MATERIA : RECURSO DE PROTECCIÓN
RECURRENTE : JORGE IGNACIO PINTO CARVAJAL
RUT : 16.096.554-1
ABOGADO: ITALOANTONIO AGUILERA AGUILAR
RUT : 15.967.890-3
MAIL DE CONTACTO : INFO@MCNI.CL
RECURRIDO : SEGUROS CLC S.A.
RUT : 76.573.480-0
REPRESENTANTE LEGAL : CECILIA ISABEL MUÑOZ VARISCO
R.U.T : 7.203.211-K

EN LO PRINCIPAL: INTERPONE ACCIÓN DE PROTECCIÓN; **EN EL PRIMER OTROSÍ:** ORDEN DE NO INNOVAR; **EN EL SEGUNDO OTROSÍ:** ACOMPAÑA DOCUMENTOS; **EN EL TERCER OTROSÍ:** PATROCINIO Y PODER

I. CORTE DE APELACIONES DE SANTIAGO.

Jorge Ignacio Pinto Carvajal, chileno, empresario**,** RUT 16.096.554-1**,** domiciliado en condominio alto de la reserva calle corona austral parcela N° 50, a S.S. Ilustrísima respetuosamente digo:

Que, por este acto y encontrándome dentro de plazo vengo en deducir recurso de protección en contra de **SEGUROS CLÍNICA LAS CONDES S.A.,** en adelante **SEGUROS CLC S.A**., sociedad anónima del giro de su denominación, RUT número 76.573.480-0, representada por doña CECILIA ISABEL MUÑOZ VARISCO, ambos domiciliados en Av. Las Condes Nº 11.283, piso 4, Torre B, comuna de Las Condes, Región Metropolitana, **por el acto ilegal y arbitrario consistente en negar cobertura a prestaciones médicas, no obstante la existencia de un contrato de seguro celebrado entre las partes.**

I.- Los Hechos.

Mi esposa contrató el seguro de salud “Vive Mejor” con fecha 31 de diciembre 2019, póliza de Seguro N° 201907055, con la recurrida SEGUROS CLC S.A, del cual soy beneficiario, el contrato de seguro se encuentra vigente desde esa fecha hasta el día de hoy, y se acompaña en esta presentación.

Hace aproximadamente 3 años comencé a tener problemas y dolores de espalda por lo que me hice una serie de exámenes dentro de los cuales el médico don Jose Miguel Donoso considero que podría ser dorsalgia crónica, esto en el año 2019; pero esta enfermedad no cumplía con los requisitos mínimos para someterse a una cirugía; por lo mismo, a través de diversos contactos llegue a un médico especialista en columnas quien con fecha 25 de agosto del 2021 me diagnostico con la enfermedad de Scheuermann, dejando claro que al momento de contratar el seguro nunca existió un diagnostico real de lo que pasaba en mi columna, ya que éste me comentó que la enfermedad de Scheuermann es una enfermedad completamente distinta a la de dorsalgia crónica, pese a que ambas son enfermedades de la columna, y que en este caso podría ser operada.

Le hice referencia a que tengo el seguro de “Mas Vida”, por lo cual me comento que no tendría problema alguno ya que él sabia que este seguro cubría este tipo de enfermedades, sobre todo, considerando el monto alto de la cirugía. Antecedente que confirme posteriormente al leer el contrato con el seguro.

Un mes después fui operado por la enfermedad de Scheuermann el 30 de octubre del 2021, la operación tuvo un costo de $ 34.335.440 y fue catalogada como exitosa.

A raíz de esto el seguro comenzó a buscar las prestaciones realizadas por la Isapre, buscando posibles exámenes con fechas anteriores para evitar cubrir con el seguro la operación, junto con esto, me solicitaron un informe del médico que me había operado, quien accedió y se acompaña en el presente escrito, donde puede apreciar que el médico reitera el diagnostico de enfermedad de Scheuermann, y no dorsalgia crónica como utilizan de fundamento en el informe del rechazo.

II.- Negativa por supuesta preexistencia.

El acto arbitrario e ilegal de la recurrida es la negativa a otorgar cobertura a las prestaciones médicas que efectué precisamente en la Clínica Las Condes.

La negativa nos fue informada vía carta de fecha 11 de abril de 2022, a la cual apele con fecha dos de mayo del presente año, respondiendo el seguro negativamente a través de un correo electrónico de fecha 20 de mayo del presente.

El improcedente fundamento de la negativa por parte de SEGUROS CLC S.A. es el que consigna a través de la primera carta diciendo:

“En atención a los antecedentes evaluados para efectos de realizar la presente liquidación, el siniestro denunciado no encuentra cobertura en la póliza contratada, toda vez que los gastos incurridos, se encuentran expresamente excluidos de cobertura por corresponder a una hospitalización, relacionada con patología preexistente no declarada, como lo es el antecedente de dorsolagia crónica en septiembre de 2019.”

Y en su respuesta a la apelación dice:

“Según lo indicado en su ficha clínica y en el informe medico adjuntado, Ud. Estaba en conocimiento de dorsalgias importantes (…) informado en RNM de columna de Septiembre del 2019.”

En definitiva, la negativa de la recurrida se basa en un examen del 2019, pero no en el diagnostico de 2021.

Lo que resulta determinante acá es que a la fecha de contratar el seguro CLC, no tenía la enfermedad por la que fui operado, y menos médicamente diagnosticada.

Mi señora y yo de buena fe y con un absoluto desconocimiento del diagnostico futuro que recibiríamos en el año 2021, aceptamos y contratamos el seguro “vive mejor”, completando las declaraciones de salud exigidas, pagando las primas, y la información proporcionada a esa fecha fue completada de forma fidedigna, y sin esconder antecedente alguno del cual tuviésemos conocimiento en esa fecha.

III.- Diagnóstico:

Sólo tuve un diagnóstico en 25 de agosto del 2021, en que se diagnosticó la enfermedad de Scheuermann, por lo tanto, dichos resultados, fueron obtenidos en forma posterior a la fecha de contratación del seguro.

En este sentido, cabe hacer presente que opté por realizar la intervención quirúrgica en cuestión en la Clínica Las Condes, dado el seguro que mantenía vigente con SEGUROS CLC S.A., tratado en forma exitosa en este establecimiento.

En definitiva a la fecha de contratación del seguro no presentaba ninguna "Enfermedad, dolencias o situación de salud preexistentes", menos a la luz del concepto de preexistencia. En relación con lo señalado por la compañía de seguro, se entiende como una enfermedad preexistente "aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro".

En atención a lo anterior, el factor decisivo para catalogar una enfermedad como "preexistente", es el diagnóstico de la misma con anterioridad a la contratación del seguro, lo que, en el caso de marras, no acaeció, ya que el diagnóstico relativo al siniestro fue realizado con fecha posterior a la fecha de contratación del mismo, por lo que nada hace presumir alguna preexistencia que perita negar cobertura del seguro.

En conclusión, por el diagnostico medico de fecha 25 de agosto de 2021 tomé conocimiento de padecer de la enfermedad Scheuermann, por lo cual la contratación del seguro jamás se realizo de forma dolosa, puesto que este, se contrato con fecha 31 de diciembre 2019, en una fecha anterior a la que yo tome conocimiento de padecer dicha enfermedad.

IV.- Jurisprudencia sobre la materia:

En concordancia a lo razonado, en sentencia dictada con fecha 26 de junio de 2016 nuestra Excma. Corte Suprema, en causa ROL N° 17.959-2016, estimó que la recurrida había actuado de forma arbitraria y legal, y señaló: "toda vez que no ha evidenciado que concurrieran los presupuestos básicos para actuar como lo hizo, esto es, contar con un diagnóstico de la patología de que se trata, perturbando de este modo el derecho de propiedad que garantiza al recurrente la Constitución Política de la República, puesto que se afecta su patrimonio al no poder acceder a las coberturas médicas convenidas en un contrato de seguro de salud colectivo". En el caso en cuestión, un examen indicó que una mujer padecía "signos hemodinámicos sugerentes de leve proceso inflamatorio tiroideo difuso y nódulo lóbulo izquierdo". Posterior a dichos exámenes, la mujer contrató un seguro y a reglón seguido, casi dos semanas después de contratada dicha póliza, le diagnosticaron un cáncer papilar de tiroides. En este caso, la aseguradora estimó que la presente se enmarcaba en una situación de preexistencia, por lo que negó la cobertura para el siniestro. Como se aprecia de la sentencia en cuestión, **la Excma. Corte Suprema estimó que se requiere de un "diagnostico" (no una simple sospecha basada en un examen), de fecha anterior a la contratación del seguro, para que se diera el presupuesto de preexistencia, ordenando así a la recurrida dar cobertura a la recurrente.**

En el mismo sentido se pronunció nuestra Excma. Corte Suprema en sentencia de fecha 28 de diciembre de 2017, en ROL N° 38.660-2017, toda vez que

-la misma recurrida de autos- SEGUROS CLC S.A., se negó a realizar cobertura de una cirugía de tiroides de una contratante, invocando una supuesta preexistencia. En dicha sentencia se señala: “Tercero: Que, de los antecedentes reseñados en el considerando anterior, y en particular el asignado en el número 4), dejan en evidencia que la hija de la actora fue diagnosticada con antelación a su incorporación al seguro contratado con la recurrida, de tiroiditis crónica. Sin embargo, preciso es tener en consideración que la cobertura solicitada se relaciona con las prestaciones de salud recibidas con ocasión del diagnóstico de carcinoma tiroideo papilar, patología que de acuerdo con lo afirmado en el ya citado documento N°4), no necesariamente es consecuencia de la tiroiditis que padecía, lo que permite concluir que en definitiva no consta la existencia de un diagnóstico previo de la enfermedad que actualmente aqueja a la asegurada”. “Cuarto: … Es un requisito, entonces, que exista un **diagnóstico médico fidedigno** que determine con certeza la preexistencia de la enfermedad **y que ésta esté directamente relacionada con las intervenciones quirúrgicas por las que se pide extender la cobertura** y, además, que el asegurado esté en cabal conocimiento del diagnóstico antes de la suscripción del contrato, lo que en la especie no se ha demostrado”.

Como se observa, una vez más la Sala Constitucional de la Excma. Corte Suprema ha impuesto un alto estándar probatorio para dar por acreditada la preexistencia, solicitando (entre otros) un diagnóstico formal anterior a la suscripción del contrato, por una parte, y una relación de identidad y causalidad entre el diagnóstico y el siniestro que se pretende cubrir, por otra.

V.- Presupuestos de procedencia de la acción.

Nuestra jurisprudencia reiteradamente ha enunciado que para que proceda la presente acción constitucional, es necesaria la concurrencia copulativa de las siguientes circunstancias, la existencia de un acto u omisión ilegal o arbitrario, que dicho acto viole, perturbe o amenace garantías que la Constitución asegura a todas las personas, y, finalmente, que quién lo interpone, se encuentre ejerciendo legítimamente un derecho indubitado, esto es, que sea quien se encuentra legitimado activamente para su ejercicio.

VI.- Garantías constitucionales amenazadas, perturbadas y conculcadas.

Tal cual se enunció al inicio del libelo, esta parte estima se ven afectados a causa del acto ilegal y arbitrario, las siguientes garantías constitucionales indubitadas:

a) Art. Nro. 19. Nº 24 de la CPE, referido al derecho de propiedad en sus diversas especies sobre toda clase de bienes corporales o incorporales; no resiste mayor análisis la circunstancia que sin cobertura por contrato seguro de salud vigente, las prestaciones médicas son ostensiblemente más onerosas, y no sólo eso, deberán ser solventadas por mí, no obstante, pague en tiempo y forma la prima del seguro y concurren todos los requisitos para que opere la cobertura

VII.- Legitimación.

Finalmente, en mi calidad de titular del seguro de salud, y asimismo como titular y sujeto de los derechos conculcados, poseo la legitimación necesaria, a

objeto que se reconozca mi derecho a ser cubierta por el seguro contratado, sin que la materia de marras sea de lato conocimiento, tal cual se ha resuelto.

VIII.- Petición.

En virtud de los fundamentos de hecho y de derecho expuestos en el presente recurso, y además, lo dispuesto en los artículos 19 y 20 de la Constitución Política de la República y lo preceptuado en el Auto Acordado de la Excma. Corte Suprema sobre Tramitación y Fallo del recurso de Protección, solicito sea dejado sin efecto el acto impugnado, ya que el actuar de la recurrida -al haber dejado sin cobertura- obviando mi contrato de seguro de salud sin fundamento ni presupuesto fáctico-, ha conculcado mis garantía constitucional establecida en el artículo Nro. 19 en su numeral 24° de la Constitución Política de la República, por lo que en definitiva solicito la declaración que el actuar de la recurrida ha sido ilegal y arbitrario, y por consiguiente, se adopten las medidas para el pronto restablecimiento del derecho, y en definitiva se ordene a la recurrida otorgar cobertura según el contrato de seguro contratado, por no existir preexistencia o exclusión, con costas en caso de oposición.

POR TANTO,

PIDO A SS., I., se sirva tener por interpuesto recurso de protección contra SEGUROS CLC S.A, darle tramitación y acogerlo en todas sus partes, disponiendo se adopten las medidas necesarias, en el sentido de instruir imperativamente a la recurrida para que otorgue la cobertura de las prestaciones médicas pactadas en póliza de seguro N° 201907055, abarcando íntegramente el siniestro denunciado, esto es, **enfermedad de Scheuermann**, adoptando todas las medidas que S.S. Iltma. estime necesarias para restablecer el imperio del derecho, todo ello con expresa condena en costas.

PRIMER OTROSÍ: Atendida la gravedad de los hechos denunciados, y para ello pido tener por reproducidos por razones de economía procesal y para todos los efectos legales, los fundamentos de hecho y de derecho expuestos a lo principal, y a objeto de mantener el estado normal de las cosas, y el estado actual- en que mi parte tenga acceso a la cobertura de salud según contrato vigente, pido a SS.I., se sirva decretar orden de no innovar, en tanto no se resuelva el presente recurso, paralizando en consecuencia los cobros relativos a las prestaciones médicas, mientras no se resuelva la presente acción.

POR TANTO,

PIDO A SS., I., se sirva conceder orden de no innovar en los términos solicitados.

SEGUNDO OTROSÍ: Pido a SS. I., se sirva tener por acompañados los siguientes documentos:

a) Copia de póliza de seguros “Vive Mejor” contratada, con fecha 31 de diciembre del año 2019.

b) Certificado médico emitido por Clinica las condes, donde menciona que nunca se me diagnostico antes de la operación la enfermedad de Scheuermann
c) Diagnostico de enfermedad Scheuermann por el especialista Dr. Andrés Chahin Ferreyra con fecha 25 de agosto del 2021
d) Informe de liquidación y rechazo a la cobertura por el seguro con fecha 11 de abril del año 2022
e) Carta de apelación a la negativa del seguro presentada con fecha dos de mayo del presente año
f) Carta de respuesta a la apelación de Seguros CLC S.A, de fecha 20 de mayo del 2022
g) Presupuesto estimado de la intervención quirúrgica con fecha 30 de agosto del 2021
h) Presupuesto estimado de los honorarios médicos para la intervención quirúrgica con fecha 30 de agosto del 2021
i) Informe solicitado al medico tratante por el seguro con fecha 26 de enero del presente año.

POR TANTO,

PIDO A SS., I., se sirva tenerlos por acompañados.

TERCER OTROSÍ: Solicito a US. tener presente que designo Abogado patrocinante y confiero poder a don **Ítalo Aguilera Aguilar**, cédula de identidad número 15.967.890-3, domiciliado para estos efectos en Los Laureles N° 1035, comuna de Vitacura, Santiago, con correo electrónico: info@mcni.cl.