

C.A. de Santiago

Santiago, catorce de julio de dos mil veintiuno.

A los folios 52, 54, 56 y 57; a todo, téngase presente.

Vistos:

Comparece don Rolando Franco Ledesma, abogado, en favor de Raúl Maximiliano Franco Ledesma, deduciendo acción de protección en contra de la Compañía de Seguros C.L.C. S.A. y en contra de Clínica Las Condes S.A., controladora de la primera, por el hecho que estima ilegal y arbitrario consisten el término unilateral del contrato de seguros que mantiene con la primera de las recurrida.

Sostiene que el conflicto en cuestión tiene relación con el incumplimiento de las obligaciones contempladas en el Contrato de Seguro Integral Fonasa, celebrado entre el recurrente y la aseguradora recurrida el día 28 de octubre de 2016, con fecha de inicio de vigencia el 11 de noviembre del mismo año.

Agrega que el 28 de agosto de 2020, su representado se sometió a una intervención quirúrgica en la Clínica Las Condes, en donde le instalaron una prótesis en la aorta abdominal, a raíz de un complicado tratamiento por una aneurisma detectado y diagnóstico en septiembre de 2019, intervención que debía ser cubierta económicamente por la aseguradora recurrida, razón por la que precisamente además se realizó la intervención en la misma clínica, de otra forma habría acudido a un centro médico de menor costo.

Indica que al ingresar a la clínica se le exigió suscribiera un pagaré con su valor definitivo en blanco y un mandato para que la clínica lo llenara con los valores definitivos.

Sostiene que fue dado de alta al día siguiente de su operación, y esperó desarrollara el proceso de pago de los gastos médicos, remitiéndosele el día 22 de septiembre de 2020 la cuenta de los servicios, mediante un correo electrónico remitido por la Clínica. Que, con dicha cuenta, señala que su representado inició el trámite de la emisión del bono Fonasa, y una vez tramitado fue remitido a la clínica, quedando a la espera de la liquidación final que se haría, por cuanto la compañía de seguros opera

TSJ
SANTO DOMINGO
2021



una vez que se han imputado los beneficios que se puedan obtener de otros sistemas de salud, como lo era Fonasa, por cuanto el seguro contratado era complementario.

Indica que los problemas se originan el día 24 de diciembre de 2020, cuando la Clínica Las Condes le remite un correo electrónico, informándole que el pagaré en resguardo ascendía a la suma de \$25.707.285, ya que el seguro CLC rechazó la cuenta indicando como motivo:

“Rechazada de acuerdo al condicionado general de la póliza. Debe regularizar el pagaré dejado en resguardo en un plazo de 15 días. Copago final a cancelar \$25.707.285.-”

Agregando que debe acercarse presencialmente al departamento de cuentas de pacientes hospitalizados o pagar con transferencia o tarjetas vía webpay, informando de dicho pago.

Señala que ante dicha anómala situación, concurrió el 29 de diciembre de 2020 a la Clínica a pedir una explicación, donde le informan que la aseguradora había puesto término a su contrato, entregándosele en esa oportunidad, mediante un correo electrónico, una copia de una carta fechada el 20 de noviembre de 2020, la que antes no había llegado a sus manos, aparentemente porque la carta fue remitida a Aysén y no a Colina, donde está el domicilio del recurrente.

Señala la carta que, con relación a su solicitud de reembolso de su seguro por la hospitalización de 28 de agosto de 2020, que se constata de los antecedentes médicos aportados que al momento de la suscripción del seguro presentaba el recurrente hipertensión arterial, dislipidemia, resistencia a la insulina, e infarto al miocardio, desde al menos el año 2016, diagnósticos anteriores a la vigencia de la póliza, lo que no fue informado a la compañía en la declaración de salud de 28 de octubre de 2016, no obstante haberse consultado aquello en la declaración del asegurable, por lo que, atendida la falta de información e su estado de salud, la compañía no pudo evaluar correctamente el riesgo asumido, ya que de haber sido entregados estos antecedentes la aseguradora habrían rechazado la cobertura del seguro, por lo que se pone término a la póliza indicado, según dispone el artículo 15 de dicha póliza, en las causales de terminación del contrato.

Que, en definitiva, la aseguradora no negó en términos directos el pago de la cobertura, sino que le puso término unilateral a la póliza, lo que se informó a la Clínica y no al recurrente, señalando el centro médico que debía pagar la totalidad de los gastos, al haber sido rechazada la cuenta por la aseguradora.

Reclama que la Clínica actúa como si fuera un tercero y procede al pedir el pago de la deuda, el que alcanza una suma de aproximadamente 25 millones de pesos, monto que no tenía presupuestado, y que no puede solventar a raíz de la difícil situación económica que se vive a propósito de la crisis sanitaria.

Sostiene que dicho actuar de las recurridas constituye un acto ilegal y arbitrario, por cuanto si bien reconoce que efectivamente se puede poner término a un contrato de seguros y/o negarse al reembolso de gastos, como asimismo cobrar un pagaré, todas esas facultades deben ser ejercidas de conformidad con la ley, ateniéndose a lo dispuesto en el Código de Comercio y demás disposiciones que regulan el contrato de seguro, además de las condiciones establecidas en la propia póliza.

En ese orden de ideas, indica que el siniestro ocurrió durante la vigencia del contrato, además de que no sería efectivo que a la fecha de suscripción de la póliza el recurrente haya padecido alguna enfermedad, condición o patología de las descritas por la aseguradora, ya que no sería efectivo que se le haya diagnosticado hipertensión arterial, dislipidemia o resistencia a la insulina, ni que haya sufrido un infarto al miocardio.

Además, indica que la enfermedad que generó la intervención quirúrgica en cuestión corresponde a un aneurisma en la aorta abdominal, la que no tiene como causas, de ser efectivas, las patologías o enfermedades preexistentes que refiere la aseguradora sufriría el recurrente.

Indica que la razón que tuvo la compañía de seguros para poner término al contrato se sustentan en dichas supuestas enfermedades preexistentes y no informadas, indicando que las llamadas “preexistencias” han sido definidas por la Superintendencia de Salud como cualquier enfermedad, patología o condición de salud que haya sido conocida por el afiliado y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del o la beneficiario/a, en su caso.



En el caso en concreto, indica que el señor Franco padece efectivamente una enfermedad, que es la enfermedad de phertes, que es una patología en sus caderas, de la que fue operado muchas veces y que provocó que sea minusválido, sufriendo de cojera, lo que si fue oportunamente informado en su declaración, pidiendo la compañía nuevos antecedentes relacionados con dicha enfermedad, los que fueron entregados por el recurrente, razón por la cual con fecha 19 de noviembre de 2016 se comunicó por la aseguradora que fue aceptado para la contratación del seguro, excluyéndose de la póliza toda patología de cadera y prótesis bilaterales, cuestión que fue aceptada por el recurrente, ya que tenía conocimiento de dicha enfermedad.

Por otro lado, indica que al recurrente le era imposible informar la existencia de otras patologías, como la hipertensión arterial o la dislipidemia, por cuanto nunca le fueron diagnosticadas, y que, si bien reconoce que un tiempo tomó glafornil por eventual resistencia a la insulina, dicha condición es variable y va cambiando con el tiempo, y está relacionada con la alimentación y sedentarismo, y en el caso del recurrente principalmente porque es una persona discapacitada con problema de movilidad en sus piernas, sin que esto tenga tampoco relación alguna con la aneurisma en la aorta abdominal.

Respecto de la existencia de un infarto indica que tampoco lo pudo informar por cuanto no es cierto que alguna vez haya sufrido alguno.

Señala que sin perjuicio de lo que viene señalando, lo cierto es que se debe considerar que los propios funcionarios de la aseguradora y de la Clínica minimizan la importancia en el llenado de los formularios necesarios para tomar el seguro.

Reclama que de todas formas la compañía no indica en su carta que pone término al contrato, ni en ningún otro documento, cual sería la fecha del supuesto diagnóstico de hipertensión, resistencia a la insulina y/o dislipemia, ni menos la fecha del infarto al miocardio que habría sufrido su representado, y que consistirían en el fundamento para el término unilateral del contrato, sino que solamente se limita a afirmar que el recurrente sufría de dichas patologías y que habría sufrido un infarto desde el año 2016, pero no indica ningún otro antecedente.



Alega que ante dicha falta de fundamentación, y estando vigente el contrato mientras ocurrió el siniestro, correspondía responder del mismo a la aseguradora, ya que su representado pagó sin falta la prima del seguro desde su contratación y hasta noviembre de 2020, incluyendo incluso a su cónyuge e hijo al mismo.

En síntesis, indica que la ilegalidad de la aseguradora se materializa, en primer lugar, por poner término anticipado de manera unilateral al contrato de seguros, invocando una causal improcedente, teniendo además en consideración que el Código de Comercio establece en su artículo 537 la posibilidad de poner término al contrato expresando las causas que lo justifiquen, y que luego el artículo 539 del citado código establece la nulidad del contrato si el asegurado a sabiendas proporciona información sustancialmente falsa a prestar su declaración.

Agrega que el DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud en su artículo 190 N°6 establece las preexistencias son aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso.

Que, por su parte, el artículo 15 de la póliza en cuestión, regula las causales de término anticipado de la misma, estableciendo para las siguientes:

a) Al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la Póliza.

b) A las 24:00 horas del día en que el Asegurado Titular cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las condiciones particulares de la Póliza.

c) Por efecto del no pago de la prima, en los términos señalados en el artículo 80 letra b) de las Condiciones Generales.

d) Por fallecimiento del Asegurado Titular.

e) Por incurrir cualquiera de los Asegurados en el delito de fraude al seguro tipificado en el artículo 470 N° 10 del Código Penal. En caso que la moneda o unidad estipulada dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la Compañía Aseguradora.

Asimismo, terminará anticipadamente respecto de un Asegurado Dependiente:



f) Cuando deje de cumplir los requisitos de asegurabilidad y/o cuando cumpla la edad máxima de permanencias establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

g) Cuando el Contratante o Asegurado Titular lo elimine de la Póliza.

h) Por no pago de prima correspondiente al Asegurado Dependiente, en los términos señalados en el artículo 8° letra b) de las Condiciones Generales.

i) Por fallecimiento del Asegurado Dependiente.

Que, de la lectura de la normativa legal y contractual citada, a juicio del recurrente se desprende inequívocamente que el actuar de la aseguradora ha sido ilegal al poner término unilateral y anticipadamente al contrato, ya que se invoca además una causal improcedente, por lo que además es ilegal el actuar de la aseguradora al no haber efectuado los reembolsos correspondientes, ya que el siniestro ocurre mientras la póliza está vigente, la que había sido pagada por años por el afiliado.

Reclama además que el artículo 592 del Código de Comercio establece expresamente que transcurridos dos años desde la iniciación del seguro, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiesen sido dolosas, por lo que resulta a su juicio impresentable que la aseguradora, habiendo recibido siempre y sin problemas el pago de las primas correspondientes, decida luego terminar unilateralmente el contrato justo cuando debe hacerse cargo de los gastos ocasionados por un siniestro considerando además que la aseguradora y la clínica tienen un controlador común, por lo que también señala se torna ilegal el cobro de prestaciones médicas efectuados por la clínica al recurrente, por cuanto según ha señalado, los servicios deben ser cubiertos por el seguro.

Además, reclama que este actuar ha sido también arbitrario, carente de razón, injusto, irracional y desproporcionado, ya que en la carta de fecha 20 de noviembre de 2020, no se explica cuales serían las fechas y los medios por los que fueron supuestamente diagnosticadas las patologías que indica tendría el recurrente, mucho

menos cuando habría sufrido el supuesto infarto, lo que señala desconocer, y luego por su parte la Clínica solicita además al recurrente pague la suma adeudada.

Reclama que este actuar de las recurridas ha sido arbitrario, abusivo y fuera de toda lógica, sobre todo considerando que ha pagado la prima por 4 años, y siempre teniendo a la vista la Clínica y la aseguradora sus antecedentes médicos.

En cuanto los derechos vulnerados, indica que se ha visto afectado su derecho a la integridad física y psíquica del recurrente, ya que esta actuación de las recurridas ha afectado gravemente su bienestar emocional y corporal.

Agrega que también se ha visto vulnerado su derecho de propiedad, por cuanto la negativa a reembolsar los gastos por parte de la aseguradora y los cobros efectuados por la Clínica afectan diaria y continuamente el patrimonio de su representado, habiendo además sido privado de los derechos que emanaban del contrato y que también ingresaron a su patrimonio.

Solicita sea acogida la presente acción de protección constitucional, y se ordene a (1) SEGUROS CLC S.A. dé 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 (2) CLÍNICA LAS CONDES S.A. cese el cobro de los gastos en que incurrió el recurrente en su operación de 28 de agosto de 2020, devolviendo inmediatamente el Pagaré firmado por el recurrente que se encuentra en su poder; (3) en subsidio de todo lo anterior, las medidas esta Corte estime procedentes para restablecer el imperio del derecho; (4) de condene a las recurridas al pago de las costas de la causa.

Que evacué informe doña Francisca Román Santana, abogada, en representación de la recurrida Seguros CLC S.A., solicitando el rechazo de la presente acción constitucional en todas sus partes, con costas.

En cuanto a los hechos señala que efectivamente el recurrente el 28 de octubre de 2016 celebró un contrato de seguros con la recurrida, póliza denominada "Seguro Integral".



Que, con motivo de dicha suscripción, el recurrente aportó información consistente en su declaración de salud y su propuesta para la contratación de la póliza, antecedentes que forman parte integrante de la póliza.

Indica que el recurrente en dichas declaraciones efectuó una serie de afirmaciones sobre su condición de salud previa, indicando únicamente que tenía problemas al sistema osteomuscular y que utiliza algún tipo de prótesis y órtesis, precisamente al reconocer únicamente la enfermedad de phertes bilateral, de la cual indica cesó de recibir tratamiento en el año 2012, razón por la que finalmente con estas declaraciones, se accedió a celebrar el contrato de seguros, excluyendo la patología de caderas y relacionadas a raíz de su enfermedad, entrando en vigencia dicha póliza el 11 de noviembre de 2016.

Reclama que, a partir de antecedentes en poder de la Clínica Las Condes, se pudo advertir que las declaraciones efectuadas omitieron información relevante, y que, de haber informado estos hechos, la aseguradora indica que se habría negado a contratar con el asegurado.

Al respecto, indica que con fecha 15 de julio de 2016, esto es 4 meses antes de efectuar su propuesta y contratar la póliza, el recurrente asistió de urgencia a la Clínica Las Condes, por una serie de malestares gástricos. En dicha consulta declaró, lo siguiente:

- a. Tener resistencia a la insulina.
- b. Tener Hipertensión Arterial.
- c. Padecer de Dislipidemia.
- d. Haber sufrido un infarto agudo al miocardio hace aproximadamente 10 años.
- e. Haber sido fumador.
- f. Consumir Glafornil, como fármaco.
- g. Consumir Ácido Acetil Salicílico, como fármaco.
- h. Consumir Atorvastatina, como fármaco.
- i. Consumir Concor, como fármaco.
- j. Consumir Nexum, como fármaco.



Lo que consta en el informe de atención de urgencia levantado por la doctora Eugenia Morales Figueroa.

Que luego, con fecha 30 de noviembre de 2016, en consulta médica de urgencia, indicó a la médica tratante Rosario del Pilar Fuentes Núñez, que sufría de las mismas patologías ya referidas y consumía los mismos medicamentos, agregando además que sufría de tabaquismo activo, fumando con anterioridad 46 paquetes de cigarrillos al año, y que en ese período fumaba solo de manera ocasional.

Agregando en su informe que el recurrente indicó que tiene como antecedente que tiene la arteria circunfleja completamente tapada.

En definitiva, indica que el recurrente tuvo conocimiento de estas patologías graves y específicas junto con otras conductas riesgosas para la salud, como el tabaquismo, antes del momento de contratar, y aun cuando se le solicitó informara si tenía o conocía de estas patologías, omitiendo declararlas.

Que luego, el 28 de agosto de 2020, el recurrente fue de urgencia a la Clínica Las condes, presentando un diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal en expansión, según consta en informe médico, agregando en dicha oportunidad agravantes del riesgo cubierto, como 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 hasta septiembre de 2019, fumando entre 20 y 30 cigarrillos diarios, y que en marzo de 2020 tuvo un sangramiento gástrico por divertículos del colon.

Que producto del diagnóstico de urgencia se realizó una intervención quirúrgica en la clínica, derivándose el cobro de la suma de \$25.707.286.

Que el día 23 de octubre de 2020 la aseguradora recibió la información del siniestro por medio de una solicitud de indemnización, recibiendo los antecedentes médicos del asegurado antes señalados por parte de la Clínica S.A. quien se encontraba autorizada para ello, por lo que luego de ser analizados los mismos, se rechazó la cobertura del siniestro por las razones que ya se han referido, y teniendo en consideración que, a su juicio, la aseguradora tuvo motivos basados en razones

TSJ
01/2021
ZKXZ

objetivas y basadas en hechos previos que llegaron a su conocimiento recién de forma posterior.

Que finalmente, indica que de todas formas lo reclamado es un derecho disputado, y que está lejos de ser indubitado y encontrarse en su patrimonio, por lo que esta presentación no puede ser alegada por esta vía, sino que por la sede jurisdiccional correspondiente.

En cuanto al contrato de seguro suscrito entre las partes, indica que la póliza está compuesta de un condicionado general y otro particular, señalando que respecto del condicional general, se señala en su artículo 5 las exclusiones de cobertura, expresándose que:

“Asimismo, la cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los gastos susceptibles de ser reembolsados cuando ellos provengan o se originen por, o sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de:

a) Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes. En las Condiciones Particulares de la póliza se deberá dejar constancia de las enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el Contratante o por el Asegurado, las que no serán cubiertas. Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía podrá indicar en las Condiciones Particulares las condiciones en que les otorgará cobertura, debiendo en tal caso el Contratante o Asegurado entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.”

Que en el artículo 4 numeral 12 de la misma póliza las partes convinieron que se entenderán por enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro, por lo que indica que en ningún caso ha actuado de manera ilegal o arbitraria la aseguradora al negarse a cubrir el siniestro solicitado.

Sostiene a continuación que de todas formas esta acción de protección debe ser rechazada, por cuanto la controversia dice relación con una alegación de incumplimiento contractual de un contrato de seguros, no siendo procedente conocer de la misma por esta vía.



Que, si bien esta acción fue declarada inadmisibile en su oportunidad, decisión que fue rechazada por la Excma. Corte Suprema, en su resolución se indica únicamente que eventualmente los hechos pudieran configurar alguna vulneración de garantías constitucionales, sin señalar nada acerca de la idoneidad o falta de ella para que esta controversia sea conocida por esta vía, señalando que el pronunciamiento efectuado por el máximo tribunal sobre la admisibilidad no impide a esta Itma. Corte declarar la falta de idoneidad de este procedimiento para conocer de la controversia, la que refiere es clara, por cuanto insiste en señalar que en el caso en concreto no nos encontramos conociendo de la afectación de un derecho de carácter indubitado del recurrente, ya que, en el caso en concreto, el recurrente no ha adquirido derecho alguno sobre su indemnización, debiendo declararse su procedencia por un tribunal ordinario o tribunal arbitral que así la declare.

Que, en segundo lugar, indica que precisamente el artículo 543 del Código de Comercio indica expresamente que toda disputa sobre la procedencia de la indemnización de siniestros o sobre el cumplimiento o incumplimiento del contrato de seguro debe ser sometido a la decisión de un árbitro designado por las partes o de los tribunales de justicia, según sea la cuantía de la causa, siendo imperativo para las partes recurrir al tribunal competente, cuestión que además es reconocida en la propia póliza en el artículo 21 del condicionado general.

Agrega que esta postura, en cuanto la improcedencia de ventilar estos asuntos por la vía de protección constituiría ya un criterio uniforme de la Excma. Corte Suprema citando algunos fallos que así lo justifica.□□

Ahora bien, y respecto del caso en concreto, indica que el recurso de todas formas debe ser rechazado, por cuanto no existiría actuación ilegal o arbitraria por parte de la aseguradora, ya que, tal como se ha venido señalando, indica que la decisión que se intenta impugnar por esta vía se ha tomado con total apego a la normativa legal y contractual vigente entre las partes, efectuando la debida motivación en la misma razón por la que tampoco puede ser considerada arbitraria.

Agrega que en el caso en concreto tampoco el recurrente explicaría de forma detallada la forma en que se habrían afectado los derechos constitucionales que señala



se han vulnerado, ya que respecto al derecho a la integridad física y psíquica, únicamente señala que se ha afectado gravemente su bienestar emocional y corporal, además de haber afectado su imagen ante el sistema financiero, omitiendo un mayor desarrollo, convirtiéndose el texto del recurso en inútil, ya que además dificulta que esta Ilustrísima Corte tome medidas para reestablecer el imperio del derecho, si es que no queda claro como este ha sido vulnerado.

Luego, respecto del derecho de propiedad, indica que aun cuando se entendiera que el rechazo pudiera afectar el patrimonio del recurrente, indica que este rechazo fue efectuado conforme a la normativa vigente, sin que dicha indemnización haya efectivamente ingresado al patrimonio del recurrente, cual es precisamente indica la controversia de esta causa, al ser esto un derecho que no se encontraría indubitado.

Por todo lo anterior, solicita sea rechazado el presente recurso de protección en todas sus partes, con costas.

Que evacuó informe también don Marcelo Simian Tascón, abogado en representación de la Clínica Las Condes S.A., solicitando también el rechazo de la presente acción constitucional en todas sus partes.

Reitera los hechos ya señalados en el recurso, indicando que en definitiva esta acción se dirigiría básicamente en contra de la Compañía de Seguros CLC S.A., atendido un supuesto incumplimiento contractual que el recurrente le imputa.

Que, por otro lado, indica que respecto de la Clínica el único párrafo en donde se le imputa algún tipo de conducta dice relación con que la Clínica habría efectuado cobros improcedentes y arbitrarios, estando en conocimiento de la situación, y ya que correspondería a la aseguradora responder de dichos gastos.

Ahora bien, y en la misma línea de la aseguradora, indica que esta no es la vía para solicitar se declare un incumplimiento contractual por parte de la aseguradora, sino que esto debe ser conocido mediante una acción civil conforme a la ley a las normas del contrato de seguro invocado, pero en cambio, reclama que el recurrente intenta desnaturalizar la acción de protección deduciendo este reclamo, por lo que solicita su rechazo de plano.

TSJ
ZM
ZM
ZM

Agrega además que de la relación de los hechos efectuada por el recurrente no sería posible avizorar un actuar ilegal o arbitrario por parte de la Clínica que vulnere los derechos del recurrente, ya que insiste en que la Clínica Las Condes S.A. ha cumplido con todas sus obligaciones legales y contractuales.

Finalmente insiste en que el recurso de protección no es la vía para deducir esta pretensión, encontrándose claramente frente a un derecho que no es indubitado, debiendo someterse el conflicto a un proceso de lato conocimiento en la sede que corresponda, donde puedan apreciarse las pruebas y se declare la existencia o no del derecho reclamado.

Solicita sea rechazado el presente recurso en todas sus partes, con costas.

CONSIDERANDO:

Primero: Que, del examen de la acción de protección deducida, según se adelantó, aparece que la parte recurrente ataca una actuación precisa, la que estima arbitraria e ilegal y que consistió en el término unilateral a la póliza N° 201606936, que ha hecho la Compañía de Seguros recurrida - sin siquiera informárselo a su parte- sino la Clínica Las Condes, motivo por el cual esta última le informó que debía pagar la totalidad de los gastos originados en la intervención quirúrgica de que fue objeto.

Segundo: Que, el llamado recurso de protección se define como una acción cautelar de ciertos derechos fundamentales frente a los menoscabos que puedan experimentar como consecuencia de acciones u omisiones ilegales o arbitrarias de la autoridad o de particulares.

Son presupuestos de esta acción cautelar:

- a) que exista una acción u omisión ilegal o arbitraria;
- b) que como consecuencia de la acción u omisión ilegal o arbitraria se prive o perturbe o amenace un derecho; y
- c) que dicho derecho esté señalado como objeto de tutela en forma taxativa en el artículo 20 de la Constitución Política de la República.

Tercero: Que, como se desprende de lo manifestado, es requisito indispensable de la acción de protección, la existencia de un acto u omisión ilegal esto es, contrario a la ley o arbitrario, producto del mero capricho de quien incurre en él y que provoque



algunas 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 de cualquier recurso como el que se ha interpuesto.

Cuarto: Que, frente a las argumentaciones expresadas en los motivos que preceden y de la información entregada por las partes, la cual no ha sido desconocida ni cuestionada, permiten formar el convencimiento, en lo que interesa que:

a.- Con fecha 28 de octubre de 2016, el recurrente celebró con Seguros CLC una póliza de seguros denominada “SEGURO INTEGRAL”.

b. El recurrente declaró como única patología existente al momento de contratar la Póliza, haber padecido de “enfermedad de Phertes bilateral”.

c. Conforme a lo anterior se excluyó del contrato la Patología de Cadera y sus Respectivas Prótesis Bilaterales, tratamientos y complicaciones para Raúl Franco Ledesma.

d. La Póliza entró en vigencia el día 11 de noviembre de 2016.

e. El día 28 de agosto de 2020, el recurrente asistió de urgencia a la Clínica Las Condes, presentando un diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal en expansión.

f. Producto de lo anterior se realizó una intervención quirúrgica al recurrente en la Clínica Las Condes, lo que originó un cobro por \$ 25.707.286.

g. La Compañía de Seguros, al recibir la información del siniestro, decidió rechazarla una vez revisado los antecedentes médicos del asegurado por estimar que se configuró una preexistencia respecto de padecimientos médicos previos de recurrente que no fueron informados en su oportunidad a la Compañía, lo que le habría impedido evaluar correctamente el riesgo asegurado.

Quinto: Que de lo expuesto precedentemente consta que a la recurrente y a respectiva Compañía de Seguros, les vincula un contrato de seguro conforme al cual las partes discrepan si el actor omitió o no la declaración de ciertas dolencias que pudieron incidir en la suscripción de la respectiva póliza. Así la recurrida imputa que desde el año 2016 el recurrente presentaba hipertensión arterial, dislipidemia resistencia a la insulina e infarto al miocardio, nada de lo cual se habría informado al efecto. Por su parte el actor, señala que no es efectivo que su parte haya padecido con

TSM/JZ/ST
ZUNZUNZ

anterioridad a la celebración del contrato las dolencias que indica la Compañía de Seguros y que en todo caso, la intervención quirúrgica de que fue objeto durante la vigencia del contrato se debió a un aneurisma que no tendría como causa las enfermedades o condiciones antes indicadas.

Sexto: Que, según lo dispone el artículo 20 de nuestra Carta Fundamental, el recurso de protección es una acción destinada a adoptar una medida para que cese una actuación arbitraria o ilegal, esto es, contraria a la ley o que sea producto del mero capricho de quien incurre en ella y dado su carácter excepcionalísimo, está llamado únicamente a cautelar ciertos derechos fundamentales frente a los menoscabos que puedan experimentarse, siendo que, en el caso propuesto, el acto recurrido está relacionado con la controversia que genera la aplicación de un contrato celebrado por las partes cuya resolución requiere necesariamente del análisis de las probanzas que las partes puedan presentar en un procedimiento controversial, lo que se aleja del ámbito de aplicación de esta acción constitucional.

Séptimo: Que tampoco es posible atender a las alegaciones de la parte recurrente en cuanto señala que para la procedencia del término del contrato o de su nulidad se exigiría por el Código de Comercio, en su artículo 529, que su parte a sabiendas hubiera proporcionado información sustancialmente falsa, lo que descarta, sin embargo, tampoco es posible en esta sede hacer una declaración de la buena o mala fe con la cual se suscribió el contrato pues ello nuevamente requiere un análisis probatorio que no es posible realizar en este arbitrio constitucional.

Octavo: Que en cuanto al cuestionamiento que se hace a Clínica Las Condes por el cobro del respectivo pagaré firmado por la intervención quirúrgica de que fue objeto el actor, cabe indicar que tampoco es posible adoptar una medida para suspender o dejar sin efecto los cobros de rigor pues aquello descansa en una circunstancia sobre el cuestionamiento relativa al término del contrato de seguro, aspecto que según se ha señalado no puede ser zanjado por esta vía. A su vez tampoco esta es la instancia para declarar que la Compañía de Seguros y la Clínica de Las Condes constituyen una misma persona jurídica.



De esta forma, no es posible tildar de ilegal o arbitraria la conducta desplegada por la Clínica que se limita a cobrar las prestaciones médicas que brindó al actor, hecho este último que no ha sido cuestionado.

Noveno: Que por último, dentro del contexto material que se viene reseñando, no resulta factible adoptar alguna medida de cautela a favor de la recurrente, pues la situación descrita, sin duda, queda al margen de este arbitrio jurisdiccional que sólo tiene por finalidad determinar si un derecho inobjetable, que sea a la vez constitutivo de una garantía constitucional, de aquellas que protege el artículo 20 de la Constitución Política de la República, ha sido vulnerado mediante la privación, perturbación o amenaza causada por una omisión arbitraria o ilegal, lo que en el caso propuesto respecto de la respectiva Compañía de Seguros no es posible determinar.

Décimo: Que, como corolario de lo hasta aquí reflexionado no puede sino concluirse que en el caso *sub lite* no se ha establecido que la parte recurrente posea un derecho indubitado que la habilite para reclamar por el presente medio, circunstancia ésta que lleva a concluir que no se dan los presupuestos que permitan acoger la presente acción de protección y, por ende, no es posible advertir las vulneraciones a las garantías constitucionales que alude la recurrente en su libelo.

Y de conformidad, también, con lo preceptuado en los artículos 19 y 20 de la Constitución Política de la República, y 1º, 3º y 7º del Auto Acordado que regla la materia, se declara:

Que se **RECHAZA**, sin costas, el recurso de protección deducido en favor de Maximiliano Franco Ledesma en contra de la Compañía de Seguros CLC S.A. y en contra de Clínica Las Condes S.A.

Regístrese, comuníquese y archívese

N°Protección-177-2021.





TSYBJZNLXZ

Pronunciado por la Segunda Sala de la C.A. de Santiago integrada por Ministra Mireya Eugenia Lopez M., Ministro Suplente Alejandro Aguilar B. y Abogado Integrante Jorge Benitez U. Santiago, catorce de julio de dos mil veintiuno.

En Santiago, a catorce de julio 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>