos así lo determine, alza cuyo cobro se suspenderá hasta que la nueva carga cumpla dos años de edad en caso de ser no nata o menor de esa edad.

6. La Superintendencia de Salud, en ejercicio de sus facultades de fiscalización y dentro del plazo de seis meses, determinará el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud administrados por la recurrente a los términos de la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343.

7.- La Superintendencia de Salud dispondrá, además, las medidas administrativas para que, en el evento de que la aplicación de la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343 de la Superintendencia de Salud determine un precio final del contrato inferior al cobrado y percibido por la recurrida, las cantidades recibidas en



exceso y cuyo cobro no esté prescrito sean restituidas como excedentes de cotizaciones.

8°.- Que el Secretario de esta Corte oficiará a todas las Cortes de Apelaciones que estén conociendo recursos de protección contra Isapre Fundación Banco Estado por la aplicación de "IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES", para que se agregue copia autorizada de esta sentencia.

9°.- 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.

10.- Que no se condena en costas a la recurrida, por no haber sido totalmente vencida.

Se previene que el Ministro señor Muñoz estuvo por confirmar la sentencia apelada, con declaración que la Isapre recurrida solamente podía considerar el valor de un plan base para el titular y todos sus beneficiarios, sin adicionar precios bases o tabla de factores a su respecto como de tales beneficiarios, por las consideraciones décimo cuarta párrafo primero, décimo séptima, vigésima y vigésima tercera, como las siguientes motivaciones:



1° Que, en relación al precio base, tal como se ha razonado, queda establecido como un hecho irredargüible que no es posible entender que existan tantos precios base como beneficiarios de un plan, puesto que solamente hay un precio base por cada cotizante que contrate con la isapre, sin que éste pueda reproducirse por cada uno de los beneficiarios.

Dicho de otro modo, el precio base es único para cada plan de salud y, por tanto, las Isapres no se encuentran facultadas para cobrar un valor base por cada beneficiario de un contrato de salud, como mecanismo de reemplazo de la tabla de factores de riesgo. En efecto, si bien la Ley estableció un sistema de salud previsional en el que pueden intervenir como prestadores tanto el Estado como privados -los que naturalmente serán distintos en múltiples aspectos - las diferencias entre ambos no pueden ser de una entidad tal que genere situaciones de inequidad y desigualdad entre los afiliados a uno u otro sistema, circunstancia que ocurriría si la Isapre procediera a imponer precios por sus planes de salud en la forma señalada, dado que el sistema público de salud establece



un precio único, con prescindencia de los beneficiarios o cargas del titular.

Si ello se hiciera efectivo, en definitiva asimilaría el precio del plan a la prima de un contrato de seguro privado, lo cual claramente atenta contra la naturaleza de servicio público que tienen las Instituciones de Salud Previsional, dado que perderían precisamente su carácter previsional.

2° Que, respecto de la aplicación de la tabla de factores de riesgo, se debe tener presente que los numerales 1°, 2°, 3° y 4° del artículo 38 ter de la Ley N° 18.933 fueron declarados inconstitucionales por la sentencia del Tribunal Constitucional de 6 de agosto de 2010. De esta forma y según lo dispone el inciso tercero del artículo 94 de la Constitución Política de la República, la mencionada disposición legal *"se entenderá derogada desde la publicación en el Diario Oficial de la sentencia que acoja el reclamo, la que no producirá efecto retroactivo"*, publicación que se cumplió con fecha 9 de agosto de 2010.

3° Que, en tal virtud y teniendo en consideración que



la disposición legal del artículo 38 ter de la Ley N°18.933, en cuanto establecía parámetros o pautas de discriminación por sexo y edad, ha sido declarada contraria a la Carta Fundamental, por atentar en contra de garantías que la mencionada sentencia expresa, de manera que no ha sido una nueva expresión de voluntad del legislador la que ha modificado una determinación anterior, sino que se le ha privado de efecto por atentar en contra del ordenamiento constitucional de nuestro país y, que en el caso que se nos plantea mediante el presente recurso de protección, estamos en presencia de un contrato de salud previsional suscrito entre las partes en conflicto en este procedimiento, cuyo valor final fue determinado precisamente tras la aplicación de la tabla de factores de riesgo, la que ha quedado sin base de sustento legal.

4° Que, por lo tanto, el valor que la Isapre pretendió imponer al plan de salud de la recurrente, sobre la base de aplicar la tabla de factores prevista por la norma legal declarada inconstitucional y, por lo mismo, derogada, carece también de todo fundamento legal, puesto



que, si bien la Isapre, antes de la derogación, podía aplicar esa tabla de factores porque la ley lo permitía; la ley ya no contempla tal posibilidad pues las normas pertinentes han sido derogadas y privadas de todo efecto, producto de la publicación efectuada en el Diario Oficial con fecha 9 de agosto del año 2010, de la sentencia de inconstitucionalidad antes citada.

5° Que, en este orden de ideas, la declaración de inconstitucionalidad representa una alteración al marco jurídico del contrato de salud. En efecto, al estar frente a contratos dirigidos por el legislador, en que se encuentra mitigado el principio de autonomía de la voluntad, cuyas normas son de orden público, por cuanto se trata de una actividad de servicio público, en el sentido material y tradicional del término, las modificaciones al estatuto normativo que lo rige producen efecto in actum, tanto para los contratos antiguos como los futuros. Lo anterior es de absoluta lógica en atención al antecedente que la fuente de la facultad de la Isapre para reajustar, por aplicación de las tablas de factores elaboradas por ellas, provenía de la ley y no de la autonomía de la



voluntad de las partes.

6° Que, sobre la base de todo lo anterior y considerando que los contratos de salud deben conformarse a los efectos causados por la inconstitucionalidad, corresponde concluir que no procede aplicar a estos contratos de salud las tablas de factores de edad y sexo pues carecen de validez jurídica, toda vez que las disposiciones que la regulaba fueron derogadas por el Tribunal Constitucional. Por lo tanto, al haber perdido eficacia las normas jurídicas que habilitaban a las Isapres para aplicar tablas de factores elaboradas en virtud de las instrucciones generales fijadas por la Superintendencia de Salud, es de rigor que éstas pierdan validez pues las disposiciones que las sustentaban fueron expulsadas del ordenamiento jurídico.

7° Que, la situación anterior se extiende también, en concepto de este disidente y como también ha resuelto esta Corte (a modo ejemplar, SCS Rol N°22.221-2021), a la Superintendencia de Salud, quien no está facultada para fijar la estructura de la tabla de factores, puesto que dicho actuar está, conforme a lo razonado, en



contradicción con la Carta Fundamental.

8° Que, en consecuencia, quien suscribe este voto particular se mantiene en la jurisprudencia uniforme e invariable de esta Corte hasta ahora, en orden a que no es posible la implementación de la tabla de factores de riesgo, ya sea elaborada por las Isapres o por la Superintendencia de Salud, conforme al pronunciamiento del Tribunal Constitucional, pero fundamentalmente por contrariar las garantías que la Constitución Política de la República asegura a la actora en los numerales N°2 y N°24 de su artículo 19, por obligarla al pago de un precio por concepto de plan de salud, aumentado por la aplicación inconstitucional de la señalada tabla.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Carroza y la prevención, de su autor.

Rol N° 25.570-2022.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (a) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E., y Sr. Jean Pierre Matus A. No firman, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo de la



causa, los Ministros Sra. Vivanco y Sr. Matus por encontrarse con permiso.

SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 30/11/2022 09:29:57

ADELITA INES RAVANALES
ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 30/11/2022 09:29:58

MARIO ROLANDO CARROZA
ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 30/11/2022 09:29:59



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E. Santiago, treinta de noviembre de dos mil veintidós.

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



Santiago, a treinta de noviembre de dos mil veintidós.

Vistos:

Se reproduce la sentencia en alzada, únicamente en su parte expositiva.

Y se tiene, en su lugar y, además, presente:

Primero: Que, en estos autos, se dedujo recurso de protección en contra de Isapre Vida Tres S.A. en razón del acto consistente en aplicar un factor de riesgo por cada miembro del grupo familiar, alterando con ello el precio base del plan de salud.

Asegura que, la correcta interpretación de los artículos 170 letra m) y 199 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 del año 2005, del Ministerio de Salud, permite entender que el precio base es único para todos los afiliados al mismo plan. A ello se suma la inaplicabilidad de la tabla de factores, conforme a la sentencia dictada por el Tribunal Constitucional el día 6 de agosto de 2010, que declaró la inconstitucionalidad de los numerales que indica del artículo 18 ter de la Ley N°18.933.

Todo lo anterior motiva que el actuar de la recurrida infrinja las garantías constitucionales consagradas en los numerales N°2°, 9° y 24 de la Constitución Política de la República.

Solicita, en definitiva, que se acoja el recurso, ordenando que la recurrida sólo considere el valor del plan base respecto de todo el grupo familiar, absteniéndose de multiplicarlo por coeficiente alguno y disponiendo, además, la restitución de lo excesivamente pagado.

Segundo: Que la sentencia apelada acogió la acción, "solo en cuanto se dispone que la recurrida deberá determinar el precio del plan de salud, tanto respecto del actor como de sus cargas, absteniéndose de utilizar y aplicar la tabla de factores elaborada en base a aquellas normas legales que fueron declaradas inconstitucionales y derogadas por la sentencia dictada por el Excelentísimo Tribunal Constitucional, el día 6 de agosto del año 2010, en autos Rol 1710-10-INC".



Tercero: Que, en contra de esta decisión, se alzó únicamente la parte recurrente solicitando que se ordene a la recurrida que, "para determinar el valor del plan de salud respecto de la recurrente y de su carga legal, sólo se podrá considerar el valor del plan base respecto de todo el grupo familiar, sin adicionar precios bases por cantidad de miembros, y mucho menos multiplicar este por factor de riesgo alguno", además de la restitución de todas las sumas indebidamente descontadas.

Cuarto: Que de lo señalado en los considerandos anteriores y lo expresado por las partes en estrados, se puede colegir que la controversia objeto de esta causa radica en la forma en que se ha determinado por la Isapre recurrida el precio final del contrato de salud de la recurrente. En efecto, en concepto de estos sentenciadores y, considerando que conforme a la documentación acompañada, el actor no cuenta con beneficiarios en su plan de salud, aquello que subyace a lo que la actora denomina "multiplicidad" de precios base, no es sino la aplicación de la tabla de factores asociada al plan y elaborada por la Isapre recurrida, respecto de la cual, si bien se viene disponiendo que ésta debe abstenerse de su aplicación, no es posible dejar de realizar otras consideraciones, precisamente relativas a la forma en que ello deberá materializarse.

Que dicha controversia, para una mejor resolución, puede descomponerse lógicamente en los siguientes aspectos:

A) La ilegalidad o arbitrariedad de considerar para la determinación del precio final de un contrato individual de salud una tabla de factores de riesgo asociada al cotizante o afiliado, cuya aplicación altere el precio del plan de salud contratado;

B) Si se acepta que ello no es ilegal o arbitrario, corresponde discutir la ilegalidad o arbitrariedad de considerar para la determinación del precio final de un contrato individual de salud el número de sus beneficiarios o cargas adicionales al cotizante o afiliado;

C) Aun aceptando lo anterior, resta discutir la ilegalidad o



arbitrariedad de la determinación de los factores de riesgo y su cuantía asociados a la tabla de factores fijada por la ISAPRE recurrida para el plan de salud de la recurrente.

I. Sobre la ilegalidad o arbitrariedad de emplear tablas de factores de riesgo de salud en la determinación de los precios finales de los contratos individuales de salud.

Quinto: Que el empleo de tablas de factores en la determinación del precio final de un contrato individual de salud ha sido objeto de una masiva litigación, con miles de causas y sentencias asociadas cuya doctrina principal recoge la sentencia recurrida en sus eliminados considerandos sexto y séptimo. Ella puede resumirse en la afirmación de que es arbitraria un alza en el precio final de un contrato de salud por aplicación de una tabla de factores de edad o sexo del afiliado o contratante, como entre otras miles de sentencias se afirma en las causas CS Roles N°58.873-2018 y N°2.681-2020.

Sexto: Que, sin embargo, un mejor estudio de los antecedentes, hace necesario precisar los efectos generales que se le ha dado a esta doctrina, pues sin abandonar su pertinencia respecto de los casos en que se producen alzas unilaterales de los precios de los contratos individuales de salud por el solo transcurso del tiempo y la llegada de un afiliado o afiliada a una edad determinada, lo cierto es que ese no es el caso de la aplicación de una tabla de factores de riesgo de salud para la determinación del precio de un nuevo contrato individual de salud, respecto de un afiliado que recién se incorpora a la ISAPRE que se trate.

Séptimo: Que, en efecto, es un hecho que tras la declaración de inconstitucionalidad y consecuente derogación por la sentencia Rol N°1710-10 del Tribunal Constitucional, de los numerales 1, 2, 3 y 4 del actual artículo 199 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, del año 2005, del Ministerio de Salud, siguen vigentes sus artículos 170, letras n) y m), 199, inciso primero, 202 y 203, que hacen referencia expresa a las tablas



de factores según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a grupos definidos por la Superintendencia en instrucciones de general aplicación y a la forma como ellas inciden en la determinación del precio final de los contratos individuales de salud, disponiendo al efecto el citado inciso primero del artículo 199 de dicho cuerpo legal: *“Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan de salud, la Institución deberá aplicar a los precios base que resulten de lo dispuesto en el artículo precedente, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores”.*

Octavo: Que, de este modo, con el fin de dar aplicación a la subsistencia de las normas citadas y siguiendo los lineamientos del Tribunal Constitucional en orden a eliminar la discriminación por sexo y restringir la derivada de la edad, la Superintendencia de Salud dictó la Circular IF/N°343 de la Superintendencia de Salud, de 11 de diciembre de 2019, que Imparte Instrucciones sobre una Tabla de Factores Única para el Sistema ISAPRE, donde se dispone:

“Las instituciones de salud previsional deberán utilizar, para la totalidad de los planes que comercialicen, durante los próximos cinco años contados desde la entrada en vigencia de las presentes instrucciones, la tabla de factores única que se indica a continuación:

<i>Tabla de Factores</i>		
<i>Tramos de Edad</i>	<i>Cotizante</i>	<i>Cargas</i>
	<i>s</i>	
<i>0 a menos de 20 años</i>	<i>0,6</i>	<i>0,6</i>
<i>20 a menos de 25 años</i>	<i>0,9</i>	<i>0,7</i>
<i>25 a menos de 35 años</i>	<i>1,0</i>	<i>0,7</i>
<i>35 a menos de 45 años</i>	<i>1,3</i>	<i>0,9</i>
<i>45 a menos de 55 años</i>	<i>1,4</i>	<i>1,0</i>
<i>55 a menos de 65 años</i>	<i>2,0</i>	<i>1,4</i>
<i>65 y más años</i>	<i>2,4</i>	<i>2,2</i>

Dicha tabla será aplicada para la determinación del precio en el momento de la suscripción del contrato y de la incorporación de beneficiarios, según



sea el caso. Sin embargo, no regirá para efectos de modificación del precio por cambio de tramo etario".

Noveno: Que, por una parte, estas instrucciones son coincidentes con lo que ya se ha resuelto en reiteradas oportunidades por esta Corte, en el sentido de que no es posible distinguir en razón del sexo, por la vía de aplicar a las cotizantes mujeres - principalmente a aquellas en edad fértil - un factor superior a aquel que correspondería, para el mismo plan, a un hombre de igual edad. Sobre este punto se refieren, entre muchos otros, los fallos CS Roles N°9.169-2019, N°119.739-2020, N°132.125-2020 y N°5.132-2021, los cuales se sustentan precisamente en haberse derogado este componente a la hora de determinar los factores de la tabla.

Décimo: Que, por otra parte, en cuanto la prohibición del alza del precio de un contrato vigente por aplicación de la Tabla de Factores, las instrucciones de la Superintendencia de Salud en la ya citada Circular N°343, son también plenamente compatibles con lo resuelto masivamente por esta Corte, al disponer que la Tabla Única de Factores *"no regirá para efectos de modificación del precio por cambio de tramo etario"*. Aquella instrucción no es sino una reiteración de lo señalado, en su oportunidad, en la Circular N°317 de 18 de octubre de 2018, que *"Instruye a las Isapres Aplicar la Reducción del Precio por Cambio de Factor Etario en la Ejecución de los Contratos de Salud Previsional"*, conforme a la cual, desde la dictación de la referida sentencia del Tribunal Constitucional Rol N°1710, *"no existe controversia en cuanto a que mientras no sea modificada la ley, las isapres se encuentran impedidas de aplicar aumentos de precio por cambio de factor etario de los beneficiarios de los contratos de salud, toda vez que han dejado de regir las normas que otorgaban sustento legal a esa facultad"*.

Además, el regulador remarca que, *"sin embargo, tratándose de la reducción del factor etario que favorece al beneficiario que cambia de tramo, este Organismo a través de su Tribunal Especial, ha venido*



resolviendo desde el año 2013 las controversias sobre la materia, disponiendo la aplicación de la rebaja del precio, al estimar que la mantención del factor de riesgo fijado en las tablas para el tramo etario anterior es contrario a la Constitución, lesionando los derechos del cotizante y sus beneficiarios a la protección de la salud y a la seguridad social de manera indefinida y permanente, al gravar en forma desproporcionada el costo del plan de salud, dejándolos en una situación de vulnerabilidad”, razón por la cual instruye a las instituciones “la obligación de aplicar, cada vez que corresponda, la reducción del precio por cambio del factor etario de los beneficiarios de sus contratos de salud”, ratificando que se encuentran impedidas de aplicar aumentos de precio por este motivo.

De allí se sigue que, actualmente, la edad sea un componente que, en la medida que exista una permanencia dentro de un mismo plan, juega en beneficio del afiliado y sus beneficiarios, aplicándose siempre a la baja y, en otros términos, el cambio de tramo etario no motivará jamás un alza en el precio final del plan.

Undécimo: Que, en consecuencia, tras este nuevo estudio de los antecedentes, esta Corte entiende que no es ilegal, para la determinación del precio final de un nuevo contrato individual de salud, multiplicar el precio base del plan complementario de salud ofrecido por el factor de riesgo del cotizante o afiliado determinado en una tabla de general aplicación, que no discrimine por sexo y que establezca grupos etarios correspondientes a sus riesgos de salud, de conformidad con la instrucción general contenida en la Circular IF/N° 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. El precio final así fijado al momento de contratar no podrá modificarse al alza por el solo cambio de grupo etario del cotizante o afiliado durante la vigencia del contrato.

Duodécimo: Que esta interpretación es coincidente con la entregada por la Superintendencia de Salud quien, informando a esta Corte en la



tramitación de este recurso señaló, en lo pertinente: *“Con respecto a la distinción entre precio base y precio final, podemos señalar que el artículo 170 letra m) del DFL N°1/2005 del Ministerio de Salud - transcrito en el numeral 3 de este informe - diferencia uno del otro, de esta suerte, el precio base es único, esto es, se aplica a todos los afiliados de un mismo plan y, por otra parte, el precio final es variable, ya que dependerá de la cantidad de personas beneficiarias de un contrato y del factor de edad que les corresponda.*

En este mismo orden de ideas, puede decirse que precio base y precio final no necesariamente serán equivalentes.

(...)

De lo expuesto, aparece establecido que el precio base es el que asigna la Institución de Salud Previsional a cada plan de salud, con total independencia del número de beneficiarios, y se aplica a todas las personas que contraten el mismo plan, es decir, el precio base del plan de salud no varía.

Distinto es el caso del precio final, el cual - como la misma norma indica - se obtiene de multiplicar el respectivo precio base por el factor que corresponde al afiliado o beneficiario de acuerdo a la respectiva tabla de factores.

Es decir, el precio base, siendo único, es una base de cálculo para la determinación del precio final resultante de la aplicación de la tabla de factores y beneficiarios”.

Menciona, a su vez, el Oficio Ord. SS/N°1506 de 27 de mayo de 2022, en respuesta a una presentación de la Asociación de Isapres, el cual adjunta y que explica: *“es el precio final y no el precio base, el que se modifica por la variación del número de beneficiarios”* y finaliza señalando *“que la interpretación de esa Asociación en orden a que se reconocería la aplicación de 'tantos precios bases como beneficiarios del contrato' no tiene asidero en la normativa previamente reseñada”.*



Décimo tercero: Que esta forma de calcular la cotización pactada que determina el precio final de contrato individual de salud, basada en la multiplicación del valor de un plan base por la suma de los factores de riesgo de sus beneficiarios, difiere de manera evidente del sistema previsto para las cotizaciones al Fondo Nacional de Salud, basadas en un porcentaje único para cada afiliado, con independencia del número de cargas legales que deba atender, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 84 del Decreto Ley N°3500, 1 del Decreto Ley N°3501 y 137 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, ya singularizado.

Ello puede explicarse pues el sistema de financiamiento de uno y otro régimen es completamente diferente: el del sistema privado de salud se financia íntegramente con "cargo al aporte de la cotización legal para salud o una superior convenida" con sus afiliados (artículo 171 Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005); mientras el del Fondo Nacional de Salud lo hace con dichas cotizaciones y "los recursos que establezcan las leyes", entre ellas, las de Presupuesto General de la Nación (artículo 158 del mismo cuerpo normativo). Del mismo modo, las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud, tienen derecho a un porcentaje de contribución de sus gastos de salud en los servicios públicos, del que carecen los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional, quienes deben pagar el valor total de las prestaciones que de dicho servicio reciban (artículo 157 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005).

Décimo cuarto: Que, todo lo señalado hasta ahora permite entender la naturaleza única del precio base de cada plan de salud ofrecido por las Isapres a sus eventuales contratantes, esto es, no sólo se trata del mismo para todos aquellos afiliados que contraten el mismo plan sino que, contratado éste, su monto no varía en razón del número, sexo o la edad de los contratantes y sus beneficiarios, manteniéndose en una suma constante.

Distinto es el caso del precio final, de carácter variable respecto de cada contrato de salud individual, y cuya cuantía depende precisamente de



la cantidad de beneficiarios y del factor de riesgo que a cada uno corresponda, fijado en la tabla de factores aplicable. En otras palabras, la operación regulada en el artículo 199 del DFL N°1 exige que, para determinar la cotización pactada en el precio final de cada contrato individual, el precio base del plan contratado ("Precio Base Plan") sea multiplicado por la suma de los factores de riesgo que correspondan a cada uno de los beneficiarios ("Factor Grupo Familiar"), cantidad que deberá ser sumada a las primas GES, CAEC y los beneficios adicionales, tal como se expresa en las casillas del Formulario Único de Notificación preparado por la Superintendencia del ramo.

Décimo quinto: Que por lo dicho anteriormente, esta Corte considera ajustado al texto legal el procedimiento de cálculo del precio final del concertado individual de salud aplicado a la recurrente, esto es, la multiplicación del precio base ofertado por la suma de los factores de la tabla respectiva de todos los miembros del grupo familiar.

II. Sobre la ilegalidad o arbitrariedad de la determinación de los factores de riesgo y su cuantía asociados a la tabla de factores fijada por la ISAPRE recurrida para el plan base de la recurrente.

Décimo sexto: Que, llegados a este punto, cabe ahora abocarse al examen particular del alza del precio del contrato de salud individual de la recurrente mediante la aplicación de la tabla de factores.

Décimo séptimo: Que son hechos no controvertidos en esta causa, corroborados por los documentos acompañados, los siguientes:

1. Que con fecha 11 de febrero de 2022 la recurrente suscribió con la recurrida un Formulario Único de Notificación modificando la cotización pactada.

2. Que el Plan de Salud Complementario contratado por la recurrente corresponde al signado con el código TBT51, "Botticelli 51", de carácter individual, cuyo precio base, a la fecha de la modificación referida, es de 1,5570 UF.



3. Que la Tabla de Factores acompañada a dicho Plan de Salud Complementario contempla una fijación de precios de suscripción y modificación al número de beneficiarios que fija valores diferenciados para 18 grupos etarios, distinguiendo, además, entre cotizantes y cargas, masculinas y femeninas.

4. Que en el Formulario Único de Notificación donde se acuerda el alza reclamada figura como "Precio Base Plan" la cantidad de 1,5570 UF y como "Factor Grupo Familiar" el guarismo 2,40, de tal modo que su multiplicación resulta 3,7370 UF, a la que se añade un precio GES de 0,430 UF para llegar a una "Cotización Pactada" de 4,1670 UF, que resulta ser el precio final del contrato individual de salud así modificado, de forma previa al descuento de una compensación de 1,3370.

5. Que de conformidad con la tabla de factores asociada, el mencionado guarismo de 2,40 corresponde al factor de la cotizante, determinado por sexo y edad, considerando que no existen beneficiarios asociados..

6. Que, de este modo, se ha calculado el valor del precio final del contrato de salud de la recurrente, aplicando el factor correspondiente a su edad y sexo, conforme a la tabla de factores elaborada por la recurrida e incluida en el contrato respectivo.

Décimo octavo: Que lo primero que cabe advertir a esta Corte en la especie es el empleo de una tabla de factores por parte de la recurrida que no sólo difiere de la que ordena aplicar la Superintendencia del ramo en su Circular IF/N° 343, de 2019, sino que, al así hacerlo, controvierte directamente los fundamentos de la sentencia del Tribunal Constitucional Rol N° 1710-10 que declaró inconstitucional la diferenciación por sexo y edad en las tablas de factores de las Instituciones de Salud Previsional, derogando las normas legales que así lo permitían.

Décimo noveno: Que, en efecto, en dicha sentencia del Tribunal Constitucional – que la Superintendencia de Salud tuvo expresamente en consideración al emitir la Circular IF/N° 343 –, se señaló haber logrado



convicción en cuanto a que los números 1, 2, 3 y 4 del inciso tercero del artículo 38 ter de la Ley N°18.933, que permitían una diferenciación por sexo y etaria en tramos de entre tres y cinco años "son incompatibles con el derecho a la igualdad ante la ley, especialmente entre hombres y mujeres y lesionan, asimismo, el derecho a la protección de la salud y el derecho a la seguridad social, en el sentido que todos ellos se encuentran reconocidos y asegurados en nuestra Carta Fundamental"; añadiendo que "si bien las diferencias fundadas en los criterios de la edad y del sexo de las personas no son, en sí mismas, jurídicamente reprochables, ni tampoco prima facie arbitrarias, siempre que respondan a una fundamentación razonable, sí lo son aquellas que se derivan de dichos preceptos. En efecto, los numerales 1, 2, 3 y 4 del inciso tercero del artículo 38 ter de la Ley N°18.833 son contrarios a la igualdad ante la ley asegurada en el numeral 2° del artículo 19 de la Carta Fundamental, toda vez que admiten el establecimiento de diferencias arbitrarias al no instituir límites idóneos, necesarios, proporcionados y, por ende, razonables, respecto del ejercicio de la potestad discrecional que el mismo precepto legal entrega a la Superintendencia del ramo para aplicar, a través de 'instrucciones de general aplicación', los topes de edad, dentro de la estructura de las tablas de factores que, a su vez, deben utilizar las Isapres al elaborar los planes de salud que ofrezcan a sus afiliados y para determinar la manera cómo influirá en la variación del precio de tales contratos el aumento o la reducción del factor que corresponda a un beneficiario del respectivo plan en razón de su edad".

Y concluye que "el seguro de salud que opera en este ámbito tiene por objeto garantizar el acceso a las prestaciones de salud. Por lo mismo, precios desproporcionados en relación a las rentas, determinados en base a factores como el sexo y la edad, ambos inherentes a la condición humana, afectan el libre e igualitario acceso a las acciones de salud que el Estado está obligado a garantizar. Para ajustarse a la garantía constitucional



reseñada, el legislador debió establecer parámetros prudentes, dentro de latitudes razonables, al determinar las condiciones a las que debe ajustarse la fijación del precio de un seguro de salud que se contrate con una Isapre".

Vigésimo: Que, en este punto, es necesario manifestar que el contrato de salud no puede reducirse a un seguro individual, pues opera a fin de materializar el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y a la seguridad social, tratándose de una convención en que la entidad en cuestión tiene asegurada una cotización y su monto, razón por la cual las normas que regulan este vínculo son de orden público y el servicio que prestan puede ser calificado como uno de dicho carácter, en atención a su objeto. En otras palabras, nos encontramos frente a un contrato dirigido por el legislador, en que se encuentra mitigado el principio de autonomía de la voluntad y cuyas normas son de orden público, en el sentido material y tradicional del término.

En esta línea de pensamiento, se ha resuelto que sus reglas contractuales *"no se ciñen a las pautas de la autonomía de la voluntad de los contratantes, puesto que la intervención del legislador tiene por objeto proteger al contratante débil o usuario del sistema privado de salud. Y, en segundo lugar, porque las reglas de intervención del legislador no son sólo a efectos de corregir anomalías o precaver algún interés público. Se trata de definir contratos orientados por la naturaleza del derecho, esto es, un derecho de protección de la salud integrante de la seguridad social"* (STC Rol N°3.227-16).

En el mismo sentido ha decidido esta Corte en reiteradas oportunidades, explicando: *"La institución de salud previsional concurre, en este caso, a cooperar en la función pública de protección de la salud de las personas, constituyendo su actividad una actividad de servicio público, desde el punto de vista material, labor a la cual adhirió libremente. Es por ello que debe tener en consideración en su labor el bien común y, por*



lo mismo, que al haber contraído el compromiso de velar por el bienestar social y la utilidad colectiva, su actuar necesariamente ha de estar orientado hacia la promoción del bien común -principio esencial recogido en las Bases de la Institucionalidad, ubicado en el Capítulo I de la Carta Fundamental, obligatorio tanto para gobernantes como para gobernados -, cuya maximización persigue la satisfacción de una necesidad pública de primer orden” (SCS Rol N° 131.731-2020. En el mismo sentido, Roles N°21.189-2019 y N° 24.740-2018).

Es precisamente en este contexto que puede afirmarse que las tablas de factores elaboradas por cada Isapre, según se ha razonado, adolecen de nulidad absoluta por objeto ilícito, al contravenir el derecho público chileno, por hallarse en contradicción con la Carta Fundamental.

Vigésimo primero: Que, como se ha adelantado, la Tabla de Factores empleada por la entidad recurrida mantiene el esquema de diferenciación por sexo y edad en dieciocho tramos que el Tribunal Constitucional estimó contrario a la garantía de la igualdad ante la ley del N°2 del artículo 19 de la Carta Magna.

Además, dicha tabla de factores difiere no sólo en su estructura, sino también en sus guarismos, de los términos de la Tabla Única contenida en la Circular IF/ N° 343 de la Superintendencia del ramo, antes transcrita, que no diferencia por sexo, mantiene apenas 7 tramos etarios y establece un factor de 1,4 para cotizantes en edades equivalentes a la de la recurrente.

Vigésimo segundo: Que por lo recién expresado, si bien el mecanismo de determinación del precio final del contrato de salud individual de la recurrente, esto es, la multiplicación del precio del plan base por la suma de los factores del grupo familiar, es conforme a la ley vigente, lo cierto es que la recurrida, al considerar en ese procedimiento una tabla de factores que distingue por sexo entre 18 grupos etarios, incurre en un acto **ilegal y arbitraria**, pues las disposiciones que permitían esa clase de discriminaciones fueron derogadas por la sentencia del Tribunal



Constitucional Rol N°1.710-10, por infringir la garantía de igualdad ante la ley del artículo 19 N°2 de la Carta Fundamental.

Este carácter discriminatorio de la tabla de factores empleada por la recurrida produce un alza irrazonable del valor del precio final del contrato de salud de la recurrente, como se constata al comprar la suma de factores del grupo familiar que de su aplicación resulta en el caso concreto con la que resulta de la aplicación de la contenida en la Circular IF/N.° 343 de la Superintendencia de Salud, razón suficiente para acoger el presente recurso, en los términos que se señalará en lo dispositivo de esta sentencia.

Vigésimo tercero: Que, establecido lo anterior, no escapa a esta Corte la constatación de que la arbitrariedad impugnada no es producto del acto individual de la modificación del contrato de salud de la recurrente, sino de la aplicación para ello de la tabla de factores ("TABLA DE FACTORES DE PRECIO") que la recurrida, según expresó en su informe y apelación de autos, mantiene vigente para todos sus planes de salud suscritos con anterioridad al 11 de diciembre de 2019, a pesar de su carácter discriminatorio por sexo y edad.

Vigésimo cuarto: Que, por tanto, al acoger este recurso, para dar adecuada protección al recurrente y a todos los afectados con la aplicación de la tabla de factores empleada por la recurrida a sus planes y contratos de salud, 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 ilegal y arbitrario el hecho de mantener su vigencia con carácter general para todos los contratos individuales de salud que administra y a los que aplica, 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.

Vigésimo quinto: Que, por otra parte, considerando el carácter eminentemente cautelar de la acción deducida, no es posible, por esta vía,



determinar la existencia de eventuales cantidades a devolver y su monto, razón por la cual será el órgano fiscalizador quien, en su caso, determinará la forma de proceder a su cómputo y diseñará las directrices, forma y condiciones de devolución, en caso de corresponder.

Y visto, además, lo dispuesto en 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 de seis de mayo de dos mil veintidós, dictada por la Corte de Apelaciones de Valparaíso, **con declaración** que:

1. Se deja sin efecto la "TABLA DE FACTORES DE PRECIO" o tabla de factores que la recurrida, Isapre Vida Tres S.A., tiene asociada al plan de salud contratado por la recurrente;

2. Consecuencialmente, se deja sin efecto la aplicación de dicha tabla de factores para calcular el precio final de todos los contratos de salud individual administrados por la Isapre Vida Tres S.A.;

3. En su lugar, Isapre Vida Tres S.A. deberá calcular el precio final de todos los contratos de salud que administre, multiplicando valor del plan base correspondiente por la suma de los factores del grupo familiar, aplicando para ello la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343 de la Superintendencia de Salud.

4. La aplicación del procedimiento anterior no podrá importar un alza del precio final de los contratos de los afiliados a la recurrida, respecto del fijado al momento de ejecutoriarse esta sentencia.

5. Una vez calculado el precio final de los contratos individuales, aplicando la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343 de la Superintendencia de Salud, sólo podrá autorizarse un alza del precio final de dichos contratos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o beneficiarios y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar allí previstos así lo determine, alza cuyo cobro se suspenderá hasta que la nueva carga cumpla dos años de edad en caso de ser no nata o menor de esa edad.



6. La Superintendencia de Salud, en ejercicio de sus facultades de fiscalización y dentro del plazo de seis meses, determinará el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud administrados por la recurrente a los términos de la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343.

7.- La Superintendencia de Salud dispondrá, además, las medidas administrativas para que, en el evento de que la aplicación de la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343 de la Superintendencia de Salud determine un precio final del contrato inferior al cobrado y percibido por la recurrida, las cantidades recibidas en exceso y cuyo cobro no esté prescrito sean restituidas como excedentes de cotizaciones.

8°.- 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 aplicación de "TABLA DE FACTORES DE PRECIO", para que se agregue copia autorizada de esta sentencia.

9°.- 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.

10.- Que no se condena en costas a la recurrida, por no haber sido totalmente vencida.

Se previene que el Ministro señor Muñoz estuvo por confirmar la sentencia apelada, con declaración que la Isapre recurrida solamente podía considerar el valor de un plan base para el titular y todos sus beneficiarios, sin adicionar precios bases o tabla de factores a su respecto como de tales beneficiarios, por las consideraciones décimo cuarta párrafo primero, décimo séptima, vigésima y vigésima tercera, como las siguientes motivaciones:

1° Que, en relación al precio base, tal como se ha razonado, queda establecido como un hecho irredargüible que no es posible entender que existan tantos precios base como beneficiarios de un plan, puesto que solamente hay un precio base por cada cotizante que contrate con la isapre,



sin que éste pueda reproducirse por cada uno de los beneficiarios.

Dicho de otro modo, el precio base es único para cada plan de salud y, por tanto, las Isapres no se encuentran facultadas para cobrar un valor base por cada beneficiario de un contrato de salud, como mecanismo de reemplazo de la tabla de factores de riesgo. En efecto, si bien la Ley estableció un sistema de salud previsional en el que pueden intervenir como prestadores tanto el Estado como privados -los que naturalmente serán distintos en múltiples aspectos - las diferencias entre ambos no pueden ser de una entidad tal que genere situaciones de inequidad y desigualdad entre los afiliados a uno u otro sistema, circunstancia que ocurriría si la Isapre procediera a imponer precios por sus planes de salud en la forma señalada, dado que el sistema público de salud establece un precio único, con prescindencia de los beneficiarios o cargas del titular.

Si ello se hiciera efectivo, en definitiva asimilaría el precio del plan a la prima de un contrato de seguro privado, lo cual claramente atenta contra la naturaleza de servicio público que tienen las Instituciones de Salud Previsional, dado que perderían precisamente su carácter previsional.

2° Que, respecto de la aplicación de la tabla de factores de riesgo, se debe tener presente que los numerales 1°, 2°, 3° y 4° del artículo 38 ter de la Ley N°18.933 fueron declarados inconstitucionales por la sentencia del Tribunal Constitucional de 6 de agosto de 2010. De esta forma y según lo dispone el inciso tercero del artículo 94 de la Constitución Política de la República, la mencionada disposición legal *"se entenderá derogada desde la publicación en el Diario Oficial de la sentencia que acoja el reclamo, la que no producirá efecto retroactivo"*, publicación que se cumplió con fecha 9 de agosto de 2010.

3° Que, en tal virtud y teniendo en consideración que la disposición legal del artículo 38 ter de la Ley N°18.933, en cuanto establecía parámetros o pautas de discriminación por sexo y edad, ha sido declarada contraria a la Carta Fundamental, por atentar en contra de garantías que la



mencionada sentencia expresa, de manera que no ha sido una nueva expresión de voluntad del legislador la que ha modificado una determinación anterior, sino que se le ha privado de efecto por atentar en contra del ordenamiento constitucional de nuestro país y, que en el caso que se nos plantea mediante el presente recurso de protección, estamos en presencia de un contrato de salud previsional suscrito entre las partes en conflicto en este procedimiento, cuyo valor final fue determinado precisamente tras la aplicación de la tabla de factores de riesgo, la que ha quedado sin base de sustento legal.

4° Que, por lo tanto, el valor que la Isapre pretendió imponer al plan de salud de la recurrente, sobre la base de aplicar la tabla de factores prevista por la norma legal declarada inconstitucional y, por lo mismo, derogada, carece también de todo fundamento legal, puesto que, si bien la Isapre, antes de la derogación, podía aplicar esa tabla de factores porque la ley lo permitía; la ley ya no contempla tal posibilidad pues las normas pertinentes han sido derogadas y privadas de todo efecto, producto de la publicación efectuada en el Diario Oficial con fecha 9 de agosto del año 2010, de la sentencia de inconstitucionalidad antes citada.

5° Que, en este orden de ideas, la declaración de inconstitucionalidad representa una alteración al marco jurídico del contrato de salud. En efecto, al estar frente a contratos dirigidos por el legislador, en que se encuentra mitigado el principio de autonomía de la voluntad, cuyas normas son de orden público, por cuanto se trata de una actividad de servicio público, en el sentido material y tradicional del término, las modificaciones al estatuto normativo que lo rige producen efecto in actum, tanto para los contratos antiguos como los futuros. Lo anterior es de absoluta lógica en atención al antecedente que la fuente de la facultad de la Isapre para reajustar, por aplicación de las tablas de factores elaboradas por ellas, provenía de la ley y no de la autonomía de la voluntad de las partes.



6° Que, sobre la base de todo lo anterior y considerando que los contratos de salud deben conformarse a los efectos causados por la inconstitucionalidad, corresponde concluir que no procede aplicar a estos contratos de salud las tablas de factores de edad y sexo pues carecen de validez jurídica, toda vez que las disposiciones que la regulaba fueron derogadas por el Tribunal Constitucional. Por lo tanto, al haber perdido eficacia las normas jurídicas que habilitaban a las Isapres para aplicar tablas de factores elaboradas en virtud de las instrucciones generales fijadas por la Superintendencia de Salud, es de rigor que éstas pierdan validez pues las disposiciones que las sustentaban fueron expulsadas del ordenamiento jurídico.

7° Que, la situación anterior se extiende también, en concepto de este disidente y como también ha resuelto esta Corte (a modo ejemplar, SCS Rol N°22.221-2021), a la Superintendencia de Salud, quien no está facultada para fijar la estructura de la tabla de factores, puesto que dicho actuar está, conforme a lo razonado, en contradicción con la Carta Fundamental.

8° Que, en consecuencia, quien suscribe este voto particular se mantiene en la jurisprudencia uniforme e invariable de esta Corte hasta ahora, en orden a que no es posible la implementación de la tabla de factores de riesgo, ya sea elaborada por las Isapres o por la Superintendencia de Salud, conforme al pronunciamiento del Tribunal Constitucional, pero fundamentalmente por contrariar las garantías que la Constitución Política de la República asegura a la actora en los numerales N°2 y N°24 de su artículo 19, por obligarla al pago de un precio por concepto de plan de salud, aumentado por la aplicación inconstitucional de la señalada tabla.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Carroza y la prevención, de su autor.

Rol N° 14.513-2022.



Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (a) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E., y Sr. Jean Pierre Matus A. No firman, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo de la causa, los Ministros Sra. Vivanco y Sr. Matus por encontrarse con permiso.

SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO

Fecha: 30/11/2022 09:29:51

ADELITA INES RAVANALES ARRIAGADA
MINISTRA

Fecha: 30/11/2022 09:29:52

MARIO ROLANDO CARROZA ESPINOSA
MINISTRO

Fecha: 30/11/2022 09:29:53



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E. Santiago, treinta de noviembre de dos mil veintidós.

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



Santiago, a treinta de noviembre de dos mil veintidós.

Vistos:

Se reproduce la sentencia en alzada, únicamente en su parte expositiva.

Y se tiene, en su lugar y, además, presente:

Primero: Que, en estos autos, se dedujo recurso de protección en contra de Isapre Banmédica S.A. en razón del acto consistente en aplicar un factor de riesgo por cada miembro del grupo familiar, alterando con ello el precio base del plan de salud, esto es, multiplicando el precio base de la afiliada por 1,4 que es el factor que corresponde a su sexo y edad, sumando el factor 1,0 por cada una de sus cargas hombre y mujer.

Asegura que, la correcta interpretación de los artículos 170 letra m) y 199 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 del año 2005, del Ministerio de Salud, permite entender que el precio base es único para todos los afiliados al mismo plan. A ello se suma la inaplicabilidad de la tabla de factores, conforme a la sentencia dictada por el Tribunal Constitucional el día 6 de agosto de 2010, que declaró la inconstitucionalidad de los numerales que



indica del artículo 18 ter de la Ley N° 18.933.

Todo lo anterior motiva que el actuar de la recurrida infrinja las garantías constitucionales consagradas en los numerales N° 2°, 9° y 24 de la Constitución Política de la República.

Solicita, en definitiva, que se acoja el recurso, ordenando que la recurrida sólo considere el valor del plan base respecto de todo el grupo familiar, absteniéndose de multiplicarlo por coeficiente alguno y disponiendo, además, la restitución de lo excesivamente pagado.

Segundo: Que la sentencia apelada acogió la acción, "solo en cuanto se dispone que la recurrida deberá determinar el precio del plan de salud, tanto respecto del actor como de sus cargas, absteniéndose de utilizar y aplicar la tabla de factores elaborada en base a aquellas normas legales que fueron declaradas inconstitucionales y derogadas por la sentencia dictada por el Excelentísimo Tribunal Constitucional, el día 6 de agosto del año 2010, en autos Rol 1710-10-INC".

Tercero: Que, en contra de esta decisión, se alzó



únicamente la parte recurrente solicitando que se ordene a la recurrida que, "para determinar el valor del plan de salud respecto de la recurrente y de su carga legal, sólo se podrá considerar el valor del plan base respecto de todo el grupo familiar, sin adicionar precios bases por cantidad de miembros, y mucho menos multiplicar este por factor de riesgo alguno", además de la restitución de todas las sumas indebidamente descontadas.

Cuarto: Que son hechos no controvertidos en esta causa, corroborados por los documentos acompañados, los siguientes:

1. Que con fecha 1 de diciembre de 2021 la recurrente celebró con la recurrida el contrato N°101179497, en un plan de salud individual, registrando una beneficiaria vigente, nacida el 20 de julio de 2018.

2. Que, para calcular el precio final del contrato de salud individual de la recurrente, se aplicó una Tabla de Factores acompañada a dicho Plan de Salud Complementario, que no distingue entre sexos y sólo contempla 7 grupos etarios.

3. Que, de conformidad con dicha Tabla, el factor de



riesgo aplicable a la recurrente, a la fecha de contratación, era de 1,4 y a la única carga acreditada, de 0,6.

Quinto: Que, en cambio, no aparecen corroboradas por los antecedentes de la causa, por no haberse acompañado en FUN correspondiente, las siguientes afirmaciones del recurso en estudio:

A) Que la recurrente tendría una carga beneficiaria de su plan de salud de sexo masculino;

B) Que a la carga que sí figura en su certificado de afiliación se le aplique un factor "1", en vez del factor 0,6 indicado en la Tabla aplicable a su contrato;

Sexto: Que de lo señalado en los considerandos anteriores y lo expresado por las partes en estrados, se puede colegir que la controversia objeto de esta causa radica en la forma en que se ha determinado por la Isapre recurrida el precio final del contrato de salud de la recurrente. En efecto, en concepto de estos sentenciadores, aquello que subyace a lo que la actora denomina "multiplicidad" de precios base, no es sino la aplicación de la tabla de factores asociada al plan y



respecto de la cual no es posible dejar de realizar otras consideraciones, precisamente relativas a la forma en que ello deberá materializarse.

Que dicha controversia, para una mejor resolución, puede descomponerse lógicamente en los siguientes aspectos:

A) La ilegalidad o arbitrariedad de considerar para la determinación del precio final de un contrato individual de salud una tabla de factores de riesgo asociada al cotizante o afiliado, cuya aplicación altere el precio del plan de salud contratado;

B) Si se acepta que ello no es ilegal o arbitrario, corresponde discutir la ilegalidad o arbitrariedad de considerar para la determinación del precio final de un contrato individual de salud el número de sus beneficiarios o cargas adicionales al cotizante o afiliado;

C) Aun aceptando lo anterior, resta discutir la ilegalidad o arbitrariedad de la determinación de los factores de riesgo y su cuantía asociados a la tabla de factores fijada por la ISAPRE recurrida para



el plan de salud de la recurrente, con especial consideración del hecho de ser menor de dos años la nueva carga.

I. Sobre la ilegalidad o arbitrariedad de emplear tablas de factores de riesgo de salud en la determinación de los precios finales de los contratos individuales de salud.

Séptimo: Que el empleo de tablas de factores en la determinación del precio final de un contrato individual de salud ha sido objeto de una masiva litigación, con miles de causas y sentencias asociadas cuya doctrina principal recoge la sentencia recurrida. Ella puede resumirse en la afirmación de que es arbitraria un alza en el precio final de un contrato de salud por aplicación de una tabla de factores de edad o sexo del afiliado o contratante, como entre otras miles de sentencias se afirma en las causas CS Roles N°58.873-2018 y N°2.681-2020.

Octavo: Que, sin embargo, un mejor estudio de los antecedentes, hace necesario precisar los efectos generales que se le ha dado a esta doctrina, pues sin



abandonar su pertinencia respecto de los casos en que se producen alzas unilaterales de los precios de los contratos individuales de salud por el solo transcurso del tiempo y la llegada de un afiliado o afiliada a una edad determinada, lo cierto es que ese no es el caso de la aplicación de una tabla de factores de riesgo de salud para la determinación del precio de un nuevo contrato individual de salud, respecto de un afiliado que recién se incorpora a la ISAPRE que se trate.

Noveno: Que, en efecto, es un hecho que tras la declaración de inconstitucionalidad y consecuente derogación por la sentencia Rol N°1710-10 del Tribunal Constitucional, de los numerales 1, 2, 3 y 4 del actual artículo 199 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, del año 2005, del Ministerio de Salud, siguen vigentes sus artículos 170, letras n) y m), 199, inciso primero, 202 y 203, que hacen referencia expresa a las tablas de factores según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a grupos definidos por la Superintendencia en instrucciones de general aplicación y a la forma como ellas inciden en la determinación del precio final de los



contratos individuales de salud, disponiendo al efecto el citado inciso primero del artículo 199 de dicho cuerpo legal: *“Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan de salud, la Institución deberá aplicar a los precios base que resulten de lo dispuesto en el artículo precedente, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores”*.

Décimo: Que, de este modo, con el fin de dar aplicación a la subsistencia de las normas citadas y siguiendo los lineamientos del Tribunal Constitucional en orden a eliminar la discriminación por sexo y restringir la derivada de la edad, la Superintendencia de Salud dictó la Circular IF/N°343 de la Superintendencia de Salud, de 11 de diciembre de 2019, que Imparte Instrucciones sobre una Tabla de Factores Única para el Sistema ISAPRE, donde se dispone:

“Las instituciones de salud previsional deberán utilizar, para la totalidad de los planes que comercialicen, durante los próximos cinco años contados desde la entrada en vigencia de las presentes



instrucciones, la tabla de factores única que se indica a continuación:

<i>Tabla de Factores</i>		
<i>Tramos de Edad</i>	<i>Cotizante</i>	<i>Cargas</i>
	<i>s</i>	
<i>0 a menos de 20 años</i>	<i>0,6</i>	<i>0,6</i>
<i>20 a menos de 25 años</i>	<i>0,9</i>	<i>0,7</i>
<i>25 a menos de 35 años</i>	<i>1,0</i>	<i>0,7</i>
<i>35 a menos de 45 años</i>	<i>1,3</i>	<i>0,9</i>
<i>45 a menos de 55 años</i>	<i>1,4</i>	<i>1,0</i>
<i>55 a menos de 65 años</i>	<i>2,0</i>	<i>1,4</i>
<i>65 y más años</i>	<i>2,4</i>	<i>2,2</i>

Dicha tabla será aplicada para la determinación del precio en el momento de la suscripción del contrato y de la incorporación de beneficiarios, según sea el caso. Sin embargo, no regirá para efectos de modificación del precio por cambio de tramo etario”.

Undécimo: Que, por una parte, estas instrucciones son coincidentes con lo que ya se ha resuelto en reiteradas oportunidades por esta Corte, en el sentido de que no es posible distinguir en razón del sexo, por la vía de aplicar a las cotizantes mujeres - principalmente a aquellas en edad fértil - un factor superior a aquel que correspondería, para el mismo plan, a un hombre de igual



edad. Sobre este punto se refieren, entre muchos otros, los fallos CS Roles N° 9.169-2019, N°119.739-2020, N°132.125-2020 y N° 5.132-2021, los cuales se sustentan precisamente en haberse derogado este componente a la hora de determinar los factores de la tabla.

Duodécimo: Que, por otra parte, en cuanto la prohibición del alza del precio de un contrato vigente por aplicación de la Tabla de Factores, las instrucciones de la Superintendencia de Salud en la ya citada Circular N°343, son también plenamente compatibles con lo resuelto masivamente por esta Corte, al disponer que la Tabla Única de Factores *"no regirá para efectos de modificación del precio por cambio de tramo etario"*. Aquella instrucción no es sino una reiteración de lo señalado, en su oportunidad, en la Circular N°317 de 18 de octubre de 2018, que *"Instruye a las Isapres Aplicar la Reducción del Precio por Cambio de Factor Etario en la Ejecución de los Contratos de Salud Previsional"*, conforme a la cual, desde la dictación de la referida sentencia del Tribunal Constitucional Rol N°1710, *"no existe controversia en cuanto a que mientras no sea modificada la ley, las*



isapres se encuentran impedidas de aplicar aumentos de precio por cambio de factor etario de los beneficiarios de los contratos de salud, toda vez que han dejado de regir las normas que otorgaban sustento legal a esa facultad”.

Además, el regulador remarca que, “sin embargo, tratándose de la reducción del factor etario que favorece al beneficiario que cambia de tramo, este Organismo a través de su Tribunal Especial, ha venido resolviendo desde el año 2013 las controversias sobre la materia, disponiendo la aplicación de la rebaja del precio, al estimar que la mantención del factor de riesgo fijado en las tablas para el tramo etario anterior es contrario a la Constitución, lesionando los derechos del cotizante y sus beneficiarios a la protección de la salud y a la seguridad social de manera indefinida y permanente, al gravar en forma desproporcionada el costo del plan de salud, dejándolos en una situación de vulnerabilidad”, razón por la cual instruye a las instituciones “la obligación de aplicar, cada vez que corresponda, la reducción del precio por cambio del factor etario de los beneficiarios de sus contratos de salud”, ratificando que se encuentran



impedidas de aplicar aumentos de precio por este motivo.

De allí se sigue que, actualmente, la edad sea un componente que, en la medida que exista una permanencia dentro de un mismo plan, juega en beneficio del afiliado y sus beneficiarios, aplicándose siempre a la baja y, en otros términos, el cambio de tramo etario no motivará jamás un alza en el precio final del plan.

Décimo tercero: Que, en consecuencia, tras este nuevo estudio de los antecedentes, esta Corte entiende que no es ilegal, para la determinación del precio final de un nuevo contrato individual de salud, multiplicar el precio base del plan complementario de salud ofrecido por el factor de riesgo del cotizante o afiliado determinado en una tabla de general aplicación, que no discrimine por sexo y que establezca grupos etarios correspondientes a sus riesgos de salud, de conformidad con la instrucción general contenida en la Circular IF/N° 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. El precio final así fijado al momento de contratar no podrá modificarse al alza por el solo cambio de grupo etario del cotizante o afiliado durante la vigencia del contrato.



II. Sobre si es ilegal o arbitrario considerar, para la determinación del precio final de un contrato individual de salud, el número de sus beneficiarios o cargas adicionales al cotizante o afiliado.

Décimo cuarto: Que a efectos de dilucidar esta cuestión, planteada por la recurrente como el hecho de que, al aplicar la tabla de factores al cotizante y a cada nuevo beneficiario, se estarían cobrando tantos planes base como la suma de factores resultante, cabe señalar en primer lugar que, de conformidad con lo razonado en el apartado anterior, el precio final del contrato individual de salud se determina multiplicando el valor del precio base del plan de salud complementario ofrecido por el factor de riesgo de la tabla respectiva.

Luego, siguiendo el ejemplo de la tabla de factores única establecida en la Circular IF/N° 343, al suscribirse un nuevo contrato de salud entre una Isapre y un cotizante individual de 60 años, el precio final de su contrato de salud individual se calcula multiplicando por "2" el valor del plan base ofrecido (2PB), sin que ello importe una duplicación de dicho plan base. Y si, al momento de



contratar, se incorpora como carga el cónyuge, de 50 años edad, el precio final será la suma de los factores de ambos beneficiarios (3: 2 del cotizante más 1 de la carga) multiplicada por el precio base del plan respectivo (3PB), sin que ello importe una triplicación de planes base, sino únicamente la aplicación de la fórmula prevista en los artículos 170 letra n) y 199 del DFL N° 1, de 2005.

Décimo quinto: Que esta interpretación es coincidente con la entregada por la Superintendencia de Salud quien, informando a esta Corte en la tramitación de este recurso señaló, en lo pertinente: *"Con respecto a la distinción entre precio base y precio final, podemos señalar que el artículo 170 letra m) del DFL N°1/2005 del Ministerio de Salud - transcrito en el numeral 3 de este informe - diferencia uno del otro, de esta suerte, el precio base es único, esto es, se aplica a todos los afiliados de un mismo plan y, por otra parte, el precio final es variable, ya que dependerá de la cantidad de personas beneficiarias de un contrato y del factor de edad que les corresponda.*

En este mismo orden de ideas, puede decirse que precio base y precio final no necesariamente serán



equivalentes.

(...)

De lo expuesto, aparece establecido que el precio base es el que asigna la Institución de Salud Previsional a cada plan de salud, con total independencia del número de beneficiarios, y se aplica a todas las personas que contraten el mismo plan, es decir, el precio base del plan de salud no varía.

Distinto es el caso del precio final, el cual - como la misma norma indica - se obtiene de multiplicar el respectivo precio base por el factor que corresponde al afiliado o beneficiario de acuerdo a la respectiva tabla de factores.

Es decir, el precio base, siendo único, es una base de cálculo para la determinación del precio final resultante de la aplicación de la tabla de factores y beneficiarios".

Menciona, a su vez, el Oficio Ord. SS/N°1506 de 27 de mayo de 2022, en respuesta a una presentación de la Asociación de Isapres, el cual adjunta y que explica: "es el precio final y no el precio base, el que se modifica



por la variación del número de beneficiarios" y finaliza señalando "que la interpretación de esa Asociación en orden a que se reconocería la aplicación de 'tantos precios bases como beneficiarios del contrato' no tiene asidero en la normativa previamente reseñada".

Décimo sexto: Que esta forma de calcular la cotización pactada que determina el precio final de contrato individual de salud, basada en la multiplicación del valor de un plan base por la suma de los factores de riesgo de sus beneficiarios, difiere de manera evidente del sistema previsto para las cotizaciones al Fondo Nacional de Salud, basadas en un porcentaje único para cada afiliado, con independencia del número de cargas legales que deba atender, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 84 del Decreto Ley N°3.500, 1 del Decreto Ley N° 3.501 y 137 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, ya singularizado.

Ello puede explicarse pues el sistema de financiamiento de uno y otro régimen es completamente diferente: el del sistema privado de salud se financia íntegramente con "cargo al aporte de la cotización legal



para salud o una superior convenida" con sus afiliados (artículo 171 Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005); mientras el del Fondo Nacional de Salud lo hace con dichas cotizaciones y "los recursos que establezcan las leyes", entre ellas, las de Presupuesto General de la Nación (artículo 158 del mismo cuerpo normativo). Del mismo modo, las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud, tienen derecho a un porcentaje de contribución de sus gastos de salud en los servicios públicos, del que carecen los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional, quienes deben pagar el valor total de las prestaciones que de dicho servicio reciban (artículo 157 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005).

Décimo séptimo: Que todo lo señalado hasta ahora permite entender la naturaleza única del precio base de cada plan de salud ofrecido por las Isapres a sus eventuales contratantes, esto es, no sólo se trata del mismo para todos aquellos afiliados que contraten el mismo plan sino que, contratado éste, su monto no varía en razón del número, sexo o la edad de los contratantes y sus beneficiarios, manteniéndose en una suma constante.



Distinto es el caso del precio final, de carácter variable respecto de cada contrato de salud individual, y cuya cuantía depende precisamente de la cantidad de beneficiarios y del factor de riesgo que a cada uno corresponda, fijado en la tabla de factores aplicable. En otras palabras, la operación regulada en el artículo 199 del DFL N°1 exige que, para determinar la cotización pactada en el precio final de cada contrato individual, el precio base del plan contratado ("Precio Base Plan") sea multiplicado por la suma de los factores de riesgo que correspondan a cada uno de los beneficiarios ("Factor Grupo Familiar"), cantidad que deberá ser sumada a las primas GES, CAEC y los beneficios adicionales, tal como se expresa en las casillas del Formulario Único de Notificación preparado por la Superintendencia del ramo.

Décimo octavo: Que por lo dicho anteriormente, esta Corte considera ajustado al texto legal el procedimiento de cálculo del precio final del concertado individual de salud aplicado a la recurrente, esto es, la multiplicación del precio base ofertado por la suma de los factores de la tabla respectiva de todos los miembros del grupo familiar,



sin perjuicio de lo que se dirá enseguida sobre la cuantía de los valores comprendidos en la tabla aplicada en la especie.

III. Sobre la especial situación de la carga no nata y la menor de dos años.

Décimo noveno: Que, sin perjuicio de lo ya señalado, es necesario todavía hacerse cargo en este lugar de la especial situación de la incorporación de cargas no natas y menores de 2 años, en principio causante de un alza del precio final del contrato respectivo, por la suma del factor 0,6, que la Tabla de Factores contenida en la Circular IF/ N° 343 de la Superintendencia de Salud establece para todas las cargas de 0 a 20 años.

Vigésimo: Que, al respecto, esta Corte ha venido decidiendo de también de manera uniforme, indicando que *“la cobertura de las prestaciones que motivan el alza del plan de salud de la parte recurrente, en razón de la incorporación de un hijo menor de 2 años, se encuentra cubierta de conformidad a las disposiciones de la Ley N°19.966 de Régimen general de Garantías de Salud, abarcando, aminorando o atenuando los riesgos de un*



importante número de dolencias” (SCS Roles N°27.843-2019 y 26.959-2019, entre otros).

Por lo demás, de esta forma se asegura el acceso de todo niño recién nacido, a las prestaciones de salud necesarias para un período relevante de su desarrollo, materializando así un derecho básico cuyo titular es un sujeto de especial protección. En efecto, el derecho del niño de acceso a la salud, se encuentra no sólo en la Convención de los Derechos del Niño ratificada por Chile, sino también constituye uno de los pilares fundamentales de la reciente Ley N°21.430 cuyo artículo 38 dispone, en lo pertinente: *“Derecho a la salud y a los servicios de salud. Todo niño, niña y adolescente, con independencia de su edad y estatus migratorio, tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y a servicios y procedimientos de medicina preventiva, tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la salud (...) El Estado debe garantizar progresivamente a todos los niños, niñas y adolescentes acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la*



salud. Asimismo, debe asegurarles acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos y a servicios de salud mental, adoptando todas las medidas necesarias para su plena efectividad, sea en el sistema público o en el sistema privado de salud. Los niños, niñas y adolescentes deberán contar con su propia credencial de pertenencia a un sistema de salud, sea público o privado”.

Vigésimo primero: Que, a la luz de lo anterior, corresponde concluir que, si bien la incorporación de un nuevo beneficiario produciría una justificada modificación al alza del precio del contrato individual de salud, ésta ha de verse suspendida entre su desarrollo intrauterino y los dos años de edad, sin perjuicio del cobro por la prima GES correspondiente que, en ese período cubriría los riesgos de un importante número de dolencias del no nato y el recién nacido, en la forma que se expresará en lo resolutivo de esta sentencia.

IV. Sobre la ilegalidad o arbitrariedad de la determinación de los factores de riesgo y su cuantía asociados a la tabla de factores fijada por la ISAPRE recurrida para el plan base de la recurrente.



Vigésimo segundo: Que, llegados a este punto, cabe ahora abocarse al examen particular de la supuesta alza del precio del contrato de salud individual de la recurrente.

Vigésimo tercero: Que, en primer lugar, cabe señalar que la comparación de la Tabla de Factores asociada al contrato de salud de la recurrente no es otra que la fijada por la Circular IF/N° 343 de la Superintendencia de Salud, cuya legalidad y razonabilidad ha sido afirmada en los considerandos anteriores, de modo que no puede considerarse su aplicación a la recurrente como ilegal o arbitraria.

Vigésimo cuarto: Que, en segundo término, la diferencia existente entre lo señalado por la recurrente en su arbitrio y los documentos aportados, no permite establecer ni el número de sus cargas ni si la recurrida ha aplicado a la determinación del precio final una suma de factores diferente a la que resultaría de aplicar la de su Plan de Salud, correspondiente a la de la Circular IF/N° 343 de la Superintendencia de Salud.

Vigésimo quinto: Que, en consecuencia, como se



dispondrá en lo resolutivo, no es posible a esta Corte establecer el agravio que a la recurrente le impone la sentencia recurrida, por lo que la apelación deducida deberá ser necesariamente rechazada, como se dispondrá en lo resolutivo.

Y visto, además, lo dispuesto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se confirma en lo apelado** la sentencia apelada de cuatro de mayo de dos mil veintidós, dictada por la Corte de Apelaciones de Valparaíso, **con declaración** de que la Tabla de Factores aplicable al Plan de Salud Complementario de la recurrente no es ilegal ni arbitraria y a ella debe ajustarse el cálculo del precio final de su contrato de salud individual, y que no se condena en costas a la recurrida, por no haber sido completamente vencida.

Acordada con el **voto en contra** del Ministro señor Muñoz, quien estuvo por revocar, en lo apelado, la sentencia en alzada y declarar que la Isapre recurrida solamente podía considerar el valor de un plan base para el titular y todos sus beneficiarios, sin adicionar



precios bases o tabla de factores a su respecto como de tales beneficiarios, por lo ya señalado en la consideración décimo séptima párrafo primero, como las siguientes motivaciones:

1° Que, en relación al precio base, tal como se ha razonado, queda establecido como un hecho irredargüible que no es posible entender que existan tantos precios base como beneficiarios de un plan, puesto que solamente hay un precio base por cada cotizante que contrate con la isapre, sin que éste pueda reproducirse por cada uno de los beneficiarios.

Dicho de otro modo, el precio base es único para cada plan de salud y, por tanto, las Isapres no se encuentran facultadas para cobrar un valor base por cada beneficiario de un contrato de salud, como mecanismo de reemplazo de la tabla de factores de riesgo. En efecto, si bien la Ley estableció un sistema de salud previsional en el que pueden intervenir como prestadores tanto el Estado como privados -los que naturalmente serán distintos en múltiples aspectos - las diferencias entre ambos no pueden ser de una entidad tal que genere situaciones de inequidad



y desigualdad entre los afiliados a uno u otro sistema, circunstancia que ocurriría si la Isapre procediera a imponer precios por sus planes de salud en la forma señalada, dado que el sistema público de salud establece un precio único, con prescindencia de los beneficiarios o cargas del titular.

Si ello se hiciera efectivo, en definitiva asimilaría el precio del plan a la prima de un contrato de seguro privado, lo cual claramente atenta contra la naturaleza de servicio público que tienen las Instituciones de Salud Previsional, dado que perderían precisamente su carácter previsional.

2° Que, respecto de la aplicación de la tabla de factores de riesgo, se debe tener presente que los numerales 1°, 2°, 3° y 4° del artículo 38 ter de la Ley N° 18.933 fueron declarados inconstitucionales por la sentencia del Tribunal Constitucional de 6 de agosto de 2010. De esta forma y según lo dispone el inciso tercero del artículo 94 de la Constitución Política de la República, la mencionada disposición legal *"se entenderá derogada desde la publicación en el Diario Oficial de la*



sentencia que acoja el reclamo, la que no producirá efecto retroactivo", publicación que se cumplió con fecha 9 de agosto de 2010.

3° Que, en tal virtud y teniendo en consideración que la disposición legal del artículo 38 ter de la Ley N°18.933, en cuanto establecía parámetros o pautas de discriminación por sexo y edad, ha sido declarada contraria a la Carta Fundamental, por atentar en contra de garantías que la mencionada sentencia expresa, de manera que no ha sido una nueva expresión de voluntad del legislador la que ha modificado una determinación anterior, sino que se le ha privado de efecto por atentar en contra del ordenamiento constitucional de nuestro país y, que en el caso que se nos plantea mediante el presente recurso de protección, estamos en presencia de un contrato de salud previsional suscrito entre las partes en conflicto en este procedimiento, cuyo valor final fue determinado precisamente tras la aplicación de la tabla de factores de riesgo, la que ha quedado sin base de sustento legal.

4° Que, por lo tanto, el valor que la Isapre



pretendió imponer al plan de salud de la recurrente, sobre la base de aplicar la tabla de factores prevista por la norma legal declarada inconstitucional y, por lo mismo, derogada, carece también de todo fundamento legal, puesto que, si bien la Isapre, antes de la derogación, podía aplicar esa tabla de factores porque la ley lo permitía; la ley ya no contempla tal posibilidad pues las normas pertinentes han sido derogadas y privadas de todo efecto, producto de la publicación efectuada en el Diario Oficial con fecha 9 de agosto del año 2010, de la sentencia de inconstitucionalidad antes citada.

5° Que, en este orden de ideas, la declaración de inconstitucionalidad representa una alteración al marco jurídico del contrato de salud. En efecto, al estar frente a contratos dirigidos por el legislador, en que se encuentra mitigado el principio de autonomía de la voluntad, cuyas normas son de orden público, por cuanto se trata de una actividad de servicio público, en el sentido material y tradicional del término, las modificaciones al estatuto normativo que lo rige producen efecto in actum, tanto para los contratos antiguos como los futuros. Lo



anterior es de absoluta lógica en atención al antecedente que la fuente de la facultad de la Isapre para reajustar, por aplicación de las tablas de factores elaboradas por ellas, provenía de la ley y no de la autonomía de la voluntad de las partes.

6° Que, sobre la base de todo lo anterior y considerando que los contratos de salud deben conformarse a los efectos causados por la inconstitucionalidad, corresponde concluir que no procede aplicar a estos contratos de salud las tablas de factores de edad y sexo pues carecen de validez jurídica, toda vez que las disposiciones que la regulaba fueron derogadas por el Tribunal Constitucional. Por lo tanto, al haber perdido eficacia las normas jurídicas que habilitaban a las Isapres para aplicar tablas de factores elaboradas en virtud de las instrucciones generales fijadas por la Superintendencia de Salud, es de rigor que éstas pierdan validez pues las disposiciones que las sustentaban fueron expulsadas del ordenamiento jurídico.

7° Que, la situación anterior se extiende también, en concepto de este disidente y como también ha resuelto esta



Corte (a modo ejemplar, SCS Rol N° 22.221-2021), a la Superintendencia de Salud, quien no está facultada para fijar la estructura de la tabla de factores, puesto que dicho actuar está, conforme a lo razonado, en contradicción con la Carta Fundamental.

8° Que, en consecuencia, quien suscribe este voto particular se mantiene en la jurisprudencia uniforme e invariable de esta Corte hasta ahora, en orden a que no es posible la implementación de la tabla de factores de riesgo, ya sea elaborada por las Isapres o por la Superintendencia de Salud, conforme al pronunciamiento del Tribunal Constitucional, pero fundamentalmente por contrariar las garantías que la Constitución Política de la República asegura a la actora en los numerales N°2 y N°24 de su artículo 19, por obligarla al pago de un precio por concepto de plan de salud, aumentado por la aplicación inconstitucional de la señalada tabla.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Carroza y la disidencia, de su autor.

Rol N° 13.979-2022.



Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (a) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E., y Sr. Jean Pierre Matus A. No firman, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo de la causa, los Ministros Sra. Vivanco y Sr. Matus por encontrarse con permiso.

SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 30/11/2022 09:29:43

ADELITA INES RAVANALES
ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 30/11/2022 09:29:43

MARIO ROLANDO CARROZA
ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 30/11/2022 09:29:44



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E. Santiago, treinta de noviembre de dos mil veintidós.

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



Santiago, a treinta de noviembre de dos mil veintidós.

Vistos:

Se reproduce la sentencia en alzada, únicamente en su parte expositiva.

Y se tiene, en su lugar y, además, presente:

Primero: Que, en estos autos, se dedujo recurso de protección en contra de Isapre Nueva Más Vida S.A. en razón del acto consistente en el aumento del valor del plan de salud, por la vía de cobrar al titular el monto equivalente al precio base y luego reproducirlo para cada una de las cargas, ampliando así de forma desproporcionada el precio final a pagar.

Manifiesta el recurrente que, con anterioridad, obtuvo la dictación de una sentencia ejecutoriada, que dispuso que la recurrida se hallaba impedida de aplicar, a su respecto, la tabla de factores de riesgo y, en consecuencia, esta nueva medida constituye una represalia ante la imposibilidad de aumentar el valor final del plan de salud, por aquella vía.

Asegura que, la correcta interpretación de los artículos 170 letra m) y 199 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 del año 2005, del Ministerio de Salud, permite entender que el precio base es único para todos los afiliados al mismo plan, razón por la cual el actuar de la recurrida infringe las garantías constitucionales consagradas en los numerales N°2°, 9° y 24 de la Constitución Política de la República.

Solicita, en definitiva, que se acoja el recurso, ordenando que la recurrida se abstenga de multiplicar el precio base por el número de beneficiarios o cargas familiares, debiendo aplicarse éste únicamente al titular del plan de salud, disponiendo, además, la restitución de lo excesivamente pagado.

Segundo: Que no resultó discutido que el actor presentó con anterioridad un recurso de protección que fue acogido por sentencia de la Corte de Apelaciones de Concepción, dictada bajo el Rol N°15.466-2021, que



VQVZXCQVEPN

resolvió que la Isapre recurrida *“para determinar el valor del plan de salud de la parte recurrente, considerará el precio base sin aplicar coeficiente alguno de la tabla de factores de riesgo relativos a edad y/o sexo, y ello desde el mes de interposición del presente recurso”*. Tal decisión fue confirmada por esta Corte el día treinta de marzo de dos mil veintidós y, por tanto, a la fecha se encuentra firme.

Tercero: Que, en razón de lo anterior, la imposibilidad de aplicación de la tabla de factores de riesgo a las cargas de la recurrente en este caso concreto - cuestión que subyace a aquello que la actora denomina una “multiplicidad” de precios base - es una materia ya resuelta que, por tanto, no admite una nueva discusión, de modo que cualquier controversia a su respecto, se inserta en el marco del cumplimiento del ya señalado fallo.

Y visto, además, lo dispuesto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se confirma, en lo apelado,** la sentencia de siete de abril de dos mil veintidós, dictada por la Corte de Apelaciones de Concepción.

Acordada con **el voto en contra** del Ministro señor Muñoz, quien fue de parecer de revocar la sentencia apelada y acoger el recurso de protección, declarando expresamente que al actor la Isapre recurrida solamente le puede cobrar un precio base, en el que quedan incluidas todas las personas beneficiarias de su plan de salud, por cuanto, en su concepto, la correcta interpretación de los artículos 170 y 199 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, del año 2005, del Ministerio de Salud, además de aquello especialmente informado por la Superintendencia de Salud, a solicitud de esta Corte, permiten entender como un hecho irredargüible la naturaleza única del precio base del plan de salud, esto es, no sólo se trata de uno solo para todos aquellos afiliados que contraten el mismo plan sino que, contratado éste, su monto no varía en razón del número de beneficiarios, manteniéndose en una suma única y constante, tanto para cada tipo de plan como para aquel contratado en concreto.



Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Carroza y la disidencia, de su autor.

Rol N° 11.813-2022.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (a) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E., y Sr. Jean Pierre Matus A. No firman, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo de la causa, los Ministros Sra. Vivanco y Sr. Matus por encontrarse con permiso.

SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 30/11/2022 09:29:34

ADELITA INES RAVANALES ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 30/11/2022 09:29:35

MARIO ROLANDO CARROZA ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 30/11/2022 09:29:35



VQVZXCQVEPN

Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E. Santiago, treinta de noviembre de dos mil veintidós.

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



Santiago, a treinta de noviembre de dos mil veintidós.

Vistos:

Se reproduce la sentencia en alzada, únicamente en su parte expositiva.

Y se tiene, en su lugar y, además, presente:

Primero: Que en estos autos se dedujo recurso de protección en contra de Isapre Nueva Más Vida S.A. en razón del acto consistente en el aumento del valor del plan de salud, por la vía de cobrar al titular el monto equivalente al precio base y luego reproducirlo para cada una de las cargas, ampliando así de forma desproporcionada el precio final a pagar.

Manifiesta el recurrente que, con anterioridad, obtuvo la dictación de una sentencia ejecutoriada, que dispuso que la recurrida se hallaba impedida de aplicar, a su respecto, la tabla de factores de riesgo y, en consecuencia, esta nueva medida constituye una represalia ante la imposibilidad de aumentar el valor final del plan de salud, por aquella vía.

Asegura que la correcta interpretación de los artículos 170 letra m) y 199 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 del año 2005, del Ministerio de Salud, permite entender que el precio base es único para todos los afiliados al mismo plan, razón por la cual el actuar de la recurrida infringe las garantías constitucionales consagradas en los numerales N°2°, 9° y 24 de la Constitución Política de la República.

Solicita, en definitiva, que se acoja el recurso, ordenando que la recurrida se abstenga de multiplicar el precio base por el número de beneficiarios o cargas familiares, debiendo aplicarse éste únicamente al titular del plan de salud, disponiendo, además, la restitución de lo excesivamente pagado.

Segundo: Que la recurrida opuso la excepción de extemporaneidad, alegando que la forma de calcular el precio final a pagar por la parte recurrente, viene aplicándose del mismo modo desde el año 2015, cuando se



contrató el plan. Conociendo esa forma de determinación, el actor dedujo un primer recurso de protección en relación a la aplicación del factor de riesgo, obteniendo una sentencia favorable que fue cumplida por la recurrida y, no contento con ello, ahora interpone una segunda acción cautelar que vuelve a fundarse en la disconformidad con la manera de cálculo del precio final, el cual es absolutamente extemporáneo, toda vez que han transcurrido 7 años desde la contratación.

Tercero: Que, a efectos de resolver lo precedentemente planteado, es preciso señalar que según el número 1° del Auto Acordado Sobre Tramitación y Fallo del Recurso de Protección de las Garantías Constitucionales, éste debe interponerse "*(...) dentro del plazo fatal de treinta días corridos contados desde la ejecución del acto o la ocurrencia de la omisión o, según la naturaleza de éstos, desde que se haya tenido noticias o conocimiento cierto de los mismos, lo que se hará constar en autos*".

Cuarto: Que, al tenor de la norma citada, corresponde analizar el acto impugnado en estos autos desde la perspectiva de la ejecución del mismo y no desde la primera noticia que se tuvo de éste.

En este orden de ideas, es necesario subrayar que, en cuanto al alza de plan base y del valor GES, esta Corte Suprema ha sostenido que el acto se materializa, a efectos de contar el plazo para interponer la acción constitucional, desde que se descuenta el valor reajustado del plan base o a partir de la comunicación fundada del aumento del valor del GES dirigida específicamente al cotizante, precluyendo el derecho de accionar judicialmente una vez superado los 30 días a contar de las referidas oportunidades, puesto que, en estos casos, la ley faculta a las Isapres a efectuar un alza fundada de la misma, la que de no ser impugnada en el plazo señalado se entiende aceptada por el afiliado.

Quinto: Que, en este contexto, el actor manifiesta que el acto recurrido se materializó en el mes de diciembre de 2021, lo cual coincide



con el hecho que en autos Rol N°14.696-2021, seguidos entre las mismas partes ante la Corte de Apelaciones de Concepción, se decretó orden de no innovar el día 21 de ese mes, para luego enviar la isapre recurrida una carta dirigida al afiliado, donde comunica la forma de cumplimiento de ese fallo, fechada "diciembre 2021".

Luego, lo anterior se materializa a través de la emisión del Formulario Único de Notificación N°7546218-81, que fija el nuevo precio final e indica: "cotización a descontar a partir de 01/2022" y, de esta forma, se ha ido practicando dicho descuento mes a mes.

Sexto: Que, de esta forma, el recurso de la especie ha sido presentado sin que hubiese transcurrido el término previsto por el Auto Acordado que regula esta materia, contado desde que se efectuó el último descuento - desde la remuneración de la parte recurrente - de la cotización correspondiente al plan de salud determinado sobre la base del nuevo cálculo, razón por la cual corresponde el rechazo de la excepción.

Séptimo: Que, en cuanto al fondo del asunto, no resultó discutido que el actor presentó con anterioridad un recurso de protección que fue acogido por sentencia de la Corte de Apelaciones de Concepción, dictada bajo el Rol N°14.696-2021, que resolvió que la Isapre recurrida "*para determinar el valor del plan de salud de la parte recurrente, considerará el precio base sin aplicar coeficiente alguno de la tabla de factores de riesgo relativos a edad y/o sexo, y ello desde el mes de interposición del presente recurso*". Tal decisión fue confirmada por esta Corte el día seis de abril de dos mil veintidós y, por tanto, a la fecha se encuentra firme.

Octavo: Que, en razón de lo anterior, la imposibilidad de aplicación de la tabla de factores de riesgo a las cargas de la recurrente en este caso concreto - cuestión que subyace a aquello que la actora denomina una "multiplicidad" de precios base - es una materia ya resuelta que, por tanto, no admite una nueva discusión, de modo que cualquier controversia a su respecto, se inserta en el marco del cumplimiento del ya señalado fallo.



Y visto, además, lo dispuesto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia:

I.- **Se revoca** la sentencia apelada de doce de abril de dos mil veintidós, dictada por la Corte de Apelaciones de Concepción, en cuanto acogió el recurso de protección deducido y, en su lugar, **se declara** que éste es rechazado.

II.- **Se confirma**, en lo demás apelado, la señalada sentencia.

Acordada con **el voto en contra** del Ministro señor Muñoz, quien fue de parecer de confirmar la sentencia apelada, declarando expresamente que al actor la Isapre recurrida solamente le puede cobrar un precio base, en el que quedan incluidas todas las personas beneficiarias de su plan de salud, por cuanto, en su concepto, la correcta interpretación de los artículos 170 y 199 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, del año 2005, del Ministerio de Salud, además de aquello especialmente informado por la Superintendencia de Salud, a solicitud de esta Corte, permiten entender como un hecho irredargüible la naturaleza única del precio base del plan de salud, esto es, no sólo se trata de uno solo para todos aquellos afiliados que contraten el mismo plan sino que, contratado éste, su monto no varía en razón del número de beneficiarios, manteniéndose en una suma única y constante, tanto para cada tipo de plan como para aquel contratado en concreto.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Carroza y la disidencia, de su autor.

Rol N° 12.151-2022.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (a) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E., y Sr. Jean Pierre Matus A. No firman, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo de la causa, los Ministros Sra. Vivanco y Sr. Matus por encontrarse con permiso.



SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 30/11/2022 09:29:37

ADELITA INES RAVANALES ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 30/11/2022 09:29:38

MARIO ROLANDO CARROZA ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 30/11/2022 09:29:38



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E. Santiago, treinta de noviembre de dos mil veintidós.

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



Santiago, a treinta de noviembre de dos mil veintidós.

Vistos:

Se reproduce la sentencia en alzada, únicamente en su parte expositiva.

Y se tiene, en su lugar y, además, presente:

Primero: Que, en estos autos, se dedujo recurso de protección en contra de Isapre Cruz Blanca S.A. en razón del acto consistente en el aumento del valor del plan de salud, por la vía de cobrar al titular el monto equivalente al precio base y luego reproducirlo para cada una de las cargas, ampliando así de forma desproporcionada el precio final a pagar.

Manifiesta el recurrente que, con anterioridad, obtuvo la dictación de una sentencia ejecutoriada, que dispuso que la recurrida se hallaba impedida de aplicar, a su respecto, la tabla de factores de riesgo y, en consecuencia, esta nueva medida constituye una represalia ante la imposibilidad de aumentar el valor final del plan de salud, por aquella vía.

Asegura que, la correcta interpretación de los artículos 170 letra m) y 199 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 del año 2005, del Ministerio de Salud, permite entender que el precio base es único para todos los afiliados al mismo plan, razón por la cual el actuar de la recurrida infringe las garantías constitucionales consagradas en los numerales N°2°, 9° y 24 de la Constitución Política de la República.

Solicita, en definitiva, que se acoja el recurso, ordenando que la recurrida se abstenga de multiplicar el precio base por el número de beneficiarios o cargas familiares, debiendo aplicarse éste únicamente al titular del plan de salud, disponiendo, además, la restitución de lo excesivamente pagado.

Segundo: Que no resultó discutido que la actora presentó con anterioridad un recurso de protección que fue acogido por sentencia de la Corte de Apelaciones de Concepción, dictada bajo el Rol N°7350-2021, que



resolvió que la Isapre recurrida *“para determinar el valor del plan de salud de la parte recurrente, considerará el valor base, sin aplicar coeficiente alguno de la tabla de factores de riesgo relativos a edad y/o sexo”*. Tal decisión se encuentra firme a la fecha.

Tercero: Que, en razón de lo anterior, la imposibilidad de aplicación de la tabla de factores de riesgo a las cargas de la recurrente en este caso concreto - cuestión que subyace a aquello que la actora denomina una *“multiplicidad”* de precios base - es una materia ya resuelta que, por tanto, no admite una nueva discusión, de modo que cualquier controversia a su respecto, se inserta en el marco del cumplimiento del ya señalado fallo.

Y visto, además, lo dispuesto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se confirma, en lo apelado,** la sentencia apelada de siete de abril de dos mil veintidós, dictada por la Corte de Apelaciones de Concepción.

Acordada con **el voto en contra** del Ministro señor Muñoz, quien fue de parecer de revocar la sentencia apelada y acoger el recurso de protección, declarando expresamente que al actor la Isapre recurrida solamente le puede cobrar un precio base, en el que quedan incluidas todas las personas beneficiarias de su plan de salud, por cuanto, en su concepto, la correcta interpretación de los artículos 170 y 199 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, del año 2005, del Ministerio de Salud, además de aquello especialmente informado por la Superintendencia de Salud, a solicitud de esta Corte, permiten entender como un hecho irredargüible la naturaleza única del precio base del plan de salud, esto es, no sólo se trata de uno solo para todos aquellos afiliados que contraten el mismo plan sino que, contratado éste, su monto no varía en razón del número de beneficiarios, manteniéndose en una suma única y constante, tanto para cada tipo de plan como para aquel contratado en concreto.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Carroza y la disidencia, de su



autor.

Rol N° 12.224-2022.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (a) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E., y Sr. Jean Pierre Matus A. No firman, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo de la causa, los Ministros Sra. Vivanco y Sr. Matus por encontrarse con permiso.

SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 30/11/2022 09:29:40

ADELITA INES RAVANALES ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 30/11/2022 09:29:41

MARIO ROLANDO CARROZA ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 30/11/2022 09:29:41



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E. Santiago, treinta de noviembre de dos mil veintidós.

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



Santiago, a treinta de noviembre de dos mil veintidós.

Vistos:

Se reproduce la sentencia en alzada, únicamente en su parte expositiva.

Y se tiene, en su lugar y, además, presente:

Primero: Que en estos autos se dedujo recurso de protección en contra de Isapre Cruz Blanca S.A. en razón del acto consistente en el aumento del valor del plan de salud, por la vía de cobrar al titular el monto equivalente al precio base y luego reproducirlo para cada una de las cargas, ampliando así de forma desproporcionada el precio final a pagar.

Manifiesta el recurrente que, con anterioridad, obtuvo la dictación de una sentencia ejecutoriada, que dispuso que la recurrida se hallaba impedida de aplicar, a su respecto, la tabla de factores de riesgo y, en consecuencia, esta nueva medida constituye una represalia ante la imposibilidad de aumentar el valor final del plan de salud, por aquella vía.

Asegura que la correcta interpretación de los artículos 170 letra m) y 199 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 del año 2005, del Ministerio de Salud, permite entender que el precio base es único para todos los afiliados al mismo plan, razón por la cual el actuar de la recurrida infringe las garantías constitucionales consagradas en los numerales N°2°, 9° y 24 de la Constitución Política de la República.

Solicita, en definitiva, que se acoja el recurso, ordenando que la recurrida se abstenga de multiplicar el precio base por el número de beneficiarios o cargas familiares, debiendo aplicarse éste únicamente al titular del plan de salud, disponiendo, además, la restitución de lo excesivamente pagado.

Segundo: Que la recurrida solicitó se omitiera pronunciamiento sobre el recurso, toda vez que la misma actora intentó otro recurso de protección sobre idéntica materia, respecto del cual se desistió,



operando así lo dispuesto en el artículo 150 del Código de Procedimiento Civil, esto es, la extinción de las acciones.

Tercero: Que el recurso anterior al que se refiere la recurrida, se tramitó ante la Corte de Apelaciones de Concepción bajo el Rol N°6.208-2022.

Examinados ambos recursos - el ya indicado y aquel presentado en estos antecedentes - se observa que ambos impugnan el acto consistente en *"aumentar el valor del plan de salud del recurrente en un 100%"*, lo cual se habría materializado desde el mes de septiembre de 2021.

El cuerpo de los escritos únicamente se diferencia en la incorporación posterior de dos párrafos sobre normativa y jurisprudencia, para culminar solicitando que se ordene a la recurrida que se abstenga de multiplicar el precio base por el número de beneficiarios y aplicando dicho valor únicamente al titular del plan de salud.

La única divergencia que se aprecia en el petitorio, radica en que el primer recurso solicitaba también *"la restitución de lo excesivamente pagado por la recurrente desde el mes de agosto de 2021 por tal concepto o desde la fecha que S.S. determine"*, rubro que luego es eliminado de la segunda acción.

Cuarto: Que, establecido lo anterior, de la tramitación de los autos Rol N°6208-2022 ya singularizados, se observa que el recurso fue ingresado el 16 de marzo de 2022 y se tuvo por interpuesto el 18 del mismo mes y año, solicitándose informe a la recurrida.

El día 30 de marzo se presentó por el patrocinante de la actora, un escrito por el cual manifiesta: *"vengo en desistirme del presente recurso solicitando el archivo de los antecedentes, atendido el hecho que es voluntad del recurrente no perseverar en la presente tramitación"*.

Al día siguiente, se dicta la siguiente resolución: *"Visto: Téngase por desistido del recurso de protección deducido con fecha 16 de marzo de 2022"*.



A su vez, la acción constitucional objeto de estos antecedentes, fue ingresada ante la misma Corte de Apelaciones, el 7 de abril de 2022.

Quinto: Que el artículo 150 del Código de Procedimiento Civil dispone: *"La sentencia que acepte el desistimiento, haya o no habido oposición, extinguirá las acciones a que él se refiera, con relación a las partes litigantes y a todas las personas a quienes habría afectado la sentencia del juicio a que se pone fin"*.

Sexto: Que, en consecuencia, observándose que entre ambos recursos existen las mismas partes, idéntica cosa pedida y una causa de pedir análoga, necesariamente merece aplicación el artículo 150 ya citado, lo cual trae consigo la extinción de la acción deducida.

En efecto, no se trata de la denuncia de vulneración de garantías de orden colectivo, sino de derechos individuales que miran únicamente al interés del actor, razón por la cual procede el desistimiento y queda aquél impedido de recurrir nuevamente por idénticos motivos.

Séptimo: Que, por tanto, al tratarse de una acción que se ha extinguido por desistimiento, inoficioso resulta razonar en torno al fondo del asunto.

Y visto, además, lo dispuesto en 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 de tres de mayo de dos mil veintidós, dictada por la Corte de Apelaciones de Concepción y, en su lugar, **se declara** que **se rechaza** el recurso de protección deducido.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Carroza.

Rol N° 14.230-2022.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (a) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E., y Sr. Jean Pierre Matus A. No firman, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo de la causa, los Ministros Sra. Vivanco y Sr. Matus por encontrarse con permiso.



SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 30/11/2022 09:29:45

ADELITA INES RAVANALES ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 30/11/2022 09:29:46

MARIO ROLANDO CARROZA ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 30/11/2022 09:29:47



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E. Santiago, treinta de noviembre de dos mil veintidós.

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



Santiago, a treinta de noviembre de dos mil veintidós.

Vistos:

Se reproduce la sentencia en alzada, únicamente en su parte expositiva.

Y se tiene, en su lugar y, además, presente:

Primero: Que, en estos autos, se dedujo recurso de protección en contra de Isapre Consalud S.A. en razón del acto consistente en el aumento del valor del plan de salud, por la vía de cobrar al titular el monto equivalente al precio base y luego reproducirlo para cada una de las cargas, ampliando así de forma desproporcionada el precio final a pagar.

Asegura el actor que la correcta interpretación de los artículos 170 letra m) y 199 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 del año 2005, del Ministerio de Salud, permite entender que el precio base es único para todos los afiliados al mismo plan, razón por la cual el actuar de la recurrida infringe las garantías constitucionales consagradas en los numerales N°2°, 9° y 24 de la Constitución Política de la República.

Solicita, en definitiva, que se acoja el recurso, ordenando que la recurrida se abstenga de multiplicar el precio base por el número de beneficiarios o cargas familiares, debiendo aplicarse éste únicamente al titular del plan de salud, disponiendo, además, la restitución de lo excesivamente pagado.

Segundo: Que no resultó discutido que el actor presentó con anterioridad un recurso de protección que fue acogido por sentencia de la Corte de Apelaciones de Concepción, dictada bajo el Rol N°12.378-2021, que resolvió que la Isapre recurrida *"para determinar el valor del plan de salud de la parte recurrente, considerará el precio base sin aplicar coeficiente alguno de la tabla de factores de riesgo relativos a edad y/o sexo, y ello desde el mes de interposición del presente recurso"*. Tal decisión fue confirmada por esta Corte el día diecinueve de enero de dos mil veintidós y, por tanto, a la fecha se encuentra firme.



Tercero: Que, en razón de lo anterior, la imposibilidad de aplicación de la tabla de factores de riesgo a las cargas de la recurrente en este caso concreto - cuestión que subyace a aquello que la actora denomina una "multiplicidad" de precios base - es una materia ya resuelta que, por tanto, no admite una nueva discusión, de modo que cualquier controversia a su respecto, se inserta en el marco del cumplimiento del ya señalado fallo.

Y visto, además, lo dispuesto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se confirma, en lo apelado,** la sentencia de diecisiete de marzo de dos mil veintidós, dictada por la Corte de Apelaciones de Concepción.

Acordada con **el voto en contra** del Ministro señor Muñoz, quien fue de parecer de revocar la sentencia apelada y acoger el recurso de protección, declarando expresamente que al actor la Isapre recurrida solamente le puede cobrar un precio base, en el que quedan incluidas todas las personas beneficiarias de su plan de salud, por cuanto, en su concepto, la correcta interpretación de los artículos 170 y 199 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, del año 2005, del Ministerio de Salud, además de aquello especialmente informado por la Superintendencia de Salud, a solicitud de esta Corte, permiten entender como un hecho irredargüible la naturaleza única del precio base del plan de salud, esto es, no sólo se trata de uno solo para todos aquellos afiliados que contraten el mismo plan sino que, contratado éste, su monto no varía en razón del número de beneficiarios, manteniéndose en una suma única y constante, tanto para cada tipo de plan como para aquel contratado en concreto.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Carroza y la prevención, de su autor.

Rol N° 9.745-2022.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (a) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita



Ravanales A., Sr. Mario Carroza E., y Sr. Jean Pierre Matus A. No firman, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo de la causa, los Ministros Sra. Vivanco y Sr. Matus por encontrarse con permiso.

SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 30/11/2022 09:29:31

ADELITA INES RAVANALES ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 30/11/2022 09:29:32

MARIO ROLANDO CARROZA ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 30/11/2022 09:29:33



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E. Santiago, treinta de noviembre de dos mil veintidós.

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



Santiago, a treinta de noviembre de dos mil veintidós.

Vistos:

Se reproduce la sentencia en alzada, únicamente en su parte expositiva.

Y se tiene, en su lugar y, además, presente:

Primero: Que en estos autos se dedujo recurso de protección en contra de Isapre Consalud S.A. en razón del acto consistente en el aumento del valor del plan de salud, por la vía de cobrar al titular el monto equivalente al precio base y luego reproducirlo para cada una de las cargas, ampliando así de forma desproporcionada el precio final a pagar.

Manifiesta el recurrente que, con anterioridad, obtuvo la dictación de una sentencia ejecutoriada, que dispuso que la recurrida se hallaba impedida de aplicar, a su respecto, la tabla de factores de riesgo y, en consecuencia, esta nueva medida constituye una represalia ante la imposibilidad de aumentar el valor final del plan de salud, por aquella vía.

Asegura que la correcta interpretación de los artículos 170 letra m) y 199 del Decreto con Fuerza de Ley



N°1 del año 2005, del Ministerio de Salud, permite entender que el precio base es único para todos los afiliados al mismo plan, razón por la cual el actuar de la recurrida infringe las garantías constitucionales consagradas en los numerales N°2°, 9° y 24 de la Constitución Política de la República.

Solicita, en definitiva, que se acoja el recurso, ordenando que la recurrida se abstenga de multiplicar el precio base por el número de beneficiarios o cargas familiares, debiendo aplicarse éste únicamente al titular del plan de salud, disponiendo, además, la restitución de lo excesivamente pagado.

Segundo: Que no resultó discutido que la actora presentó con anterioridad un recurso de protección que fue acogido por sentencia de la Corte de Apelaciones de Concepción, dictada bajo el Rol N°8222-2021, que resolvió que la Isapre recurrida *"para determinar el valor del plan de salud de la parte recurrente, considerará el valor base, sin aplicar coeficiente alguno de la tabla de factores de riesgo relativos a edad y/o sexo, y ello desde el mes de interposición del presente recurso"*. Tal



decisión se encuentra firme a la fecha.

Tercero: Que, en razón de lo anterior, la imposibilidad de aplicación de la tabla de factores de riesgo a las cargas de la recurrente en este caso concreto - cuestión que subyace a aquello que la actora denomina una "multiplicidad" de precios base - es una materia ya resuelta que, por tanto, no admite una nueva discusión, de modo que cualquier controversia a su respecto, se inserta en el marco del cumplimiento del ya señalado fallo.

Y visto, además, lo dispuesto en 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 de tres de mayo de dos mil veintidós, dictada por la Corte de Apelaciones de Concepción y, en su lugar, se declara que **se rechaza** el recurso de protección deducido.

Acordada con **el voto en contra** del Ministro señor Muñoz, quien fue de parecer de confirmar la sentencia apelada, declarando expresamente que al actor la Isapre recurrida solamente le puede cobrar un precio base, en el



que quedan incluidas todas las personas beneficiarias de su plan de salud, por cuanto, en su concepto, la correcta interpretación de los artículos 170 y 199 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, del año 2005, del Ministerio de Salud, además de aquello especialmente informado por la Superintendencia de Salud, a solicitud de esta Corte, permiten entender como un hecho irredargüible la naturaleza única del precio base del plan de salud, esto es, no sólo se trata de uno solo para todos aquellos afiliados que contraten el mismo plan sino que, contratado éste, su monto no varía en razón del número de beneficiarios, manteniéndose en una suma única y constante, tanto para cada tipo de plan como para aquel contratado en concreto.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro señor Carroza y la prevención, de su autor.

Rol N° 14.233-2022.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (a) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E., y Sr. Jean Pierre Matus A. No firman, no



obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo de la causa, los Ministros Sra. Vivanco y Sr. Matus por encontrarse con permiso.

SERGIO MANUEL MUÑOZ GAJARDO
MINISTRO
Fecha: 30/11/2022 09:29:48

ADELITA INES RAVANALES
ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 30/11/2022 09:29:49

MARIO ROLANDO CARROZA
ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 30/11/2022 09:29:50



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Adelita Inés Ravanales A., Mario Carroza E. Santiago, treinta de noviembre de dos mil veintidós.

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

