

Santiago, cuatro de septiembre de dos mil veinticuatro.

Vistos:

Se reproduce únicamente la parte expositiva de la sentencia en alzada.

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

Primero: Que, en estos autos, se interpone recurso de protección en contra de la Isapre recurrida, por el acto calificado de ilegal y arbitrario relativo a modificar injustificada y unilateralmente el precio base de su plan de salud para la anualidad 2024-2025 y por proceder a realizar un ajuste extraordinario, el que se incorporará a los precios finales -luego de la adecuación de los precios bases- y por cada afiliado de dos años de edad o superior y menor de 65 años, a fin de financiar en parte las prestaciones de salud de las cargas nonatas o menores de dos años de edad que no estén cubiertas a través del régimen de garantías explícitas en salud, actos que - se indica - carecen de la debida fundamentación y razonabilidad, modificaciones que estarían basadas en el mero capricho y en meras motivaciones de índole económico, afectando con ello las garantías constitucionales del artículo 19 de la Constitución Política de la República que especifica en su recurso, por lo que solicita se acoja su acción constitucional en los términos expuestos en su libelo.

Segundo: Que, a efectos de dilucidar la controversia planteada en el presente recurso, es necesario consignar que, el inciso tercero del artículo 197 del D.F.L. N° 1 de 2005,



del Ministerio de Salud, dispone: "Anualmente, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan".

Por su parte, el artículo 198 establece que las modificaciones a los precios bases de los planes de salud se sujetarán a las reglas que indica.

El artículo 198 bis de dicho cuerpo legal, establece los presupuestos para que las Isapres puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud

Tercero: Que, el artículo 95 de la Ley N° 21.647 señala: " *Modificaciones al indicador de costos de la salud año 2024. Excepcionalmente, el proceso de adecuación de precios base a que se refieren los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2004, del Ministerio de Salud, estará sujeto a dichas normas con las modificaciones que a continuación se indican:*

1. La Superintendencia de Salud determinará el valor anual del indicador sin considerar el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones que se realicen en la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud.

2. La resolución a que hace referencia el literal d) del numeral 2 del artículo 198, del decreto con fuerza de ley N°



1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberá dictarse y publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud hasta el 20 de febrero de 2024.

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

Recibida la última comunicación a que se refiere el párrafo anterior, la Superintendencia de Salud verificará que la variación interanual informada por cada una de las Isapres se ajuste a los parámetros objetivos establecidos en este artículo y en el artículo 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2004, del Ministerio de Salud, en cuanto no se contrapongan.

4. Los nuevos precios entrarán en vigencia a partir del mes de marzo de 2024.

5. Junto con la comunicación a que se refiere el numeral 3, las Instituciones de Salud Previsional deberán informar a la Superintendencia de Salud el valor en unidades de fomento que, por una sola vez, de forma extraordinaria y luego de la adecuación de precios base, podrán incorporar a todos sus



precios finales, por cada afiliado de edad mayor o igual a dos años y menor de 65 años, a fin de financiar en parte las prestaciones de salud de las cargas nonatas o menores de dos años de edad que no estén cubiertas a través del régimen de garantías explícitas en salud. Para estos efectos, la Superintendencia verificará que el valor informado por cada Isapre se ajuste a financiar única y exclusivamente la disminución de los ingresos por plan complementario de salud, sin considerar el régimen de garantías explícitas en salud, derivados de la suspensión de cobro de estas cargas.

Con todo, en relación con los nuevos precios finales resultantes del proceso de adecuación de precios base a que se refieren los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2004, del Ministerio de Salud, correspondiente al año 2025, entrarán en vigencia en el mes de septiembre de ese año”.

Cuarto: Que, por su parte, la Circular IF/N° 459 de fecha 31 de enero de 2024, dictada por la Superintendencia de Salud con el objetivo de impartir instrucciones a las isapres para el envío de información y establecer los parámetros técnicos que se considerarán para la verificación respecto de la variación de los costos operacionales que justifique las alzas del precio base aplicadas anualmente por dichas instituciones como para la verificación de la prima en U.F., por no cobro a personas no natas y menores de 2 años, contemplada en el numeral 5 del artículo 95 de la Ley N° 21.647.



En relación a las alzas del precio base, las Isapres deberán ceñirse a las reglas establecidas en la Circular IF/477, de 21 de noviembre de 2023, que modifica el Compendio de Información, en todo, salvo en lo relativo a la letra e) "Variación de frecuencia de uso de las prestaciones que se realicen en la modalidad de libre elección de Fonasa".

En cuanto al envío de información y parámetros técnicos a considerar para la verificación del valor extraordinario en UF por no cobro a personas no natas y menores de 2 años, se indica en el numeral 5 que *"la Isapre deberá comunicar a la Intendencia de Fondos de Seguros Previsionales de Salud su prima para mitigar los menores ingresos por el no cobro a personas beneficiarias no nata y menores de 2 años (en unidades de fomento con tres decimales) entregando los siguientes elementos basados en el análisis de sus datos enviados al 5-01-2024 en el Archivo Maestro de Cambio de Factores de Riesgo de Personas Beneficiarias de octubre 2023:*

Frecuencias (en número de personas):

- 1. Número de personas beneficiarias no natas y menores de 2 años a octubre 2023.*
- 2. Número de personas beneficiarias de 65 años y más años a octubre de 2023.*
- 3. Número de personas beneficiarias a octubre de 2023.*
- 4. Número de personas beneficiarias de 2 años y más y menores de 65 años años a octubre de 2023.*



Montos (en UF) :

5. Ingresos percibidos por concepto de personas no natas y menores de 2 años a octubre 2023.

6. Ingresos percibidos a octubre 2023.

7. Menores ingresos por el no cobro a personas no natas y menores de 2 años (octubre 2023).

8. Prima promedio a pagar por persona beneficiaria (que cumple requisitos de edad) para mitigar los menores ingresos percibidos por el no cobro a personas no natas y menores de 2 años (octubre 2023).

9. Monto de la prima.

Con todo la isapre estará facultada para fijar una prima inferior a la determinada conforme al procedimiento establecido en esta Circular”.

Quinto: Que, la Resolución Exenta N° 196 de fecha 2 de febrero de 2024, dictada por la Superintendencia de Salud en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 198 del cuerpo legal que se viene citando, procedió a determinar el porcentaje máximo de ajuste que las instituciones de salud previsional deberán considerar en las adecuaciones de precio de los planes bases, el que conforme a la norma técnica N° 220 del algoritmo de cálculo del ICESA, aprobada por el Decreto Exento N° 20 de 8 de marzo de 2022, de los Ministerios de Salud y de Economía, Fomento y Turismo y modificado con fecha 30 de enero del presente año mediante



XZHPXPRLNRT

decreto exento N° 10 del Ministerio de Salud, alcanza un 7,4%.

Sexto: Que, dictando los respectivos actos administrativos - en relación a cada Isapre que presentó los concernientes antecedentes-, la Superintendencia de Salud tuvo por verificada, en la cifra que se determinó individualmente para cada Isapre, la variación interanual del costo operacional de la Isapre recurrida, precisando que, a través de una revisión cualitativa, se han verificado los antecedentes que dan cuenta de otros elementos que han servido para incentivar la contención de costos, asimismo tras la verificación respectiva determinó el monto que cada Isapre, por una sola vez y de forma extraordinaria, incorporará a todos sus precios finales, por cada persona beneficiaria de edad mayor o igual a dos años y menor de 65 años.

Séptimo: Que, en este orden de ideas, es preciso señalar que, tal como se ha dicho anteriormente por esta Corte Suprema, si bien la naturaleza del contrato de salud de marras, corresponde a un contrato tipo, suscrito por adhesión, parcialmente dirigido respecto de algunas de sus cláusulas, redactado y propuesto por la parte recurrida, éste se torna en un contrato dirigido, pero igualmente es un contrato tipo bilateral como consecuencia de la intervención de la autoridad pública, esto es la Superintendencia de Salud, puesto que al cumplir la Isapre una finalidad de servicio público, aquélla debe brindar su amparo a los afiliados, de este modo "el



particular está ahora protegido por una reglamentación de orden público, de origen legal, dictada precisamente para poner coto a la arbitrariedad del poder privado” (Jorge López Santa María, Los contratos. Parte General, 5° Edición, página 129), circunstancia que le otorga mayores visos, a dicho contrato, de participación, consideración y protección de los intereses de los usuarios del sistema de salud.

En consecuencia, el alza del precio base 2024-2025 y el ajuste extraordinario comunicados al recurrente, es el colofón de un proceso previo, objetivo y fiscalizado por la Superintendencia de Salud, quien resguardando los intereses de los usuarios del sistema de salud, regula el alza del valor del plan base de los contratos de salud así como el ajuste extraordinario referido, tornándose en un aumento reglamentado basado en parámetros legales verificados por la autoridad, y no meramente unilateral, conforme dan cuenta las explicaciones técnicas de las circulares respectivas que determinan el porcentaje de alza que se podrá concretar por cada Isapre, volviendo el contrato de adhesión original en uno dirigido, puesto que, como señala el autor López Santa María citando al profesor Flour *“Una de las partes ya no adhiere a un estatuto impuesto en el hecho por la otra, en su exclusivo interés. Ambas partes adhieren a un estatuto impuesto en derecho por la autoridad pública, guardiana del interés general y conciliadora de los intereses particulares”* (Jorge López Santa María, Los contratos. Parte General, 5° Edición, página 129), contexto normativo que disipa, en este proceso de alza de



precio base y de ajuste extraordinario, la existencia de cualquier eventual vulneración de garantía fundamental alguna que deba ser enmendada por esta vía.

Octavo: Que, sin perjuicio de lo que se viene señalando es preciso referirse al alcance de la expresión afiliado en el contexto del numeral numeral 5 del artículo 95 de la Ley N° 21.647.

Al respecto, es pertinente señalar que de la historia fidedigna de la Ley N° 21.647 se advierte que, el Ejecutivo no contempló esta expresión en la propuesta original del artículo, circunscribiéndose a mencionar la facultad que se le otorgaba a la Superintendencia de Salud para determinar el valor de la prima extraordinaria, señalando en el artículo 99 N° 5 del proyecto original *"5. Junto al indicador a que se refiere el numeral 1 del artículo 198 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud determinará el valor en Unidades de Fomento que las Instituciones de Salud Previsional, por una sola vez y de forma extraordinaria, podrán incorporar a todos sus precios finales, a fin de otorgar financiamiento al costo y cobertura de las prestaciones de salud de las cargas menores de dos años de edad. Para estos efectos, la Superintendencia deberá evaluar el costo y cobertura de las prestaciones de salud correspondientes a estas cargas"*.

Sin embargo, durante el Primer Trámite Constitucional ante la Cámara de Diputados, en el Informe de la Comisión de



Hacienda, los diputados señores Bravo, Celis, Lagomarsino, Sepúlveda, Ulloa y señora Yeomans, formularon una indicación a la referida propuesta que introdujo la expresión "afiliado", en el siguiente tenor: "2. Reemplácese el numeral 5) del Artículo 99 por uno del siguiente tenor: "5. Junto con la comunicación a que se refiere el numeral 3, las Instituciones de Salud Previsional deberán informar a la Superintendencia de Salud, el valor en Unidades de Fomento que las Instituciones de Salud Previsional, por una sola vez y de forma extraordinaria, luego de la adecuación de precios base, podrán incorporar a todos sus precios finales, por cada afiliado de edad mayor o igual a dos años, a fin de financiar en parte las prestaciones de salud de las cargas no natas o menores de dos años de edad que no estén cubiertas a través del Régimen de Garantías Explícitas en Salud [...]" La indicación fue en definitiva aprobada en los términos propuestos incorporándose al texto de la norma que, durante el resto de la tramitación se mantuvo, en general, sin nuevas modificaciones.

Noveno: Que, es preciso agregar que, si bien el artículo 135 del D.F.L. N° 1 que Fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469 entrega una definición de afiliado al señalar que tendrán la calidad de tal: "a) Los trabajadores dependientes de los sectores público y privado [...]; b) Los trabajadores independientes que coticen para salud; c) Las personas que coticen en cualquier régimen legal de previsión en calidad de imponentes voluntarios, y d) Las personas que



gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía”, ésta no se condice con lo dispuesto en el n° 5 del artículo 95 Ley N° 21.647, toda vez que de acuerdo a la legislación vigente no es posible que un “afiliado” - cuyo rango etario sea mayor o igual a dos años de edad y menor de quince años- alcance algunas de las calidades enumeradas en el artículo 135 citado, puesto que la regla general es que éstos no puedan desempeñar labores remuneradas circunstancia que hace imposible que tengan la calidad de trabajador y que puedan suscribir un contrato de salud. En consecuencia, conforme a lo que se ha venido analizando, la norma que se examina requiere de una interpretación omnicomprendensiva para su efectiva aplicación.

Décimo: Que, en este orden de ideas, es pertinente señalar que la Superintendencia de Salud, en su calidad de autoridad administrativa ha interpretado de manera más armónica y en términos amplios la norma en análisis, incluyendo en la categoría de afiliados a los beneficiarios o cargas.

En efecto, la Circular IF/459, citada en el considerando cuarto, al analizar la fórmula de cálculo de la prima, asimila la expresión afiliado a beneficiario, precisando que el “Denominador” para calcular aquella corresponde al número de personas “beneficiarias” que cumplen el requisito de edad indicado en la ley.

Asimismo, en la Circular IF/ N° 467 de la



Superintendencia de Salud, de 9 de mayo de 2024, que instruye la manera de informar en los archivos maestros la prima extraordinaria en U.F. que se puede aplicar a los precios finales de los contratos de salud conforme a la Ley N° 21.647, al referirse al Total de la Prima Extraordinaria que las Isapres podrán cobrar en los precios finales de sus planes, señala que *"este valor extraordinario se cobra mensualmente a todos los precios finales de los contratos vigentes, por cada persona beneficiaria de edad mayor o igual a dos años y menor de 65 años, adscrita a planes individuales o grupales, que tengan tabla de factores y que su modalidad de financiamiento del plan no sea al 7°, a fin de financiar las cargas nonatas o menores de dos años, por las cuales no se produce dicho cobro"*.

Undécimo: Que, conforme dan cuenta las disposiciones legales y administrativas citadas, la ley al referirse a la palabra "afiliado" utilizó un concepto que no se condice con el real alcance que se le quería otorgar a dicha expresión, puesto que conforme da cuenta la intención o espíritu plasmado en su historia, la voluntad normativa iba dirigida a considerar a todos los beneficiarios incardinados en el rango de edad señalado, incluyendo de este modo a los contratantes como a sus cargas legales y/o médicas, puesto que de no haberse establecido que el ajuste extraordinario se podía aplicar sólo a partir de los 2 años, éste se hubiese aplicado al mismo grupo respecto del cual se dispuso en la sentencia de esta Corte Suprema de fecha 30 de noviembre de 2022 la



suspensión del cobro, contradiciendo el propio fallo. En consecuencia, la interpretación correcta al concepto "afiliado" es aquella que se ha dado por el regulador en los pronunciamientos citados, esto es entender que utilizada en este contexto normativo el concepto comprende tanto al contratante titular como a sus beneficiarios, puesto que a estos efectos no es sólo afiliado el que contrata sino todo aquel que tiene un vínculo con la Isapre que lo hace acreedor de cobertura de salud.

Duodécimo: Que, conforme a lo expuesto, no se advierte un actuar ilegal ni arbitrario de la recurrida, por lo que no concurre vulneración alguna de las garantías fundamentales señaladas en el libelo, circunstancia que conduce al rechazo de la acción de protección entablada.

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.

Acordada con el **voto en contra** del Ministro señor Muñoz quien, en cuanto al ajuste extraordinario dispuesto en el numeral 5 del artículo 95 de la Ley N° 21.647, estuvo por acoger el recurso de protección sólo en cuanto a la aplicación del ajuste extraordinario a los beneficiarios del contrato de salud, y entenderlo respecto de los afiliados, teniendo especialmente presente al efecto que:



1° Que, a efectos de dilucidar la controversia en torno al alcance de la expresión "afiliado" en el contexto de la citada ley, es preciso recordar que las acepciones que la ley ha dispuesto respecto de los términos "afiliado" y "beneficiario" permiten establecer una clara distinción entre ellos.

En este orden de ideas el D.F.L. N° 1 que Fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469 refiere en su artículo 135, en relación al Régimen de Prestaciones de Salud, que tendrán la calidad de afiliados: "a) *Los trabajadores dependientes de los sectores público y privado [...]; b) Los trabajadores independientes que coticen para salud; c) Las personas que coticen en cualquier régimen legal de previsión en calidad de imponentes voluntarios, y d) Las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía*". A partir de la disposición citada se puede sostener que el afiliado es quien cotiza en cualquier régimen legal de previsión lo que no resulta exigible a las cargas o beneficiarios de éste, quienes no tienen la obligación de imponer para tener acceso a las prestaciones de salud.

Por su parte, en el artículo 136 de la norma citada se dispone que son beneficiarios: "a) *Los afiliados señalados en el artículo anterior; b) Los causantes por los cuales las personas señaladas en las letras a) y d) del artículo anterior perciban asignación familiar; c) Las personas que respecto de*



los afiliados señalados en las letras b) y c) del artículo anterior cumplan con las mismas calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente; d) La mujer embarazada aun cuando no sea afiliada ni beneficiaria, y el niño hasta los seis años de edad, para los efectos del otorgamiento de las prestaciones a que alude el artículo 139; e) Las personas carentes de recursos o indigentes y las que gocen de las pensiones asistenciales a que se refiere el Decreto Ley N° 869, de 1975; f) Los causantes del subsidio familiar establecido en la Ley N° 18.020, y g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la ley N° 19.728 y sus causantes de asignación familiar”.

A partir de las normas referidas es posible sostener que que si bien el afiliado siempre será un beneficiario no todos los beneficiarios serán afiliados, idea que se ve reforzada por la letra f) del artículo 170 que se viene citando, que presenta como del D.F.L. N° 1 de Salud, que en su letra f) hace equivalentes las expresiones “cargas”, “grupo familiar” o “familiares beneficiarios”, entendiéndose por tales “las personas a que hacen referencia las letras b) y c) del artículo 136 de esta Ley”, es decir, los causantes del afiliado por los cuales éste perciba asignación familiar en las hipótesis ya señaladas.

2° Que, es ineludible recordar que el regulador, la Superintendencia de Salud, ha adherido a las distinciones que el legislador estableció entre afiliado y beneficiarios,



diferencia que se constata en el artículo 1° del Compendio de instrumentos contractuales el que señala son beneficiarios del contrato de salud: "1) *El cotizante; 2) Los familiares beneficiarios del cotizante, es decir, aquellos que, respecto de éste, cumplan con las calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar, sea que la perciban o no, incluyéndose en esta categoría el conviviente civil del afiliado, definido en la Ley 20.830 ; y 3) Las cargas médicas cuya incorporación sea aceptada por la isapre*", reiterando lo dispuesto en los artículos 136 y 202 del D.F.L. N° 1 de Salud.

En este mismo sentido, el artículo 13° del instrumento citado, establece las obligaciones del afiliado, entre las que se comprenden las siguientes: "a) *Proporcionar información completa y verdadera, tanto al momento de su incorporación a la isapre como en cada una de las modificaciones que experimente su Contrato de Salud, acerca de los antecedentes, suyos o de sus beneficiarios, referidos, especialmente, a la calidad laboral y monto de sus ingresos. b) Declarar de manera fidedigna toda la información que la isapre requiera en la Declaración de Salud, tanto de su situación personal como de cada uno de sus beneficiarios [...] c) Dar cuenta a la isapre por escrito y dentro del más breve plazo, del término de la calidad de beneficiario del Contrato de Salud de cualquiera de las personas integrantes del mismo [...] e) Hacer correcto uso de los beneficios y prestaciones que otorga el presente Contrato, tanto el afiliado como sus beneficiarios [...]*"



3° Que, no es posible que la autoridad administrativa considere que los parlamentarios autores de la indicación respectiva, que altera la presentada por el Gobierno, no tengan claridad en el uso de los términos legales, como tampoco es posible desatienda el tenor del artículo 20 del Código Civil que dispone: *“ Las palabras de la ley se entenderán en su sentido natural y obvio, según el uso general de las mismas palabras, pero cuando el legislador las haya definido expresamente para ciertas materias, se les dará en éstas su significado legal”*.

4° Que por tales consideraciones corresponde acoger el recurso de protección y disponer que la autoridad administrativa debe otorgar el significado legal a la expresión afiliado.

Regístrese y devuélvase.

Rol N° 25.414-2024.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Angela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A. y los Abogados Integrantes Sra. María Angélica Benavides C. y Sr. Raúl Fuentes M. Santiago, 4 de septiembre de 2024.

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

En Santiago, a cuatro de septiembre de dos mil veinticuatro, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.



Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en <http://verificadoc.pjud.cl> o en la tramitación de la causa. En aquellos documentos en que se visualiza la hora, esta corresponde al horario establecido para Chile Continental.



XZHPXPRLNRT