

Antofagasta, a siete de junio de dos mil veintiuno

VISTOS:

La comparecencia de Paulina Andrea Orellana Fadic, domiciliada en Galleguillos Lorca N°1693, departamento 2501 de esta ciudad, quien interpuso recurso de protección en contra de Bice Vida Compañía de Seguros S.A., representada legalmente por Andrés Varas Grenee, solicitando que se le ordene el pago de las coberturas rechazadas, abarcando íntegramente los siniestros denunciados y adoptando las providencias necesarias para reestablecer el imperio del derecho, con costas.

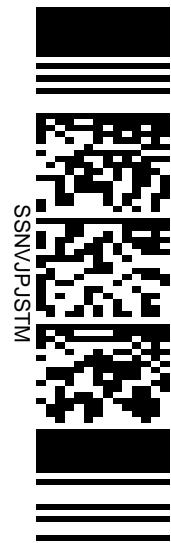
Informó la recurrente, solicitando el rechazo del recurso.

Puesta la causa en estado, se trajeron los autos para dictar sentencia.

CON LO RELACIONADO Y CONSIDERANDO:

PRIMERO: Que el recurso se fundó en la existencia de un acto ilegal y arbitrario del recurrente, consistente en negarse a otorgar la cobertura del seguro contratado alegando preexistencia, sin perjuicio de que el diagnóstico de la patología se materializó el veinticinco de agosto de dos mil veinte, fecha en la que el contrato ya se encontraba vigente. Lo anterior, vulnerando las garantías contenidas en el artículo 19 N°1, 9 y 24 de la Constitución Política de la República.

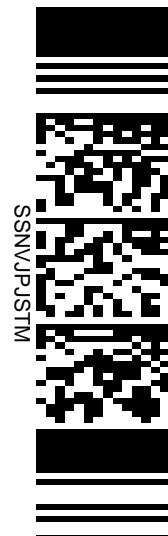
Señaló que el uno de junio de dos mil veinte, Erik Portilla Muñoz se incorporó como beneficiario titular de un seguro colectivo de salud administrado por la recurrente, e incluyó a la recurrente como beneficiaria. Así, las partes se encuentran vinculadas a través de la póliza COLL-19081-00 de fecha dieciocho de junio de dos mil veinte, y cuya cobertura se extiende entre el uno de junio del mismo año y el treinta



y uno de mayo del presente. Además, a la fecha de la contratación, no existía diagnóstico médico alguno.

En este contexto, el uno de abril del presente, don Erik fue notificado del rechazo de las atenciones médicas de la actora, correspondiente a las intervenciones quirúrgicas efectuadas el cuatro de septiembre y diecinueve de noviembre de dos mil veinte, porque la patología se encontraba en estudio y/o tratamiento previo al inicio de la vigencia del seguro, de acuerdo a exámenes ecográficos y radiológicos de abril del mismo año. Lo anterior, de conformidad a lo establecido en las condiciones generales de la póliza, en su artículo 7 letra a), sobre exclusiones. Lo decidido fue apelado, pero se mantuvo el rechazo.

No obstante, la causal de denegación de cobertura no se configura, puesto que no hay una preexistencia. Ello, porque el veinticinco de agosto se realizó un examen de resonancia magnética de abdomen, en virtud del cual se diagnosticó coledocolitiasis primaria (cálculos en el conducto biliar), siendo esta la única vía para otorgar un diagnóstico fidedigno de la patología. En virtud de dicho diagnóstico, se realizaron las dos intervenciones quirúrgicas que se indicaron. Posteriormente, se realizaron otras dos operaciones, el doce y dieciséis de enero del presente, respecto de las cuales no se ha dado respuesta formal de la solicitud de reembolso. Sin perjuicio de ello, un funcionario de la entidad le informó verbalmente que estas serían igualmente rechazadas, por derivar del mismo diagnóstico. En consecuencia, la aseguradora niega dar cobertura de copago ascendiente a la suma de \$1.139.576.- por las dos primeras intervenciones y \$686.383.- y \$1.758.680.-, por la tercera y cuarta, respectivamente.



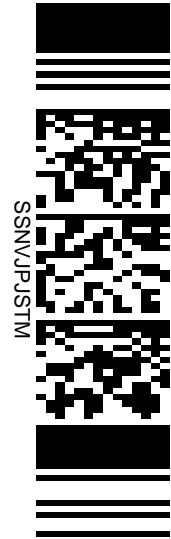
Hizo presente que en este caso no es efectivo que se configure una preexistencia, puesto que la enfermedad no había sido diagnosticada previo a la suscripción de la póliza. La determinación certera de la enfermedad ocurrió únicamente en agosto de dos mil veinte.

La recurrente se funda en que existen exámenes previos de abril de dos mil veinte, una ecotomografía abdominal que como impresión diagnostica indica "Como único hallazgo se observa barro biliar ocupando aproximadamente 1/4 de la luz de la vesícula biliar", es decir, no se determina la existencia de cálculos. Además, se basa en radiografía de abdomen de la misma fecha, en la que el médico radiólogo señala no haber detectado hallazgos patológicos significativos. Asimismo, el veintinueve de julio del mismo año, se realizó otra ecotomografía abdominal en la que se indicó "examen sin hallazgos de significado patológico".

Concluyó solicitando que se ordene a la recurrente al pago de las coberturas rechazadas, abarcando íntegramente los siniestros denunciados, correspondientes a las intervenciones quirúrgicas de fechas cuatro de septiembre y diecinueve de octubre de dos mil veinte y las que corresponden a hospitalizaciones de fechas doce y quince de enero del presente, adoptando las providencias necesarias para re establecer el imperio del derecho, con costas.

SEGUNDO: Que informó el abogado Rodrigo Santa María Vega, en representación de BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., solicitando el rechazo del recurso.

Indicó que al momento de suscribir la póliza de seguros, el beneficiario titular estaba obligado a informar el estado de salud de su grupo familiar, debiendo ser sincero en su actuar. No obstante, esa declaración fue dejada en blanco, omitiendo el estado de salud de la recurrente, quien

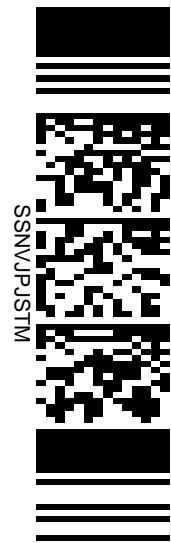


ya tenía una enfermedad en el sistema digestivo. En concreto, la recurrente presentaba una prótesis biliar previa, es decir, un elemento incorporado en su cuerpo, en virtud de una intervención anterior, lo que constituye una enfermedad preexistente del sistema digestivo, puesto que la recurrente ya había sido intervenida por una obstrucción de la vía biliar.

Además, lo descrito anteriormente se confirma en la Colangio Pancreatografía Endoscópica realizada por Dr. Nasser Eluzen el cuatro de septiembre de dos mil veinte, en donde se describe el retiro de la prótesis. Así, es en este procedimiento que reflejó la impresión diagnóstica de Coledocilitiatis, se extrajo la prótesis biliar descrita previamente en la radiografía de veintisiete de abril de dos mil veinte. En consecuencia, la enfermedad biliar es precedente al ingreso al seguro, ya que de acuerdo a la radiografía y a la colangio pancreatografía endoscópica posterior, la recurrente fue sometida a un procedimiento en el cual se colocó previamente una prótesis que estaba obstruida. Por lo tanto, los procedimientos exámenes posteriores se efectuaron para controlar el funcionamiento de la prótesis y por sintomatología asociada a la enfermedad obstructiva.

Concluyó por tanto, que la recurrente actuó legal y sin arbitrariedad, de conformidad a las condiciones generales y particulares de la póliza de seguros. En este contexto, se rechazó el denuncio de cobertura de los gastos médicos, debido a la configuración de la exclusión de cobertura de enfermedades y dolencias preexistentes, de conformidad al artículo 7 letra a).

Adicionalmente, la recurrente alegó que la acción de protección no es la vía idónea para conocer estas materias,



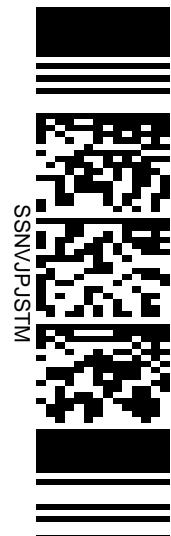
porque el motivo de la controversia dice relación con la interpretación de cláusulas contractuales y obligaciones precontractuales incumplidas, las que deben ser conocidas a través de un juicio de lato conocimiento. Además, no resulta efectivo que la recurrente sea titular de derechos preexistentes e indubitados, susceptibles de ser reclamados por esta vía.

En consecuencia, cualquier materia relativa al cumplimiento e interpretación de las cláusulas de los contratos, deben ser conocidas de conformidad a la cláusula compromisoria pactada en el artículo 28 de la póliza, que otorga competencia a un juez arbitro.

Finalmente, en cuanto al concepto de preexistencia, indicó que este está regulado en el artículo 591 del Código de Comercio, situación que en este caso se configura, atendido a que no es posible afirmar que al momento de suscribirse la póliza, el recurrente no tuviera conocimiento de que existía una prótesis en su cuerpo o que ello derivaba de una enfermedad o dolencia previa del sistema digestivo.

TERCERO: Que de conformidad a lo establecido en el inciso primero del artículo 20 de la Constitución Política de la República el recurso de protección de garantías constitucionales constituye jurídicamente una acción de naturaleza cautelar, destinada a amparar el legítimo ejercicio de las garantías y derechos preexistentes que en esa misma disposición se enumeran, mediante la adopción de medidas de resguardo que se deben tomar ante un acto arbitrario o ilegal que impida, amague o moleste ese ejercicio.

CUARTO: Que el recurso de protección, como acción cautelar de urgencia, carece de las garantías procesales de



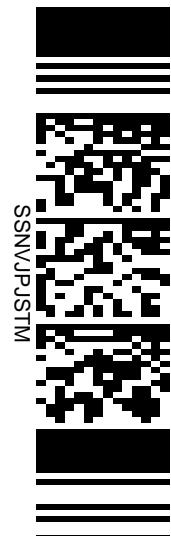
un juicio declarativo de lato conocimiento, razón por la que sólo ampara derechos no controvertidos o indubitados.

En este sentido, un acto u omisión es arbitrario cuando carece de razonabilidad, de fundamentación suficiente, de sustentación lógica, es decir, cuando no existe razón que lo fundamente y quien actúa lo hace por mero capricho.

El acto u omisión será ilegal cuando no reúne los requisitos legales, es contrario a derecho o a la ley o no se atiene estrictamente a la normativa legal vigente.

QUINTO: Que de la acción se desprende que lo que la recurrente alega como actos ilegales y/o arbitrarios, consiste en la negativa de la aseguradora a otorgar la cobertura del seguro contratado, alegando preexistencia de las enfermedades intervenidas con posterioridad a la suscripción de la póliza, sin perjuicio de que el diagnóstico de la patología se habría materializado el veinticinco de agosto de dos mil veinte, fecha en la que el contrato ya se encontraba vigente.

SEXTO: Que de las presentaciones efectuadas por las partes, es posible advertir que no estamos en presencia de derechos con carácter de indubitados, sino que - por el contrario - se trata de pretensiones contrapuestas de las partes. Ello, ya que la controversia se enmarca en determinar si la recurrente tenía conocimiento - al momento de la suscripción de la póliza y declaración personal de salud efectuada por su marido - de que padecía la enfermedad "coledocolitiasis primaria". Lo anterior, ya que la existencia de dicho conocimiento, permitiría determinar si es posible o no la aplicación de la exclusión de cobertura de seguro, de conformidad al artículo 7º letra a) de las Condiciones Generales del Seguro de Salud, y en consecuencia, si la actuación de la recurrente se ajustó a derecho.



Por lo tanto, de lo previamente indicado deriva que la discusión de autos escapa del objeto del recurso de protección, acción de naturaleza cautelar y de emergencia, toda vez que para resolver la controversia, se requiere acreditar una serie de aspectos relacionados al cumplimiento o incumplimiento de cláusulas contractuales e interpretación de las mismas, y en particular, si la prótesis que tenía la recurrente en forma previa a la suscripción de la póliza, corresponde a una patología relacionada a la diagnosticada tras la contratación, de lo que derivaría el conocimiento previo de la misma. Entonces, necesario resulta que la materia sea conocida a través de un juicio de lato conocimiento, donde las partes puedan efectuar alegaciones y rendir la prueba que estimen pertinente.

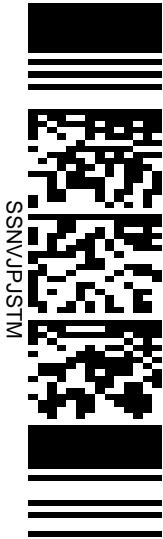
SÉPTIMO: Que, por lo anteriormente expuesto, no tratándose de derechos indubitados y contando la recurrente con las vías jurisdiccionales para impugnar la decisión de la compañía de seguros recurrida, es que deberá rechazarse el recurso.

OCTAVO: Que no se condena en costas a la recurrente, por estimarse inconveniente.

Por estas consideraciones y de acuerdo, además, con lo dispuesto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y Auto Acordado de la Corte Suprema sobre Tramitación del Recurso de Protección de Garantías Constitucionales, **SE RECHAZA sin costas**, el recurso deducido **Paulina Andrea Orellana Fadic** en contra de **Bice Vida Compañía de Seguros S.A.**, representada legalmente por Andrés Varas Grenée.

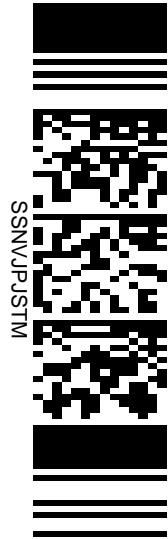
Regístrate y comuníquese.

Rol 3002-2021 (PROT)



Pronunciado por la Segunda Sala de la C.A. de Antofagasta integrada por los Ministros (as) Oscar Claveria G., Jasna Katy Pavlich N., Juan Opazo L. Antofagasta, siete de junio de dos mil veintiuno.

En Antofagasta, a siete de junio 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 04 de abril de 2021, la hora visualizada corresponde al horario de invierno establecido en Chile Continental. Para la Región de Magallanes y la Antártica Chilena sumar una hora, mientras que para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar dos horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>