

Santiago, treinta de diciembre de dos mil veintiuno.

Visto y considerando.

Primero: Que, comparece José Ignacio Caíndas Gebauer, abogado, domiciliado en Alameda Bernardo O'Higgins 969, piso 12, comuna y ciudad de Santiago, por si, actuando en nombre y a favor de Juan Pablo López Zamorano, administrador de restaurante, domiciliado en Seminario N°32, Depto. N°135, comuna de Providencia, y deduce acción de protección en contra de BICE Vida Compañía de Seguros S.A., representada por su Gerente General Ronald Schmidt Silva, ambos domiciliados en Avda. Providencia N°1806, por el acto ilegal y arbitrario consistente en el rechazo de cobertura del siniestro N°12561 (Denuncia correspondiente al N°11513), comunicado por correo electrónico de fecha 30 de diciembre 2020 y ratificado por correo electrónico, remitido por Loreto Campos Ramos, Ejecutiva de Clientes Preferenciales, el día 25 de marzo 2021, atentando contra el derecho constitucional protegido por los numerales 1, 9 y 24 del Artículo 19 de la Constitución Política de la República.

Solicita se ordene a la recurrente otorgar cobertura al siniestro N°12561 y a todas las futuras prestaciones que correspondan, de conformidad a la poliza vigente, con costas.

Expone que contrató un seguro complementario de salud que ofrece el mercado, con el objeto de enfrentar con tranquilidad una eventual contingencia mayor de salud, tanto personal como de su grupo familiar más cercano. Tal seguro lo contrató con BICE Vida Compañía de Seguros S.A. una Poliza de Seguro para prestaciones médicas, Poliza SPM-0511000, cuyas condiciones generales fueron incorporadas en el Depósito de Polizas de la Superintendencia de Valores y Seguros, bajo el código POL 299 003, sin perjuicio de las estipulaciones contenidas en la



Condiciones Particulares de la Poliza y con inicio de vigencia desde el 1 de noviembre de 2009.

Indica que el recurrente ingresó el 1 de octubre 2020, al Hospital Clínico de la Universidad Católica–Marcoleta, para ser intervenido quirúrgicamente. En esa oportunidad se le realizó una disección ganglionar inguinal derecha, por diagnóstico de Melanoma Maligno.

Precisa que, con posterioridad al denuncio del siniestro, Loreto Campos R., ejecutiva de la Compañía de Seguros, en correo electrónico de 25 de noviembre de 2020, le solicitó información médica adicional, para establecer, tal como se consignó: “*si se trata del mismo evento o corresponde a uno nuevo*”. Conforme a ello, se requirió un informe de biopsia actualizado (PET CT) e informe del médico tratante, según formulario que se le adjunto.

Acota que dada la gravedad del diagnóstico médico que se le comunicó y, a fin de comenzar prontamente su tratamiento, remitió con fecha 27 de noviembre 2020, también por correo electrónico, a su ejecutiva de la Compañía de Seguros, todos los antecedentes que le habían pedido.

Agrega que con fecha 28 de diciembre 2020, consta una cadena de correos electrónicos, entre funcionarios de la Compañía de Seguros, que analizaron la situación del recurrente, en uno de esos correos, la ejecutiva Loreto Campos R., hizo presente a Lorena Cuturrufo B. y Felipe Gruttner, (funcionarios de la recurrida) que “*el cliente envió documentación para apelar por resolución y no hubo respuesta. Por favor, reconsiderar la resolución, hasta dar respuesta a documentos entregados por cliente*”.

Afirma que lo anterior tiene relevancia, ya que en correo electrónico, de fecha 29 de diciembre 2020, Lorena Cuturrufo B., le contestó a Loreto Campos R., ejecutiva del recurrente, lo siguiente: “*Loreto: Buenas tardes, disculpa no responder antes, el caso ya fue visto por la Contraloría médica*



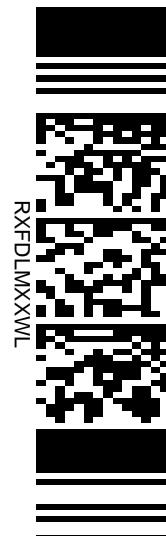
y se realizo' la liquidacion, lamentablemente yo no te envie' la respuesta a su momento". Agregando: "Luego de revisar los antecedentes médicos aportados podemos concluir que se trata del mismo evento, por lo que se mantiene la resolucion, es decir los gastos ya no tienen cobertura al superar los 4 años. Adjunto liquidacion para que se la puedas hacer llegar al cliente".

Argumenta que, con lo expuesto, queda establecida la desidia cometida por los funcionarios de la Compañía de Seguros, ya que dejaron transcurrir sin dar respuesta, más de un mes desde la entrega que habíá hecho el recurrente, de todos los antecedentes que se le habían solicitado.

Añade que recibio' con posterioridad, correo electrónico de fecha 30 de diciembre 2020, de su Ejecutiva de Clientes Preferenciales, Loreto Campo R., al cual se le adjunto' el correo electrónico de fecha 29 de diciembre 2020, antes citado, precisando que tanto en correos electrónicos como en conversaciones telefónicas e incluso en reunión por video conferencia, realizada con los funcionarios aludidos, manifestó su total disconformidad con lo resuelto, solicitando la respectiva reconsideración, atendido la inexistencia de una decisión fundada.

Afirma que, con fecha 25 de marzo 2021, el recurrente recibio' correo electrónico de su ejecutiva, mediante el cual se adjunto' carta de fecha 24 de marzo 2021, la que mantuvo el rechazo del siniestro. Esa carta fue firmada por un funcionario de la Compañía de Seguros, que no se individualizo', pero que lo hizo en nombre del Departamento Siniestros de Vida – BICE Vida Compañía de Seguros S.A.

En la respuesta de rechazo, la Compañía de Seguros, sin mayor análisis hizo referencia a informe médico emitido por el Dr. Jaime Jans B., señalando "*con fecha 17/04/2013, le diagnostico' "Melanoma maligno primario oculto", lo que fue confirmado con el informe de biopsia N°556284, por lo que la cobertura del seguro concluyo el 17/04/2017, al*



transcurrir los cuatro años de plazo que establece la poliza". Agrego, respecto a los nuevos gastos médicos presentados y la información médica que se acompañó, que se estaría en presencia de la misma enfermedad, lo anterior considerando la información aportada por la Dra. Erika Koch H.

Sostiene que concluyo, que no es posible otorgar la cobertura del seguro dado que corresponden a prestaciones médicas realizadas después del término del período de cobertura de cuatro años establecido en la poliza y relacionados con la misma enfermedad que fue diagnosticada en abril del año 2013.

Estima que dicho actuar es ilegal y arbitrario, en perjuicio del recurrente, pues de manera poco rigurosa y sin fundamentos, rechazo por una parte, la cobertura solicitada del siniestro N°12561 y por la otra, establecio una negativa de cobertura para los gastos futuros que deberá realizar para tratar de revertir el cáncer que se le declaró, es decir, una grave y costosa enfermedad que se le diagnostico y que debe tratar a la brevedad para impedir que se expanda por todo su cuerpo.

En cuanto al informe médico al que alude la recurrida en su carta de 4 de marzo 2021, mediante el cual rechazo la cobertura del siniestro, indica que fue emitido con fecha 8 de enero 2021, por la Dra. Erica Koch, médico tratante del recurrente, precisando que en él se consignó diagnóstico de melanoma etapa III en el año 2013, la cual se manifestó como metástasis ganglionar inguinal, sin primario identificado. Agregó, que realizó seguimiento estándar por 5 años (de acuerdo, a guías de recomendación internacionales, como la NCCN versión 1 de 2021), sin evidencia de recidiva de enfermedad en este período de tiempo.

Además, señalo que, en julio 2020 se evidencia metástasis de melanoma en zona inguinal derecha, sin primario identificado. Se trata con disección ganglionar en octubre 2020 y posterior radioterapia adyuvante.



La Dra. Koch finalizó indicando, que “*hemos discutido en comité oncológico y recomendamos inmunoterapia Pembrolizumab adyuvante por un año*”.

Respecto a esto último, señala que la inmunoterapia Pembrolizumab adyuvante por un año (con administración cada 21 días y con valor cada vez \$8.143.919.- según presupuesto otorgado por el Centro del Cáncer Red de Salud UC Christus, que se adjunta al presente recurso), recomendada por el comité oncológico, comenzó a ser aplicado sólo en marzo 2021, debiendo haberse iniciado en noviembre 2020, es decir, con un retardo de cuatro meses, lo que puede tener graves consecuencias para la salud y vida del recurrente.

Refiere que lo descrito por el médico tratante es fundamental para señalar que la Compañía de Seguros, al negar la cobertura tanto de los gastos ya incurridos por el recurrente como de sus futuros gastos, está cometiendo un acto ilegal y arbitrario. En efecto, ello porque la situación médica acaecida en el año 2013 (ocupando las mismas palabras de la recurrida), es un “evento” completamente distinto e independiente de la situación médica ocurrida en octubre del año 2020.

Expone que la Dra. Koch, señaló que el paciente Juan Pablo López Z., realizó seguimiento estándar por 5 años, según guías de recomendación internacionales, sin que durante todo ese tiempo se hubiese manifestado nuevamente la enfermedad. Tanto es así que la misma profesional consignó: “sin evidencia de recidiva de enfermedad en este período de tiempo”. Lo anterior permite aseverar categóricamente que, durante todos estos años, es decir, desde el año 2013 al año 2020, (o sea, durante 7 años) no existió repetición de la enfermedad, esto es, no se produjo repetición de la enfermedad poco tiempo después de terminada la convalecencia. En consecuencia, en todo ese tiempo no tuvo tratamiento ni prestaciones médicas asociadas, encontrándose completamente sano.



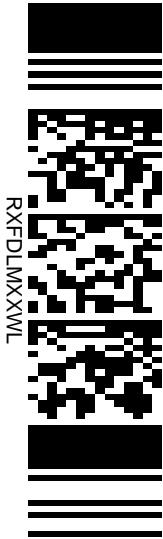
Precisa que la poliza respectiva estipula que, la Compañía de Seguros extiende, como máximo a cuatro años, el período en que continuara cubriendo los gastos que sean a consecuencia directa de una enfermedad diagnosticada durante la vigencia de la poliza. Agrega, que el plazo máximo de cuatro años se contará a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad y estará siempre limitado al tope del capital asegurado.

Arguye que la recurrente erróneamente considera que las prestaciones médicas realizadas, están relacionadas con la misma enfermedad diagnosticada en el año 2013 y, que al haber transcurrido el período de cobertura de cuatro años establecido en la poliza, no puedan ser cubiertas por el seguro en cuestión.

En cuanto al derecho, estima que se vulnera el artículo 1545 del Código Civil, al dejar de cumplir unilateralmente un contrato de seguro, siendo la decisión de la recurrente, además, arbitraria ya que de manera caprichosa y sin fundamento que la respalde, concluye que las prestaciones médicas realizadas en octubre 2020, están relacionadas con la enfermedad diagnosticada en el año 2013 y que, al haber transcurrido el período de cobertura de cuatro años establecido en la poliza, no pueden ser cubiertas por el seguro en cuestión.

Segundo: Que, informando el recurso, Rodrigo Santa María Vega, en representación de BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., pidió su rechazo con costas. Previo a toda consideración señala que el recurrente plantea una situación de interpretación médica, propia de dicha ciencia, ya que alega que las enfermedades que ha denunciado el 2013 y el 2020 son distintas.

Precisa que su decisión se basó en la misma documentación médica aportada por el recurrente. En consecuencia, el dilucidar una materia como la de autos requeriría de un profundo análisis empírico, pericial, probanzas,



ya que lo controvertido tiene un componente de la ciencia médica y más auñ, las posturas antagoñicas de las partes se basan en los mismos antecedentes, razoñ de sobra para sostener que este asunto no puede ser resuelto sino dentro de un debido proceso y de lato conocimiento.

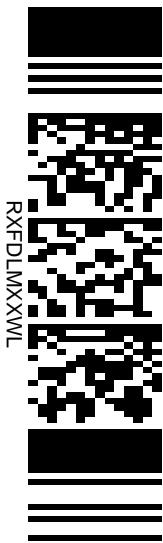
Argumenta que mediante informe que acompañá, su asesoría médica explica detalladamente los fundamentos médicos y técnicos de su proceder, precisando que la enfermedad denunciada en el año 2013 y en 2020 es la misma.

Añade que el recurrente continuá con su enfermedad, la cual es croñica, de la que no ha sanado, apareciendo metañtasis de un mismo tipo de tumor (Melanoma) de acuerdo al estudio histológico (biopsia) que indica el tipo de célula y marcadores específicos. En Julio de 2020 nuevamente se palpa aumento de volumen en la zona inguinal derecha (igual zona que la del 2013)

Afirma que según su asesoría médica, se trata de un cáncer de Piel (Melanoma) que ha generado metañtasis ganglionar, siendo necesario indicar que el Melanoma es un Cáncer que habitualmente reaparece en cualquier parte del organismo. Añade que un mismo Tumor Histológico (Melanoma) que se presenta en las 2 oportunidades (2013 y 2020, como Metañtasis ganglionar en el mismo sitio y mismo grupo ganglionar (zona Inguinal derecha) sin identificació del Tumor Primario y que la propia médico tratante Erica Cristina Koch Hein, define como "recurrencia" y "recaída" indicando con ello que están íntimamente relacionados.

Refiere que de la Anamnesis del recurrente que la focalizació de su enfermedad es la misma (zona inguinal derecha). Argumento objetivo y científico para sostener que es la misma enfermedad y, por ende, no goza de cobertura.

Argumenta que la poliza de seguro contempla un plazo máxmo de 4 años, para que operen las coberturas de reembolso de gastos



hospitalarios y ambulatorios de todo asegurado cuando se trate de un mismo accidente o enfermedad, siendo una limitación temporal, no así una limitación de monto a indemnizar, ya que la suma máxima de capital asegurado es de 25.000 unidades de fomento. (Art. 1 condiciones particulares).

Alega la inexistencia de derechos preexistentes, ya que no es efectivo que el recurrente tenga hoy derecho a indemnización, ya que las enfermedades denunciadas (2013 y 2020) son un mismo evento, precisando que es la póliza y sus cláusulas las que en definitiva otorgan a derechos a las partes en la medida que se cumpla con lo contratado, no existiendo incumplimiento contractual de su parte. Añade que el contrato de seguro no contempla cobertura más de 4 años por una misma enfermedad.

Añade que no estamos en presencia de derechos indubitados.

Finalmente, indica que el recurso de protección actuara subsidiariamente, esto es, en ausencia de otras acciones, o cuando aparezca que dichas acciones no son capaces de otorgar una solución efectiva al recurrente, indicando que un ejemplo de esto es la facultad que tiene la Recurrente – y que no ha ejercido- de acudir al arbitraje.

Tercero: Que, el recurso de protección de garantías constitucionales, consagrado en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, constituye una acción cautelar o de emergencia, destinada a amparar el legítimo ejercicio de las garantías y derechos preexistentes, que en esa misma disposición se enuncian, mediante la adopción de medidas de resguardo que se deben tomar ante un acto u omisión arbitrario o ilegal que impida, amague o moleste ese ejercicio. Luego, es requisito indispensable de la acción de protección la existencia, por un lado, de un acto u omisión ilegal -esto es, contrario a la ley- o



arbitrario -producto del mero capricho o voluntad de quien incurre en él- y que provoque algunas de las situaciones que se han indicado.

Cuarto: Que, el acto que se califica de ilegal y arbitrario, radica en el hecho de que la recurrente no haya prestado las coberturas pactadas en el contrato de seguro al siniestro N° 12561, por estimar la recurrente que estas responden a un mismo evento, y cuya cobertura, según la póliza, ha expirado.

Quinto: Que, en la especie, no resulta ser una cuestión controvertida, la circunstancia de que las partes se encuentran vinculadas a través de la Póliza SPM 0511000, vigente desde el 1 de noviembre de 2009.

Sexto: Que, de conformidad a lo prescrito en el artículo 512 del Código de Comercio, por el contrato de seguro se transfieren al asegurador uno o más riesgos a cambio del pago de una prima, quedando éste obligado a indemnizar el daño que sufriere el asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones pactadas.

El artículo 513 letra x) del mismo cuerpo normativo, define el siniestro como “*la ocurrencia del riesgo o evento dañoso contemplado en el contrato*”.

A su turno, el artículo 588 inciso 5° del Código del ramo, prescribe, en cuanto a los seguros de salud, “*que el asegurador se obliga a pagar, en la forma estipulada en el contrato, los gastos médicos, clínicos, farmacéuticos, de hospitalización u otros en que el asegurado incurra, si éste o sus beneficiarios requieren de tratamiento médico a consecuencia de enfermedad o accidente*”.

Séptimo: Que, el vocablo “*evento*”, que es lo que en definitiva genera la discusión en la especie, es definido por la RAE como: “*Eventualidad, hecho imprevisto, o que puede acaecer*”; Por su parte, el



Diccionario Larousse define el referido vocablo como “*Acontecimiento imprevisto*”, como sinónimo de suceso.

Octavo: Que, teniendo a la vista los antecedentes aportados por las partes, es posible establecer los siguientes hechos relevantes:

1) Que, la póliza de seguro que vincula a las partes de este juicio, corresponde a un seguro de salud, el cual en su artículo 1° de las Condiciones Generales obliga, en síntesis, al asegurador, reembolsar los gastos médicos razonables y acostumbrados efectivamente incurridos por el asegurado; El artículo 3° entrega un conjunto de definiciones, revistiendo importancia para este asunto el N° 5 del referido artículo, que define enfermedad como *“toda alteración de salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico”*; Luego, las condiciones particulares de la póliza en su artículo 1°, al tratar las coberturas, se indica que *“la compañía extiende, como máximo a cuatro años el periodo en que continuará cubriendo los gastos hospitalarios y ambulatorios de un asegurado, que sean consecuencia directa de un accidente ocurrido o de una enfermedad diagnosticada durante la vigencia de la póliza (...) El plazo máximo de 4 años se contará a partir de la fecha del accidente o del diagnóstico de la enfermedad (...)”*;

2) Que, el informe de Anamnesis evacuado por la Médico Oncóloga Erica Koch Hein, de 8 de enero de 2021, indica que en el año 2013 el protegido presentó como diagnóstico un melanoma en etapa III, manifestándose con metástasis ganglionar inguinal, y se trató con cirugía, **sin evidencia de recidiva** por un lapso de 5 años; luego, en julio de 2020 se evidencia metástasis de melanoma en zona inguinal derecha, tratándose en octubre de 2020 con una disección ganglionar y posterior radioterapia;

3) Que el informe de asesoría técnica acompañado por la recurrente, haciendo una revisión del padecimiento clínico del actor, estima que este



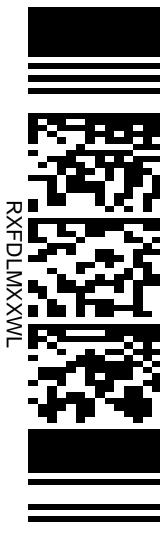
responde a la misma enfermedad del año 2013, y por ende concluye que el cáncer ha recurrido y ha tenido una recaída.

Noveno: Que, el diccionario de la RAE define “recidiva” como “*la reaparición de una enfermedad algún tiempo después de padecida*”. En este punto, es posible detectar que la póliza que vincula a las partes, ni en sus condiciones generales ni en sus condiciones particulares define cuánto tiempo se entenderá para entender que una misma enfermedad quede sujeta a la cobertura de la póliza. En efecto, solo la cláusula 1° de las Condiciones Particulares indica un criterio temporal para estimar que desde el diagnóstico la enfermedad podría tener cobertura por 4 años desde el diagnóstico, sin embargo, nada indican las condiciones de la póliza qué ocurre si el paciente recupera su condición de salud y presente posterior a ese evento, un padecimiento de similar o misma naturaleza.

El plazo de cuatro años como máximo es para cubrir la cobertura, esto es, desde que ocurre un evento, éste será cubierto hasta 4 años, transcurrido ese término ya no hay cobertura. De esta manera el evento del año 2013, solo pudo ser reembolsado hasta el año 2017.

Décimo: Que, en lo relativo a la diversidad de eventos, es preciso consignar que en la especie, aconteció que si bien en el año 2013 el protegido fue diagnosticado con un melanoma en etapa III –que fue intervenido quirúrgicamente y no presentó por largo tiempo evidencia de una reaparición de la enfermedad–, el evento acontecido en el año 2020, pese a ser de la misma naturaleza, responde a uno diferente al del año 2013, no resultando justificable, que la recurrida niegue de manera arbitraria la aplicación de las coberturas de salud respectivas.

Undécimo: Que, a mayor abundamiento, y como se enunciare con anterioridad, la póliza de seguro vigente entre las partes, no contiene un tratamiento específico de qué ocurre cuando el paciente recupera su



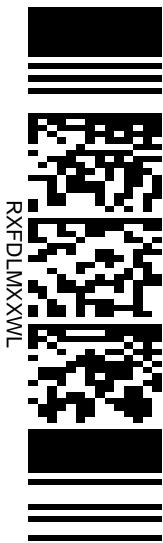
estado de salud y se ve enfrentado nuevamente a un evento que pone en jaque su condición. En ese sentido la falta de explicación contenida en la póliza es un defecto que debe ser asumido por el asegurador, aplicando la regla de interpretación del artículo 1566 inciso 2º del Código Civil, norma que resulta aplicable por lo prescrito en el artículo 2º del Código de Comercio, al provenir el vicio en la póliza de una falta de explicación por parte del asegurador.

Duodécimo: Que, así las cosas, es dable concluir que el actuar de la recurrente ha vulnerado la garantía constitucional del artículo 19 N° 24 de la Constitución Política de la República, al devenir el actuar de la aseguradora en arbitrario, al interpretar la póliza de seguro en un sentido que no ha sido debidamente explicado por su parte ni en las condiciones generales ni particulares, gravando injustificadamente el patrimonio del protegido, quien pese a cumplir con el pago de la prima, no puede hacer efectiva las prestaciones pactadas.

Asimismo, se vulnera la garantía constitucional del artículo 19 N° 1 de la Carta Fundamental, toda vez que, de accederse a las coberturas pactadas en el seguro, permite al actor poder costear el tratamiento que le permitiría al menos, mejorar su condición de sobrevida, mejorando su calidad de vida.

Se descarta que en la especie concurra una vulneración a la garantía del artículo 19 N° 9 de la Constitución, toda vez que lo garantizado a través de la acción de protección, conforme lo prescribe el artículo 20 de la Carta Fundamental, es la libertad de elección entre el sistema público o privado de salud, situación que en la especie no se vulnera.

En mérito de lo razonado, disposiciones legales citadas y visto, además, en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y en el Auto Acordado sobre Tramitación y Fallo del Recurso de Protección de



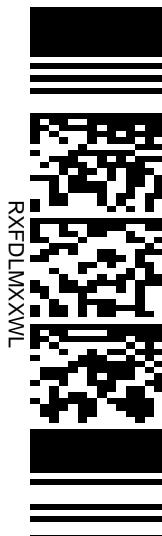
Garantías Constitucionales, **se acoge**, sin costas, el recurso de protección interpuesto por Jose' Ignacio Cañadas Gebauer, abogado, en favor de Juan Pablo López Zamorano, en contra de BICE Vida Compañía de Seguros S.A., representada legalmente por su Gerente General, Sr. Ronald Schmidt Silva, disponiéndose que la recurrente deberá prestar las coberturas pactadas en la póliza, valorizando las prestaciones médicas a reembolsar conforme a los términos contratados.

Regístrese, comuníquese y archívese en su oportunidad

Redacción del Ministro Miguel Eduardo Vázquez Plaza.

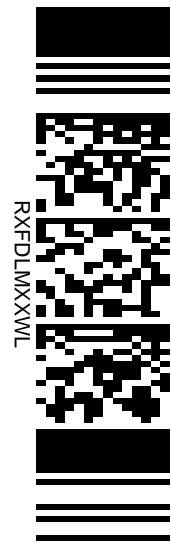
No firma la Ministra (s) señora Bustamante, no obstante haber concurrido a la vista de la causa y del acuerdo, por haber cesado funciones en esta Corte.

Rol Corte N° 4949-2021 (Protección).



Pronunciado por la Novena Sala de la C.A. de Santiago integrada por Ministro Miguel Eduardo Vazquez P. y Abogado Integrante Patricio Ignacio Carvajal R. Santiago, treinta de diciembre de dos mil veintiuno.

En Santiago, a treinta de diciembre de dos mil veintiuno, 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 05 de septiembre de 2021, 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>.