

C.A. de Temuco

Temuco, veintiséis de mayo de dos mil veintidós.

**VISTOS:**

A folio 1, comparece **CARMEN IVA MUÑOZ SALGADO**, profesora, actualmente jubilada, con domicilio en calle Javiera Carrera N°250, depto. 504, de la ciudad de Temuco, quien dice:

Que interpone recurso de protección en contra de ISAPRE VIDA TRES S.A. sociedad del giro de su denominación, con domicilio para estos efectos en calle Andrés Bello N°906, edificio Las Raíces, de la ciudad de Temuco.

Conforme a Certificado de Afiliación otorgado por la Isapre Vida Tres con fecha 10 de junio del año 2021, el cual acompaña en otrosí, declara que se encuentra afiliada a la Isapre desde el 01 de junio del año 2004, en virtud de contrato N°443993, plan de salud individual contratado BTR913, cuyo valor a pagar a esa fecha, es de 4,054 Unidades de Fomento al contrato celebrado entre las partes y el plan al cual se encuentra acogida, se obligo a pagar el valor o arancel mensual por concepto de cotización de salud, el cual, actualmente es de 4,054 UF y, por su parte, la Isapre se obliga a financiar las prestaciones hospitalarias como ambulatorias conforme al contrato celebrado y la normativa legal vigente.

Conforme da cuenta el Certificado N°1287 de fecha 02 de enero del 2019, otorgado por el médico especialista oftalmólogo don Hernán Muñoz Domínguez, cédula de identidad n°12.102.808-9, consta que es paciente con diagnóstico de Hipertensión Arterial (HTA) en tratamiento con medicamento Losarían y, además, he desarrollado un cuadro de "Trombosis de rama venosa Retinal de ojo izquierdo" de aproximadamente un mes de evolución a la fecha del citado certificado. Agrega el documento, que debe tener evaluación cardiológica y pase para iniciar una terapia: "Antiangiogénica Intravitrea" con Aflibercept (Eylia) o Bevacizumab (Avastin), tratamiento sugerido y prescrito por el especialista para tratar y aliviar



el problema de salud que me afecta, el cual consiste en la colocación intraocular del medicamento. En el mismo certificado se hace referencia a su ficha clínica N°39790.

Conforme da cuenta Certificado médico de fecha 24 de febrero del año 2020, extendido por su médico oftalmólogo especialista y tratante, don Hernán Muñoz Domínguez, cédula de identidad n° 12.102.808-5, dice constar que es portadora de una Trombosis Venosa Retinal de ojo izquierdo, con Edema macular mantenido, enfermedad vascular retinal de "EVOLUCIÓN CRÓNICA", "QUE REQUIERE MANEJO Y CONTROLES PERIÓDICOS CADA SEIS SEMANAS Y EVALUACIÓN DE SU ESTADO PARA TRATAMIENTO CON ANTTVEGF BEVACIZUMAB AVASTIN". Agrega el especialista, "QUE ESTE MEDICAMENTO SE UTILIZA EN LA PACIENTE EN FORMA INTRAOCULAR Y REQUIERE INTERVENCIÓN EN PABELLÓN QX"; su evolución hacia la mejoría, pero, "AÚN NO LOGRA ESTABILIZAR SU CUADRO REQUIRIENDO MANTENER TRATAMIENTO" que corresponde al evento inicial de la enfermedad. Finalmente, hace referencia a su ficha médica N°39790.

Conforme da cuenta Certificado médico de fecha 15 de abril del año 2021, extendido por su médico oftalmólogo especialista y tratante, don Hernán Muñoz Domínguez, cédula de identidad n°12.102.808-5, consta que es paciente hipertensa crónica, con diagnóstico de "Trombosis Venosa Retinal y Edema Macular 2° en ojo izquierdo"; que esta patología se presenta con una larga evolución que puede requerir tratamiento prolongado hasta lograr su estabilización. Agrega: La historia natural de la enfermedad muestra que, ANTE LA PRESENCIA Y APARICIÓN DE EDEMA MACULAR CLÍNICO LA PERDIDA DE VISIÓN SE PRODUCÍA DE FORMA IRREVERSIBLE SI NO ES TRATADA ACTIVAMENTE DE ACUERDO A LO QUE EL CONTROL SERIADO VAYA MOSTRANDO. Agrega el certificado: Que el tratamiento consiste fundamentalmente en procedimientos QX EN PABELLÓN para



colocar un Antiangiogénico que limite la progresión y reaparición del edema (propio de la enfermedad). El efecto de la terapia es temporal en muchos casos, como es el caso de la paciente o afiliada, por lo tanto, la indicación de la terapia será de acuerdo a lo encontrado en cada control que se le haga y todos los procedimientos por ende son derivados del mismo evento y de la misma patología en tratamiento. Se hace referencia a la ficha clínica N°39790.

Dice que, conforme da cuenta información contenida en su ficha clínica de paciente (recurrente) y los antecedentes o documentos que se acompañan, a saber, boletas de prestaciones de servicios, ordenes médicas, epicrisis, etc. consta que se he tenido que someter a un gran número de controles médicos y procedimientos médico realizados en pabellón, a fin de poder realizar la terapia, colocar el medicamento ordenado por el especialista de forma intraocular, con los riesgos que dicho procedimiento conllevan, y controlar así, o, poner remedio, sanar o curar mi dolencia, enfermedad o patología.

Sostiene que, del simple análisis de los antecedentes antes enumerados, de las boletas individualizadas, se puede colegir que, como paciente y por prescripción de su médico especialista, se he tenido que someter a un tratamiento que conlleva numerosos procedimientos indicados o prescritos por el mismo médico especialista y con la finalidad de tratar y aliviar su dolencia crónica que afecta su ojo izquierdo, consistente en una TROMBOSIS VENOSA RETINAL. A consecuencia de lo mismo, se he tenido que someter a diez procedimientos realizados en pabellón de la Clínica Oftamédica de la ciudad de Temuco, para los efectos de colocar en forma intraocular el medicamento en su ojo izquierdo, por los que he pagado o desembolsado de su patrimonio la suma total de: \$3.624.820.- El valor indicado anteriormente, no contempla ni considera el costo de las consultas médicas ni tampoco el costo de los exámenes que para cada intervención debe previamente realizar, cuyas sumas aproximadas son del orden de los \$800.000.-



Refiere que la Isapre Vida Tres, a la cual se encuentre afiliada desde el año 2004 y, a la cual, mensualmente le paga el valor de 4,054 UF por el plan de salud contratado, es decir, más de cien mil pesos mensuales, no le ha financiado ni reembolsado ni bonificado valor alguno por las prestaciones, tratamiento e intervenciones antes descritos, se niega a financiar o reembolsar las boletas de dichos tratamiento o intervenciones.

Precisa que, cuando se le ha apersonado en la Isapre para solicitar el respectivo reembolso de lo pagado en forma particular en la Clínica, le han respondido verbalmente que, dicha prestación, no será reembolsada por cuanto no cuenta con arancel FONASA. Por consiguiente, del total de las prestaciones a las que se le ha debido someter, ha tenido que asumir y soportar en forma particular y con gran esfuerzo el costo íntegro de todas estas intervenciones, provocando con ello un impacto en su presupuesto y una afectación de su patrimonio, teniendo en consideración el costo de cada procedimiento y el gran número de estos que lleva a la fecha, debiendo realizarse varios más en el futuro en atención a su patología que reviste el carácter de crónica.

Esta situación, derivada de su enfermedad y la desprotección en la que se encuentra al no ser financiada o cubierta por la Isapre, le ha afectado psicológica y anímicamente, toda vez que, ve que su salud visual se deteriora cada vez más y, debe asumir el costo total del tratamiento en forma particular, temiendo que llegue el día en que ya no pueda seguir costeando dicho tratamiento, lo que la tiene preocupada y sumida en una gran angustia, afectando su estado de ánimo y calidad de vida.

Con fecha 26 de octubre del año 2020, afirma haber enviado un correo a la Isapre formulando un reclamo por su negativa a reembolsar el costo del procedimiento realizado en pabellón de la clínica Oftamédica, adjuntando todos los antecedentes tenidos a esa fecha,



especialmente, las boletas, diagnósticos, certificados, epicrisis, etc. La Isapre no dio, ni ha dado respuesta al reclamo a la fecha.

Precisa que, con fecha 21 de abril del año 2021, por segunda vez, reenvió reclamo a la Isapre por la negativa de reembolsar y por la negativa de responder derechamente el reclamo anteriormente enviado. No ha recibido respuesta de dicho reclamo.

Sólo recién, con fecha 29 de abril del 2021, la Isapre recurrida le envió una carta por correo electrónico, cuyo remitente es un jefe de servicio al cliente de la recurrida, quien le señala que su solicitud de reembolso de la última intervención, boleta N°182094, (que corresponde al procedimiento del 19 del mes de abril del 2021), fue rechazado, argumentando dicho rechazo, en el hecho que: "Correspondería a una atención ambulatoria sin código en el arancel aplicable al plan de salud, la cual se encuentra excluida contractualmente de bonificación". Agregan como argumento: "Que mi plan de salud no contempla cobertura para medicamentos e insumos ambulatorios".

Afirma, en resumen, la Isapre recurrida se ha negado a financiar o reembolsar el costo de las prestaciones o intervenciones médicas o tratamientos a los que se ha tenido que someter, insiste, "por prescripción médica" a consecuencia de la Trombosis Venosa Retinal de ojo izquierdo que le afecta, de carácter crónica, dolencia o patología compleja, de carácter grave, que le puede causar y le causa secuelas también graves, tales como, edema macular y pérdida considerable y paulatina de la visión. Estos procedimientos prescritos por el especialista son los enumeradas en el punto sexto precedente, intervenciones todas ellas que se han debido realizar por prescripción del médico especialista oftalmólogo antes mencionado, y realizadas todos ellos en el pabellón de la CLÍNICA OFTAMEDICA de la ciudad de Temuco, en donde se lee suministra o inyecta de forma infraocular el medicamento AVASTIN, para con ello, lograr frenar o



controlar el avance de la patología o enfermedad y las secuelas derivadas de la misma. El actuar de la recurrida es arbitrario.

Señalar que, una de las garantías constitucionales vulneradas por el actuar de la recurrida, es aquella consagrada en el N°1 del artículo 19 de la Constitución Política de la República, esto es, el derecho a la vida, la salud y la integridad física y psíquica de la persona.

Sostiene que, cuando se le diagnosticó la Trombosis Retinal de ojo izquierdo, sufrió, como es lógico, una afectación en su estado de salud física pero también en su estado psicológico por lo complicado de la enfermedad y la consecuente pérdida de visión. Esta angustia se transformó en algo cada vez mayor y una preocupación constante al constatar que la Isapre a la cual se encuentra afiliada desde hace muchos años y, a la que le ha pagado por muchos años una considerable suma de dinero mensual, se niega a financiar su tratamiento o reembolsar el valor de las boletas o parte de dicho valor y sin ninguna explicación formal y razonada, teniendo que soportar ella el costo total de las prestaciones, las cuales le han significado un desembolso de una gran suma de dinero, y que se le hace difícil de seguir pagando por su condición de profesora jubilada. Debido a ello, se encuentra muy angustiada, piensa que no podrá seguir costando el tratamiento más adelante. Entonces, claramente la Isapre le está afectando su salud psicológica con su negativa a reembolsar el costo de los tratamientos, situación que incluso se convierte en una amenaza de un mal mayor si en definitiva no los realiza por no contar con los recursos y reembolsos de parte de la Isapre, lo que le traerá, como consecuencia, la pérdida de la visión en del ojo izquierdo.

Afirma que también se vulnera el N°2 del artículo 19 de la Constitución Política de la República, esto es: "El Derecho a la igualdad ante la ley". Efectivamente, conforme lo señala la norma constitucional, en Chile debe existir igualdad ante la ley, por consiguiente, en Chile no pueden haber personas o grupos privilegiados y todos debemos estar en igualdad de condiciones frente a la ley. Pero,



en la situación que le afecta, claramente se encuentra en una posición de desigualdad, toda vez que, ya no podrá seguir financiando los procedimientos por no tener la capacidad económica para hacerlo y, con ello, el acceso a la salud, conforme a la norma constitucional, se le limita al no contar con los recursos pero, en cambio, para otras personas que por tener mejor y mayor capacidad económica sí podrán acceder a dichas prestaciones, lo que conlleva a concluir que existiría un elemento económico el que determine el acceso a la salud, es decir, la capacidad económica de un grupo o sector privilegiado de la sociedad, al cual, por lo demás, ella no pertenece, y no a un elemento de mayor importancia o relevancia como ser el derecho a la vida, a la salud y la recuperación del individuo.

Agrega que, la Isapre recurrida, con su actuar de negarle el financiamiento de su tratamiento, vulnera o atenta contra la garantía consagrada en el artículo 19 n° 9 de la CPE, por atentar contra su legítimo derecho a la salud, atenta contra mi acceso a la salud, al decidir, unilateralmente, no financiar o reembolsar el gasto de los procedimientos a los que ha debido someterse y los que deberá someterme en el futuro por estricta prescripción médica.

La Isapre, con su actuar, vulnera además la garantía constitucional establecida en el artículo 19 n°24 que señala "el derecho de propiedad en sus diversas especies sobre toda clase de bienes corporales o incorporeales".

Efectivamente, la negativa de parte de la Isapre de financiar su tratamiento, ha significado que ha tenido que asumir, íntegramente, el costo de todas las prestaciones derivadas del tratamiento, esto es, los exámenes previos al tratamiento y el procedimiento mismo, causando con ello una disminución de su patrimonio, teniendo en consideración además el alto costo de cada una de ellas, y, por último, el hecho de que, como afiliada, paga mensualmente el valor de sus cotizaciones en salud, versus, el hecho de no recibir ayuda económica de parte de la



Ispare para financiar estas prestaciones o reembolsarme parte del valor de éstas.

Solicita se sirva tener por interpuesto el presente recurso de protección en contra de ISAPRE VIDA TRES S.A., declarar su admisibilidad y ordenar a la recurrida informar en el plazo perentorio que Ssa. lima, le fije para tal efecto, y, en definitiva, acoger el presente recurso de protección en su favor y ordenar a la Isapre Vida Tres otorgar el financiamiento a las intervenciones que ha tenido que realizar desde el año 2019 a la fecha, señaladas en este recurso, consistente en "Terapia: "Antiangiogénica Intravitrea" con Aflibercept (Eylia) o Bevacizumab (Avastin), tratamiento sugerido y prescrito por el médico especialista para tratar y aliviar el problema de salud que le afecta, consistente en una "Trombosis de rama venosa Retinal de ojo izquierdo", tratamiento o prestación que deberá homologar al procedimiento o prestación que esté arancelada por Fonasa o la que corresponda y, además, financiar todas las intervenciones que le deba realizar en el futuro a consecuencia del mismo diagnóstico y tratamiento, como así también todos los exámenes previos a la ejecución del procedimiento intraocular que debe realizarse, ya que, son exámenes previos que determinan si se debe realizar o no la terapia conforme al resultado que arroje el mismo examen, y todo ello, con expresa condena en costas en caso de haber oposición de parte de la recurrida.

Acompaña los siguientes documentos:

- 1.- Certificado de afiliación de la recurrente a Isapre vida Tres.
- 2.- Contrato de salud de la recurrente.
- 3.- Certificado del médico especialista para interconsulta de enero del 2019
- 4.- Certificado del médico especialista de enero del 2020
- 5.- Certificado de médico especialista de fecha abril del año 2021
- 6.- Ficha clínica del paciente



7.- Epicrisis, boletas de procedimientos del mes de enero del 2019 al 24 de agosto del 2021.

A folio 27, recurrente acompaña:

1.- Boleta de fecha 21 de diciembre de 2021 por la suma de \$350.000

2.- Protocolo operatorio N°29260

3.- Epicrisis.

A folio 44, recurrente acompaña:

Intervención de la recurrente, realizada con fecha 21 de abril de 2022. Boleta N26934 de fecha 21 de abril del 2022 por la suma de \$380.800

**A folio 23, informa ISAPRE VIDA TRES S.A.,** señalando que la recurrente, Sra. Carmen Muñoz Salgado, suscribió contrato de salud como cotizante dependiente el día 22 de abril de 2004, en el plan de salud denominado Botticelli CRX45”, con 1 beneficiario, según FUN 1796567 y 1796561.

Con fecha 22 de septiembre de 2006, modificó su plan de salud por el denominado Botticelli Novena 913/06, conforme a FUN 2435128 y 2435144. Con fecha 11 de mayo de 2021, eliminó empleador, conforme al FUN 10707010.

Al momento de la interposición del Recurso de Protección y, a la fecha, la parte recurrente no ha solicitado en la Isapre cobertura GES ni CAEC al tratamiento requerido, tampoco ha efectuado reclamo interno mediante la normativa dispuesta en la Circular IF// N°4 de la Superintendencia de Salud. Asimismo, tampoco ha solicitado homologación de cobertura ante la Isapre o la Superintendencia de Salud, conforme lo dispone la normativa del D.F.L. N° 1 de Salud.

Señalar que, con fecha 19 de abril del 2021, la parte recurrente solicitó el reembolso ambulatorio del medicamento Avastin y, con fecha 29 de abril de 2021, se le informó se rechazó la factura de la inyección Avastin por corresponder a una prestación ambulatoria sin código en el



arancel aplicable al plan de salud, la cual se encuentra excluida contractualmente de bonificación. Asimismo, el plan de salud contratado no contempla cobertura para medicamentos o insumos ambulatorios.

Despejado lo anterior, en adelante expone los argumentos de forma y fondo por los que se debe rechazar el recurso de protección.

De manera previa a evacuar el informe solicita se declare la inadmisibilidad del presente recurso atendida la manifiesta extemporaneidad en su interposición, con expresa condena en costas.

De acuerdo a lo que dispone el N° 1 del Auto Acordado de la Excma. Corte Suprema sobre tramitación del recurso de protección, la referida acción debe ser interpuesta “dentro del plazo fatal de 30 días corridos, contados desde que se comete el acto o se incurre en la omisión ilegal o arbitraria o, en su caso, desde que se haya tenido noticias o conocimiento de los mismos”.

Aclara que el acto ilegal o arbitrario supuestamente cometido por su representada, consistiría en haber rechazado la cobertura del medicamento inyectable Avastin, lo cual habría sido notificado a la parte recurrente mediante carta de fecha 29 de abril de 2021.

Sin embargo, conforme al enunciado séptimo de la acción cautelar, con fecha 26 de octubre de 2020, la recurrente habría enviado un reclamo a la Isapre “por la negativa de reembolsar el medicamento”, circunstancia que no consta en los documentos acompañados por la actora, así como, tampoco en los antecedentes que mantiene Isapre Vida Tres S.A. Sin perjuicio de lo anterior, lo expuesto en el proceso, conlleva a una confesión judicial, respecto de la fecha cierta en la cual habría tomado conocimiento respecto de la negativa de la cobertura del medicamento.

En coherencia con lo anterior, el documento de fecha 29 de abril de 2021, únicamente reitera una información que la parte recurrente tiene conocimiento desde el día 26 de octubre de 2020, esto es, que los



medicamentos de aplicación ambulatoria no tienen cobertura conforme al Plan de salud que contrató.

Sin perjuicio de lo anterior, cualquiera de las dos fechas señaladas resultan ser extemporáneas para la interposición del recurso de protección puesto que, consta en autos que, este ha sido interpuesto con fecha 6 de septiembre de 2021 y, habiendo requerido la cobertura del medicamento desde octubre de 2020, reiterando la solicitud con fecha 19 de abril del presente año, no queda más que entender que se ha superado con creces el plazo de 30 días corridos que señala el Auto Acordado del ramo y, por lo mismo, esta acción cautelar resulta total y completamente extemporánea.

Concluir algo distinto a lo que se ha venido señalando, significaría en último término, atentar contra el fin cautelar y de emergencia que debe prevalecer en todo recurso de protección. La acción de protección, por su fin cautelar, es esencialmente desformalizada, sin perjuicio de ello, tiene requisitos de procedencia y admisibilidad, siendo de suma importancia la oportunidad.

Luego, solicita el rechazo del Recurso de Protección de autos por cuanto no es la vía procesal idónea para resolver el asunto debatido.

El Recurso de Protección, tal como ya se ha dicho, presenta una naturaleza cautelar y de emergencia y, a través de un procedimiento sumarísimo, busca evitar el daño que se pudiere originar por actos u omisiones ilegales o arbitrarias respecto del legítimo ejercicio de derechos, taxativamente señalados por el constituyente, y que presentan el carácter de indubitados.

Sin embargo, en la especie, no existe un derecho indubitado, sino por el contrario, estamos frente a derechos discutidos que dicen relación con una controversia clara, que formula a través de una pregunta ¿Existe un incumplimiento contractual de su representada, al no otorgar cobertura a un medicamento ambulatorio, excluido expresamente de cobertura en el contrato de salud y plan de salud contratado por el afiliado?



En nuestro sistema jurídico, la determinación del incumplimiento de obligaciones contractuales, el cumplimiento forzado de las mismas y la eventual indemnización de perjuicios, son cuestiones que, por su naturaleza, requieren un análisis acucioso y detallado. Se trata de una discusión acerca de la efectividad de ciertos hechos que requieren ser probados a través de un procedimiento ordinario de lato conocimiento, no siendo ésta, por tanto, la vía procesal idónea para la resolución del presente conflicto.

Sin perjuicio de la competencia de la justicia civil, el contrato que liga a la recurrente con su representada y la propia ley, artículo 117 del DFL N°1 de 2005, de Salud, establece la competencia del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en calidad de árbitro, para resolver las controversias que surjan entre las instituciones de salud previsual y sus cotizantes o beneficiarios.

En efecto, tal como lo dispone la Ley N° 19.882, una de las facultades de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en su calidad de órgano competente y especializado en supervigilar y controlar a las instituciones de salud previsual, es “Velar por que la aplicación práctica de los contratos celebrados entre los prestadores de salud y las Instituciones de Salud Previsual no afecte los beneficios a que tienen derecho el afiliado o sus beneficiarios.”

Por lo demás, cabe señalar que, en el petitorio de la acción cautelar se ha solicitado expresamente la homologación del medicamento Avastin “al procedimiento o prestación que este arancelada por Fonasa o la que corresponda”, en circunstancia que, conforme a lo dispuesto en el artículo 190 N°8 del DFL N° 1 de Salud, la entidad competente para homologar una prestación médica no arancelada, ante la negativa de la Isapre, es la Superintendencia de Salud.

Estima que, por lo expuesto, no cabe más que entender que el recurso de protección interpuesto en contra de su representada no es la



ETLZXXXNIV

vía idónea para resolver el asunto controvertido de autos, y por lo mismo, debe ser rechazado en todas sus partes, por improcedente.

En cuanto al fondo, dice que el recurso de protección de autos debe ser rechazado por cuanto Isapre Vida Tres S.A. no ha incurrido en acción u omisión alguna que pueda considerarse ilegal o arbitraria.

Precisa que, doña Carmen Muñoz Salgado, ha recurrido de protección por el supuesto acto ilegal y arbitrario efectuado por su representada de negar cobertura al medicamento ambulatorio Avastin.

De este modo, en adelante explicamos que no existe acto arbitrario e ilegal en lo informado por Isapre Vida Tres S.A. mediante carta de fecha 29 de abril de 2021.

En cuanto al medicamento ambulatorio Avastin, conforme a lo dispuesto en la Ficha Técnica del Medicamento, que se acompaña en otrosí, no cabe duda que es un medicamento ambulatorio.

Complementa que, de acuerdo a su forma de administración, la dosis inicial debe administrarse en perfusión intravenosa durante 90 minutos. Si se tolera bien la primera perfusión, la segunda puede administrarse durante 60 minutos. Si se tolera bien la perfusión de 60 minutos, todas las perfusiones siguientes se pueden administrar durante 30 minutos. No debe administrarse como pulso o bolo intravenoso. No se recomienda la reducción de la dosis en caso de aparición de reacciones adversas. Si es necesario, el tratamiento debe interrumpirse permanente o temporalmente como se indica en la sección.

En cuanto a la exclusión de cobertura del medicamento por no contar con Arancel FONASA. Normativa vigente y condiciones contractuales, señala que, Isapre Vida Tres S.A. no ha efectuado acto ilegal o arbitrario alguno al no otorgar el medicamento requerido por la Sra. Muñoz Salgado, toda vez que, tanto la legislación vigente como el contrato de salud excluye de cobertura a las prestaciones de salud que no cuenten con Arancel FONASA.

En efecto, el DFL N° 1 de Salud de 2005, en su artículo 189 letra e) establece que, “Para el otorgamiento de las prestaciones y



beneficios de salud que norma esta ley, las personas indicadas en el artículo 184 deberán suscribir un contrato de plazo indefinido, con la Institución de Salud Previsional que elijan.

En este contrato, las partes convendrán libremente las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán comprender, como mínimo, lo siguiente:

e) Precio del plan y la unidad en que se pactará, señalándose que el precio expresado en dicha unidad solo podrá variar una vez cumplidos los respectivos períodos anuales. Asimismo, deberá indicarse el arancel o catálogo valorizado de prestaciones con sus respectivos topes que se considerará para determinar el financiamiento de los beneficios, la unidad en que estará expresado y la forma y oportunidad en que se reajustará. Dicho arancel de referencia contemplará, a lo menos, las prestaciones contenidas en el arancel del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el artículo 159 de esta Ley, o el que lo reemplace en la modalidad de libre elección.” De este modo, el artículo 159 del D.F.L. N° 1 de 2005, señala lo siguiente: “Los afiliados, con las excepciones que establece esta ley, deberán contribuir al financiamiento del valor de las prestaciones y atenciones que ellos y los respectivos beneficiarios soliciten y que reciban del Régimen, mediante pago directo, en la proporción y forma que más adelante se indican. El valor de las prestaciones será el que fije el arancel aprobado por los Ministerios de Salud y de Hacienda a proposición del Fondo Nacional de Salud.”

De este modo, conforme al Res Ex. N° 220, de fecha 17 de febrero de 2021 que informa de la publicación del arancel Modalidad Libre Elección (MLE) 2021 del Fondo Nacional de Salud (FONASA), no contempla el medicamento que requiere la recurrente.

En razón a lo expuesto, el medicamento tampoco cuenta con arancel FONASA, por lo que, conforme a la Ley, tampoco procede la cobertura del mismo.



Sostiene que esa circunstancia resulta ser inimputable a su representada pues, quien elabora el Arancel es FONASA. De ese modo, la acción cautelar de protección también debió haber sido dirigida en contra de FONASA pues, en la medida que dicha entidad tuviese arancelado el medicamento y, el plan de salud contratado por el afiliado contemplara cobertura extraordinaria para medicamentos ambulatorios, entonces su representada no tendría derecho a negar la cobertura del mismo.

Por lo demás, esta circunstancia acredita lo expuesto precedentemente en este escrito, en cuanto el recurso de protección no es la vía idónea para resolver el asunto debatido en autos pues, si lo pretendido por la contraparte es que se otorgue cobertura a un medicamento que no tiene Código Arancel Fonasa y, dicha situación no es imputable a su representada, lo que debe acontecer, es que la Superintendencia de Salud homologue la prestación a otro medicamento que si cuente con código de arancel FONASA.

Advierte que, en estos autos podría ordenar que se otorgue cobertura al medicamento, en forma genérica - tal como esta parte deduce que ha sido solicitado por la parte recurrente pues, no lo señala expresamente en el petitorio del libelo - pero la gran pregunta a resolver para evitar cumplimientos de sentencias defectuosos sería ¿bajo cuál código se otorgaría la cobertura, si el medicamento no cuenta con ello y, la parte recurrente no ha mencionado cuál sería el Código al que desea que sea homologado el medicamento?

De este modo, la mejor vía para resolver el asunto debatido en autos es la entidad técnica competente para resolver conflictos entre afiliados e ISAPRES, esto es, la Superintendencia de Salud, la cual tiene facultades legales expresas que es señalado en el siguiente acápite, para pronunciarse si procede o no lo homologación del medicamento y, en caso afirmativo, determine el Código Arancel FONASA que debe ser homologado para ser utilizado en el presente caso.



En cuanto a la exclusión de cobertura del medicamento en razón a ser un medicamento ambulatorio. Normativa vigente y condiciones contractuales.

Que, de lo expuesto en el numeral 4.1 de esta presentación, es indubitable que Avastin es un medicamento ambulatorio, toda vez que es una solución inyectable.

De este modo, el artículo 190 inciso 2, en su N° 8, del D.F.L. N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud señala lo siguiente: “Asimismo, no podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo las siguientes: 8.- Todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este último caso de carácter ambulatorio, no contemplados en el arancel a que se refiere la letra e) del artículo 189.

Sin consentimiento de la Institución de Salud Previsional no procederá la homologación de (YO NEGARLO HOMOLOGACIÓN, SIN FUNDAMENTOS, ES ARBITRARIO) prestaciones, salvo que la Superintendencia lo ordene en casos excepcionales y siempre que se trate de prestaciones en que exista evidencia científica de su efectividad. En tales casos, el costo de la prestación para la Institución no podrá ser superior al que habría correspondido por la prestación a la cual se homologa.

No podrán existir períodos de espera durante los cuales no sean exigibles las prestaciones y beneficios pactados, excepto las correspondientes al embarazo y a enfermedades preexistentes, en los términos señalados en el artículo 189, letra g).”

Por su parte, el Contrato Complementario de Salud, señala en el artículo 7° las exclusiones de cobertura, destacando lo siguiente: Del Plan de Salud Complementario sólo se excluyen de cobertura las siguientes prestaciones:

“h) Todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este último caso de carácter ambulatorio, no contemplados en el Arancel del Plan de Salud. Sin el consentimiento de la Isapre no procederá la homologación de prestaciones.



De este modo, el actuar de Isapre Vida Tres S.A. no es arbitrario, puesto que, tal como se puede observar de las normas citadas, no es un mero capricho de su representada no otorgue cobertura al medicamento ambulatorio no arancelado, sino que tanto las Isapres e inclusive FONASA, pueden excluir de cobertura todas aquellas prestaciones y medicamentos ambulatorios no contemplados en el arancel al que hace referencia su plan de salud.

Asimismo, el actuar de Isapre Vida Tres S.A. no es ilegal puesto que, conforme a la legislación citada y a lo dispuesto en el contrato de salud, el medicamento del cual se solicita cobertura no se encuentra codificado en el Arancel Libre Elección que publica FONASA.

En consecuencia y, conforme a los antecedentes relacionados y normas legales y reglamentarias vigentes, Isapre Vida Tres S.A. dio cumplimiento, desde el punto de vista legal y contractual, a la normativa sobre exclusión de cobertura por ser un medicamento ambulatorio que, además, no contiene arancel FONASA, de modo que no se ven actuaciones ilegales ni arbitrarias en la negativa de la cobertura, razón por la cual solo cabe rechazar el recurso de protección.

En cuanto a la procedencia del medicamento para el tratamiento requerido.

Que, conforme a lo expuesto en la ficha técnica del medicamento, en acápite 4.2. posología y forma de administración, se señala que procede para carcinoma metastásico de colon o recto, cáncer de mama metastásico, cáncer de pulmón no microcítico, primera línea de tratamiento para CPNM no escamoso en combinación con quimioterapia basada en platino, cáncer de células renales avanzado y/o metastásico, cáncer de ovario epitelial, trompa de Falopio y peritoneal primario, cáncer de cérvix.

De este modo, no se encuentra contemplado para el diagnóstico de la recurrente Sra. Muñoz Salgado, sobre trombosis de rama venosa



retinal de ojo izquierdo en relación con el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA).

Asimismo, en el numeral 4.3 de la ficha técnica del medicamento Avastin, respecto de las contraindicaciones se señala expresamente lo siguiente, “Hipertensión (ver sección 4.8). Se ha observado una mayor incidencia de hipertensión en pacientes tratados con Avastin. Los datos de seguridad clínica sugieren que es probable que la incidencia de hipertensión sea dependiente de la dosis. Se debe controlar adecuadamente la hipertensión preexistente antes de comenzar el tratamiento con Avastin. No existe información del efecto de Avastin en pacientes con hipertensión no controlada al inicio de la terapia. Generalmente se recomienda monitorizar la tensión arterial durante la terapia. En la mayoría de los casos, la hipertensión se controló satisfactoriamente utilizando el tratamiento antihipertensivo estándar adecuado para la situación individual del paciente afectado. En pacientes que reciban un tratamiento de quimioterapia basada en cisplatino no se aconseja la utilización de diuréticos para controlar la hipertensión. El tratamiento con Avastin debe interrumpirse de forma permanente si la hipertensión clínicamente significativa no se puede controlar adecuadamente con el tratamiento antihipertensivo, o si el paciente desarrolla crisis hipertensivas o encefalopatía hipertensiva.” Tromboembolismo arterial (ver sección 4.8).

En ensayos clínicos, la incidencia de reacciones de tromboembolismo arterial, incluyendo accidentes cerebrovasculares (ACVs), ataques isquémicos transitorios (AITs) e infartos de miocardio (IMs), fue mayor en los pacientes que recibieron Avastin en combinación con quimioterapia en comparación con aquellos que sólo recibieron quimioterapia. Los pacientes tratados con Avastin junto con quimioterapia que tengan antecedentes de tromboembolismo arterial, diabetes o sean mayores de 65 años tienen un riesgo aumentado de sufrir reacciones tromboembólicas arteriales durante el tratamiento. Se debe tener precaución cuando se traten estos pacientes con Avastin. Se



debe interrumpir permanentemente el tratamiento en los pacientes que sufran reacciones tromboembólicas arteriales.

Tromboembolismo venoso (ver sección 4.8). Los pacientes tratados con Avastin pueden tener un riesgo de sufrir reacciones tromboembólicas venosas, incluyendo embolismo pulmonar. Los pacientes con cáncer de cérvix persistente, recurrente o metastásico tratados con Avastin en combinación con paclitaxel y cisplatino pueden tener un mayor riesgo de acontecimientos tromboembólicos venosos. El tratamiento con Avastin se debe interrumpir en pacientes con reacciones tromboembólicas que amenacen la vida (grado 4) incluyendo el embolismo pulmonar (NCI-CTCAE v.3). Los pacientes con reacciones tromboembólicas  $\leq$  grado 3 requieren una monitorización rigurosa (NCI-CTCAE v.3).

“Trastornos oculares. Se han notificado casos individuales y brotes de acontecimientos adversos oculares graves tras el uso intravítreo fuera de indicación de Avastin formulado en viales aprobados para su administración intravenosa en pacientes con cáncer. Estas reacciones incluyeron endoftalmitis infecciosa, inflamación intraocular como endoftalmitis estéril, uveítis, y vitritis, desprendimiento de retina, desgarro del epitelio pigmentoso de la retina, presión intraocular aumentada, hemorragia intraocular como hemorragia del vítreo o hemorragia retiniana y hemorragia conjuntival. Algunas de estas reacciones han conllevado a pérdida de visión en diferentes grados, incluyendo ceguera permanente.”

Por último, solicita se tener presente y por evacuado el informe sobre el presente recurso de protección y, con el mérito de lo expuesto en él, rechazarlo en todas sus partes.

Acompaña a su presentación, a) Antecedentes contractuales del afiliado. b) Ficha técnica de medicamento. c) Arancel MLE Fonasa 2021. d) Carta de fecha 29 de abril de 2021

**A folio 30, informa SUPERINTENDENCIA DE SALUD y dice que,** sobre el particular, la letra e) del artículo 189 del DFL N° 1,



de 2005, del Ministerio de Salud, establece que el contrato de salud previsional debe indicar el arancel o catálogo valorizado de prestaciones que se considerará para determinar el financiamiento de los beneficios, el cual debe contemplar, a lo menos, las prestaciones contenidas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) a que se refiere el artículo 159 de la citada ley, o el que lo reemplace, en la modalidad de libre elección.

Por su parte, el mismo cuerpo legal, en el numeral 8° del inciso 2° del artículo 190, contempla, como causal de exclusión de cobertura a "todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este último caso de carácter ambulatorio, no contemplados en el arancel a que se refiere la letra e) del artículo 189", el que corresponde al arancel del Fonasa, en la modalidad de libre elección.

Señala que, en consecuencia y, de conformidad con las normas legales precedentemente citadas, las Isapres no se encuentran obligadas a otorgar cobertura a aquellas atenciones, actividades o acciones que no correspondan a las prestaciones de salud que están expresamente codificadas en el mencionado Arancel.

No obstante lo anterior, cabe indicar que esta Superintendencia se encuentra autorizada para homologar prestaciones de salud no aranceladas, conforme a la atribución prevista en el inciso 2° del numeral 8° del artículo 190 del DFL N° 1 ya citado, que señala que: "Sin consentimiento de la Institución de Salud previsional no procederá la homologación de las prestaciones, salvo que la Superintendencia lo ordene en casos excepcionales y siempre que se trate de prestaciones en que exista evidencia científica de su efectividad".

Finalmente, cabe señalar que, para el ejercicio de la mencionada facultad, el artículo 117 del DFL 1/2005 de Salud, establece que: "La Superintendencia, a través del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, quien actuará en calidad de arbitro arbitrador, resolverá las controversias que surjan entre las instituciones de salud previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o



beneficiarios, siempre que queden dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Superintendencia, y sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la instancia a la que se refiere el artículo 120 o a la justicia ordinaria."

En cuanto a la aplicación de las normas respecto de la cobertura que deben otorgar las Isapres y las facultades de la Superintendencia de Salud a este respecto, señala que, en forma previa a determinar la naturaleza médica de cualquier procedimiento, se debe analizar si aquél se encuentra incorporado en el Arancel del plan de salud contratado por la reclamante o, en último término, en el arancel del FONASA modalidad de libre elección.

Si no fuera el caso, la Superintendencia de Salud por la vía del Tribunal Arbitral y atendida la facultad de homologación previamente transcrita, se encuentra habilitada para asignarle el código de otra prestación similar, de ser procedente.

Sobre el particular, este Organismo ha definido una serie de criterios rectores para el acertado ejercicio de la atribución legal en comento, entre los cuales destaca, el hecho que las prestaciones consideradas para la homologación deban tener cierta similitud tanto en el aspecto técnico como en su finalidad diagnóstica o terapéutica; que la técnica utilizada sea la única y/o mejor alternativa para el tratamiento respectivo y que el costo de dicha prestación no arancelada y la consecuente falta de financiamiento de ésta por parte de la Isapre, importe para el cotizante un impacto financiero significativo, esto es, que resulte gravoso para su patrimonio.

Luego se refiere a la situación particular de la recurrente de protección y expone que, no obstante lo expuesto precedentemente, hace presente que su informe sólo hace referencia a la normativa vigente en términos generales y a las facultades que tiene la Superintendencia para resolver controversias similares, sin abordar la situación particular planteada por la recurrente de autos, dado que el Tribunal Especial de la Superintendencia podría conocer



ETLZXXXNIV

eventualmente de un litigio sobre esta materia, entre las mismas partes, por lo que un pronunciamiento sobre el fondo de lo discutido, causaría la inhabilidad del juez especial para resolver al respecto.

**A folio 34, informa FONASA,** quien y precisa que, la letra e) del artículo 189 del DFL N°1/2005 del MINSAL, establece que el contrato de salud previsual debe indicar el arancel o catálogo valorizado de prestaciones que se considerará para determinar el financiamiento de los beneficios, el cual debe contemplar, a lo menos, las prestaciones contenidas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud, a que se refiere el artículo 159 en la referida ley o el que lo reemplace en la Modalidad de Libre Elección (MLE).

Dispone el mismo cuerpo legal en su numeral 8° del inciso 2° del artículo 190, como causal de exclusión de cobertura a “todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este último caso de carácter ambulatorio, no contemplados en el arancel a que se refiere la letra e) del artículo 189”, el que corresponde al arancel de FONASA en la Modalidad de Libre Elección.

Por tanto, en forma previa a establecer la naturaleza médica de cualquier procedimiento, se debe determinar si éste se encuentra incorporado en el Arancel del plan de salud contratado por los usuarios de Isapres, en este caso, la recurrente, o en última instancia si se encuentra incorporado en el arancel de FONASA, Modalidad de Libre Elección.

Sin perjuicio de lo anterior, señala que es la Superintendencia de Salud la que se encuentra autorizada para homologar prestaciones de Salud no aranceladas, conforme a la atribución prevista en el inciso 2° del numeral 8° del artículo 190 del DFL N°1 ya citado, que señala que: “Sin consentimiento de la Institución de Salud Previsual no procederá la homologación de las prestaciones, salvo que la Superintendencia lo ordene en casos excepcionales y siempre que se trate de prestaciones en que exista evidencia científica de su efectividad”



Agrega que, de ser el caso y, tal como ha señalado en virtud de las normas transcritas, es la Superintendencia de Salud el órgano habilitado para asignar el código de otra prestación similar, efectuando la homologación en casos excepcionales, no el FONASA.

**CON LO RELACIONADO Y CONSIDERANDO.**

**PRIMERO:** Que el recurso de protección fue incorporado a nuestra legislación como una acción de naturaleza cautelar en beneficio de quien, por causa de actos u omisiones arbitrarias o ilegales, sufre privación o perturbación en el ejercicio de diversos derechos constitucionales. El ejercicio de esta acción protectora exige, como presupuesto ineludible una acción u omisión que revista caracteres de ilegal o arbitrario, cuya consecuencia inmediata, origine una situación determinante de privación, amenaza o perturbación para alguno de los derechos constitucionales amparados y contenidos en el artículo 19 de la Constitución Política de la República.

**SEGUNDO:** Que, en el caso de autos, la actuación que motiva la presente acción cautelar, dice relación con que la ISAPRE VIDA TRES, no ha financiado, ni reembolsado, ni bonificado a la recurrente valor alguno por las prestaciones, tratamiento e intervenciones que describe en su recurso, se niega a financiar o reembolsar las boletas de dichos tratamiento o intervenciones, respondiendo a sus solicitudes verbalmente y luego por escrito que, dicha prestación, no será reembolsada por cuanto no cuenta con arancel FONASA, por lo que sostiene que, del total de las prestaciones a las que se le ha debido someter, hasta la presentación del recurso, ha tenido que asumir y soportar en forma particular y con gran esfuerzo el costo íntegro de todas estas intervenciones, provocando con ello un impacto en su presupuesto y una afectación de su patrimonio, teniendo en consideración el costo de cada procedimiento y el gran número de estos que lleva a la fecha, debiendo realizarse varios más en el futuro en atención a su patología que reviste el carácter de crónica.



Pide, acogiendo el recurso, se ordene a la Isapre Vida Tres otorgar el financiamiento a las intervenciones que se he tenido que realizar desde el año 2019 a la fecha de interposición del recurso, señaladas en el punto sexto del mismo, consistentes en Terapia: "Antiangiogénica Intravitrea" con Aflibercept (Eylia) o Bevacizumab (Avastin), tratamiento sugerido y prescrito por el médico especialista para tratar y aliviar el problema de salud que le afecta consistente en una "Trombosis de rama venosa Retinal de ojo izquierdo", tratamiento o prestación que deberá homologar al procedimiento o prestación que esté arancelada por Fonasa o la que corresponda y, además, financiar todas las intervenciones que se deba realizar en el futuro a consecuencia del mismo diagnóstico y tratamiento, como así también todos los exámenes previos a la ejecución del procedimiento intraocular que debe realizarse ya que, son exámenes previos que determinan si se debe realizar o no la terapia conforme al resultado que arroje el mismo examen y, todo ello, con expresa condena en costas en caso de haber oposición de parte de la recurrida.

**TERCERO:** Vida Tres, la ISAPRE recurrida, pide en primer lugar, se declare la extemporaneidad del recurso de protección deducido en su contra.

Precisa que el acto ilegal o arbitrario supuestamente cometido por su representada, consistiría en haber rechazado la cobertura del medicamento inyectable Avastin, lo cual habría sido notificado a la parte recurrente mediante carta de fecha 29 de abril de 2021. Sin embargo, lo cierto es que, conforme al enunciado séptimo de la acción cautelar, con fecha 26 de octubre de 2020, la recurrente habría enviado un reclamo a la Isapre "por la negativa de reembolsar el medicamento", circunstancia que no consta en los documentos acompañados por la actora, así como tampoco en los antecedentes que mantiene Isapre Vida Tres S.A. Sin perjuicio de lo anterior, lo expuesto en el proceso, conlleva a una confesión judicial, respecto de la fecha cierta en la cual habría tomado conocimiento respecto de la



negativa de la cobertura del medicamento. En coherencia con lo anterior, el documento de fecha 29 de abril de 2021, únicamente reitera una información que la parte recurrente tiene conocimiento desde el día 26 de octubre de 2020, esto es, que los medicamentos de aplicación ambulatoria no tienen cobertura conforme al Plan de salud que contrató.

Por lo anterior sostiene que, considerando cualquiera de las dos fechas señaladas, 26 de octubre de 2020 o, 29 de abril de 2021, la interposición del recurso de protección resulta ser extemporáneo, puesto que consta en autos que, fue interpuesto con fecha 6 de septiembre de 2021, de lo que resultaría de manifiesto que superó con creces el plazo de 30 días corridos que señala el Auto Acordado del ramo, y por lo mismo, la acción cautelar resulta total y completamente extemporánea.

**CUARTO:** Que, en cuanto a la solicitud de extemporaneidad y, sin perjuicio de las fechas que, como datos ciertos, cita la recurrida, preciso es señalar que, las prestaciones cuya cobertura se reclama, se enmarcan dentro de un tratamiento médico inconcluso, compuesto de sucesivas etapas, cuya finalidad consiste en la recuperación de la salud de la actora, siendo dable concluir que tal objetivo se pone en riesgo si, en cualquiera de ellas, se le priva de cobertura a uno de los procedimientos que medicamento resultan necesarios, posibilidad que deja en evidencia la actualidad de la vulneración de garantías en que se sustenta el recurso, motivos por las cuales, como se dirá, se rechazará la solicitud de extemporaneidad pretendida por la recurrida.

**QUINTO:** Que, en cuanto al fondo, de los propios antecedentes se ha podido establecer que el facultativo que ha atendido directamente a la recurrente estima como una opción médica pertinente y necesaria para enfrentar su situación de salud, tratar la Trombosis de rama venosa Retinal de ojo izquierdo que afecta a la recurrente, con una terapia Antiangiogénica Intravítrea con Aflibercept (Eylia) o Bevacizumab (Avastin).



**SEXTO:** Que, lo ha dicho nuestra Excma. Corte Suprema en fallo de 22 de octubre de 2018 en causa rol N°8.367-2018, el factor de la indicación médica es el sustrato profesional objetivo y adecuado en el tratamiento de una enfermedad, es lo que determina que un procedimiento para afrontar la patología en estudio es efectivamente el medio apto e idóneo para solucionarlo. Por ello, si bien dicho tratamiento pudiera no encontrarse en el arancel del Fondo Nacional de Salud ni en el de la Isapre recurrida, ello no implica que sea un modo experimental sin sustento técnico.

**SÉPTIMO:** Que, en efecto, es dable entender que, el actuar de la institución previsional debe adaptarse a la recomendación médica y técnica prioritaria, cuya finalidad última es la recuperación de la salud de la afiliada. Razonar de otra forma importaría tolerar una especial manifestación de pasividad en el quehacer administrativo, por medio de la cual resultarían excluidos determinados medios comprobadamente aptos para mantener o recuperar la salud de las personas, cuestión que, en materia sanitaria, nuestro ordenamiento jurídico no tolera.

**OCTAVO:** Que, en este contexto, cabe tener presente que, el derecho a la protección de la salud posee una naturaleza integral y, tiene un natural correlato con el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de las personas. De ello se desprende que, en atención a la naturaleza jurídica de los bienes involucrados, la interpretación relativa a las normas que se refieren a esas garantías constitucionales debe ser realizada dando preferencia al beneficio de sus titulares, especialmente cuando su salud se encuentra en riesgo.

Por lo mismo, las interpretaciones deben ser razonables, es decir, buscando preferir aquella solución que guarde armonía entre los hechos jurídicos involucrados y los derechos subjetivos afectados.

**NOVENO:** Que, así las cosas, la negativa de la Isapre recurrida a proporcionar a la actora cobertura que fue solicitada para el medicamento denominado Bevacizumab (Avastin) y, para el



procedimiento necesario para su aplicación, como para los exámenes que, en cada oportunidad y previo a su aplicación se debe efectuar, argumentando la inexistencia de un código, carece de razonabilidad y vulnera las garantías constitucionales previstas en el artículo 19 N°1 y 24, de la Carta Fundamental, razón por la cual se impone el acogimiento de la acción promovida en cuanto a la solicitud de cobertura del referido procedimiento médico.

Por estas consideraciones y de conformidad, además, con lo dispuesto en el artículo 19 N°1 y N°24, artículo 20 de la Constitución Política de la República y Auto Acordado sobre la materia, se declara que:

I.- **SE RECHAZA**, sin costas, la alegación de extemporaneidad promovida por la recurrida

II.- **SE ACOGE, con costas**, el recurso de protección deducido en estos autos por doña **CARMEN IVA MUÑOZ SALGADO** en contra de Isapre Vida Tres S.A., la que en consecuencia deberá otorgar la cobertura, por el período que según el médico tratante corresponda, al medicamento denominado "AVASTIN", como al procedimiento necesario para su aplicación y, exámenes que, previos a su aplicación se debe efectuar, debiendo cubrir los mismos que, hasta la fecha de esta sentencia, no se hayan cubierto.

Regístrese.

Redacción del Abogado Integrante don Roberto Fuentes Fernández.

Rol N° Protección-8527-2021 (pvb).





ETLZXXXNIV

Pronunciada por la Primera Sala de la Corte de Apelaciones de Temuco, integrada por su Presidenta Ministra Sra. Cecilia Aravena López, Ministra (S) Sra. Viviana Ibarra Mendoza y abogado integrante Sr. Roberto Fuentes Fernández.

En Temuco, a veintiséis de mayo de dos mil veintidós, 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 02 de abril de 2022, 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>