NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia
JUZGADO : 9º Juzgado Civil de Santiago
CAUSA ROL : C-9310-2022
CARATULADO : OTERO/ISAPRE BANMÉDICA S.A.

Santiago, veinticuatro de abril de dos mil veinticuatro.

VISTOS:

En presentación de 30 de agosto de 2020 comparece José Luis Baro Ríos, abogado, en representación de Óscar Eugenio Otero Montenegro, domiciliados en calle La Concepción N°65 oficina 901, comuna de Providencia, demandando en juicio ordinario de indemnización de perjuicios a Isapre Banmédica SA, institución de salud previsional, representada por Aldo Gaggero Madrid, domiciliados en avenida Apoquindo Nº3.600, piso 3, comuna de Las Condes.

Indica que su representado está afiliado a la demandada desde junio de 1989. Durante la vigencia de dicha afiliación, el contrato de salud ha sido objeto de sucesivas convenciones modificatorias, así como adecuaciones realizadas por la demandada, materializadas mediante la emisión de sucesivos Formularios Únicos de Notificación (FUN).

Su representado tiene contratado el plan de salud "S1CN" con un precio base de 0,916 UF, en el cual tiene incorporada como carga a doña Elisara Escudero Uribe de 78 años de edad.

Durante el período cubierto por la demanda, la demandada ha calculado y cobrado el precio final del plan de salud del cotizante, quien tiene 80 años de edad, mediante la multiplicación del precio base de dicho plan, ascendente a 0,916 UF, por la tabla de factores de riesgo aplicada al afiliado y a su carga, en función de su edad y sexo, cuya sumatoria, definida como "factor de grupo familiar ", ha sido de 8,990, lo cual determina un precio final de 8,235 UF mensuales (excluyendo GES y beneficios adicionales).

La tabla de factores corresponde a aquella elaborada por la institución de salud previsional y muestra la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas con respecto a un grupo de referencia definido por la Superintendencia en instrucciones de general aplicación, el cual asumirá el valor unitario. Esta tabla representa un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida, el que es conocido y aceptado por el afiliado o beneficiario al momento de suscribir el contrato o incorporarse a

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

Código: XLFBXNGKXWD

él y que no podrá sufrir variaciones en tanto la persona permanezca adscrita a ese plan.

Mediante sentencia de 6 de agosto de 2010, dictada en causa rol N°1710-10-INC, el Tribunal Constitucional derogó los numerales 1° a 4° del artículo 38 ter de la Ley N°18.933 (actual artículo 199 del DFL N°1 de 2005) y que contenían las reglas a través de las cuales la Superintendencia de Salud podía fijar la tabla de factores de riesgo aplicables a cada beneficiario.

En virtud de dicha derogación, la facultad de aplicar la tabla de factores de riesgo por parte de las aseguradoras quedó carente de todo sustento legal. Pese a ello la demandada continuó multiplicando el precio base del plan de salud del actor por el factor de grupo familiar determinado con arreglo a aquellas normas declaradas como inconstitucionales, encareciendo de manera ilegítima el precio final a pagar por parte del afiliado.

Esta ilegalidad en la que la demandada ha incurrido tiene su origen en una interpretación arbitraria y abusiva que ha hecho de la sentencia del Tribunal Constitucional, sosteniendo que las tablas no han sido derogadas y que puedan utilizarse para efectos de determinación del precio contratado.

El actor ha estado pagando un sobre precio ilegal, determinado por la multiplicación del precio base de su plan de salud por la tabla de factores de riesgo que ha sido prohibida del ordenamiento jurídico nacional.

Por lo anterior, interpuso un recurso de protección de garantías constitucionales en contra de la demandada con el objeto de que se declarara que el empleo de la tabla de factores de riesgo constituía una actuación ilegal, que producía una privación, perturbación y amenaza, de sus derechos constitucionales asegurados en los numerales 2, 9 y 24 de la Constitución Política de la República.

Dicho recurso fue conocido y resuelto por la Corte de Apelaciones de Valparaíso, bajo el rol de ingreso N° Protección-39223-2021, que mediante sentencia definitiva de 15 de noviembre de 2021 decretó que la recurrida debía determinar el precio del plan de salud del actor, absteniéndose de 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 6 de agosto de 2010, en autos Rol N°1.710-10 INC.

En cumplimiento de dicha sentencia, la demandada procedió a emitir el 17 de septiembre de 2021 un nuevo FUN, por el cual eliminó la aplicación de

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

Código: XLFBXNGKXWD

la tabla de factores de riesgo, determinando un valor final de 1,883 UF, quedando en evidencia una diferencia mensual de 6,403 UF.

El actuar de la demandada, a la par de ser considerada como una actuación arbitraria e ilegal que vulnera el derecho de propiedad garantizado en el numeral 24 de la Constitución Política de la República, configura asimismo un incumplimiento culpable de las obligaciones contractuales para con el afiliado y que debe dar lugar al resarcimiento de los perjuicios ocasionados.

Los incumplimientos contractuales de la demandada se dieron durante los últimos 5 años, en los cuales se aplicó la aludida tabla de factores de riesgo.

De acuerdo a la aplicación práctica que han realizado los tribunales superiores de justicia y seguida por la misma isapre en el FUN emitido el 17 de septiembre de 2021, la tabla de factores ya no puede ser aplicada al precio base del plan, sino a cada beneficiario considerado como una unidad. En otras palabras, multiplicando el precio base por el número de beneficiarios del plan, sin distinción de edad, sexo o calidad de afiliado o carga.

El actor ha optado por la cobertura de salud previsional brindada por la demandada la cual le permite acceder a las prestaciones propias de su plan. Este contrato no solo es ley para las partes contratantes, como dispone el artículo 1545 del Código Civil, sino que, además, es fuente de derechos que han ingresado al patrimonio de su representada.

El contrato de salud previsional que une a las partes se trata de uno regulado por la Ley N°18.933, cuyas obligaciones, cargas, exclusiones, condiciones de determinación de precio, son fijados a través de normas de orden público por cuanto regulan el acceso de los afiliados a la salud previsional privada; es un contrato de tracto sucesivo y de adhesión, ya que los afiliados no se encuentran en condición de negociar libremente las disposiciones contractuales ni coberturas propias de su plan de salud.

El precio final del plan de salud de su representado contiene elementos que no existen en el ordenamiento jurídico nacional, al haber sido excluidos expresamente a partir del 9 de agosto de 2010, con motivo de la publicación del fallo dictado por el Tribunal Constitucional en autos Rol N°1710-10-INC y que, como consecuencia de ello, se encuentran en contravención con las disposiciones de orden público contenidas en el actual texto de la Ley de Isapres.

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

Código: XLFBXNGKXWD

Del texto vigente del artículo 199 de la Ley de Isapres se puede desprender que el precio del plan de salud se determina aplicando al precio base la tabla de factores de riesgo por cada beneficiario del plan; la estructura de la tabla de factores de riesgo debe ser fijada por la Superintendencia de Salud; la "libertad" de las isapres para escoger la tabla de factores empleada en sus planes no puede ya ser ejercida ni para la fijación ni modificación del precio de sus planes, dado que los elementos para la determinación de dichas tablas han sido derogados al haber sido declarados inconstitucionales.

El legislador reconoce al acreedor de una obligación de hacer la facultad para demandar la indemnización compensatoria como un remedio autónomo por incumplimiento, toda vez que el artículo 1553 del Código Civil le permite solicitar tal indemnización frente a la inejecución del deudor, sin exigir como requisito previo que el acreedor demande la resolución o cumplimiento forzado del contrato.

Tiene relevancia respecto del incumplimiento de la demandada de la obligación de calcular y determinar el precio de la cotización a pagar por el afiliado y sus cargas, con arreglo a la normativa vigente, disponiendo la emisión y notificación de los FUN correspondientes, los cuales deben ser puestos a disposición del afiliado y/o de su empleador o entidad encargada del pago de su pensión, para el descuento y retención de tales cotizaciones con cargo a sus remuneraciones y/o pensiones, para su posterior declaración y pago directo a la aseguradora a más tardar, el día 10 del mes siguiente de su retención y que como tal, es una obligación de hacer.

Sobre la obligación de no cobrar o, en su caso, retener excesos de cotización, sobre la base de un cálculo realizado con cargo a índices y factores inexistentes en el ordenamiento jurídico, al momento de la retención y del pago o, dicho de otro modo, abstenerse ejercer facultades que la ley ya no le reconoce, su contravención representa el incumplimiento de una obligación de no hacer, la cual siempre se resuelve con la correspondiente indemnización de perjuicios, conforme lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 1555 del Código Civil.

En cuanto a los perjuicios, reclama daño emergente por todos los excesos de cotizaciones cobrados en el periodo de tiempo que va desde septiembre 2017 y el 17 de septiembre de 2021, correspondientes a 49 meses de cotizaciones de salud, por un total de 313,739 UF, por su equivalente en

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

Código: XLFBXNGKXWD

pesos al día del pago efectivo; lucro cesante consistente en los intereses corrientes del dinero pagado en excesos de cotizaciones por la tabla de factores de riesgo derogada por el Tribunal Constitucional, que de acuerdo a estimaciones preliminares efectuadas a título meramente indicativo e ilustrativo, ascendería a $15.931.243; y, daño moral por la aflicción de verse expuesta a soportar durante largos años mayores cargas patrimoniales para acceder al derecho de protección de su salud y la de su familia, y la aflicción de verse expuesta a perder parte de la cobertura de salud con que cuenta o tener que desafiliarse y migrar al sistema público por el sobreprecio demandado, por la suma de $5.000.000.

Solicita en definitiva se declare que la demandada ha incurrido en un incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato de salud previsional que la vincula con el actor; y se le condene al pago de 313,739 UF por daño emergente, $15.931.243 por lucro cesante y $5.000.000 por daño moral, más reajustes, intereses y costas.

En presentación de 6 de marzo de 2023 la demandada contestó la demanda solicitando su rechazo.

El plan de salud "S1CN" del demandante está detalladamente regulado por el Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005 del Ministerio de Salud. Este contrato de salud previsional no es resultado de una negociación libre entre las partes, sino que está regulado por el legislador, definiendo aspectos clave como el precio de los planes de salud, por lo que el incumplimiento contractual que señala la demanda nunca ha existido, ya que se ha cumplido plenamente con las obligaciones dispuestas en la ley.

En particular, se acusa a la demandada de aplicar de manera ilegal la tabla de factores del artículo 199 del DFL N°1 para determinar el precio del plan de salud de un afiliado, alegando que la sentencia causa rol N°1710-10-INC de 9 de agosto de 2010 del Tribunal Constitucional habría dejado sin sustento legal esta práctica.

Sin embargo, la sentencia del Tribunal Constitucional no prohíbe en general las tablas de factores, sino que derogó algunas disposiciones específicas del artículo 199.

La sentencia misma reconoce que las tablas de factores no son contrarias al ordenamiento constitucional y que su estructura y fijación deben ajustarse a lo que establezcan los órganos legislativos. Además, existen otras disposiciones

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

Código: XLFBXNGKXWD

en el DFL N°1 que hacen referencia a las tablas de factores y que no fueron modificadas por la sentencia citada, por lo que, la utilización de la tabla de factores por parte de la isapre para determinar el precio del plan de salud no ha sido ilegal ni contraria a la ley.

Es importante destacar que la aplicación de las tablas de factores es fundamental en los contratos de salud previsional, ya que permiten ajustar el precio del plan a las variaciones de riesgos que experimentan los afiliados a lo largo de su vida. Estos contratos son de plazo indefinido, lo que hace necesario contar con mecanismos que reflejen adecuadamente los riesgos que asumen las isapres.

La aplicación de las tablas de factores por parte de las isapres, después de la sentencia señalada ha sido validada por el Tribunal Constitucional.

Estas tablas están reguladas en el artículo 170 del DFL N°1 y se utilizan para determinar el precio a cobrar a un afiliado por el plan de salud. La jurisprudencia más reciente del Tribunal Constitucional ha validado este mecanismo, argumentando que no vulnera disposiciones constitucionales y que es esencial para el funcionamiento del sistema de salud privado.

Este respaldo se basa en casos en los cuales se solicitó la declaración de inaplicabilidad de ciertas disposiciones legales que permiten la aplicación de las tablas de factores, y el Tribunal Constitucional en sentencias del año 2019 ha rechazado estas solicitudes, afirmando que el sistema de salud privado no sería viable sin este mecanismo.

La Superintendencia de salud, con posterioridad a la sentencia rol N°1.710 del Tribunal Constitucional ha reconocido explícitamente la existencia de las tablas de factores y la legitimidad de su uso por parte de las isapres.

Este respaldo se refleja en diversas instrucciones y circulares emitidas por la Superintendencia. Por ejemplo, en la Circular IF/N° 317 de octubre de 2018, se reconoce que la sentencia rol N°1.710 no prohíbe de manera general el uso de las tablas de factores, sino que solo afecta ciertos aspectos del cálculo de precios. La circular instruye a las isapres a aplicar la reducción del precio por cambio de tramo etario de los beneficiarios de los contratos de salud previsional.

Además, la Circular IF/N° 343 de diciembre de 2019, la Superintendencia de Salud reafirma la vigencia de la facultad de las isapres para fijar el precio de los planes de salud mediante la tabla de factores. La

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

Código: XLFBXNGKXWD

Circular establece una tabla de factores única para el sistema de isapres durante los próximos 5 años. Estas acciones demuestran que la Superintendencia ha ratificado la legalidad y procedencia de las tablas de factores en la determinación de los precios de los planes de salud, incluso después de la sentencia rol N°1.710.

En relación a la sentencia rol ingreso corte N°52.675-2021 de la Corte de Apelaciones de Valparaíso, no puede ser utilizada como base para la acción de indemnización de perjuicios, atendido el alcance de la sentencia N°1.710 del Tribunal Constitucional, esta ha validado la aplicación de la tabla de factores, si bien la demandante sostiene que la Isapre Banmedica debió haber dado cumplimiento a la sentencia de la Corte de Apelaciones de Valparaíso, ello no significa que, a partir de dicho pronunciamiento judicial, se pueda entender que su representada se encontraba en una situación ilícita o de incumplimiento de sus obligaciones.

Se pretende darle un efecto retroactivo a la sentencia de la Corte de Apelaciones de Valparaíso, señalando que el comportamiento de la demandada, sea calificado constitutivo de un incumplimiento contractual y de vulneración normativa para efectos de obtener el pago de diferentes montos que la demandante ha calificado como perjuicios, careciendo de toda y cualquier base jurídica.

Los perjuicios reclamados por la demandante, especialmente aquellos relacionados con los excesos de cotizaciones no pueden ser atribuidos a la demandada, ya que la aplicación de la tabla de factores no ha sido prohibida y la empresa está legalmente facultada para proceder de esta manera.

Además, la demanda no justifica adecuadamente el lucro cesante ni el daño moral reclamados. Respecto al lucro cesante, la demanda no establece de manera razonable la procedencia de esta indemnización ni define con certeza el perjuicio sufrido. Por su parte, el daño moral reclamado parece tener un propósito más punitivo que indemnizatorio, lo que queda evidenciado en la argumentación que busca fundamentar este tipo de daño. Por último, las peticiones concretas de la demanda, en cuanto a reajustes e intereses legales, no son aplicables a los montos determinados en unidades de fomento.

En presentación de 13 de marzo de 2023 el demandante evacuó replica, reiterando la señalado en la demanda y agregando que la Superintendencia de Salud tiene potestad normativa, pero no puede actuar como un órgano

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

Código: XLFBXNGKXWD

colegislador, ya que forma parte de la administración pública y está sujeta al principio de legalidad. Aunque puede emitir circulares, estas no pueden llenar vacíos en la legislación, especialmente en materia de seguridad social y previsión, que son de competencia exclusiva del Congreso Nacional.

La derogación de ciertos elementos de la Ley de Isapres, declarados inconstitucional, impide a las isapres modificar precios basados en criterios discriminatorios. A pesar de ello, la Superintendencia de Salud ha permitido que las isapres sigan aplicando tablas de riesgo basadas en criterios derogados, generando sobreprecios injustificados, lo cual ha sido denunciado como un abuso hacia los afiliados al sistema de salud privado.

La demandada no puede ampararse en un supuesto cumplimiento de instrucciones emanadas de la Superintendencia de Salud, cuya interpretación normativa no es vinculante ni para su parte ni para los tribunales de justicia. A mayor abundamiento, el criterio del ente fiscalizador sobre la materia ha sido sistemáticamente contrariado por la nutrida jurisprudencia de los tribunales superiores de justicia.

En relación a la sentencia del recurso de protección N°39.223-2021 de la Corte de Apelaciones de Valparaíso, este no constituye el título o fundamento de la demanda. Sin embargo, no se puede obviar la circunstancia de que dicho fallo, ha constado la concurrencia de un acto ilegal de parte de la recurrida.

En presentación de 14 de marzo de 2023 la demandada opone excepción de cosa juzgada.

Señala que se dictó sentencia en causa rol N°13.979-2022 el 30 de noviembre de 2022 por la Corte Suprema, que confirmó la aplicación de una tabla de factores para determinar el precio de los contratos de salud previsional, ordenando su utilización y eventual restitución de sumas de dinero a los cotizantes.

Se cumplen los requisitos del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, ya que existe identidad legal de personas en la medida que dicha sentencia se extiende a los cotizantes de Isapre Banmédica SA y, por ende, a la parte demandante de autos. Existe identidad de la cosa pedida ya que, según la sentencia se pronuncia sobre la aplicación de las tablas de factores y a las eventuales restituciones que sería procedente realizar a los cotizantes de Isapre Banmédica SA, entre los que se encuentra la parte demandante. Existe

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

Código: XLFBXNGKXWD

identidad de la causa de pedir pues los fundamentos de hecho y de derecho que se esgrimieron en la acción que resolvió la sentencia, corresponden a los que ha esgrimido la parte demandante de autos.

A mayor abundamiento, cabe tener presente lo que ha resuelto la Corte Suprema en relación a la denominada cosa juzgada refleja o por conexidad, que se configura cuando, aun no concurriendo en un sentido estricto la triple identidad, ambos procesos se encuentran vinculados en términos tales que resulta necesario que se produzca el efecto de la cosa juzgada, a fin de evitar eventuales efectos contradictorios o restituciones improcedentes que generasen enriquecimiento sin causa.

Por resolución de 27 de abril de 2023 se tuvo por evacuada la dúplica en rebeldía de la demandada.

En comparendo de 20 de junio de 2023 se llamó a las partes a conciliación, la cual no se produjo.

Por resolución de 19 de julio de 2023 se recibió la causa a prueba.

Por resolución de 2 de noviembre de 2023 se citó a las partes a oír sentencia.

CONSIDERANDO:

I.- En cuanto a la excepción de cosa juzgada.

PRIMERO: Que en primer término, resulta evidente que en la especie la sentencia dictada por la Corte Suprema el 30 de noviembre de 2022 en causa rol N°13.979-2022, no produce cosa juzgada en la presente causa, dado que el recurrente de la primera y la parte demandante de la segunda no son las mismas; la causa de pedir la constituyen contratos de salud diversos y celebrados por distintas personas; y, el objeto pedido en el recurso de protección fue que se declarara que la isapre había vulnerado garantías del recurrente protegidas constitucionalmente y se restableciera el imperio del derecho, en cambio en la presente demanda es que se declare la obligación de la isapre de pagar prejuicios al actor por el cobro excesivo en el precio de su plan de salud.

SEGUNDO: Que en segundo término, sin perjuicio de que no existe ninguna norma que trate la eficacia o efecto positivo de la cosa juzgada, el recurrente de la causa rol N°13.979-2022 de la Corte Suprema es distinto al actor del presente juicio, de manera que lo que se decida en el presente juicio

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

Código: XLFBXNGKXWD

no podrá contradecir el derecho que en aquella causa se declaró en favor del recurrente, por lo cual la excepción será rechazada.

II.- En cuanto al fondo.

TERCERO: Que la demandante pretende que se le indemnicen los perjuicios que la demandada le ocasionó al haber aplicado en el cálculo del precio del plan de su contrato de salud, desde septiembre de 2017 a septiembre de 2021, la tabla de factores de riesgos, cuyos elementos fueron derogados por el fallo de 6 de agosto de 2010 del Tribunal Constitucional.

CUARTO: Que para que nazca la responsabilidad civil contractual se requiere: incumplimiento de una obligación; la existencia de perjuicios; la relación de causalidad entre lo primero y lo segundo; culpa o dolo del incumplidor; inexistencia de una eximente de responsabilidad; y, la mora del deudor.

QUINTO: Que a fin de acreditar su pretensión, el demandante acompañó los siguientes documentos:

1.- certificado de afiliación emitido por la demandada a nombre de la demandante, que señala que es afiliado desde el 1 de junio de 1989 y con una beneficiaria vigente.

2.- documento denominado "Anexo único" que describe las prestaciones del Plan Selecto 90/100 (SE-90) ofrecido por la demandada.

3.- cartola de cotizaciones pagadas por el actor entre diciembre de 2019 y octubre de 2021.

4.- carta de adecuación emitida por la demandada el 31 de enero de 2020 y que informa sobre el reajuste del precio base del plan de salud del demandante en 4,9% a contar de abril de 2020. Detalle del cálculo precio base reajustado 0,961 UF, factor de edad grupo familiar 8,99, precio GES 1,180 UF; precio final 9,819 UF.

5.- sentencia de 15 de noviembre de 2021 dictada por la Corte de Apelaciones de Valparaíso en recurso de protección interpuesto por el actor, N°Protección-39223-2021, que resolvió que la demandada debía determinar el precio del plan de salud del recurrente y su carga, 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 Tribunal Constitucional en autos Rol N°1710-10-INC.

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

Código: XLFBXNGKXWD

6.- Formularios Únicos de Notificación folios 14576894 y 14576893 que notifica la modificación de la cotización pactada a contar de octubre de 2021. Respecto del afiliado, precio base 0,916 UF * factor grupo familiar 2 = 1,832 UF + precio GES 0,705 UF, total cotización pactada 2,537 UF. Respecto de la beneficiaria, precio base 0,916 UF * factor grupo familiar 2 = 1,832 UF + precio GES 0,705 UF, total cotización pactada 2,537 UF.

7.- planilla Excel "Liquidación excesos e intereses" que muestra como excesos pagados por el actor a la demandada, entre septiembre de 2017 y agosto de 2022, un total de $10.615.992 e intereses por un total de $15.931.243.

8.- certificados que determinan el interés corriente para el periodo comprendido entre octubre de 2016 y agosto de 2023, emitidos por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras hasta diciembre de 2018, y los siguientes por la Comisión para el Mercado Financiero.

9.- sentencia recaída en causa rol N°1710-10, proceso iniciado de oficio para decidir sobre la constitucionalidad del artículo 38 ter de la Ley de Isapres, dictada el 6 de agosto de 2010 por el Tribunal Constitucional, que resolvió que los numerales 1, 2, 3 y 4 del inciso 3° del artículo 38 ter de la Ley N°18.933, son inconstitucionales.

10.- Circular IF/N° 343 de 11 de diciembre de 2019 de la Superintendencia de Salud que instruyó a las instituciones de salud previsional utilizar, para la totalidad de los planes de salud que comercialicen, por el periodo que establece, la tabla de factores única que indica.

SEXTO: Que por su parte, la demandada allegó los siguientes documentos:

1.- Circulares IF/N° 316 y N°317 de 2018, IF/N°343 y N°401 de 2019, IF/N°401 de 2021 de la de la Superintendencia de Salud.

2.- Ordinarios SS/N° 221 y N°225 de 2019 de la Superintendencia de Salud.

3.- Formularios Únicos de Notificación folios N°14570740, N°14570741, N°14576894 y N°14576893 de 2021, folio N°213339316 de 2018, folio N°20899149 de 2017 y folio N°11738706 de 2013.

SÉPTIMO: Que con el mérito de la prueba rendida se pueden tener por establecidos los siguientes hechos:

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

Código: XLFBXNGKXWD

1° El actor está afiliado a la isapre demandada desde junio de 1989, contrató el plan de salud "S1CN" con un precio base de 0,916 UF y tiene una beneficiaria.

2° El 6 de agosto de 2010 el Tribunal Constitucional determinó que los numerales 1, 2, 3 y 4 del inciso 3° del artículo 38 ter de la Ley N°18.933 eran inconstitucionales.

3° Desde el 2013 al 2018 la demandada aplicó al precio del plan de salud del actor el factor de grupo familiar 8,99 que consideraba la edad y sexo del actor y la beneficiaria.

4° El 11 de diciembre de 2019 la Superintendencia de Salud instruyó a las instituciones de salud previsional utilizar para la totalidad de los planes de salud que comercialicen, la tabla de factores única que indica, que elimina la discriminación por edad y sexo.

5° El 15 de noviembre de 2021 la Corte de Apelaciones de Valparaíso ordenó a la demandada determinar el precio del plan de salud del demandante sin utilizar la tabla de factores.

6° El 17 de septiembre de 2021 la demandada emitió el Formulario Único de Notificación folio N°11786593 por el cual sustituyó el factor grupo familiar 8,99 que aplicaba por 2, para determinar el precio del plan de salud del actor a contar de octubre de 2021.

OCTAVO: Que el contrato de salud celebrado entre las partes es una relación jurídica determinada por normas de orden público, ya que regula un derecho garantizado constitucionalmente, por lo cual y según lo indicado por la Corte Suprema debe incorporar, como ley del contrato, la decisión adoptada por el Tribunal Constitucional en sentencia de 6 de agosto de 2010.

NOVENO: Que dado lo anterior y que la derogación de las normas que sustentaban la aplicación de la tabla de factores ocurrió el 6 de agosto de 2010, la demandada estaba obligada desde esa fecha a no aplicar al cálculo del precio del plan de salud del actor la referida tabla de factores.

DÉCIMO: Que sin embargo, de los Formularios Únicos de Notificación acompañados, puede apreciarse que la demandada aplicó tal tabla de factores en la determinación del precio del plan de salud del demandante desde septiembre de 2017 hasta antes de que la Corte de Apelaciones de Valparaíso le ordenara no utilizarla, por lo cual realizó un cobro en exceso en el precio

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

Código: XLFBXNGKXWD

que correspondía por la prestaciones de salud contratadas, lo que constituye un incumplimiento contractual.

UNDÉCIMO: Que la demandada, en tanto institución de salud previsional, debió adecuar su actuar a lo decidido por el Tribunal Constitucional y haberse abstenido, desde el 6 de agosto de 2010 en adelante, de calcular el precio del plan de salud del actor aplicando la tabla de factores que discriminaba por edad y sexo, lo que no hizo, por lo cual debe estimarse que obró con negligencia.

DUODÉCIMO Que la responsabilidad trae consigo la indemnización de los perjuicios causados.

DÉCIMO TERCERO: Que el inciso 1° del artículo 1556 del Código Civil dispone que "La indemnización de perjuicios comprende el daño emergente y lucro cesante, ya provengan de no haberse cumplido la obligación, o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado el cumplimiento".

DÉCIMO CUARTO: Que como consecuencia del incumplimiento de la demandada, la demandante vio disminuido su patrimonio en el periodo indicado, debido a los pagos efectuados en exceso por el precio de su plan de salud, lo que constituye daño emergente.

DÉCIMO QUINTO: Que el actor ha avaluado dicho daño en 313,739 UF, suma que se corresponde con la diferencia entre lo pagado como resultado de la aplicación en su cálculo de la tabla de factores que consideraba la edad y sexo del cotizante y su beneficiaria y lo que debió pagar sin considerar dichos elementos, por lo que accederá a ese monto, más intereses corrientes a contar de la fecha que la presente sentencia quede ejecutoriada y la de pago efectivo.

DÉCIMO SEXTO: Que el lucro cesante será rechazado, ya que el daño emergente será concedido con interés corrientes.

DÉCIMO SÉPTIMO: Que en lo relativo al daño moral, la demandante no rindió prueba alguna que acreditara su existencia y monto.

DÉCIMO OCTAVO: Que el resto de la prueba en nada altera lo razonado y por haber sido vencida en lo sustancial, la demandada deberá soportar las costas de la causa.

En consecuencia y visto, además, lo dispuesto en los artículos 1545, 1546, 1551, 1553, 1555 y 1698 del Código Civil y artículos 144, 170, 254 y siguientes del Código de Procedimiento Civil, se resuelve:

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

Código: XLFBXNGKXWD

I.- Que se rechaza la excepción de cosa juzgada.

II.- Que se acoge parcialmente la demanda, en cuanto se condena a la demandada a pagar a la demandante la suma 313,739 UF más intereses corrientes a contar de la fecha que la presente sentencia quede ejecutoriada y la de pago efectivo, como indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual, a título de daño emergente.

III.- Que se condena en costas a la demandada.

Regístrese, notifíquese y archívese en su oportunidad.

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. en Santiago, veinticuatro de abril de dos mil veinticuatro.

Cecilia Eugenia De Los Angeles Castro Hartard
Juez
PJUD
Veinticuatro de abril de dos mil veinticuatro
12:44 UTC-4

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

Código: XLFBXNGKXWD