

Concepción, catorce de octubre de dos mil veinte.

VISTO:

Comparece el abogado Gerardo Lisandro Neira Carrasco, domiciliado en calle Barros Aranas N° 492, Concepción, interponiendo recurso de protección en contra de Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., representada por don Marcelo Saavedra Jorquera, Gerente Sucursal Concepción, domiciliado en Avenida Bernardo O'Higgins N° 330, Concepción.

Señala que desde el año 2001 tiene contratado con la Compañía de Seguros Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., la Póliza de Seguro de Vida A-826376, la cual incluye la cobertura adicional "Prestaciones Médicas Mayores" o también llamado SAFE, donde los asegurados son él y su grupo familiar, pagando puntualmente todas las mensualidades, por ende, cumpliendo cabalmente con el contrato de seguro. Indica que el 06 de septiembre de 2019 denunció un siniestro a la recurrida, a fin de activar la cobertura SAFE para el diagnóstico "síndrome de apnea del sueño", presentando el detalle de gastos realizados hasta ese momento, más las órdenes médicas respectivas de exámenes que justificaban ese diagnóstico, y las prescripciones médicas para su tratamiento. Que, con fecha 23 de septiembre de 2019, la empresa de Seguros Chilena Consolidada informó haber activado la cobertura para el diagnóstico apnea del sueño, es decir, que aceptaba el siniestro n° 6615512 y que por lo tanto se activaba la cobertura de la Póliza del Seguro, naciendo así para él un derecho claro e indubitado, consistente en exigir que la Compañía de Seguros solventará todos los gastos del tratamiento de su enfermedad, una vez superado el deducible y con los topes máximos que señala la Póliza contratada.



Manifiesta que debido a que los exámenes indicaron que sufre apnea del sueño severa, su médico tratante, Thomas Schmidt Putz, lo derivó al cirujano maxilo facial Juan Munzenmayer Bellolio, señalándole que dado la gravedad de la apnea se debía realizar una cirugía ortognática que contemple avanzar la mandíbula para abrir la vía inferior que es estrecha, procediéndose entonces a realizar todos los exámenes y tratamientos previos para realizar la cirugía. Agregando, que la lex artis médica indica que, para poder realizar esta cirugía, previamente debe hacerse un tratamiento de ortodoncia que armonice los arcos dentarios para que la cirugía sea viable y estable. Por lo anterior el doctor Munzenmayer lo derivó al ortodoncista Raúl Escobar Donoso, quien prescribió que previo a ponerle aparatos de ortodoncia, se requerían diversos exámenes y además que su dentadura estuviera sana.

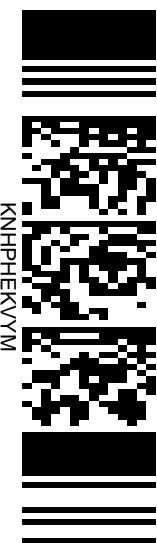
Expone, que, para cumplir las indicaciones de los profesionales médicos, se realizó consultas médicas, exámenes y tratamientos entre otros, presentando el 30 de octubre de 2019 un detalle de gastos a la Compañía de Seguros por un total de \$ 460.000, entregándole la compañía el 27 de noviembre de 2019 un informe de liquidación, y una carta indicándole que se devolvían las boletas que justificaban los gastos, ya que estos estaban comprendidos dentro de las exclusiones que indica la Póliza de Seguro. Por lo señalado, hace presente que la compañía ya había aceptado el siniestro e informado de la activación de la cobertura para su diagnóstico de apnea del sueño, entonces no entiende ese rechazo, ya que, si aceptó lo principal que es activar la cobertura para su tratamiento, está obligada entonces a aceptar lo accesorio, que es todo lo



necesario para cumplir con el tratamiento y realizar la cirugía ortognática respectiva.

Arguye, que ante el rechazo, el 02 de diciembre de 2019 presentó una impugnación, solicitando que se aceptaran los gastos médicos rechazados, basándose en que las causales de rechazo no corresponden por no ser aplicable a este caso, ya que los tratamientos dentales no son para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones, sino debido a que debe someterse a una cirugía ortognática que contemple avanzar la mandíbula para abrir la vía aérea inferior que es estrecha, debiendo previamente hacerse un tratamiento de ortodoncia que armonice los arcos dentarios para que la cirugía sea viable y estable. Que, con fecha 23 de diciembre de 2019 recibió como respuesta que no era posible acceder a la apelación, debido a que el tratamiento integral realizado tuvo como objetivo corregir una malformación de desarrollo dentofacial con el objeto de solucionar un trastorno de apnea del sueño, afirmando la recurrida que todo fue solucionado. Además de señalar que la póliza no cubría los gastos médicos cuando provienen de tratamientos dentales, ortopédicos y tratamientos para corregir malformaciones, precisando que tampoco están cubiertos los gastos de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general.

Cita como normativa aplicable al caso, la legislación referida a los Contratos de Seguro, señalada el artículo 512 y siguientes del Código de Comercio, y el Decreto Supremo 1055 del Ministerio de Hacienda, que “Aprueba nuevo reglamento de los auxiliares del comercio de seguros y procedimiento de liquidación de siniestros”, en sus artículos 20° y 21°, y arguye que el principio de indivisibilidad del siniestro, significa que las consecuencias derivadas de este lo están inseparablemente ligadas al momento



en que se ha iniciado. En el caso de autos, habiendo activado la cobertura por haber aceptado el siniestro N° 6615512, la Compañía de Seguro recurrida estaría obligada a pagar todos los gastos sin exclusión alguna, existiendo un derecho claro e indubitado para el recurrente. Además de agregar, como otro comportamiento habitual de la recurrida el de designar directamente trabajadores dependientes como liquidadores, quienes están subordinados a los intereses de su Empleador, no respetando el procedimiento establecido por las leyes y reglamentos, ni indicando que gastos fueron rechazados ni los motivos de tal rechazo, sin darle al asegurado la posibilidad de oponerse.

Concluye, estimando como garantías vulneradas las del artículo 19 de la Constitución Política de la República, en sus números 1°, al afectar su integridad física y psíquica, a raíz de obstaculizarle seguir con su tratamiento médico, la del N° 2 y N° 3°, por cuanto al resto de los asegurados se les cubren todos los gastos derivados de un siniestro una vez que este ha sido aceptado, del N° 24 debido a que al momento de habersele activado la cobertura para su diagnóstico, nació para él un derecho claro e indubitado consistente en exigir a la Compañía de Seguros que solvete todos los gastos de su tratamiento, y finalmente del N° 26 de la Carta Fundamental. Por tanto, solicita se acoja el recurso, disponiendo las medidas que sean necesarias para restablecer el imperio del derecho, y asegurar la debida protección de sus garantías, ordenando a la recurrida que se abstenga de realizar cualquier acto o presión o exigencias abusivas, ilegales y arbitrarias, tendientes a coartar sus derechos de exigir la cobertura de los Gastos Médicos Mayores ya señalada; Que deje sin efecto la carta de la recurrida de 9 de



diciembre de 2019, que rechazó los gastos correspondientes al siniestro N° 6615512; Que acepte y pague todos los gastos correspondientes al siniestro que son prescritos por los profesionales competentes para el eficaz tratamiento de la patología, sin limitación alguna, ni haciendo ningún tipo de discriminación en razón a las causas que la recurrida supone; Que en el futuro, cumpla con el DS 1055 del Ministerio de Hacienda, y con los deberes de la aseguradora ahí descritos, y que respete los derechos del asegurado que ahí se señalan, además de ordenar todas aquellas medidas que se consideren pertinentes, con costas.

Informa, Marcelo Nasser Olea, abogado en representación de Chilena Consolidada Compañía de Seguros de Vida S.A., alegando en primer lugar, la extemporaneidad del recurso, ya que la presente acción fue interpuesta el 14 de enero de 2020, y al revisar el recurso se apreciaría que las boletas de prestaciones ortodóncicas excluidas de la póliza de salud respecto de la que recurre, le fueron devueltas el 30 de octubre de 2019, para luego entregar un informe de liquidación el 27 de noviembre de 2019.

Posteriormente, alega que el recurso de protección no es la vía idónea por cuanto no se reclaman derechos indubitados, y en este caso se reclaman ante un Tribunal distinto del que el legislador estableció en el artículo 543 del Código de Comercio. En efecto, el legislador dispuso que cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto



de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria. Cita jurisprudencia en apoyo a su posición, y especialmente la causa Rol 41.339-2017 de la Corte Suprema entre las mismas partes de esta acción y en relación con el mismo contrato de salud.

En cuanto al fondo del recurso, para el improbable caso que se considere que es la única vía para dar amparo al recurrente, afirma que no existe arbitrariedad o ilegalidad por parte de su representada, ya que obró según indica la ley del contrato y el código de comercio. Que, la forma de la supuesta vulneración correspondería a una serie de conductas que el recurrente describe como abusivas, ilegales y arbitrarias, las que habrían consistido en no cubrirle una serie de prestaciones dentales u ortodóncicas que él asocia a una apnea del sueño, pero que claramente están excluidas de cobertura según la letra de la póliza, y por ello la ley del contrato, no señalando que la póliza ordene que se encuentran excluidas las prestaciones para corregir malformaciones, así como los gastos médico-dentales, exámenes, extracciones, y tratamiento dental en general.

Indica que el actor sugiere aplicar la norma de la presunción de cobertura del artículo 531 del Código de Comercio, pero silencia la más relevante que es que el asegurador sólo se obliga a indemnizar lo que está cubierto, en virtud de lo dispuesto en el artículo 529 N° 2 y no lo que está excluido, pues cualquier persona que entienda cómo se tarifica una prima sabe que éstas



se fijan en relación con el riesgo expuesto y no en relación a lo que se excluye. Además, silencia el artículo 530 del Código de Comercio que dispone que el asegurador responde de los riesgos descritos en la póliza, con excepción de las situaciones expresamente excluidas por ella. Luego, pretende aplicar una regla de pluralidad de causas en circunstancias que ni dicha pluralidad está acreditada, ni menos aquella se aplica contra exclusiones expresas. Por lo que, sostiene haber ejercido su derecho contractual al exigir que se aplique el contrato en su letra y espíritu, sin que se le pueda obligar a ir más allá de sus obligaciones so pretexto de ilegalidad o abusividad, pues aquello lesionaría de manera grave la intangibilidad contractual. Como consecuencia de ello, resultaría evidente que no ha hecho más que dar ejecución al contrato conforme lo dispone el artículo 1545 del Código Civil, lo que no puede comportar amague de derechos fundamentales en ningún modo. Por tanto, solicita el rechazo del recurso, con costas.

Se trajeron los autos en relación.

CON LO RELACIONADO Y CONSIDERANDO:

PRIMERO: Que, el artículo 20 de la Constitución Política de la República de Chile, en lo pertinente, dispone: “El que por causa de actos u omisiones arbitrarios o ilegales sufra privación, perturbación o amenaza en el legítimo ejercicio de los derechos y garantías constitucionales establecidas en la artículo 19, números”, entre otros, 1° y 24 podrá ocurrir a la Corte de Apelaciones respectiva para que ésta adopte “de inmediato las providencias que juzgue necesarias para restablecer el imperio del derecho y asegurar la debida protección del afectado, sin perjuicio de los demás derechos que pueda hacer valer ante la autoridad o los tribunales correspondientes”.



SEGUNDO: Que, el recurso de protección de garantías constitucionales establecido en dicha norma, constituye una acción constitucional de urgencia, autónoma, destinada a amparar el libre ejercicio de las garantías y derechos preexistentes que la misma enumera, mediante la adopción de medidas de resguardo que se deben tomar ante un acto u omisión arbitrario o ilegal que impida, amague o perturbe su ejercicio. Así, resulta requisito indispensable de la acción constitucional de protección, la existencia de un acto u omisión ilegal, esto es, contrario a la ley, o arbitrario, es decir, producto de una voluntad no gobernada por la razón, sino por el apetito o capricho y que provoque algunas de las situaciones o efectos indicados, afectando a una o más de las garantías protegidas por el constituyente.

TERCERO: Que, en el caso de autos el recurrente califica de ilegal o arbitrario el actuar de la recurrida, consistente en el rechazo a dar la cobertura del seguro contratado a los tratamientos de ortodoncia y exámenes asociados al mismo, todo lo cual deriva de los tratamientos a que debe someterse producto de la apnea del sueño que padece, afección que fue cursada dentro de la cobertura del seguro por parte de la aseguradora, al aceptar el siniestro N° 6615512.

CUARTO: Que, lo primero a dilucidar es la extemporaneidad del recurso, invocado por la recurrida al informar, allí hace presente que las boletas de prestaciones ortodóncicas fueron devueltas al asegurado con fecha 30 de octubre de 2019, entregando luego, con fecha 27 de noviembre de 2019, un informe de liquidación, en que claramente se declaraban excluidas de la póliza tales gastos. Luego, al ser presentado el recurso solo con fecha 08 de enero de 2020, ha sido deducido fuera del plazo fatal establecido para accionar de protección.



Tal alegación de extemporaneidad será desestimada desde luego, en atención a que, de acuerdo a los antecedentes acompañados al recurso, aparece que el recurrente envió carta a la aseguradora reclamando del rechazo a dar cobertura a los gastos por concepto de tratamiento de ortodoncia, con fecha 02 de diciembre de 2019, la que fue respondida por la recurrida con fecha 23 de diciembre de 2019, por lo que el recurso ha sido deducido dentro del plazo que el Auto Acordado de la Excm., Corte Suprema establece para la interposición de la acción de protección.

QUINTO: Que, despejado lo anterior, es preciso dejar asentado que lo que pretende la recurrente es que se declare que están comprendidos dentro de la cobertura del siniestro denunciado, el N° 6615512, los gastos asociados al tratamiento de ortodoncia a que se sometió para poder continuar con su tratamiento para controlar la apnea del sueño que padece. A su turno, la recurrida sostiene que todos los tratamientos dentales se encuentran expresamente excluidos de la póliza.

Como se puede apreciar del solo enunciado de la cuestión sometida al conocimiento de esta corte, por esta vía constitucional de protección, lo que se persigue es la declaración de un derecho que se encuentra discutido, mas no el amparo y protección de un derecho indubitado, de aquellos referidos en el artículo 20 de la Constitución Política de la República.

En efecto, tratándose de la discusión en cuanto a si la cobertura de la póliza de un seguro determinado cubre o no un riesgo en particular, ello ha de ser materia que debe ventilarse ante un tribunal arbitral, conforme al artículo 543 del Código de Comercio y ley 20.667 del 2013



SEXTO: Que, por consiguiente, el presente recurso será desestimado, por exorbitar el campo de aplicación de la acción constitucional de protección.

Por estas consideraciones y lo dispuesto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y Auto Acordado de la Excma. Corte Suprema sobre Tramitación y Fallo del Recurso de Protección de las Garantías Constitucionales, **se declara que:**

I.- SE RECHAZA, sin costas, la alegación de extemporaneidad del recurso invocada por la recurrida.

II.- SE RECHAZA, sin costas, el deducido en lo principal de la presentación de fecha 08 de enero de 2020, por al abogado Gerardo Lisandro Neira Carrasco, en contra de Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., representada por don Marcelo Saavedra Jorquera.

Regístrese, notifíquese y oportunamente archívese.

Se deja constancia que en el estudio de los antecedentes se hizo uso de la facultad contemplada en el artículo 82 del Código Orgánico de Tribunales.

Redacción del Ministro Hadolff Ascencio Molina.

Rol protección 582-2020.



Pronunciado por la Quinta Sala de la C.A. de Concepción integrada por los Ministros (as) Hadolff Gabriel Ascencio M., Camilo Alejandro Alvarez O., Reynaldo Eduardo Oliva L. Concepcion, catorce de octubre de dos mil veinte.

En Concepcion, a catorce de octubre de dos mil veinte, 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 06 de septiembre de 2020, 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>