

Santiago, veintiséis de noviembre de dos mil diecinueve.

Vistos:

Comparece don **Juan Carlos Muñoz Torres**, abogado, domiciliado en calle Teatinos 251, oficina 404, Santiago, deduciendo acción constitucional de protección contra Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A., por la actuación ilegal y arbitraria que le atribuye de rechazar su cobertura a determinadas prestaciones de salud, bajo el argumento de existir una preexistencia no declarada, esto es, “miaestenia gravis”.

Expresa que el 22 de febrero de 2018 contrató con la recurrida un seguro individual de “Gasto Médico de Alto Costo” por la suma de 15.000 Unidades de Fomento por evento, con un deducible de 65 Unidades de Fomento. Explica que dicho contrato de seguro tiene el carácter de complementario del plan de salud que ya tenía contratado con la ISAPRE CONSALUD desde hace más de 34 años y que tomó dicho seguro complementario a instancias de un agente de ventas del stand de dicha ISAPRE. Remarca que ambas empresas (la ISAPRE y la compañía de seguros) pertenecen al grupo “Bethia”, de manera que sería evidente que el agente aludido obtuvo su información de la base de datos que comparten esas dos empresas.

El recurrente asegura que al llenar su declaración de salud informó al agente de ventas que hace 17 años atrás le diagnosticaron “miastenia gravis”, pero que hasta el año 2017 no presentaba síntomas, de modo que se estaba evaluando nuevamente ese diagnóstico.

Sin embargo, añade que el 06 de julio de 2019 a través de liquidación remitida por correo electrónico la compañía aseguradora rechazó su solicitud de reembolso de gastos médicos, aduciendo que correspondían a una enfermedad preexistente. Concretamente, en la comunicación aludida se indica como motivo para ello que *“Al tiempo de la contratación del seguro, usted firmó la Declaración Personal de Salud con fecha 15/02/2018 y no declaró este diagnóstico, la cual alteró la apreciación del riesgo en la etapa de evaluación por parte de la Compañía, impidiendo realizar las exclusiones correspondientes a este diagnóstico, como los gastos relacionados, complicaciones y secuelas secundarias”*, refiriéndose enseguida los antecedentes que en concepto de la recurrida respaldarían esa decisión.



En concepto del recurrente el actuar arbitrario e ilegal se configura porque la aseguradora dio por establecida la preexistencia de la Miastenia Gravis con unos controles médicos preventivos, en circunstancias que no existía certeza de esa dolencia ni antes ni el momento de la contratación. De hecho, dice el recurrente, a mediados de 2018 sufrió una prostatitis por la cual le recetaron antibióticos que generaron una reacción que motivó su internación de urgencia y al investigarse las causas médicas de ello, recién entonces hubo un diagnóstico fehaciente de la Miastenia Gravis.

En este punto el recurrente remarca que en el momento de la contratación le explicó al agente de la compañía de seguros que hace 17 años le habían diagnosticado esa enfermedad, pero que actualmente estaba en estudio porque existía la posibilidad de que el diagnóstico fuera erróneo y ante ello el agente le respondió que no se debía considerar en la declaración de salud porque no se encontraba dentro de las enfermedades que debían ser declaradas y porque tampoco se tenía un diagnóstico certero, de modo que no se entendía como enfermedad preexistente.

Refiere enseguida los altos estándares impuestos por la sala constitucional de la Excma. Corte Suprema a las compañías de seguro, para que estas puedan tener por acreditada la preexistencia. Al efecto cita reiterada jurisprudencia.

Estimando que el proceder de la recurrida vulnera sus derechos garantizados en los numerales 1º, 9º y 24º de la Carta Fundamental, pide ordenar que le sea otorgada la cobertura respectiva.

Se apersona doña Macarena Bravo Vega, abogado, en representación de **Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A.**, evacuando el informe ordenado, en los términos que siguen:

1.- Extemporaneidad del recurso deducido: La negativa de cobertura que se cuestiona por esta vía le fue comunicada al recurrente mediante correo electrónico de 15 de mayo de 2019. Luego, como la acción de que se trata fue presentada el 26 de julio de este año, significa que lo fue a los 72 días de recibida la carta.

2.- Improcedencia del recurso de protección: Se asevera en el informe que el recurrente mintió y actuó de mala fe al extender su declaración de salud, quien en su mismo recurso reconoce que su diagnóstico de



“Miastenia Gravis” lo tenía con anterioridad, pero que no había tenido sintomatología, lo que es muy diferente a no tener diagnóstico.

Para justificar la falsedad en que incurrió en su declaración de salud y para explicar las incongruencias que existen entre su ficha clínica y la información de su declaración de salud, la única razón que proporciona el recurrente es la supuesta indicación del ejecutivo de ventas Sr. Ricardo Cáceres, lo que es totalmente falso.

3.- Inexistencia de un acto ilegal o arbitrario: La contratación del seguro se verificó en virtud de la declaración de salud del recurrente. En el artículo 4 de la póliza se hace mención expresa a las exclusiones, indicándose *“que no se cubren los gastos médicos...cuando ellos provengan, o se originen o sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de:...u) Enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes”*. Es un hecho que al recurrente le fue diagnosticada la enfermedad “Miastenia Gravis” hace 17 años, él mismo lo dice, y, sin embargo, omitió ese dato en su declaración de salud.

Se añade por la recurrida que con motivo de su internación en la Clínica Las Condes durante 2018, el recurrente solicitó la cobertura de sus gastos médicos. Le fue requerida la información del caso y tras reiterados requerimientos finalmente la adjuntó el día 03 de mayo de 2019. Así, no sólo quedó demostrado el diagnóstico preexistente de hace 17 años, sino también que durante 2017 sufrió de sintomatología asociada a ese mismo diagnóstico. Además, el 12 de octubre de 2017 fue atendido por el Dr. Pedro Lobos, señalándose como motivo de la consulta, “Miastenia Gravis”.

Pide el rechazo del recurso.

Se ordenó traer los autos en relación y se dispuso la agregación extraordinaria de esta causa en la Quinta Sala.

Considerando:

Primero: La acción constitucional ejercida está destinada a cautelar el legítimo ejercicio de ciertos derechos fundamentales, frente a menoscabos por acciones u omisiones de carácter ilegal o arbitrario, en que pueden incurrir autoridades o particulares. Se ha considerado que dicha pretensión cautelar supone la concurrencia de ciertos presupuestos. A saber: a) que exista una acción u omisión ilegal o arbitraria; b) que como consecuencia de



esa acción u omisión ilegal o arbitraria se prive, perturbe o amenace un derecho; y c) que ese derecho esté señalado como objeto de tutela en el artículo 20 de la Constitución Política de la República. Tales lineamientos deben ser tenidos en cuenta a la hora de resolver el asunto sometido al conocimiento de esta magistratura;

Segundo: El acto que se tacha de ilegal y arbitrario por parte de quien recurre está constituido por la negativa de la compañía aseguradora recurrida de otorgar cobertura a ciertas prestaciones médicas asociadas a una enfermedad preexistente, no declarada;

Tercero: En lo que atañe a la extemporaneidad que se alega, debe apuntarse que existen dos comunicaciones divergentes sobre la notificación del rechazo a la cobertura reclamada. El recurrente adjunta a su recurso un mail de 08 de julio de 2019, por medio del cual una ejecutiva de servicios de Colmena Seguros le señala que *“según lo conversado telefónicamente, informo que adjunto encontrará Carta de Rechazo a gastos presentados”*. Por su lado, la aseguradora acompañó con su informe un correo electrónico de fecha 16 de mayo de 2019, emanado de la casilla liquidaciónsaludcolmena@fgrchile.cl, a través del cual se envía al recurrente Muñoz Torres la liquidación de los gastos médicos que presentara para su reembolso o indemnización por la compañía;

Cuarto: Ante esa divergencia, lo procedente es optar por la comunicación electrónica adjuntada por la recurrida. Primero, porque la liquidación está fechada 14 de mayo de 2019, de manera que no resulta verosímil que se hubiera remitido al recurrente casi dos meses después y, enseguida, porque de la frase expresada en el mail de 08 de julio (*“según lo conversado telefónicamente...”*), se infiere que el despacho de esa comunicación se hizo a requerimiento de quien ahora recurre, para adecuarse al plazo aplicable en la materia. Así las cosas, es dable concluir que el recurrente tomó conocimiento cierto del rechazo de la cobertura el 16 de mayo de 2019, de manera que al interponer su acción constitucional el 26 de julio de 2019, lo hizo fuera del término que le confiere el artículo 1º del Auto Acordado de la Excma. Corte Suprema, sobre tramitación y fallo del recurso de protección;



Cuarto: En cualquier caso, de los datos o información reunidos en esta causa fluye que el recurrente no incluyó en su declaración de salud el antecedente relativo a la enfermedad “Miastenia Gravis”, pese a que él mismo admite que le había sido diagnosticada hace 17 años atrás. Tratándose de un abogado de experiencia, que debe suponerse conocedor de las consecuencias jurídicas de sus actos, no resulta creíble que haya seguido sin más una supuesta indicación de un ejecutivo de ventas, en orden a no incluir ese dato en su declaración. Menos puede aceptarse ello si se atiende al hecho que el paciente Muñoz Torres registra una atención ambulatoria de 07 de abril de 2017, donde se consigna el diagnóstico de “Miastenia Gravis” y una consulta ambulatoria de 12 de octubre de 2017, en cuya ficha se estampa como motivo de la consulta *“hace 20 años con miastenia”*; vale decir, información médica asociada a la enfermedad de una antelación poco menos de un año, en el primer caso, y de alrededor de 4 meses, en el otro, respecto de la declaración de salud y contratación del seguro, pese a lo cual nada se señaló sobre el particular, por quien ahora exige ser protegido;

Quinto: Luego, como la póliza de seguro contempla de modo inequívoco la exclusión de su cobertura de las enfermedades preexistentes, se tiene que la decisión de la recurrida se ajustó a lo pactado y aparece revestida de fundamento plausible para estos efectos, en términos que cualquier otra revisión o análisis probatorio rebasa los límites de esta acción de naturaleza cautelar y supone la declaración de derechos que deben ventilarse en otra sede.

Por estas razones y de acuerdo a lo preceptuado en los artículos 19 y 20 de la Constitución Política de la República y Auto Acordado de la Excma. Corte Suprema pertinente a la materia, ***se rechaza, con costas,*** el recurso de protección deducido.

Redactó el ministro señor Astudillo.

Regístrese y, oportunamente, archívese.

Rol N° 64.099-2019.-





YXGXGPZWMY

Pronunciado por la Quinta Sala de la C.A. de Santiago integrada por los Ministros (as) Omar Antonio Astudillo C., Jenny Book R. y Abogado Integrante Matias Mori A. Santiago, veintiséis de noviembre de dos mil diecinueve.

En Santiago, a veintiséis de noviembre de dos mil diecinueve, 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.
A contar del 08 de septiembre de 2019, la hora visualizada corresponde al horario de verano establecido en Chile Continental. Para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar 2 horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>