

C.A. de Santiago

Santiago, diecisiete de octubre de dos mil veintidós.

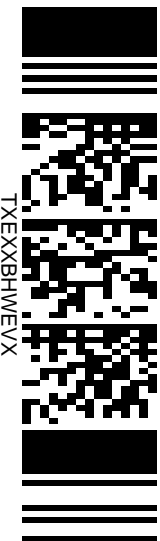
A los folios N° 19 y 20: a todo, téngase presente.

Vistos y teniendo presente:

Primero: Que, comparece don **Jorge Ignacio Pinto Carvajal**, chileno, empresario, e interpone recurso de protección en contra de **SEGUROS CLÍNICA LAS CONDES S.A.**, en adelante **SEGUROS CLC S.A.**, por el acto que estima como ilegal y arbitrario consistente en negar cobertura a prestaciones médicas, no obstante la existencia de un contrato de seguro celebrado entre las partes, lo que vulneraría su garantía constitucional contemplada en el N° 24 del artículo 19 de la Constitución Política de la República, esto es, su derecho de propiedad, por lo que pide a esta Corte que, acogiendo el recurso, y reestableciendo el imperio del derecho, 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 por la enfermedad de Scheuermann, con expresa condena en costas.

En cuanto a los hechos, señala que su cónyuge contrató el seguro de salud denominado “Vive Mejor” con fecha 31 de diciembre 2019, póliza de Seguro N° 201907055, con la recurrida **SEGUROS CLC S.A.**, siendo el recurrente beneficiario, encontrándose dicho contrato vigente hasta la fecha.

Refiere que hace un tiempo comenzó a tener problemas y dolores de espalda, por lo que se le realizaron una serie de exámenes médicos, teniendo en un primer momento un diagnóstico



de dorsalgia crónica en el año 2019, pero la enfermedad no cumplía con los requisitos mínimos para someterse a una cirugía, por lo que luego de diversos contactos llegó a un médico especialista en columnas, quien el 25 de agosto de 2021, le diagnosticó la enfermedad de “Scheuermann”, indicándosele que esta enfermedad es completamente distinta a la de dorsalgia crónica, pese a que ambas son patologías que afectan la columna, pero en este caso podría ser operada.

Afirma que le habría hecho referencia al facultativo de que tenía un seguro médico, el que le habría comentado que no tendría problema alguno ya que él sabía que dicho seguro cubría este tipo de enfermedades, sobre todo, considerando el alto monto de la cirugía, antecedente que señala el recurrente confirmó posteriormente al leer el contrato respectivo.

Precisa que el actor fue operado el 30 de octubre del 2021, catalogándose el procedimiento de exitoso y teniendo un costo de \$34.335.440, y que a raíz de esto, afirma, que el seguro comenzó a buscar las prestaciones realizadas por la Isapre, buscando posibles exámenes con fechas anteriores para evitar cubrir con la operación, y que junto con ello le solicitaron un informe del médico que lo había operado, quien accedió, donde se puede apreciar que el profesional reitera el diagnóstico de enfermedad de scheuermann, y no de dorsalgia crónica, como utiliza la recurrida como fundamento de rechazo, negándose a la cobertura por supuesta preexistencia.

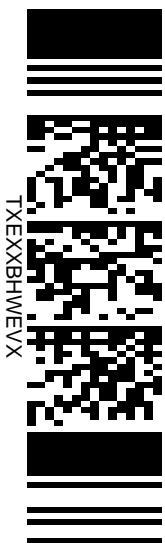
Asevera que el acto arbitrario e ilegal de la recurrida consistente en la negativa a otorgar cobertura a las prestaciones médicas que efectuó precisamente en la Clínica Las Condes, la que le fue informada vía carta de 11 de abril de 2022, a la que apeló el



02 de mayo del año en curso, obteniendo dar respuesta a través de correo electrónico el 20 del mismo mes de mayo.

Estima que la negativa de la recurrida SEGUROS CLC S.A. se basa en un fundamento improcedente, por cuanto indica que *“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.”*, agregando en respuestas a su apelación que: *“Según lo indicado en su ficha clínica y en el informe médico adjuntado, Ud. Estaba en conocimiento de dorsalgias importantes (...) informado en RNM de columna de Septiembre del 2019.”*

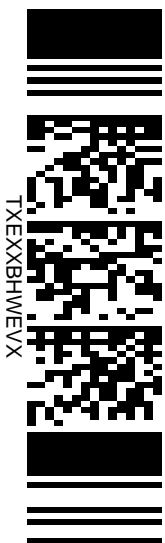
Precisa que en consecuencia, la negativa de la recurrida basada en un examen del 2019, pero no en el diagnóstico de 2021, resultando determinante además que al momento de contratar el seguro con la recurrida el 31 de diciembre de 2019 su parte no tenía la enfermedad por la que fue operado, menos estaba medicamente diagnosticada, habiendo celebrado el recurrente y su cónyuge el contrato de buena fe y con absoluto desconocimiento de un diagnóstico que le fue entregado el 25 de agosto de 2021, completando en su oportunidad las declaraciones de salud exigidas, pagando las primas, completando toda la información respectiva de forma fidedigna, no dándose la preexistencia que argumenta la recurrida para no dar cobertura a la cirugía realizada, obligándolo con tal decisión a solventar el alto costo del procedimiento.



Pide, en consecuencia, acoger el presente recurso, disponiendo a la recurrida otorgar la cobertura pedida en los términos antes indicados, en virtud del contrato que los vincula.

Segundo: Que evacuando informe comparece doña Francisca Román Santana, en representación de SEGUROS CLC S.A, quien solicitó el rechazo del presente recurso, con expresa condena en costas, haciendo en primer término una reseña de los hechos del recurso.

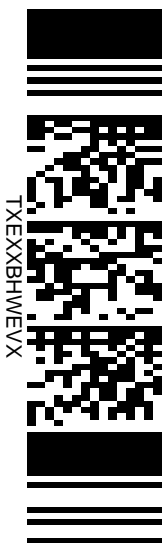
Señala que según consta en la información médica de la que la Compañía de Seguros tomó conocimiento al momento de la liquidación de este siniestro, que el recurrente don José Ignacio Pinto Carvajal, tuvo un diagnóstico anterior de condiciones y situaciones médicas, consistentes en presentar un cuadro de síntomas denominados dorsalgias, esto es *“dolor en la zona de la columna llamada dorsal, entre la zona cervical y lumbar de la espalda”*. La certidumbre de ese diagnóstico y su conocimiento por parte del recurrente existió, cuando menos, estima la informante, desde el día 26 de septiembre de 2019, esto es, con más de tres meses de antelación a su declaración de riesgos del seguro, conforme consta en certificado emitido por su médico tratante de entonces, el Dr. José Miguel Donoso Azagra, y que ello daría cuenta que el recurrente se encontraba en conocimiento de haber sido diagnosticado y padecer activamente de una condición que en cuanto a su sintomatología era precisa, condiciones que son completamente relevantes para la determinación del riesgo del seguro y para la liquidación del siniestro que no fueron informadas a su parte en momento alguno.



Puntualiza que, posteriormente, en el contexto de la contratación de la póliza de seguro de autos, el 31 de diciembre de 2019, en contraste con los antecedentes antes indicados, el recurrente efectúa una declaración personal de salud llena de omisiones y con declaraciones -a su juicio- abiertamente falsas, como no haber tenido conocimiento o no haber requerido tratamiento por su dolencia, ocultando además las consultas médicas y diagnósticos que tuvo de manera inmediatamente anterior a la declaración, deliberadamente omitiendo la atención médica antes señalada que tuvo lugar el 26 de septiembre de 2019, en la que se le diagnosticó dorsalgia crónica y dorso curvo, significando aquello que el recurrente no declaró la enfermedad preexistente, no siendo tampoco atendibles los argumentos del recurrente en cuanto a la distinción que realiza entre el diagnóstico del año 2019 y el 2021.

Colige que estas omisiones, que significaron una declaración falsa del riesgo que la compañía tomaba con la contratación de la póliza de seguros, tienen, a su vez, implicancias jurídicas, como un incumplimiento contractual a la obligación del asegurado de hacer una declaración fidedigna, crear en la recurrida una falta representación del riesgo tomado, en términos tales que se haberlos conocido no habría contratado, configuró una causal de exclusión expresamente contemplada en la póliza.

Expresa que con todo, el recurrente luego de ocurrir el siniestro lo denuncia ante la Compañía y solicita cobertura, por lo que su parte le requirió antecedentes pertinentes relativos a atenciones médicas anteriores para liquidar directamente el siniestro, y en ese contexto detecta que las condiciones de salud excluidas de cobertura no fueron declaradas por el señor Pinto y en el marco del

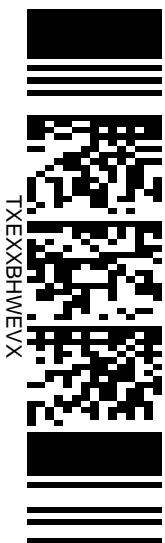


proceso de liquidación realizado por una comisión médica, califica aquella preexistencia como relacionada con el siniestro denunciado, rechazando por lo tanto la cobertura del siniestro, en estricto apego a las estipulaciones contractuales pactadas por las partes y dispuestas por la ley.

Por lo anterior, estima que en la especie no se trata de un derecho del recurrente que tenga el carácter de indubitado, no siendo el presente recurso la vía idónea para resolver la materia, existiendo además razones de texto legal en los artículos 542 y 543 del Código de Comercio, que establecen expresamente el procedimiento a seguir en caso de disconformidad con un rechazo de cobertura.

Haciendo referencia a la normativa, los criterios para el rechazo tanto de la cobertura pedida como del presente recurso, citando jurisprudencia y estimando que no se ha incurrido en acto arbitrario ni ilegal al resolver como lo hizo en el presente caso, cumpliéndose con la ley y condiciones el contrato, lo que no puedo tampoco estimarse como vulneratorio de garantía constitucional alguna.

Tercero: Que el recurso de protección puede conceptualizarse como una acción constitucional que cualquier persona puede interponer ante los tribunales superiores de justicia, a fin de requerirles que se adopten de inmediato las providencias que se juzgue necesarias para restablecer el imperio del derecho y asegurar la debida protección del afectado, frente a un acto u omisión arbitrario o ilegal que importe una privación, perturbación o amenaza al legítimo ejercicio de los derechos y garantías que el

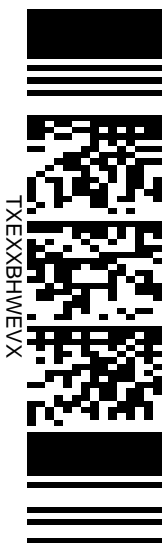


constituyente establece, sin perjuicios de los demás derechos que pueda hacer valer ante la autoridad y los tribunales correspondientes.

Tanto la doctrina como la jurisprudencia uniformemente han sostenido que esta acción tiene naturaleza cautelar, puesto que mediante ella se persigue la adopción de medidas urgentes y necesarias para el restablecimiento del imperio del derecho privado, amenazado o perturbado.

Cuarto: Que del tenor del recurso y del análisis del informe evacuado consta que el acto recurrido dice relación con la negativa a otorgar cobertura a las prestaciones médicas que efectuó precisamente en la Clínica Las Condes, la que le fue informada vía carta de 11 de abril de 2022, a la que apeló el 02 de mayo del año en curso, dándosele respuesta a través de correo electrónico el 20 del mismo mes de mayo.

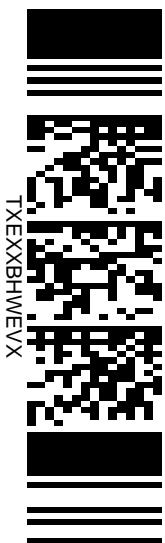
El actor estima que la negativa de la recurrida SEGUROS CLC S.A. se basa en un fundamento improcedente, por cuanto indica que *“En atención a los antecedentes evaluados para efectos de realizar la presente liquidación, el siniestro denunciado no encuentra cobertura en la póliza contratada, toda vez que 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 dorsología crónica en septiembre de 2019.”*, agregando en respuestas a su apelación que: *“Según lo indicado en su ficha clínica y en el informe médico adjuntado, Ud. Estaba en conocimiento de dorsalgias importantes (...) informado en RNM de columna de Septiembre del 2019.”*



Quinto: Por su parte, corresponde señalar como hechos no controvertidos que:

1. El actor contrató el seguro de salud denominado “Vive Mejor” con fecha 31 de diciembre 2019, póliza de Seguro N° 201907055, con la recurrida SEGUROS CLC S.A, siendo el recurrente beneficiario, encontrándose dicho contrato vigente hasta la fecha.
2. En el año 2019, después de habersele realizado una serie de exámenes médicos, se le diagnosticó al actor, dorsalgia crónica.
3. Con fecha 25 de agosto de 2021, el respectivo facultativo médico le diagnosticó al recurrente la enfermedad de “Scheuermann”.
4. Con fecha 30 de octubre del 2021 el actor fue operado, catalogándose el procedimiento de exitoso y teniendo un costo de \$34.335.440.
5. La recurrida adoptó la decisión de negar cobertura a las prestaciones médicas que se efectuaron en la Clínica Las Condes, la que le fue informada vía carta de 11 de abril de 2022, a la que apeló el 02 de mayo del año en curso, obteniendo dar respuesta a través de correo electrónico el 20 del mismo mes de mayo.

Sexto: Que en primer término es dable señalar que, el facultativo médico doctor Andrés Chahin Ferreira certificó que con anterioridad a la intervención quirúrgica efectuada al actor no se le había diagnosticado la enfermedad de “scheuermann”, la que por lo demás es distinta a la pesquisada de manera previa -año 2019- por



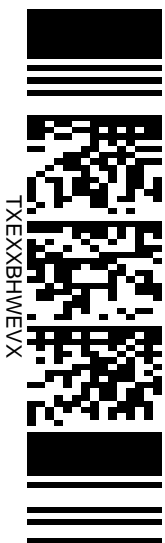
el doctor José Miguel Donoso quien sólo le diagnosticó dolsalgia crónica.

Séptimo: Que, en consecuencia, al momento en que el recurrente contrató con la recurrida el seguro en análisis -31 de diciembre de 2019- aquél no tenía ni había sido diagnosticado de la enfermedad por la que fue operado, en razón a que sólo el 25 de agosto de 2021, tomó conocimiento de la patología por la que fue finalmente operado.

Sexto: Que, en consecuencia, la decisión de no cobertura de la recurrida resulta ser ilegal y arbitraria dado que no le impedía declarar como preexistente una enfermedad que a la fecha de celebrar el contrato de seguro desconocía.

Séptimo: En consecuencia, el actuar de la recurrida deviene en ilegal, por cuanto no se sujetó a la normativa por la que debía regirse, atribuyéndose facultades o atribuciones no contempladas en la ley y el contrato -artículo 1545 del Código Civil-, conculcándose de esta forma, lo previsto en el artículo 19 N° 24 de la Constitución Política de la República, esto es, el derecho de propiedad.

Octavo: Que asimismo, el acto deviene en arbitrario, toda que se encuentran proscritas las distinciones que no se funden en la razón, en la justicia o no propendan al bien común, circunscrito en la especie a que la recurrida no dio cobertura al seguro de las prestaciones efectuadas por la Clínica Las Condes, basado en la existencia de un diagnóstico que no existía a la fecha de celebración del respectivo contrato, más aún si el propio médico del signado establecimiento de salud certificó dicha circunstancia.



Noveno: Que, en tales condiciones, el recurso de protección será acogido, en los términos que se dispondrán en la parte resolutive de la presente sentencia.

Por estas consideraciones y visto, además, lo dispuesto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y en el Auto Acordado de la Corte Suprema sobre Tramitación y Fallo del Recurso de Protección de Garantías Constitucionales, **se acoge, sin costas,** el recurso deducido a favor de don **Jorge Ignacio Pinto Carvajal** en contra de SEGUROS CLÍNICA LAS CONDES S.A., ordenándose que la recurrida otorgue la cobertura de las prestaciones médicas pactadas en la póliza de seguro N° 201907055, abarcando según el contrato, la cobertura del siniestro pactado derivado de la enfermedad de Scheuermann.

Regístrese, comuníquese y archívese en su oportunidad.

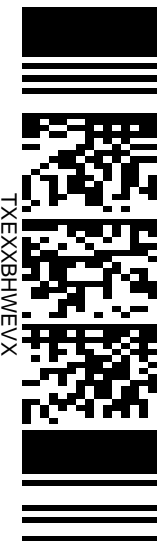
N°Protección-84892-2022.

Pronunciada por la Sexta Sala, integrada por el Ministro señora Verónica Cecilia Sabaj Escudero, el Ministro (S) señora Ana María Osorio Astorga y el Abogado Integrante señor Cristian Luis Lepin Molina.

Autoriza el (la) ministro de fe de esta Il. Corte de Apelaciones de Santiago.

En Santiago, diecisiete de octubre de dos mil veintidós, se notificó por el estado diario la resolución que antecede.

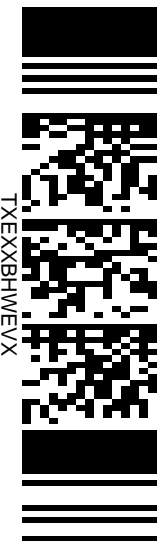




TXEXBHWVX

Pronunciado por la Sexta Sala de la Corte de Apelaciones de Santiago integrada por Ministra Veronica Cecilia Sabaj E., Ministra Suplente Ana Maria Osorio A. y Abogado Integrante Cristian Luis Lepin M. Santiago, diecisiete de octubre de dos mil veintidós.

En Santiago, a diecisiete de octubre 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 11 de Septiembre de 2022, la hora visualizada corresponde al horario de verano establecido en Chile Continental. Para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar 2 horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>.