

ari
C.A. de Concepción.

Concepción, doce de agosto de dos mil veintiuno.

Vistos:

Comparece don **CRISTIAN ECHAYZ CARRASCO**, abogado, domiciliado en calle Angol N° 436, oficina 804, Concepción, e interpone recurso de protección a su favor, en contra de **LUZ ANDREA MARTÍNEZ GUAJARDO**, médico internista, domiciliada en calle Romeral N° 9660, Vitacura; **SOLANGE ISABEL DONOSO CONTRERAS**, médico con especialidad en cardiología, domiciliada en calle Amunátegui N° 1946, Torre B, Depto. 1504, Viña del Mar; y contra **DANIELA CAMILA GAÍNZA KUNSTMANN** médico internista, domiciliada en calle El Remanso N° 16141, Lo Barnechea, quienes conformaron la Junta médica para la evaluación de Invalidez a propuesta de la compañía de seguros Confuturo S.A.

Expone, que la Compañía de Seguros Confuturo S.A., en relación al siniestro N° 382001622, de la póliza de seguro N° TS0507193, con fecha 27 de abril de 2021, le comunicó por correo electrónico el resultado o resolución al que arribó la Junta Médica conformada de conformidad al artículo 7° de la Cláusula Adicional de Invalidez. La referida comisión califica invalidez por patología visual sin tener ninguno de ellos la especialidad oftalmológica, y sólo considerando uno de los siete informes de especialidad acompañados por él y no considerando los informes de otros cinco especialistas y diversos exámenes especializados que les proporcionó. Indica que no obstante estar facultados para someter al evaluado a exámenes que consideren necesarios o solicitar nuevos antecedentes para la evaluación de invalidez, se limitan a considerar un solo informe del total de siete acompañados y desestiman la invalidez por patología Raquialgia crónica, no obstante estar debidamente acreditada por la Comisión Médica Regional de Concepción y por la Comisión Médica Central, con dictamen de invalidez ejecutoriado. Estima que el hecho anterior constituye una privación, perturbación o amenaza en el legítimo ejercicio de las garantías constitucionales del artículo 19 N°2 y 24 de la Constitución; esto es, la igualdad ante la ley y el derecho de propiedad en sus diversas especies sobre toda clase de bienes corporales e incorporales.



CJYKGLJXC

Con fecha 02 de octubre de 2020 la Compañía de Seguros Confuturo le envía carta mediante la cual le informa el rechazo de la póliza de seguro N° TS0507193 debido a que el menoscabo asignado por el dictamen de invalidez a la Raquialgia crónica, no puede y no fue considerado por su compañía para efectos del siniestro, ya que se encuentra excluida la cobertura “sobrepeso y obesidad, causas y patologías asociadas” siendo la obesidad y la raquialgia enfermedades crónicas y recurrente. La obesidad es una de las principales causas de la Raquialgia. La sobrecarga de peso provoca Raquialgias, hernias de discos lumbares, Discopatías y Espondiloartrosis. Por lo tanto, excluida la Raquialgia crónica; la Alta Miopía, cuya calificación de incapacidad asciende a un 50%, no alcanza el porcentaje de invalidez necesario establecido en las condiciones de la póliza para que proceda la cobertura, toda vez que la incapacidad debe ser de dos tercios.

Explica que con fecha 05 de octubre de 2020 impugnó el rechazo del siniestro y el 08 de octubre la compañía de seguros Confuturo da respuesta formal a su impugnación manteniendo el rechazo a la cobertura por el siniestro denunciado. Accediendo, sin embargo, a la solicitud de que el siniestro sea revisado por una Junta Médica conforme lo dispuesto en el artículo 7° de la Cláusula adicional de Invalidez. Dicha comisión quedó conformada por las recurridas y explica que habiendo optado en primera instancia por un médico oftalmólogo éste renunció a participar de la comisión. La determinación de la Comisión Médica le fue notificada con fecha 27 de abril de 2021 y en ella se le indica que lo informes no permiten fundamentar los porcentajes de menoscabo de 50% otorgado por la CMR de Concepción. Refiere que la compañía de seguros ni la comisión médica conformada para el efecto de evaluar la invalidez jamás le dieron indicación alguna en el sentido de que la información médica que debía acompañar al proceso de calificación debía contener alguna especificación en particular, o que debía estar contenida en algún formato o requerimiento especial. Y los facultativos tenían plena atribución de poder someterlo a exámenes o solicitar nuevos antecedentes, pero no lo hicieron y optaron por considerar el único antecedente que era beneficioso para los intereses de la compañía de seguros en agravio a sus derechos. Las recurridas ante los contundentes antecedentes proporcionados por los médicos oftalmólogos dra. Cecilia



Zapara, dr. Rodrigo Neira y dra. Paz Rodríguez pudieron haber indicado que dichos facultativos complementaran sus informes, que emitieran nuevos informes, pedir evaluación de nuevos profesionales o prescribir nuevos exámenes de especialidad.

El dictamen de la Comisión Médica carece de fundamentos sólidos ya que sólo se sustenta en uno de los siete informes aportados por esta parte e ignora antecedentes de agravamiento de su salud visual y que ocurrieron de confeccionado el informe que ellos consideraron, desestiman la patología de raquialgia crónica obviando que dicha patología fue considerada y configurada por la Comisión Médica regional de Concepción y por la Comisión médica Central, con dictamen de invalidez que se encuentra ejecutoriado, teniendo actualmente la calidad de pensionado por invalidez.

El actuar de las recurridas constituye un acto ilegal y arbitrario, porque ha eludido su obligación de elaborar el resultado o dictamen de la Comisión Médica con absoluta imparcialidad, omitiendo antecedentes médicos del todo relevantes y que de haber sido considerados hubiese cambiado el resultado en cuanto al porcentaje o ponderación de la invalidez. Tal omisión carece de razonabilidad y sitúa al recurrente en un estado de incertidumbre respecto de una prestación a la que tiene legítima expectativa de acceder y vulnera las garantías constitucionales de los artículos 19 N° 2 y 24 , la igualdad ante la ley en el trato recibido en su calidad de asegurado, pues interpreta las normas legales aplicables a la relación contractual en forma unilateral y en su exclusivo beneficio y no le otorga la debida cobertura a un siniestro denunciado dejándole sin protección ante la situación que le afecta. En cuanto al derecho de propiedad debe relacionarse con los artículos 565, 576 y 583 del Código civil que consagran la cosificación de los derechos, se ha vulnerado su derecho de propiedad a la póliza de seguro que mantiene con la compañía Confuturo S.A.

Solicita que se acoja el recurso y se ordene que las recurridas: consideren y ponderen la totalidad de las opiniones médicas aportadas por el recurrente respecto de las patologías que le afectan o que se solicite que los informes aportados, que no cumplen los estándares o requerimientos que las recurridas exigen, sean complementados por los respectivos facultativos a fin de ser debidamente ponderados, y en subsidio de las peticiones anteriores,



la protección que la Corte estime pertinente a fin de restablecer el imperio del derecho, con costas del recurso.

Informó doña Loreto Yévenes Souper, abogada, a nombre de las recurridas solicitando el rechazo del recurso interpuesto en su contra con costas. En primer lugar, aclara que las recurridas no prestan servicios para la compañía de seguros Confuturo S.A. y por ello las conclusiones a las que arriban no se ven afectadas por parcialidades que beneficien a dicha sociedad, ni tienen por objeto defender los intereses de ninguna empresa en particular. Agrega que el dictamen emitido por la comisión es objetivo y no se somete a dictámenes anteriores, menciona que la integración de la comisión fue aceptada por el recurrente quien conoció los nombres de los mismos sin objetar sus calificaciones o especialidades, estuvo de acuerdo con escogerlas, pero una vez conocida la conclusión de invalidez señala que no estarían calificadas para conocer y evaluar su solicitud. Agrega que en el dictamen se explicó fundadamente por qué las patologías no fueron evaluadas con un mayor grado por lo que no existe ninguna arbitrariedad. Explica que el recurso de protección no es la vía idónea ya que se trata de un conflicto entre asegurado y compañía aseguradora que debe resolverse conforme a las normas del Código de Comercio, ya que es una verdadera controversia acerca de la cobertura de la póliza de seguros específica. En este sentido, el artículo 543 del Código de Comercio contempla para que las partes solucionen los conflictos que surjan del contrato de seguro, la justicia arbitral u ordinaria conforme sea la cuantía de la contienda.

Refiere que el siniestro se encontraba rechazado y que la Compañía accedió, pese al rechazo, a designar una Junta Médica, conforme a lo dispuesto en el artículo 7° de la Cláusula Adicional de Invalidez y cuyos integrantes escogió el recurrente. Ello se adecuaba a lo que dispone el séptimo señalado, que establece que la Compañía determinará en un plazo máximo de 60 días, si se ha producido la invalidez permanente y definitiva de 2/3 de un asegurado, “conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso, contados desde la fecha de presentación de la última información requerida”. Conforme al inciso siguiente, el asegurado solicitó que la invalidez permanente y definitiva fuera evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos (no se exige especialidad alguna),



elegidos por él a partir de una nómina propuesta por la Compañía. La comisión debe evaluar la invalidez conforme a las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones” DL 3500 del año 1980, pudiendo, en caso que lo estime necesario, determinar someter al asegurado y evaluado a otros exámenes médicos. Sin embargo, por disposición expresa de la misma cláusula, la declaración de invalidez del asegurado, será tomada en consideración por la compañía aseguradora y por la Junta Médica, al evaluar el siniestro, pero no tendrá carácter vinculante.

Por último, indica que no existe vulneración del derecho de igualdad ante la ley, puesto que la procedencia y conclusiones arribadas por la Comisión Médica fueron adoptadas conforme a la normativa vigente y especialmente con el acuerdo del asegurado y tampoco al derecho de propiedad porque no existen derechos indubitados sobre la cobertura, la recurrente no es dueña de la indemnización.

Informó la Superintendencia de Pensiones, refiriendo que el recurrente tiene la condición de pensionado por invalidez total definitiva, es decir mayor de dos tercios, mediante dictamen de invalidez ejecutoriado por Resolución de la Comisión Médica Central, en conformidad con el DL 3.500 de 1980, entrando en goce de pensión por esa causa. En efecto, indica que el 24 de marzo de 2020, el recurrente solicitó pensión y calificación de invalidez en AFP Provida S.A. cuya evaluación y calificación de invalidez correspondió a la Comisión Médica Regional de Concepción, fue examinado por médico integrante asignado de la referida comisión, por traumatólogo y oftalmólogo interconsultores. Posteriormente, el caso fue discutido en sesión N° 114 de 2 de junio de 2020, oportunidad en que la Comisión Médica Regional acordó declarar invalidez total definitiva representada por la pérdida de un 69% de su capacidad de trabajo, por causa de alta miopía con un 50% de menoscabo laboral individual y por la configuración de raquialgia crónica en clase II, rango alto de las normas de evaluación, con un 34% de menoscabo laboral. La suma combinada de ambos impedimentos, más la adición de dos puntos porcentuales, alcanza un 9% de menoscabo global de la persona. Sobre esa base la Comisión Médica Regional emitió el dictamen de Invalidez N° 010.3152/2020 de 2 de junio de 2020. Por último, precisa que



la invalidez declarada a favor del recurrente tiene por efecto otorgarle el derecho a pensión de invalidez por las enfermedades o afecciones invalidantes que padece, en los términos establecidos por el artículo 4° del D.L. 3.500 de 1980 y de acuerdo al procedimiento técnico establecido por las Normas de evaluación y calificación de invalidez para los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones, prescritas en el artículo 11 de dicho cuerpo legal.

Hace presente, que en la especie, la situación controversial deriva de un acto jurídico suscrito entre privados, estos es un seguro de vida con cobertura en invalidez, distinto e independiente de la declaración de invalidez para efectos de pensión. Por lo tanto, aquél se rige, precisamente por el contrato suscrito entre las partes, cuyas controversias se resolverán en la forma que, de igual modo las partes hayan aceptado, lo que parece ser el caso.

Informó Felipe Nazar Massuh, por la Compañía de Seguros Confuturo S.A. solicitando que la acción de protección fuera rechazada, indicando en primer término, que la acción de protección no es la vía idónea para que el recurrente reclame el amparo de los derechos supuestamente conculcados, pues éstos no tienen el carácter de indubitados. Indica que conforme al artículo 543 del Código de Comercio, las materias como las de la especie -sobre calificación de un siniestro y la procedencia de una indemnización emanada de un contrato de seguro- deben ser resueltas en un juicio de lato conocimiento por un juez árbitro o por la justicia ordinaria civil. Explica que no existe conducta ilegal ni arbitraria por parte de la recurridas, quienes tienen las aptitudes profesionales para integrar la Junta Médica conforme a lo dispuesto por el contrato, han sido electas por el propio recurrente y han actuado apegadas al contrato de seguro y a las normas de calificación de invalidez a las que se remite, evaluando todos los antecedentes aportados y resolviendo el caso conforme a criterios objetivos, técnicos y racionales, definidos por la normativa vigente y por el mismo contrato. No vislumbra que los hechos denunciados puedan afectar de manera alguna el derecho a la igualdad ante la ley o el derecho de propiedad del recurrente.



El recurso se dirige contra las tres médicos cirujanas integrantes de la junta médica, quienes dictaminaron que el siniestro no calificaría como invalidez permanente y definitiva 2/3 según los términos del contrato de seguro, pues el impedimento de raquialgia no estaría configurado según las normas que regulan la liquidación y la discapacidad visual provocaría un menoscabo de solo 50%. Busca el recurrente que la junta médica acepte su tesis acerca del valor que debe atribuir a los antecedentes médicos en su decisión final siendo la calificación del siniestro determinante para establecer si existe una obligación de indemnizar o no al amparo del contrato de seguro, siendo evidente que la existencia de una controversia acerca del fondo de dicha calificación implica que no existe un derecho indubitado. La procedencia o improcedencia de la obligación contractual a indemnizar debe ser resuelta mediante los procedimientos que el contrato de seguro y la ley han dispuesto, para lo cual debe estarse a lo dispuesto en el artículo 17 de las Condiciones Generales de la póliza de seguro de Vida incorporada al depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero y que indica que las controversias sobre la procedencia o el monto de la indemnización será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes o por la justicia en subsidio y reconducen al artículo 543 del Código de Comercio que otorga competencia en esta materias a un árbitro o a los tribunales civiles ordinarios.

Explica que el 6 de agosto de 2020 su representada recibió un correo electrónico del asegurado con un denuncia de invalidez de 2/3 que habría ocurrido el 24 de marzo de 2020, con antecedentes médicos. El 8 de septiembre de 2020 recibió otro correo electrónico con nuevos antecedentes ya que la Comisión médica informó que los antecedentes médicos aportados por el asegurado a su declaración de invalidez ya habían sido pedidos por el asegurado. A partir de los antecedentes recolectados, el 2 de octubre de 2020 su representada evacuó un informe de liquidación en que se informaba el rechazo del siniestro. El asegurado impugnó el informe de liquidación de 2 de octubre mediante carta de 5 de octubre de 2020. En esta carta solicitó a Confuturo que en caso de persistir en el rechazo de la cobertura del siniestro, *“que la invalidez sea evaluada por una Junta compuesta por e médicos cirujanos, elegidos por mi de entre la nómina que me proporcione la Compañía. Solicito para el efecto que la compañía me envíe en el más breve*



plazo la nómina de facultativos para proceder a la elección d ellos mismos y dar inicio a dicho procedimiento de determinación de invalidez.” Conforme los establece el artículo 7° de la cláusula adicional. Ello quiere decir que, como parte del procedimiento de liquidación del siniestro, el asegurado puede impugnar la calificación del siniestro efectuada por la Compañía, pidiendo una Junta Médica que califique si el siniestro corresponde a una invalidez permanente y definitiva de dos tercios. Menciona que el recurrente participó en la elección de los médicos que conformaron la Junta. Si bien ninguna de las médicos integrantes de la Junta es oftalmóloga estas tienen importante experiencia en la calificación de discapacidades, tal como lo señaló el recurrente en su correo electrónico de 5 de febrero de 2021. Las tres miembros se entrevistaron en forma telemática con el recurrente, y emitieron un dictamen o “Informe Técnico de la Comisión Médica” que fue comunicado como archivo adjunto a una carta enviada el 27 de abril de 2021. El informe de la Junta médica establece que para los efectos del seguro, la discapacidad del recurrente solo alcanza un menoscabo del 50% por lo que no se puede calificar el siniestro como invalidez permanente y definitiva de 2/3. Lo anterior fue definido por especialistas en la calificación de discapacidades, aplicando criterios normativos objetivos, vigentes para el caso según el contrato y teniendo a la vista todos los antecedentes aportados. Agrega que la posibilidad de pedir exámenes o más antecedentes es una facultad que puede ejercer la Junta cuando esta lo estima necesario, y no un derecho que pueda ser exigido por el asegurado a su propia discreción. En este sentido la Junta Médica estimó que los antecedentes que tuvo a la vista eran suficientes para llegar a una conclusión, sin que fuera necesario solicitar exámenes médicos o mayores antecedentes, pues los existentes permitían establecer que los menoscabos señalados no se configuraban. En consecuencia, el actuar de las recurridas fue ajustado a derecho y no se incurrió en ninguna arbitrariedad al no solicitar más información, pues los antecedentes de los que disponía la Junta Médica eran, por sí solos, suficientes para emitir un dictamen. Agrega que es importante mencionar que el artículo 7° de la Clausula Adicional establece que los dictámenes de invalidez de órganos oficiales tales como las comisiones médicas de la Superintendencia de Pensiones deben ser considerados, pero no son vinculantes para la Junta Médica.



Se ordenó traer los autos en relación.

CON LO RELACIONADO Y CONSIDERANDO:

PRIMERO: Que el recurso de protección de garantías constitucionales establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, constituye, jurídicamente una acción constitucional de urgencia, de naturaleza autónoma, destinada a amparar el libre ejercicio de las garantías y derechos preexistentes que en esa misma disposición se enumeran, mediante la adopción de medidas de resguardo que se deben tomar ante un acto u omisión arbitrario o ilegal que impida, amague o perturbe ese ejercicio.

Por consiguiente, resulta requisito indispensable de la acción de protección la existencia de un acto u omisión ilegal, esto es, contrario a la ley, según el concepto contenido en el artículo 1° del Código Civil, o arbitrario, es decir, que sea producto del mero capricho de quien incurre en él, y que provoque alguna de las situaciones o efectos que se han indicado, afectando a una o más de las garantías -preexistentes- protegidas, consideración que resulta básica para el análisis y la decisión del recurso que se ha interpuesto.

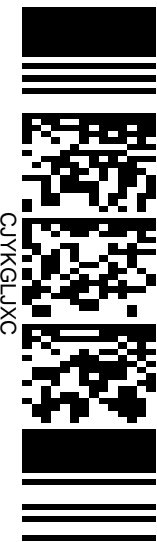
SEGUNDO: Que, en el caso de que se trata, quien recurre de protección ha tildado de ilegal y arbitraria el dictamen de la Junta Médica, conformada por las recurridas a petición del recurrente en cumplimiento de la cláusula 7° Adicional del contrato de seguro suscrito por las partes, que carece de fundamentos sólidos al no considerar los antecedentes médicos aportados por el recurrente dado que ha eludido su obligación de elaborar el resultado o dictamen con absoluta imparcialidad, omitiendo antecedentes médicos del todo relevantes y que de haber sido considerados hubiesen cambiado el resultado en cuanto al porcentaje o ponderación de la invalidez, indicando que tal omisión carece de razonabilidad y sitúa al recurrente en un estado de incertidumbre respecto de una prestación a la que tiene legítima expectativa de acceder.

TERCERO: Que se ha establecido en esta causa, por no existir controversia entre las partes, que efectivamente el recurrente contrató con la compañía Confuturo S.A. un contrato de seguro de Vida con fecha de vigencia el 20 de febrero de 2020 el que corresponde a la póliza TS0507193



y que contemplaba una cláusula de pago anticipado del capital asegurado en caso de invalidez permanente y definitiva dos tercios. También es pacífico entre las partes que el siniestro fue denunciado por el recurrente con fecha 06 de agosto de 2020 y liquidado por la compañía de seguro con fecha 2 de octubre de 2020, rechazándolo, señalando que no procede la indemnización solicitada e indicando al efecto *“La póliza fue contratada con la exclusión de sobrepeso y obesidad, causas y patologías asociadas”, El Acta de evaluación de la Comisión Médica indica que padece Raquialgia crónica cervical y lumbar limitante, en contexto de obesidad mórbida. La obesidad es una de la principales causas de Raquialgia. Por lo anterior, el menoscabo asignado por el dictamen de invalidez a la Raquialgia crónica, no puede y no fue considerado por nuestra Compañía para efectos del presente siniestro, ya que se encuentra excluida de la cobertura como se indicó precedentemente. Excluida la Raquialgia crónica; la Alta Miopía, cuya calificación de incapacidad asciende a un 50%, no alcanza el porcentaje de invalidez necesario establecido en las condiciones de la póliza para que proceda la cobertura, toda vez que la incapacidad debe ser de dos tercios.* Impugnada esta resolución ante la compañía se mantuvo la decisión. Por último, resulta no controvertido entre las partes que el contrato de seguro respectivo contenía una cláusula de exclusión respecto de la cobertura *“sobrepeso y obesidad, causas y patologías asociadas”*.

CUARTO: Que solicitado el pronunciamiento de la Junta Médica conforme la establecía la Clausula 7 Adicional del contrato de seguro está se pronunció con fecha 5 de abril de 2021 en el siguiente sentido: Conclusiones: *“Esta comisión médica concluye que para Sr. Cristian Echays Carrasco, RUT: 12.050.212-3, de acuerdo con el DL 3500, Norma 7 edición 2016, para la evaluación y calificación de invalidez en Chile, actualmente vigente, corresponde un menoscabo de 50% por el impedimento oftalmológico alta miopía y leucomas corneales. El impedimento osteomuscular dado por Raquialgia no se encuentra configurado”*. Señala también al principio del dictamen los documentos que se tuvieron a la vista para resolver, dentro de los cuales se incluyen los informes y exámenes de médicos tratantes del sr. Echays y los agregados a propósito del dictamen de invalidez de la comisión médica regional de Concepción y Comisión Central. El referido pronunciamiento de la Junta Médica, en sus conclusiones por patología,



mencionó en cuanto a la Raquialgia Crónica: “ - El Sr. Echayz refiere en sus entrevistas con Médicos Evaluadores de esta comisión, que el lumbago no determina limitaciones para la realización de las actividades de la vida diaria. – Impedimento no configurado según Norma Vigente por terapias pendientes y falta de periodo de observación requerido por la norma, que debe ser de al menos 6 meses. – En este caso las medidas generales y terapias médicas o quirúrgicas accesibles por el evaluado no están efectuadas en su totalidad, dado que hay posibilidad de infiltración y bloqueo facetario que no se ha realizado; la evolución médica aún no se ha estabilizado; y los periodos de observación clínica mínimos indicados en estas normas para columna no están cumplidos (la kinesiología fue indicada por primera vez por traumatólogo en febrero de 2020 y la solicitud de invalidez a la CMR de Concepción fue el 24/03/2020), por lo tanto, el impedimento en el momento de la evaluación de la solicitud de invalidez, no estaba configurado de acuerdo a las exigencias determinadas por la norma vigente. – Se revisan los informes médicos aportados por el Sr. Cristian Echayz Carrasco, de los siguientes traumatólogos, neurocirujano, kinesiólogos, cuyos informes no se ajustan a los requerimientos de la norma de invalidez vigente de acuerdo con el DL 3.500. Informe Neurocirujano Dr. Máximo Torche 12/03/2020. Informe Traumatólogo Dr. Osvaldo Ojeda (varios en marzo y junio de 2020). Informe kinésico kinesiólogo Sr. Ricardo Lozada 28/03/2020.”

QUINTO: Que la parte recurrente acompañó a la causa copia de informe de liquidación correspondiente a Siniestro N° : 382001621, con inicio de vigencia de la póliza el 21 de agosto de 2019, respecto del mismo recurrente (asegurado) donde aparece como diagnóstico Alta Miopía y Raquialgia crónica cobertura siniestrada 2/3 con fecha de dictamen 28 de septiembre de 2020 que refiere: “Cursamos el pago del siniestro” Conforme a las condiciones de la cláusula pago anticipado del capital asegurado en caso de invalidez permanente y definitiva de dos tercios, el pago al asegurado de la indemnización por concepto de la presente cláusula adicional producirá el término inmediato de la póliza principal y de todas las demás clausulas adicionales, de la misma forma que si se hubiese pagado el capital asegurado por fallecimiento en la póliza principal. Tal documento se refiere a otro contrato de seguro suscrito entre las partes.



SEXTO: Que de lo referido en los considerandos precedentes se aprecia una evidente contradicción en el dictamen de la Junta Médica, ya que mientras por un lado señala haber tenido a la vista todos los antecedentes médicos referidos a consultas particulares, exámenes y tratamientos del recurrente, como los considerados para la declaración de invalidez por la Comisión Regional de Concepción, y con ello excluye la Raquialgia crónica; después señala que tales documentos se descartaron por no cumplir con las estándares mínimos establecidos en el DL N° 3500, que serían conforme a los cuales deben evaluar. Lo anterior, lleva a la conclusión que efectivamente tales antecedentes no fueron considerados por incumplimientos formales.

Por su parte, parece de la liquidación del siniestro, que el pronunciamiento de la comisión ha debido referirse a los motivos de rechazo de la indemnización, ya que el siniestro se había liquidado y no obstante ello se accedió a la designación de la Junta Médica de la cláusula 7 adicional, habiéndose indicado que el rechazo de la indemnización se debía a que *el acta de evaluación de la Comisión indica que padece de Raquialgia crónica cervical y lumbar limitante, en contexto de obesidad mórbida indicando que la póliza fue contratada con la exclusión de “sobrepeso y obesidad, causas y patologías asociadas” de manera que el menoscabo asignado por el dictamen de invalidez a Raquialgia crónica, no puede y no debe ser asegurado por la compañía, ya que se encuentra excluida de la cobertura.* En consecuencia, el pronunciamiento ha debido referirse, no a la existencia de la patología Raquialgia Crónica, que ya había sido declarada por la Comisión Regional y reconocida por la propia compañía aseguradora al acceder al pago de otra póliza por concurrencia de dicha patología, sino a si ella era consecuencia o estaba asociada a sobrepeso, obesidad o eran patologías asociadas”.

SÉPTIMO: Que en consecuencia se puede observar, como se señala en los considerandos precedentes, que hubo un actuar arbitrario de la Comisión, en cuanto no solicitó los exámenes, complementos o informes necesarios al recurrente, respecto de los ya acompañados, cumpliendo las exigencias del DL 3.500, señalándolas, y que permitieran realmente considerar su contenido, en cuanto perspectiva médica y también su actuar



fue arbitrario porque emitió un dictamen que no se pronunció sobre la relación de dicha enfermedad con la cláusula de exclusión hecha valer por la compañía aseguradora.

OCTAVO: Que lo anterior, importó una transgresión de la garantía del artículo 19 N° 2 de la Constitución Política de la República, la igualdad ante la ley ya que no se le dio un trato imparcial como asegurado, ni se señaló los argumentos para desestimar la documentación acompañada, indicando qué estándares se requerían y sin solicitar la complementación o exámenes requeridos para poder considerar otra perspectiva médica.

Por estas consideraciones, disposiciones legales citadas y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y en el Auto Acordado de la Excm. Corte Suprema sobre Tramitación y Fallo del Recurso de Protección, **SE ACOGE, sin costas**, el recurso de protección interpuesto por don Cristian Echayz Carrasco, en contra de LUZ ANDREA MARTÍNEZ GUAJARDO, SOLANGE ISABEL DONOSO CONTRERAS y contra DANIELA CAMILA GAÍNZA KUNSTMANN, sólo en cuanto, la comisión deberá emitir un nuevo pronunciamiento considerando y requiriendo los informes y exámenes necesarios para ponderar, entre otros, la perspectiva de médicos y tratamiento del recurrente.

Regístrese, comuníquese y oportunamente archívese.

Redactó la ministra suplente Nicole D'Alencon Castrillón.

Se deja constancia que no firma la Ministra señora Nancy Bluck Bahamondes, no obstante haber concurrido a la vista de la causa y al acuerdo, por encontrarse con licencia médica.

ROL 1820-2021 Protección





CJYKGLJXC

Pronunciado por la Cuarta Sala de la C.A. de Concepción integrada por los Ministros (as) Suplentes Margarita Elena Sanhueza N., Nicole Renee D Alencon C. Concepcion, doce de agosto de dos mil veintiuno.

En Concepcion, a doce de agosto de dos mil veintiuno, 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 04 de abril de 2021, la hora visualizada corresponde al horario de invierno establecido en Chile Continental. Para la Región de Magallanes y la Antártica Chilena sumar una hora, mientras que para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar dos horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>