

Santiago, ocho de octubre de dos mil veintiuno.

Vistos:

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

Y se tiene en su lugar presente:

Primero: Que don Hellmuth Gustavo Puschmann Rojas, representado por el abogado don Jorge Montecinos Araya deduce acción constitucional de protección en contra de Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., en razón de haber negado otorgar cobertura a un siniestro sufrido el presente año, acto que estima ilegal y arbitrario, vulneratorio de sus garantías consagradas en los numerales 1, 9 y 24 del artículo 19 de la Constitución Política de la República de Chile.

Explica que contrató un seguro de vida, vigente desde el día 28 de junio del año 2000, que tiene una cláusula adicional sobre prestaciones médicas de enfermedades catastróficas, que le otorga cobertura de reembolso respecto de gastos médicos incurridos con ocasión de una hospitalización, operación, y otros.

Agrega, en lo pertinente, que en el año 2010, fue diagnosticado con un cardiopatía coronaria, siendo sometido a una angioplastia, cuyos gastos, de aproximadamente \$10.000.000, fueron cubiertos con la cobertura señalada.



En esas circunstancias, en el presente año sufrió nuevos problemas de salud que derivaron en una hospitalización en el Hospital Clínico UC Christus, constatándose una serie de enfermedades como insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal crónica en peritoneo diálisis, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), enfermedad vascular periférica de extremidades inferiores y cerebro vascular, requiriendo una operación de revascularización miocárdica el día 9 de marzo del año 2021.

Al pretender activar la cobertura y ser así reembolsado por gastos superiores a \$48.000.000, añade, recibió una negativa de la recurrente, ya que ésta estimó que sus padecimientos son producto de complicaciones del mismo diagnóstico denunciado en el año 2010 y, por aplicación de la póliza contratada, no procede su cobertura.

Considera que la decisión de la compañía de seguros es ilegal y arbitraria, no existiendo fundamento para relacionar causalmente un episodio médico con el otro, considerando el tiempo transcurrido entre ambos, la naturaleza de sus afecciones, y la envergadura de la operación realizada.

Segundo: Que, al informar la recurrente, solicita el rechazo de la acción de autos, manifestando, en lo



pertinente, de acuerdo con el articulado de la póliza vigente, para que proceda el reembolso de prestaciones médicas, deben cumplirse ciertos requisitos, siendo uno de ellos, "Que el gasto se produzca dentro de treinta y seis meses corridos contados desde la fecha de emisión del documento más antiguo que sea presentado a la Compañía en el primer envío de gastos relacionado a una determinada enfermedad, que acredite su correspondiente pago y sea éste extendido a nombre del asegurado"; requisito que no se cumple, ya que el recurrente sufrió un enfermedad crónica que se debe controlar en el año 2010, correspondiendo su nueva afección del año 2021 a una complicación de la operación previa.

Tercero: Que, en contra de la sentencia dictada por la Corte de Apelaciones de Concepción que rechazó su acción, al estimar que el recurrente carece de un derecho indubitable susceptible de ser protegido por la presente vía, la actora interpuso recurso de apelación, alegando la improcedencia de la aplicación de la cláusula referida en el considerando anterior, y manifestando que decir que el siniestro denunciado el año 2021 es una simple complicación del siniestro ocurrido el año 2010 carece de sustento fáctico.

Cuarto: Que, reiteradamente, esta Corte ha expresado que el recurso de protección de garantías constitucionales establecido en el artículo 20 de la



Constitución Política de la República, constituye jurídicamente una acción de naturaleza cautelar, destinada a amparar el legítimo ejercicio de las garantías y derechos preexistentes consagrados en la Carta Fundamental, mediante la adopción de medidas de resguardo que se deben tomar ante un acto u omisión arbitrario o ilegal que impida, amague o perturbe ese ejercicio.

Quinto: Que, para resolver el presente recurso cabe mencionar que los siguientes hechos no se encuentran controvertidos:

- a) Que el año 2000 el recurrente contrató con la recurridera una póliza de seguro de vida, renovable anualmente, con coberturas adicionales, dentro de las cuales se encontraba una denominada de Prestaciones Médicas Enfermedades Catastróficas;
- b) Que el año 2010 el recurrente fue diagnosticado de "cardiopatía coronaria", por lo que fue sometido a un tratamiento quirúrgico, a raíz de lo cual denunció el siniestro y la recurridera le reembolsó en total UF 334.52.
- c) Que el año 2021, el recurrente fue diagnosticado de "enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal crónica en peritoneo diálisis, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, EPOC, enfermedad vascular periférica de extremidades inferiores y cerebro vascular", lo que



motivó una cirugía compleja de revasculación miocárdica en el Hospital Clínico UC Christus, en marzo de 2021, cuyos costos ascendieron a \$48.443.147.

Sexto: Que, a pesar de las discrepancias existentes entre las partes sobre la materia, esta Corte tiene por establecido con los antecedentes acompañados a estos autos, que producto de la dictación de la Ley 20.667 de 2013, la cobertura adicional del seguro contratado el año 2000, fue reemplazada por la denominada cobertura de Reembolso de Prestaciones Médicas, la que se encuentra vigente según aparece del informe evacuado en autos por la recurrente.

La cláusula 2 de esta cobertura señala lo siguiente en lo que interesa:

"(...) Para efectos de esta Póliza, se entenderá por daños cubiertos, aquellos gastos ambulatorios y de hospitalización razonables y acostumbrados, según lo indicado más adelante, que hayan sido efectivamente incurridos por el Asegurado y siempre que se cumplan además los siguientes requisitos copulativos: (...) Que el gasto se produzca dentro de treinta y seis meses corridos contados desde la fecha de emisión del documento más antiguo que sea presentado a la Compañía en el primer envío de gastos relacionado a un determinado Accidente o Enfermedad, que acredite su correspondiente cancelación y sea éste extendido a nombre del Asegurado. Para efectos



del otorgamiento de esta cobertura, los gastos provenientes de prestaciones que sean consecuencias y/o complicaciones relacionadas directamente a un mismo Accidente o Enfermedad, así como los que más adelante se originen como consecuencia de éste, deberán también provenir de prestaciones otorgadas dentro del plazo referido precedentemente (...).

Séptimo: Que la cobertura del siniestro denunciado por el recurrente con fecha 24 de abril de 2021, fue negada por la recurrida en los siguientes términos, según consta de la carta de fecha 6 de mayo de 2021 agregada a estos autos:

"(...) Con los antecedentes presentados por el nuevo siniestro se establece que la cirugía realizada con fecha 09 de marzo de 2021, corresponde a complicaciones del mismo diagnóstico denunciado en agosto de 2010, por lo que no corresponde considerarlo como un nuevo siniestro.

Por lo tanto, informamos que su periodo de pago de 36 meses concluyó el pasado septiembre de 2013, por lo que no proceden nuevos reembolsos por este siniestro (...).

Octavo: Que, los dichos de la recurrida para negar la cobertura de que se trata, no se encuentran amparados por ningún antecedente objetivo que lo justifique. En efecto, no se ha demostrado por algún medio que los gastos provenientes de prestaciones generadas por la intervención quirúrgica efectuada en marzo de 2021, sean

consecuencias y/o complicaciones relacionadas directamente con el evento ocurrido el año 2010; al contrario, según se lee de la carta respuesta antes referida, la negativa a dar cobertura a estos gastos obedece a la sola apreciación y decisión de la recurrente, respecto de que la cirugía realizada con fecha 09 de marzo de 2021, corresponde a complicaciones del mismo diagnóstico denunciado en agosto de 2010.

Noveno: Que, en relación con lo anterior, según consta de la documentación acompañada a estos autos por las partes y aparece del propio informe evacuado por la recurrente, la cobertura del año 2010 lo fue por los gastos de un diagnóstico de "cardiopatía coronaria", mientras que la cobertura requerida el presente año se refiere a gastos ocasionados en una intervención quirúrgica producto de una serie de enfermedades que se arrastraban con el tiempo, como son las que se describen en el recurso, no controvertidas por la recurrente, que requirieron una revascularización miocárdica o bypass, más el tratamiento post operatorio.

Décimo: Que, de los antecedentes aportados por las partes, apreciados de acuerdo a las reglas de la sana crítica, no es posible establecer lo que concluye unilateralmente la recurrente, esto es, que la intervención quirúrgica de marzo de 2021 sea consecuencia y/o complicaciones relacionadas directamente con el



evento ocurrido el año 2010; más aún si se tiene en consideración que entre ambas transcurrieron 10 años, que por la edad del recurrente (66 años) es previsible que se produzcan diversas patologías en cualquier paciente de esa edad, que la cobertura no contempla este límite de edad ni exclusiones relacionadas con ella, y que el origen del segundo denuncio tiene como antecedentes una serie de enfermedades.

Décimo primero: Que, como lo ha resuelto reiteradamente esta Corte, constituye requisito indispensable de la presente acción de amparo constitucional la existencia de un acto arbitrario o ilegal, esto es, que sea producto del mero capricho de quien incurre en él o carente de una fundamentación objetiva, o que sea contrario a la ley.

Décimo segundo: Que, por lo razonado, cabe concluir que la negativa de la recurrente a dar cobertura al denuncio efectuado con ocasión de los gastos incurridos en la intervención quirúrgica a que se sometió el recurrente, es arbitraria, porque no existen antecedentes objetivos que permitan establecer un vínculo directo entre la intervención realizada y cubierta el año 2010, con la efectuada en marzo de 2021, lo que a su vez la torna en caprichosa.



Décimo tercero: Que, en otro orden de cosas, el carácter dubitado de un derecho, que hace que la materia sea de lato conocimiento, lo que obsta a que su ejercicio sea amparado por la vía del recurso de protección, debe darse en forma previa a la interposición del mismo; sin que sea procedente utilizar este arbitro constitucional para pretender darle dicha naturaleza o transformarlo en litigioso para que sea resuelto por la jurisdicción del fondo, evitando así el amparo constitucional de urgencia de los derechos vulnerados.

Décimo Cuarto: Que, por otra parte, no es óbice a la presente acción de garantías constitucionales, la existencia de una cláusula arbitral ni lo establecido en el artículo 543 del Código de Comercio, porque como se dijo la acción de protección tiene por objeto adoptar medidas urgentes ante la privación, perturbación o amenaza en el ejercicio de las garantías constitucionales establecidas en el artículo 20 de la Carta Fundamental, lo que en ciertos casos, como en el presente, resultan incompatibles o extemporáneas con la discusión de la materia en un juicio de lato conocimiento; con mayor razón si, como se expresó, no existen antecedentes objetivos que permitan concluir que se está en presencia de un derecho



dubitado como lo pretende el recurrente.

Décimo quinto: Que, en cuanto a las garantías constitucionales cuya vulneración se denuncia y que el recurrido pretende controvertir, cabe señalar que el actuar arbitrario de la recurrente importa afectar directamente el derecho de propiedad establecido en el artículo 19 N°24 de la Constitución, desde que ello implica una disminución concreta y efectiva del patrimonio del recurrente al no cubrir las coberturas que le brindaba su póliza, por la cual pagó la prima durante 20 años, habiendo solventado con su patrimonio lo que debió ser de cargo del seguro.

Décimo sexto: Que, por lo razonado, la negativa de la compañía aseguradora recurrente a dar cobertura al siniestro de que se trata, es un acto arbitrario que priva y perturba al recurrente en el ejercicio de la garantía constitucional establecida los número 24 del artículo 19 de la Carta Fundamental.

Por estos fundamentos y lo dispuesto por el artículo 20 de la Constitución Política de la República y Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se revoca** la sentencia apelada de quince de julio de dos mil veintiuno y en su lugar se declara que **se acoge** el recurso de protección interpuesto por don Hellmuth Gustavo Puschmann Rojas, disponiéndose que la recurrente Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. debe otorgar

cobertura al denuncio del siniestro efectuado por el recurrente con fecha 24 de abril de 2021 N°367027540.

Regístrese y devuélvase.

Redacción del Abogado Integrante señor Águila.

Rol N° 49.706-2021.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E. y por el Abogado Integrante Sr. Pedro Águila Y. No firma, no obstante haber concurrido al acuerdo de la causa, el Ministro Sr. Carroza por estar con feriado legal.



XXWJWNJMNZ

Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Angela Vivanco M., Adelita Inés Ravanales A. y Abogado Integrante Pedro Aguila Y. Santiago, ocho de octubre de dos mil veintiuno.

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

