

C.A. de Santiago

Santiago, diecinueve de junio de dos mil veintiséis.

Visto y teniendo presente:

Primero: Que comparece el abogado Erwin Moller Rubio, en favor y representación de la recurrente [REDACTED], interponiendo recurso de protección en contra de [REDACTED], por haber incumplido, a su juicio, el mismo trato en la cobertura de prestaciones de salud mental y neurodivergencias, otorgando menores beneficios de los que legalmente corresponderían, actuar que estima ilegal y arbitrario, en tanto la [REDACTED] no habría adecuado el plan de salud a las exigencias de la Ley N° 21.331, sobre reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, que establece el principio de igualdad de trato entre las prestaciones de salud física y mental.

Alega que con ello se vulneran los derechos fundamentales garantizados en el artículo 19 N°1, N°2, N°9, N°18 y N°24 de la Constitución Política de la República, por lo que solicita que se acoja el presente recurso y, en su mérito, se declare arbitrario e ilegal el actuar de la recurrida; se le instruya adecuar el plan de salud equiparando la cobertura de las prestaciones de salud mental, incluyendo fonoaudiología y terapia ocupacional asociadas a Trastorno del Espectro Autista y otras neurodivergencias, a las de salud física; se disponga la restitución de las sumas en que habría debido incurrir la recurrente con motivo de la no cobertura o fijación de topes menores; y se condene en costas a la recurrida.

Para fundamentar su acción, expone que el tratamiento de la salud mental constituye un problema de salud pública en Chile, con una alta prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos que representan una importante carga de enfermedad y discapacidad transitoria en el país. Añade que un estudio de la Superintendencia de Salud de 2021 reveló que la mayoría de los planes de [REDACTED]s abiertas presentaban restricciones en la cobertura de salud mental. Refiere que, si bien el artículo 190 del D.F.L. N°1 de 2005 permitía a las [REDACTED]s establecer coberturas reducidas, la Ley N° 21.331 habría modificado dicho régimen.

Señala que el plan de salud de la recurrente, denominado [REDACTED], mantiene coberturas restringidas para prestaciones de salud mental, incluyendo fonoaudiología y terapia ocupacional, las que serían esenciales y



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

Código: XWURCLBYFNX

permanentes para el tratamiento asociado al diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista. Argumenta que la fonoaudiología y la terapia ocupacional cumplen un rol relevante en la comunicación, desarrollo de habilidades motoras, regulación sensorial e integración social de las personas con dicha condición, por lo que deben entenderse comprendidas dentro del ámbito de la salud mental conforme al artículo 2 de la Ley N° 21.331.

Aduce que la restricción de cobertura constituye una discriminación contraria a la Ley N° 21.331, que establece el igual trato para la salud mental y física, así como a la Circular IF/N° 396 de la Superintendencia de Salud, que prohíbe la comercialización de planes con cobertura reducida en esta materia.

Sostiene que la Ley N° 21.331 establece como principios rectores la equidad en el acceso y el mismo trato para las prestaciones de salud mental y física, la igualdad ante la ley y la no discriminación arbitraria, además del derecho a no sufrir discriminación por la condición de salud mental en cuanto a prestaciones o coberturas de salud. Agrega que dicha normativa impone a las [REDACTED] la obligación de no discriminar en la cobertura de prestaciones y tasa de aceptación de licencias médicas.

Afirma que la Circular IF/N°396 de la Superintendencia de Salud, que prohíbe la comercialización de planes con cobertura reducida en salud mental a partir del 1 de marzo de 2022, debe extenderse a los contratos preexistentes, dada la naturaleza de orden público de los contratos de salud, cuyas modificaciones al estatuto normativo producirían efecto inmediato respecto de contratos antiguos y futuros.

En virtud de lo anterior, solicita que se acoja el recurso y se instruya a la recurrida a adecuar el plan de salud, realizando los ajustes necesarios para que la cobertura de las prestaciones de salud mental, incluyendo fonoaudiología y terapia ocupacional, sean equiparadas a las de salud física, aumentando los porcentajes de cobertura de las consultas psiquiátricas y psicológicas a 90%, la hospitalización psiquiátrica a 100%, los topes por prestación de consulta psiquiátrica y psicológica a 1,5 UF, la hospitalización psiquiátrica a sin tope y los topes anuales a sin tope, además de restituir las sumas pagadas por la recurrente con motivo de la no cobertura o fijación de topes menores, con costas.



Segundo: Que comparece [REDACTED], abogada, en representación de [REDACTED], quien evacuando el informe solicitado pide el rechazo del recurso de protección deducido en su contra, con expresa condena en costas.

Expone, en primer lugar, la improcedencia y falta de fundamentos del recurso, sosteniendo que su representada no ha vulnerado las garantías constitucionales de la recurrente. Señala que no es efectivo que [REDACTED] haya incurrido en un acto ilegal o arbitrario al mantener a la recurrente en su actual plan de salud con las coberturas voluntariamente contratadas, ni que se hayan conculcado las garantías constitucionales alegadas.

Adicionalmente, invoca que la ley establece un procedimiento especial para conocer de los hechos reclamados, previsto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 5 del año 2005 del Ministerio de Salud, ante la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, lo que haría improcedente la acción cautelar.

En segundo lugar, respecto de la inexistencia del acto ilegal o arbitrario, reconoce que la recurrente se encuentra afiliada a [REDACTED] y adscrita a un plan de salud con restricción en la cobertura para prestaciones de salud mental, específicamente consultas psiquiátricas y/o de psicología. Sin embargo, destaca que dicho plan fue pactado con anterioridad a la dictación de la Ley N° 21.331, de 11 de mayo de 2021, y a la Circular IF N° 396, de 8 de noviembre de 2021, dictada por la Superintendencia de Salud.

Explica que la Ley N° 21.331 vino a reconocer y proteger los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, y que la Circular IF N° 396 impartió instrucciones sobre coberturas y acceso para atenciones de salud mental conforme a dicha ley.

No obstante, enfatiza que la normativa contenida en el artículo 190 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del año 2005 del Ministerio de Salud, que permitía a las [REDACTED]s crear planes con coberturas reducidas para determinadas prestaciones, poniendo como límite que no podían ser inferiores al 25% de la cobertura genérica o del Arancel Fonasa en Modalidad de Libre Elección, ha sido cumplida por su representada y no ha perdido vigencia.



Asimismo, argumenta que la Ley N° 21.331 establece un grupo objetivo de protección de aplicación restringida, y que la recurrente no habría acompañado certificado o informe médico que dé cuenta de su diagnóstico y permita determinar si pertenece al grupo de personas resguardadas por dicha ley.

Invoca, además, el artículo 9 del Código Civil, que establece que la ley solo puede disponer para lo futuro y no tendrá efecto retroactivo, salvo que una ley posterior lo ordene expresamente, lo que no habría ocurrido. Aclara que el objeto de la Circular IF N° 396 es evitar la comercialización futura de planes con restricciones, pero no revisar contratos válidamente celebrados con anterioridad.

De esta forma, sostiene que el artículo 1545 del Código Civil impide que su representada sea obligada a modificar el contrato, al no existir causal en la Ley N° 21.331 ni en la Circular IF N° 396 que anule, modifique u ordene revisar los contratos de salud celebrados con anterioridad.

Concluye que no puede imputarse a su representada acto arbitrario o ilegal alguno y que la pretensión de la recurrente busca incorporar mayores beneficios que los originalmente pactados, manteniendo el mismo valor inicial, lo que sería improcedente, pues el valor del plan se encuentra en estricta correlación con sus coberturas.

Añade que la recurrente puede solicitar un nuevo plan de salud que se ajuste a sus necesidades actuales, lo que quedaría sujeto a la revisión de antecedentes médicos y financieros.

Finalmente, en relación con los derechos constitucionales supuestamente conculcados, la recurrida niega que se haya afectado el derecho a la vida y a la salud física y psíquica, pues se ha limitado a dar cumplimiento al contrato y a la normativa vigente al momento de su celebración. En cuanto al derecho a la protección de la salud y a la elección del sistema de salud, sostiene que el recurso de protección solo ampara la libre elección de un sistema público o privado, y que la recurrente no indica cómo se habría afectado dicho derecho, siendo lo alegado una cuestión de interpretación contractual. Respecto del derecho de propiedad sobre los contratos, señala que [REDACTED] no ha incumplido, limitado ni privado a la recurrente de ninguno de los derechos contenidos en



el contrato de salud celebrado, y que la pretensión se funda en una normativa posterior que carece de efecto retroactivo.

Tercero: Que, el recurso de protección de garantías constitucionales, consagrado en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, constituye una acción cautelar o de emergencia, destinada a amparar el legítimo ejercicio de las garantías y derechos preexistentes, que en esa misma disposición se enuncian, mediante la adopción de medidas de resguardo que se deben tomar ante un acto u omisión arbitrario o ilegal que impida, amague o moleste ese ejercicio.

Luego, es requisito indispensable de la acción de protección la existencia, por un lado, de un acto u omisión ilegal -esto es, contrario a la ley- o arbitrario -producto del mero capricho o voluntad de quien incurre en el- y que provoque algunas de las situaciones que se han indicado.

Cuarto: Que, en lo que atañe al fondo de la cuestión planteada, es menester señalar que la Ley N°21.331, relativa al reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, establece como fundamento de su dictación el problema que ha significado el aumento sostenido de afecciones a la salud mental y el bajo índice de cobertura para su diagnóstico y tratamiento en el sistema de salud privado.

La referida ley, para cumplir sus objetivos, establece normas tendientes a asegurar un mismo trato entre prestaciones de salud física y prestaciones de salud mental. Entre ellas, una de las más relevantes es la letra g) del artículo 3°, a la cual la propia ley otorga carácter de principio.

Dicha disposición establece: “Artículo 3.- La aplicación de la presente ley se regirá por los siguientes principios: (...) g) La equidad en el acceso, continuidad y oportunidad de las prestaciones de salud mental, otorgándoles el mismo trato que a las prestaciones de salud física”.

El principio señalado se ve complementado con las letras c) y h) del mismo artículo, que consagran la igualdad ante la ley, la no discriminación arbitraria, el respeto y aceptación de la diversidad de las personas y el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, sin discriminación por motivos de discapacidad.

Como puede apreciarse, el legislador elevó el igual trato a la condición de principio informador de la legislación. Asimismo, en el artículo 9° N°16 de la Ley N°21.331, le entrega el carácter de garantía, indicando que toda



persona con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual es titular del derecho a no sufrir discriminación en la cobertura y entrega de prestaciones.

En los términos de la referida ley, “La persona con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual es titular de los derechos que garantiza la Constitución Política de la República. En especial, esta ley le asegura los siguientes derechos: 16. A no sufrir discriminación por su condición en cuanto a prestaciones o coberturas de salud, así como en su inclusión educacional o laboral”.

Además, el legislador reglamentó el derecho al mismo trato a nivel de cobertura médica, entregando instrucciones a COMPIN, FONASA e [REDACTED] S, al igual que a las Superintendencias respectivas, en cuanto a que la cobertura y tasa de aceptación de licencias deben atenerse al mismo trato.

En los términos del artículo 20 N°6 de la misma ley: “El tratamiento de las personas con enfermedades o trastornos mentales o con discapacidad psíquica o intelectual se realizará con apego a los estándares de atención que a continuación se indican: (...) 6. La atención de salud no podrá dar lugar a discriminación respecto de otras enfermedades, en relación a cobertura de prestaciones y tasa de aceptación de licencias médicas”.

Quinto: Que, con posterioridad a la dictación y vigencia de la ley en comento, la Superintendencia de Salud emitió la Circular IF/N°396, de 8 de noviembre de 2021, con la finalidad de adaptar y aclarar ciertas antinomias que podrían producirse una vez que aquella entrara en vigencia, toda vez que el artículo 190 del D.F.L. N°1 del Ministerio de Salud, de 2005, permitía a las [REDACTED] s crear planes de salud con coberturas reducidas para determinadas prestaciones, sin distinción, poniendo como límite que en ningún caso podían ser inferiores al 25% de la cobertura que el mismo plan asignase a la prestación genérica correspondiente, ni a la cobertura contemplada en el Arancel Fonasa en Modalidad de Libre Elección.

Sin embargo, pese a lo anterior, dicha instrucción establece que, frente a lo regulado, las [REDACTED] s deben modificar su cobertura de salud mental para los nuevos planes suscritos a partir del 1 de marzo de 2022. En este sentido, abordando el fondo de lo discutido, el problema a dilucidar consiste en determinar si la referida circular se aplica exclusivamente a los contratos de



salud suscritos tras su entrada en vigencia o, por el contrario, también a los contratos vigentes al momento de su dictación.

Sexto: Que fluye de la Ley N°21.331, varios de cuyos artículos han sido transcritos precedentemente, que uno de sus ejes normativos centrales consiste precisamente en erradicar cualquier tipo de discriminación en el acceso integral a la salud mental, otorgándole a dicho planteamiento el rango de principio, con el objeto de infundir dicha idea en cualquier desarrollo normativo vinculado a la materia.

Séptimo: Que, en este orden de ideas, la Superintendencia de Salud, en su calidad de ente regulador, está compelida a dictar la normativa reglamentaria que permita concretar los preceptos de la citada ley, cuestión que materializó mediante la circular referida, en la que señala que, en virtud de la Ley N°21.331, las instituciones de salud previsional no pueden “comercializar” planes de salud que restrinjan la cobertura ni establezcan topes de bonificación para las prestaciones de salud mental inferiores a los previstos para las demás prestaciones de salud.

Ahora bien, el verbo comercializar, referido por la autoridad, no alude necesariamente a un tiempo futuro, sino a una acción que puede mantenerse en ejecución. En consecuencia, desde la entrada en vigencia de la normativa, la conducta referida se encuentra proscrita, comprendiendo tanto los contratos que se celebren en adelante como aquellos ya suscritos, pues estos últimos, al ser de tracto sucesivo, generan obligaciones y prestaciones que se prolongan en el tiempo, mensualmente, mediante el pago del precio y el derecho a la cobertura pactada.

Refuerza este planteamiento lo dispuesto en la circular en cuanto a que cualquier estipulación en contrario se tendrá por no escrita, expresión que resulta especialmente atinente respecto de contratos previamente celebrados, pues los contratos futuros deben redactarse de conformidad con la circular y la ley, de modo que no debieran contener estipulaciones contrarias a ellas.

No obsta a lo señalado que la entrada en vigencia de la circular haya sido dispuesta para el 1 de marzo de 2022, esto es, con posterioridad a su dictación, pues el objetivo de diferir su obligatoriedad, al tenor de lo reflexionado, solo pudo tener por finalidad permitir a sus destinatarios ajustar los planes de salud a la directiva dispuesta por el ente regulador.



Octavo: Que, sobre la base de todo lo anterior y considerando que los contratos de salud deben conformarse a las normas vigentes, más aún cuando el ajuste tiene por objeto resguardar la garantía constitucional de igualdad, al prohibir la discriminación, solo cabe concluir que no procede permitir la vigencia de estipulaciones contractuales que limiten la cobertura de prestaciones referidas a la salud mental, toda vez que ellas se encuentran prohibidas para este tipo de contratos, al atentar contra el ordenamiento constitucional y legal vigente.

Noveno: Que, como colofón, el actuar de la recurrida no solo es ilegal al infringir la Ley N°21.331, que impide establecer, para las prestaciones de salud mental, coberturas restringidas o topes menores que los dispuestos para las prestaciones relacionadas con la salud física, sino que además vulnera el derecho a la igualdad y no discriminación arbitraria establecido en el artículo 19 N°2 de la Constitución Política de la República, concretizado por el artículo 9° N°16 de la mencionada ley.

Por estas consideraciones, y visto además lo dispuesto en los artículos 19 y 20 de la Constitución Política de la República y en el Auto Acordado de la Excelentísima Corte Suprema sobre Tramitación y Fallo del Recurso de Protección de Garantías Constitucionales, **se acoge**, sin costas, el recurso de protección deducido en favor de [REDACTED] en contra de [REDACTED], sólo en cuanto se instruye a la recurrida a que realice los ajustes necesarios para que la cobertura de las prestaciones de salud mental sean equiparadas a las de salud física conforme al contrato de salud vigente de la parte recurrente con esa entidad.

Acordado con el **voto en contra** del ministro señor De la Barra, quien estuvo por rechazar el recurso, teniendo presente para ello:

1°) Que, la presente acción debe sustentarse en la afectación de derechos indubitados, esto es, aquellos que se encuentran plenamente reconocidos por nuestro ordenamiento jurídico, que no puedan ser atropellados en los términos antes indicados. De allí, entonces, que la infracción que se denuncia debe ser manifiesta, grave y claramente antijurídica.

Por el contrario, cuando el derecho que se dice amagado no reúne tales características, la presente acción no es el mecanismo para salvaguardar el



Estado de Derecho, sino que lo constituyen los procedimientos ordinarios declarativos que el legislador ha establecido al efecto.

2º) Que, de lo expuesto en el recurso, informe del recurrido y antecedentes acompañados en el caso sub lite, particularmente por la parte recurrente, se advierte que no se representa ningún hecho o acto determinado referido a pago o retribución insuficiente de alguna prestación de salud mental en particular, o respecto de alguna solicitud de cambio de plan.

De esta forma, al no existir una prestación de salud en concreto que haya afectado a la parte recurrente y que tampoco se ha señalado la existencia de algún acto preciso y determinado que haya quebrantado las garantías denunciadas como vulneradas, en opinión de este disidente la acción de protección interpuesta debe ser rechazada.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Nº Protección-1021-2026.



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

Código: XWURCLBYFNX

Pronunciado por la Séptima Sala de la C.A. de Santiago integrada por Ministro Guillermo E. De La Barra D., Ministro Suplente Pablo Andres Toledo G. y Abogada Integrante Magaly Carolina Correa F. Santiago, diecinueve de junio de dos mil veintiseis.

En Santiago, a diecinueve de junio de dos mil veintiseis, 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>

Código: XWURCLBYFNX