

Santiago, veintidós de octubre de dos mil veintiuno.

Vistos:

Se reproduce la sentencia en alzada, con excepción de sus fundamentos quinto a décimo, que se eliminan.

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

Primero: Que, comparece el abogado Rolando Franco Ledesma en representación de don Raúl Maximiliano Franco Ledesma, e interpone acción constitucional de protección en contra de la Compañía de Seguros C.L.C. y Clínica Las Condes S.A., por haber terminado, unilateralmente, el contrato de seguros que los unía, sin otorgar la cobertura ante siniestros contratada.

Explica que celebró, el 28 de agosto del año 2016, un contrato de seguro de salud denominado "Contrato de Seguro Integral Fonasa", y que estando este vigente, el 28 de agosto del año 2020 se sometió a una operación quirúrgica de instalación de prótesis en aorta abdominal, requerida tras sufrir un aneurisma en septiembre del año 2019.

Tras solicitar la cobertura contractualmente debida, el día 24 de diciembre del año 2020 se entera que ésta fue rechazada, conociendo el día 29 de diciembre de 2020 que la compañía aseguradora había puesto término al contrato que los unía a través de una carta, que, alega, nunca llegó a sus manos, fechada el 20 de noviembre del mismo año.



Explica que la recurrida negó la cobertura y puso término al contrato ya referido, acusándolo de no informar debidamente de enfermedades preexistentes: hipertensión arterial, dislipidemia, resistencia a la insulina, e infarto al miocardio.

Alega que, en primer lugar, la aseguradora no negó directamente la cobertura, sino que puso término al contrato, una vez que el siniestro ya se había producido y el contrato se encontraba vigente y; en segundo lugar, niega que sea efectivo que se le hayan diagnosticado las enfermedades invocadas como preexistentes, remarcando la falta de argumentación de la compañía de seguros al respecto, teniendo especialmente presente que la compañía está estrechamente vinculada al clínica donde se atiende desde hace años, y que por ende, posee todos sus antecedentes médicos.

Solicita, en definitiva, que se acoja la presente acción y se ordene a Seguros C.L.C. S.A. otorgar cobertura a los gastos médicos derivados del siniestro N° 202049551, episodio N° 2000513319, correspondiente a la operación del Sr. Raúl Franco Ledesma de 28 de agosto de 2020, a Clínica Las Condes S.A., que cese el cobro de los gastos producto de la misma operación.

Segundo: Que la recurrida, Seguros C.L.C. S.A. evacuó informe solicitando el rechazo del recurso, manifestando en lo pertinente que, a partir de



antecedentes que obran en poder de Clínica Las Condes, se pudo advertir que cuatro meses antes de contratar la póliza objeto de autos el recurrente asistió a urgencias de la clínica por problemas gástricos, declarando en esa oportunidad tener resistencia a la insulina, hipertensión arterial, dislipidemia, haber sufrido un infarto agudo al miocardio aproximadamente 10 años atrás, haber sido fumador, y el consumo de una serie de fármacos que individualiza. Estas declaraciones fueron repetidas el 30 de noviembre de 2016 en una consulta médica de urgencia y, finalmente, que el 28 de agosto de 2020 presentando un aneurisma de aorta abdominal en expansión, previo a su operación, declaró que sufría de colesterol alto, alergia crónica a opiáceos, fractura supracondilar de brazo derecho, haber sufrido preinfarto dependiente de la arteria circunfleja tapada, que continuó con su tabaquismo y que en marzo de 2020 tuvo un sangramiento gástrico por divertículos del colon.

Conforme los antecedentes reseñados, rechazaron otorgar cobertura al siniestro producido con estricta sujeción a la normativa pertinente, por lo que no existe, por su parte, acto ilegal y arbitrario.

Tercero: Que, Clínica Las Condes S.A. comparece informando y solicitando el rechazo del recurso, declarando que de la propia relación de los hechos del actor no es posible avizorar un acto ilegal o arbitrario



cometido por su parte, la que sólo ha actuado conforme con sus facultades legales y contractuales.

Cuarto: Que, para resolver el presente recurso, es preciso tener presente que la cobertura del siniestro denunciado por el recurrente fue negada por la recurrida en los siguientes términos, según consta de la carta de fecha 20 de noviembre de 2020 agregada a estos autos:

"1. De acuerdo con los antecedentes médicos aportados, se ha podido constatar que, al momento de la suscripción, ud. Presentaba hipertensión arterial, dislipidemia, resistencia a la insulina e infarto al miocardio (desde al menos año 2016), estos diagnósticos son anteriores a la vigencia de la póliza, situación que no fue informada a la Compañía en Declaración de Salud, completada el 28 de octubre de 2016, no obstante haberse efectuado la consulta respectiva en la correspondiente "Declaración del Asegurable".

2. Teniendo presente que la falta de información respecto del estado de salud, impidió a esta Compañía evaluar correctamente el riesgo que estaba asumiendo, considerando que en su caso existían antecedentes objetivos que no fueron informados, que de ser conocidos habrían motivado a esta aseguradora a rechazar, la cobertura del Seguro Integral, se ha decidido poner término a la póliza indicada en referencia, en



conformidad al Artículo 15°, Terminación del contrato, del Condicionado General.”

A su vez, se destaca que en la copia acompañada por la propia aseguradora, se lee en escritura manuscrita al final de la carta “Se rescinde contrato, 23/11” y una firma.

Quinto: Que los dichos de la recurrida para negar la cobertura de que se trata, no se encuentran amparados por ningún antecedente objetivo que lo justifique, ya que se encuentran únicamente basados en supuestos dichos del actor -que no es médico- en diversas consultas, sin ningún examen, informe o certificado médico que consigne dichos diagnósticos. Es menester destacar que la compañía aseguradora comparte nombre y estrecha vinculación con la clínica donde el recurrente se atendía, de forma tal que no parece razonable sostener la presencia de enfermedades cuyo registro no existe, en supuestos dichos del mismo paciente.

Sexto: Que, en adición, preciso es tener presente que el inciso segundo del numeral 6° del artículo 190 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2006 del Ministerio de Salud, señala: “se entenderá que son preexistentes aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato”. Es un requisito, entonces, que exista un



diagnóstico médico fidedigno que determine con certeza la preexistencia de la enfermedad; que esta esté directamente relacionada con las prestaciones médicas por las que se pide la cobertura y, además, que el asegurado esté en cabal conocimiento del diagnóstico preciso, antes de la suscripción del contrato de seguro, requisitos que en la especie no se han demostrado.

Lo anterior resulta concordante con lo ya resuelto por esta Corte en otras oportunidades, a modo ejemplar, los Roles CS N°27.959-2016, N°38.660-2017 y N°38.387-2017.

Séptimo: Que, de esta forma, de acuerdo a lo expuesto y no existiendo un diagnóstico médico anterior respecto de las patologías denunciadas como preexistentes por la compañía aseguradora, no es posible determinar que era exigible al asegurado proporcionar una información de la que carecía. Entonces, una falencia así conceptualizada no puede servir a la aseguradora como argumento para negarse a bonificar los gastos que irrogó al recurrente su tratamiento.

Octavo: Que tampoco es posible desconocer que la carta de fecha 20 de noviembre de 2020 enviada por la compañía aseguradora al recurrente señala en términos claros que pone término al contrato que los unía, decisión que entonces, aún en el caso de haber sido fundada, resulta posterior a la ocurrencia del siniestro



y a la solicitud del actor, por lo que no puede invocarse como fundamento para desconocer la obligación de otorgar la cobertura de los gastos de la operación de que se trató, la cual se llevó a efecto en el período de vigencia de la póliza correspondiente.

Noveno: Que, en consecuencia, la conducta de la recurrida afectó la garantía constitucional contemplada en el artículo 19 N°24 de la carta fundamental, al negarse a otorgar la cobertura económica a que el recurrente tiene derecho, motivo por el cual corresponde que se acoja el recurso deducido en los términos que se indicará en lo resolutivo.

Por estos fundamentos y lo dispuesto por el artículo 20 de la Constitución Política de la República y Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se revoca** la sentencia apelada de catorce de julio de dos mil veintiuno y en su lugar **se acoge** el recurso de protección disponiéndose que Seguros C.L.C. S.A. debe proceder a liquidar el siniestro N° 202049551, episodio N° 2000513319, correspondiente a la operación del Sr. Raúl Franco Ledesma de 28 de agosto de 2020, con prescindencia de aquellos antecedentes que digan relación con enfermedades no diagnosticadas fehacientemente, con anterioridad a la celebración del contrato de seguro.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro(s) señor Raúl Mera.



Rol N° 49.692-2021.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sr. Mauricio Silva C., Sr. Mario Carroza E. y Sr. Raúl Mera M. (s). No firman, no obstante haber concurrido al acuerdo de la causa, los Ministros Sr. Mario Carroza por estar con feriado legal y Sr. Mera por haber concluido su período de suplencia.



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Angela Vivanco M., Mauricio Alonso Silva C. Santiago, veintidós de octubre de dos mil veintiuno.

En Santiago, a veintidós de octubre de dos mil veintiuno, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.

