

C.A. de Santiago

Santiago, veintitrés de abril de dos mil veinticinco.

VISTO Y CONSIDERANDO

PRIMERO: Que con fecha 28 de octubre de 2024, comparece doña Elke Lorene Von Loebenstein Manzur, periodista, cédula nacional de identidad N°8.825.949-1, representada por don Luis Alejandro Valdivia Zamorano, interponiendo recurso de protección en contra del Hospital Clínico Universidad de Los Andes, representado legalmente por don José Antonio Guzmán Cruzat, y en contra de Help Seguros De Vida S.A., representada legalmente por doña Carolina Yoshie Guzmán Tanaka, por haber incurrido en actuaciones arbitrarias e ilegales, consistentes, en la negativa del Hospital Clínico de activar la denominada "Ley de Urgencias", conforme a lo previsto en la Ley N°19.650, durante dos episodios en que estuvo hospitalizada, impidiendo que Isapre Banmédica le otorgue cobertura en los términos dispuestos en el referido cuerpo legal; y por la negativa de HELP SEGUROS DE VIDA S.A. de activar la Póliza de Salud de Alto Costo contratada, destinada a otorgar cobertura a las prestaciones médicas que no fueron cubiertas y/o bonificadas por la Isapre.

Considera que estas actuaciones son ilegales y arbitrarias, ya que vulneran sus derechos a la integridad física y psíquica, a la igualdad ante la ley y el derecho de propiedad, garantizados en los numerales 1°, 2° y 24° del artículo 19 de la Constitución Política de la República, por lo que solicita que se declare que los recurridos han actuado ilegalmente, ordenando al Hospital calificar ambas hospitalizaciones bajo la Ley de Urgencia y a la aseguradora activar la póliza respecto de los copagos generados.

Expone que con fecha 09 de julio de 2020 contrató en Help Seguros De Vida S.A. la Póliza N°24503 del seguro denominado "SIEMPRE PROTEGIDO CATASTRÓFICO", ahora "SALUD ALTO COSTO", vigente a la fecha, oportunidad en que declaró expresamente como enfermedades preexistentes insuficiencia



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: DWXWXUJEXWC

cardiaca y fibrilación auricular, cuyo diagnóstico fue determinado en el año 2004. Se excluyó de dicha cobertura todos los gastos generados por cardiopatía por arritmia, tratamiento anticoagulante, insuficiencia cardiaca, tratamientos médicos o quirúrgicos derivados, sus consecuencias y/o complicaciones. En el seguro contratado mantiene como beneficiarios adicionales a su marido, Pedro Navarrete, y a sus dos hijos menores de edad, Pedro Pablo y Raimundo, ambos de apellidos Navarrete Von Loebenstein, quienes jamás han hecho uso de este seguro.

Por otra parte, indica que se atiende periódicamente en la Clínica recurrida, al encontrarse cercana a su domicilio, manteniendo controles médicos hasta el día de hoy, y que la cobertura otorgada por su Isapre (Banmédica) en la referida clínica alcanza el 70%. Relata que el 21 de diciembre de 2023 ingresó a la Clínica Los Andes con compromiso de conciencia, producto de una falla multisistémica, que comprendió, según consta en la epicrisis, un infarto cerebral, bacteriemia, insuficiencia cardiaca descompensada, infección asociada a catéter (instalado durante la hospitalización), miocardiopatía e insuficiencia renal aguda. Debido a su delicado estado de salud, el equipo médico decidió intubarla y sedarla en la UCI, con posterior traslado a pabellón para trombectomía y la instalación de un catéter, a cargo del neurocirujano Dr. Luis Contreras, activando para esos efectos la Ley de Urgencia. El día 25 de diciembre de 2023 fue trasladada a la Unidad de Tratamientos Intensivos (UTI), donde se mantuvo al menos hasta el día 06 de enero de 2024, fecha en que fue trasladada a la Sala de Medicina al haber evolucionado "favorablemente". Dado la aparente estabilidad clínica que mantenía hasta entonces, sin perjuicio de la infección del catéter que le fue instalado durante la trombectomía, se realizó una reunión interdisciplinaria entre los facultativos para discutir su caso y definir planes a seguir. Los médicos tratantes resolvieron que debía mantenerse hospitalizada en su domicilio bajo estrictas indicaciones médicas para tratar la infección al catéter. El alta médica se realizó el día 15 de enero de 2024.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: DWXWXUJEXWC

Manifiesta que con gran dificultad pudo retomar progresivamente en el mes de marzo de 2024 su vida familiar y profesional, manteniendo estrictos controles médicos con el equipo que le asistió en la Clínica recurrida. Lamentablemente, los facultativos no lograron acertar inicialmente con el tratamiento farmacológico adecuado, lo que implicó que, desde su alta médica, ocurrida el 15 de enero de 2024, no pudiera estabilizarse completamente. Se mantuvo permanentemente con dificultad para respirar, lo que le impidió desplazarse con normalidad y descansar adecuadamente debido a la escasa oxigenación que presentaba.

Añade que tuvo un notorio cambio físico debido a la grave retención de líquidos que afectaba todo su cuerpo, circunstancia que se agravó con el transcurso de los días, pese a que cumplió cada una de las indicaciones médicas y los fármacos recetados.

Hace presente que el 4 de abril de 2024 concurrió a la consulta del Dr. Manuel Espíndola Silva, especialista en cirugía vascular, facultativo que la atendió el 21 de diciembre de 2023. Sus piernas se encontraban notoriamente inflamadas, impidiéndole incluso poder utilizar pantalones, el Dr. Espíndola llamó inmediatamente al cardiólogo Dr. Marcelo Llancaqueo Valeri, quien también la trató en el primer episodio. Ambos facultativos fueron concluyentes en sostener que se encontraba en RIESGO VITAL, instruyendo a su marido que inmediatamente la ingresara por la vía de Urgencia de la Clínica recurrida, al estimar que su vida se encontraba en peligro, descartando cualquier posibilidad de ingresar a otro centro asistencial o regresar al día siguiente. Con ayuda de su marido, procedió a ingresar a la Unidad de Urgencia de la Clínica, donde la atendió aparentemente el Dr. Simon Kaufman, quien determinó ingresarla inmediatamente a la UCI. Se mantuvo en dicha unidad durante algunos días, dándole el alta médica el día 11 de abril, es decir, estuvo un total de 8 días hospitalizada. De acuerdo a la epicrisis de este segundo episodio, su diagnóstico de alta fue Insuficiencia Cardíaca, asociado al infarto cerebral (primer episodio) ocurrido en diciembre de 2023.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: DWXWXUJEXWC

Indica que, hasta la fecha del segundo episodio clínico, desconocía el estado de cuenta del primer episodio de hospitalización. Sin embargo, a partir de la información proporcionada por personal de la clínica y los propios médicos tratantes, siempre tuvo la convicción de que, al encontrarse en riesgo vital en ambas hospitalizaciones, éstas habían sido calificadas bajo el procedimiento de la Ley de Urgencia.

Expone que el día 24 de agosto de 2024, su marido recibió un correo electrónico remitido por la Clínica Los Andes, cuyo asunto era "AVISO DE CUENTA", en el cual se indicaba el copago final por pagar de \$3.639.021 (tres millones seiscientos treinta y nueve mil veintiún pesos) asociado al segundo episodio (04 al 11 de abril de 2024). Precisa que el correo enviado no adjuntaba detalle del estado de cuenta, ni tampoco especificaba si la hospitalización se había acogido o no a la Ley de Urgencia. En tal sentido, consultada la Clínica respecto del estado de cuenta y detalles del mismo, les indicó que debían reclamar a la Compañía de Seguros Help, ya que ésta se habría negado a otorgar cobertura por haber sido calificada el ingreso a partir de una enfermedad preexistente.

Agrega que tres días después, el 27 de agosto de 2024, su marido recibió otro correo correspondiente al cobro del primer episodio (21 de diciembre de 2023 al 15 de enero de 2024), por la cantidad de \$5.394.388 (cinco millones trescientos noventa y cuatro mil trescientos ochenta y ocho pesos), en el cual se menciona expresamente que había sido acogido a la Ley de Urgencia. Este pago fue documentado con 10 cheques de \$539.438 (quinientos treinta y nueve mil cuatrocientos treinta y ocho pesos) el día 30 de agosto de 2024.

Refiere que el 5 de septiembre de 2024, su marido recibió un nuevo cobro asociado al primer episodio, ahora por la cantidad de \$15.586.860 (quince millones quinientos ochenta y seis mil ochocientos sesenta pesos). Es decir, la Clínica recurrida respecto del primer episodio confusamente emitió dos estados de cuenta por el mismo período en que se mantuvo hospitalizada, donde en uno se aplicaba la Ley de Urgencia y en el otro no, sumando un total a pagar



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: DWXWXUJEXWC

de \$20.981.248 (veinte millones novecientos ochenta y un mil doscientos cuarenta y ocho pesos).

Señala que la Clínica recurrida se limitó verbalmente a indicarle que respecto del segundo cobro de \$15.586.860, la Ley de Urgencia solo se habría activado entre los días 21 y 22 de diciembre de 2023, de manera tal que el resto de los días, es decir, hasta el 15 de enero de 2024, fueron liquidados como una hospitalización de urgencia "normal", sugiriéndole reclamar nuevamente en contra de la Compañía de Seguros Help, ante su negativa de activar el seguro de enfermedades de Alto Costo.

Manifiesta que, de acuerdo con lo instruido por la Clínica, con fecha 02 de septiembre de 2024, mediante correo electrónico dirigido a la Compañía de Seguros recurrida, adjuntó carta de reclamación impugnando la liquidación del siniestro 64108081 relacionado a la hospitalización del segundo episodio. Indica que dicha liquidación se limita a señalar en observaciones: "Patologías excluidas de cobertura, en el momento de la incorporación" y concluye: "Con el mérito de lo expuesto, se procede a indemnizar a Clínica Universidad de Los Andes, en la cantidad única y total de \$0, por los hechos acontecidos".

Impugnó el informe sosteniendo que, si bien durante la hospitalización de abril se analizó la posibilidad de que la retención de líquidos que le afectaba podría relacionarse a un tema cardiaco, esto fue descartado por los facultativos, concluyendo que tal afección tenía carácter idiopático. Advirtió que lo resuelto por la Aseguradora no cumplía con el estándar o tenor de lo dispuesto en el artículo 591 del Código de Comercio, que define la "preexistencia".

Destaca que, en forma paralela, ha solicitado en reiteradas ocasiones que se active la cobertura relativa al primer episodio de hospitalización (21 de diciembre de 2023 al 15 de enero de 2024); sin embargo, la Compañía de Seguros se ha negado a dar una respuesta, aduciendo verbalmente no tener claridad respecto a los dos estados de cuenta generados por la Clínica recurrida vinculados al primer episodio, negándose implícitamente a otorgar cobertura a los copagos de \$5.394.388 y \$15.586.860, respectivamente.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: DWXWXUJEXWC

Señala que el 27 de septiembre de 2024 reclamó formalmente a través de la página web de la Clínica, exponiendo lo narrado en esta acción de protección y consultando el motivo por el cual no se había activado la Ley de Urgencia. Con fecha 01 de octubre de 2024, la Clínica dio respuesta sosteniendo que de acuerdo con el informe del Dr. Simón Kaufman, su ingreso a urgencia el día 04 de abril del año en curso no cumplía con el Decreto 34 sección 2.6 que hace referencia a insuficiencia cardiaca, rechazando en definitiva su solicitud y haciendo caso omiso a lo informado por sus médicos tratantes. A partir de esa limitada respuesta, realizó una nueva presentación el 03 de octubre, explicando lo ocurrido el día en que ingresó a la Urgencia y solicitando expresamente que se requiriera informes a los doctores Espíndola y Llancaqueo; sin embargo, el 09 de octubre, la Sra. María Luisa Ojeda Sandoval, Asistente de Servicio al paciente, se limitó a responder que su requerimiento había sido respondido el 01 de octubre, añadiendo que, de no estar conforme, procediera a reclamar a la Superintendencia.

Alega que el actuar de las recurridas constituye un acto y una omisión ilegal, contrario a la Ley, al Derecho, a la Constitución, los tratados, los decretos con fuerza de ley, los reglamentos y los contratos válidamente celebrados. Sostiene que las conductas han impedido a Isapre Banmédica liquidar los estados de cuenta en los términos dispuestos en la Ley N°19.650, conllevando a su vez que los copagos originados no sean cubiertos por HELP SEGUROS DE VIDA S.A., al disponer de información confusa e incompleta, calificando improcedentemente el segundo episodio de hospitalización a partir de la información proporcionada por la Clínica recurrida como enfermedad preexistente.

Argumenta que la Ley N°19.650, que perfecciona normas del área de la salud; el Decreto N°34 que aprueba Reglamento sobre condiciones clínicas generales y circunstancias para certificar estado de emergencia o urgencia; y los artículos 141, inciso segundo, y 173, incisos cuarto y quinto, del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, garantizan beneficios a todas las personas que enfrentan emergencias con riesgo de muerte o secuelas graves.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: DWXWXUJEXWC

Estos cuerpos legales aseguran la atención médica necesaria para preservar la vida y la salud de los pacientes en situaciones críticas o de emergencia, prohibiendo estrictamente a las instituciones hospitalarias o prestadores de salud exigir a los beneficiarios dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención.

Respecto de la aseguradora HELP SEGUROS DE VIDA S.A., alega que actuó de manera ilegal al considerar que la hospitalización del segundo episodio se debió a una enfermedad preexistente, haciendo caso omiso al tenor literal de la definición proporcionada por el artículo 591 del Código de Comercio. Cita jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema que ha sido conteste en señalar que la preexistencia se configura cuando existe un diagnóstico médico fidedigno que determine con certeza la preexistencia de la enfermedad, que ésta aparece directamente relacionada con las intervenciones quirúrgicas por las que se pide extender la cobertura, y, además, que el asegurado tenga cabal conocimiento del pronóstico antes de la firma del contrato.

Reclama también que las decisiones de las recurridas carecen de razonabilidad, constituyendo mero capricho y ausencia de fundamento racional, lo que pugna contra la lógica y la recta razón.

Por estas razones, solicita que se acoja el presente recurso y, en su mérito, se declare que la decisión del Hospital Clínico Universidad de Los Andes, consistente en la negativa de activar la Ley de Urgencias en los dos episodios que estuvo hospitalizada al encontrarse en riesgo vital, constituye un acto arbitrario e ilegal; que la negativa de Help Seguros de Vida S.A. de activar la Póliza de Salud de Alto Costo respecto de los gastos médicos que no fueron cubiertos y/o bonificados por la Isapre, constituye un acto arbitrio e ilegal; que el Hospital Clínico Universidad de Los Andes debe calificar bajo la Ley de Urgencia, íntegramente y sin excepción, ambas hospitalizaciones; que la Isapre Banmédica practique la liquidación y/o bonificación de los estados de cuenta en virtud de la referida Ley de Urgencias; que Help Seguros de Vida S.A. debe activar la Póliza



de Salud de Alto Costo respecto de los copagos generados; todo lo anterior con expresa condena en costas de ambos recurridos.

SEGUNDO: Que HELP SEGUROS DE VIDA S.A., mediante presentación de fecha 15 de noviembre de 2024, evacuó el informe solicitado, pidiendo que se rechace el recurso interpuesto en su contra, con expresa condena en costas.

En primer lugar, niega los hechos en la forma en que han sido presentados por la recurrente, señalando que estos han ocurrido de manera diferente y que, en todo caso, no son capaces de conducir a una vulneración de garantías constitucionales en los términos del artículo 20 de la Constitución Política. Plantea que incluso en la descripción formulada por la recurrente, los hechos no coinciden con un actuar ilegal o arbitrario de la compañía de seguros, quien no ha hecho más que actuar respetando los términos de la ley del contrato suscrito entre las partes conforme al principio de la autonomía de la voluntad consagrado en el artículo 1545 del Código Civil, así como lo dispuesto en los artículos 512 y siguientes del Código de Comercio.

Descarta categóricamente la existencia de una supuesta concertación con la Clínica Universidad de Los Andes para no dar cobertura al siniestro denunciado, como también rechaza haber responsabilizado a dicha entidad por la negativa de cubrir el siniestro. Sostiene que las razones otorgadas a la actora son estrictamente contractuales y dan cuenta de un fiel cumplimiento a la ley que regula la materia y las instrucciones administrativas que existen al respecto. Asimismo, niega haber ejecutado el contrato de seguro de mala fe, afirmando que ha puesto en funcionamiento de forma inmediata el protocolo correspondiente para analizar si el siniestro tiene o no cobertura, cumpliendo todos los estándares legales y reglamentarios.

Sostiene que el asunto versa sobre una discrepancia en la interpretación de un contrato de seguro, cuestión que por disposición legal debe necesariamente ventilarse en un juicio de lato conocimiento en que se permita analizar la cobertura, las exclusiones, las cargas y su cumplimiento y, finalmente, se permita rendir prueba. Argumenta que la recurrente pretende utilizar la inidónea vía cautelar



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: DWXWXUJEXWC

como mecanismo para solucionar un conflicto contractual que ha causado discrepancias entre las partes.

Explica que la decisión de la compañía no ha sido improcedente, injustificada, arbitraria o caprichosa, sino que tiene plena justificación tanto en la norma especial que regula la materia como en el contrato suscrito por las partes. Señala que el hecho de ser asegurado o beneficiario no otorga a la actora un derecho inherente a una indemnización determinada, sino que conforme a la ley N° 20.667 y el D.F.L. 3.500 y el D.S. 1.055 debe necesariamente concurrir un siniestro que tenga cobertura en la póliza suscrita.

Afirma que, como requisito previo para incorporarse al seguro, se le hicieron a la recurrente una serie de preguntas relativas a su estado de salud con el objeto de determinar el riesgo, procedimiento denominado "declaración del estado del riesgo". En dicha instancia, según la recurrida, la actora manifestó padecer: insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular y miocardiopatía. Conforme a lo anterior, la recurrente y la compañía aceptaron suscribir el contrato de seguro con la condición expresa de excluir dichas patologías, junto con sus consecuencias y sus complicaciones.

Argumenta que, al revisar los antecedentes contrastados con la Declaración Jurada de Salud, el contralor médico de la compañía concluyó que los eventos sufridos por la actora tenían estricta relación con las patologías preexistentes declaradas por la recurrente, las que se encuentran expresamente excluidas de cobertura. Señala que la propia recurrente indica que dentro de la epicrisis se determinó que padecía de una insuficiencia cardiaca y una miocardiopatía, ambas patologías expresamente excluidas en la póliza.

Respecto al infarto cerebral, sostiene que existe abundante literatura médica que indica que los pacientes con insuficiencia cardiaca tienen riesgos de sufrir accidentes cerebro vasculares, citando información del sitio web de la Clínica Mayo que señala como factor de riesgo médico para el ACV a la "enfermedad cardiovascular, que incluye insuficiencia cardíaca". También se refiere al tromboembolismo, donde la misma institución considera la insuficiencia cardiaca como factor de riesgo.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: DWXWXUJEXWC

Adicionalmente, alega que se pudo constatar que la recurrente no informó un evento de AVE sufrido en el 2012, el cual fue silenciado al momento de suscribir la póliza, lo que naturalmente incidió en la tarificación del riesgo asumido y, sobre todo, incidió en el consentimiento para otorgar el contrato de seguro, ya que lógicamente de haberlo sabido no habría otorgado la póliza objeto de autos o se habría suscrito en condiciones muy diferentes.

En consecuencia, la recurrida sostiene que el siniestro carece de cobertura por dos razones: por estar expresamente fuera de la cobertura porque las partes lo excluyeron expresamente, y por estar relacionada con una condición preexistente no informada por la actora al momento de suscribir la póliza. Por estas razones, el siniestro fue rechazado, lo que fue oportunamente informado a la recurrente. Indica que, si bien la actora ejerció su derecho a impugnar la liquidación del siniestro conforme al D.S. N° 1.055, dicha impugnación fue rechazada, manteniendo la compañía su decisión de no otorgar cobertura.

Así también, indica que el presente recurso debe ser rechazado ya que existe un procedimiento especialmente establecido por el legislador para resolver las controversias relacionadas con contratos de seguros. Sostiene que el artículo 543 del Código de Comercio dispone que cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado y el asegurador, incluyendo la interpretación o aplicación de las condiciones del contrato o sobre la procedencia de una indemnización, será resuelta por un árbitro arbitrador o, en determinados casos, por la justicia ordinaria.

Como conclusión, la recurrida sostiene que el recurso de protección no es la vía idónea porque no se reclaman derechos indubitados y/o preexistentes; que no existe ilegalidad ni arbitrariedad en su actuar, sino que se ha rechazado el siniestro por razones estrictamente contractuales; que la actora ha infringido su deber de sinceridad al momento de suscribir la póliza; que dicho incumplimiento acarrea como consecuencia la exclusión de cobertura según lo dispone el artículo 525 del Código de Comercio; y que la



cuestión debe ser resuelta en un juicio de lato conocimiento, conforme lo dispone el artículo 543 del Código de Comercio.

En virtud de lo expuesto, solicita tener por evacuado el informe solicitado y, en definitiva, rechazar el recurso de protección deducido en su contra, con costas.

TERCERO: Que, en cuanto al informe evacuado por el representante legal de la Universidad de Los Andes, entidad educacional de quien depende la institución asistencial docente Clínica Universidad de Los Andes, éste solicita el rechazo del recurso de protección interpuesto por doña Elke Lorene Von Loebenstein Manzur, expresando las siguientes consideraciones de hecho y de derecho:

En primer lugar, plantea la inadmisibilidad del mismo, sosteniendo la improcedencia del recurso de protección para dirimir la controversia planteada. Argumenta que la acción constitucional tiene un carácter cautelar destinado exclusivamente a proteger derechos indubitados y preexistentes, naturaleza que no concurriría en el presente caso. Explica que lo discutido versa sobre el alcance y cumplimiento de la denominada "Ley de Urgencias" en relación con su representada, así como respecto de una disputa sobre aspectos contractuales entre la recurrente y la Isapre, relacionados con cobertura y beneficios.

Agrega que las normas de la Ley de Urgencias (incorporadas a los artículos 141 y 173 del DFL 1 de Salud de 2005) prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar la atención de salud en situaciones de urgencia. Asimismo, indica que el DFL N°1 confiere expresamente a la Intendencia de Prestadores la facultad de fiscalizar y conocer reclamos en esta materia, conforme al artículo 121 N°11 del referido cuerpo legal.

En cuanto al fondo, niega que su representada haya incurrido en acto ilegal o arbitrario alguno que vulnere garantías constitucionales de la recurrente. Sostiene que la Clínica Universidad de Los Andes ha actuado con estricto apego al marco normativo aplicable, particularmente respecto a la declaración y aplicación de la



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: DWXWXUJEXWC

Ley de Urgencias cuando procedía, cumpliendo los procedimientos administrativos correspondientes.

Expone detalladamente conceptos previos y básicos sobre la procedencia y aplicación de la Ley de Urgencias, citando el Decreto N°34 que rige desde noviembre de 2021, el cual determina las condiciones clínicas generales para certificar el estado de emergencia. Define términos relevantes como "emergencia", "atención médica de emergencia", "certificación de estado de emergencia", "paciente estabilizado", "certificado de estabilización" y "opción por modalidad de atención".

Respecto a los ingresos y hospitalizaciones de la recurrente, señala que la paciente ingresó al Servicio de Urgencia el 21 de diciembre de 2023 a las 11:50 horas con diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular isquémico de arteria cerebral media. Indica que a las 13:43 horas del mismo día se efectuó la certificación de riesgo vital y Ley de Urgencias, comunicada a Isapre Banmédica. Posteriormente, una vez superada la condición de urgencia, se certificó la estabilización el 22 de diciembre de 2023 a las 13:00 horas, comunicándose a la Isapre a las 15:57 horas.

Añade que la recurrente fue notificada de su estabilización, firmando su representante el documento de notificación y los documentos de admisión y cobro correspondientes. Explica que, conforme a los procedimientos habituales, se emitieron dos estados de cuenta: uno correspondiente a las atenciones cubiertas por la certificación de Ley de Urgencias (donde corresponde a la Isapre pagar directamente al prestador) y otro por el período post-estabilización (donde opera la modalidad de atención según plan de salud contratado).

En cuanto a la segunda hospitalización (4 de abril de 2024), el informante relata que la recurrente concurrió a control ambulatorio con el Dr. Manuel Espíndola a las 16:55 horas, presentando edema de extremidades inferiores. Posteriormente, ingresó al Servicio de Urgencia a las 21:26 horas, siendo evaluada en buenas condiciones generales y hemodinámicamente estable. Argumenta que este ingreso, por definición, no calificaba como atención de urgencia por



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: DWXWXUJEXWC

riesgo vital o secuela funcional grave, ya que el retraso de varias horas entre la consulta médica y el ingreso a urgencia demostraba que no se trataba de una situación que requiriera atención inmediata e impostergable.

Además, señala que se trataba de una excepción al beneficio de la Ley de Urgencias, conforme al artículo 6° letra D del Decreto 34, que excluye al "paciente que, durante el curso de su atención ambulatoria, requiere atención médica de emergencia". Enfatiza que la certificación del estado de emergencia corresponde exclusivamente al médico cirujano de una unidad de emergencia, no siendo atribución de un médico cardiólogo en consulta o control médico.

Finalmente, sostiene que los procedimientos en Clínica Universidad de Los Andes se ajustaron a las normas legales y técnicas vigentes en relación con la Ley de Urgencias y las gestiones de cobro posteriores. Argumenta que no es posible atribuir acto ilegal o arbitrario a su representada, a quien le asiste el derecho de iniciar y proseguir gestiones de cobro procedentes, habiendo dado adecuada aplicación a la normativa vigente y sin decisión en contrario de la autoridad sanitaria competente.

Destaca que la recurrente pretende, por una vía de facto, impedir las gestiones lícitas de cobro en relación con el período post-estabilización de la primera hospitalización y por la segunda hospitalización, cuando no ha habido cuestionamiento ante la Superintendencia de Salud, que es el ente competente en la materia.

Por lo expuesto, solicita tener por evacuado el informe y que se rechace el recurso de protección interpuesto en todas sus partes.

CUARTO: Que como ha sostenido reiteradamente esta Corte, el recurso de protección de garantías constitucionales, consagrado en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, constituye una acción de carácter cautelar de emergencia, destinado a amparar el libre 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 por causa de actos u omisiones arbitrarios o ilegales de la autoridad o de particulares que impidan, amaguen o perturben ese ejercicio.



Son presupuestos de esta acción cautelar de protección: a) que exista una acción u omisión ilegal o arbitraria; b) que como consecuencia de la acción u omisión ilegal o arbitraria se prive, perturbe o amenace un derecho; y c) que dicho derecho esté señalado como objeto de tutela en forma taxativa en el artículo 20 de la Constitución Política de la República.

QUINTO: Que los actos que la recurrente estima ilegales y arbitrarios, consisten, por parte de Help, en no activar la cobertura del seguro contratado; y, por parte de la Clínica de los Andes, en no activar la Ley de Urgencia respecto de sus hospitalizaciones.

SEXTO: Que, para la adecuada decisión de la acción de protección en examen, resulta necesario tener en consideración la normativa aplicable en este caso.

En relación con el contrato de seguro, el hecho que se estima ilegal, reside -como señalamos- en la falta de cobertura por parte de Help del siniestro declarado, bajo el fundamento que existiría una preexistencia no declarada por la recurrente.

Este hecho no puede ser resorte del presente recurso de protección, toda vez que no es posible constatar un derecho indubitado, sino más bien un conflicto que aún no se ha resuelto declarativamente.

A estos efectos, debemos recordar que esta materia se rige por las normas contenidas en el Código de Comercio (Artículos 512 y siguientes), cuyo juez competente para la solución de los conflictos que emerjan, será -por regla general- un árbitro. Con todo, “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” (Art. 543 Código de Comercio). Asimismo, frente a determinadas circunstancias, es posible aplicar el estatuto jurídico de protección del consumidor contenido en la ley 19.496.

SÉPTIMO: Que, en cuanto al segundo hecho denunciado, esto es, la no activación de la ley de urgencia respecto de las hospitalizaciones de la recurrente, debemos recordar que esta



materia se rige por la Ley N°19.650, que modificó la Ley 18.469, señalando en su artículo 2°:

“(...) El Ministerio de Salud fijará las normas de acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones a los beneficiarios.

Determinará, a su vez, los procedimientos para que los usuarios efectúen desconcentradamente los reclamos que estimen pertinentes, y el plazo y la forma en que las autoridades de salud respectivas deban responder y resolver tales reclamos.

Los beneficiarios podrán elegir el establecimiento en que serán atendidos y, dentro de éste, al profesional que deba atenderlos, excepto en los casos previstos en el artículo 10, a menos que las acciones que establece dicha disposición se otorguen en la atención primaria de salud.

Con todo, en los casos de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, el Fondo Nacional de Salud pagará directamente al prestador público o privado el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus beneficiarios, de acuerdo a los mecanismos dispuestos en la presente ley y en el decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, en estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención. El Ministerio de Salud determinará por reglamento las condiciones generales y las circunstancias bajo las cuales una atención o conjunto de atenciones será considerada de emergencia o urgencia”.

Del precepto transcrito, se colige lo siguiente:

- a. *Los casos de emergencia o urgencia deberán ser certificadas por un médico cirujano.*
- b. *El Fondo Nacional de Salud pagará directamente al prestador público o privado el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus beneficiarios, de acuerdo a los mecanismos dispuestos en la presente ley y en el decreto ley N° 2.763, de 1979.*
- c. *En estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos*



financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención.

- d. *El Ministerio de Salud determinará por reglamento las condiciones generales y las circunstancias bajo las cuales una atención o conjunto de atenciones será considerada de emergencia o urgencia'.*

Por su parte, el artículo 13 de la citada ley, prescribe que: “(...) La bonificación que efectúe el referido Fondo no excederá el 60% del valor que se fije en dicho arancel, salvo para las siguientes prestaciones:

- a) Podrán ser bonificadas, a lo menos en un 60% y hasta un 90%, las que deriven de atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que pueda ser derivado a un establecimiento asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud u otro con el cual haya celebrado un convenio especial bajo la Modalidad de Atención Institucional; sin perjuicio de lo anterior, el beneficiario, o quien asuma su representación, podrá optar por recibir atención en el mismo establecimiento donde recibió la atención de emergencia o urgencia en la Modalidad de Libre Elección, respecto de las prestaciones que se otorguen con posterioridad a su estabilización.
- b) El arancel a que se refiere el artículo 28 de esta ley señalará los requisitos y condiciones que deberán ser observados por el médico cirujano para calificar la emergencia o urgencia, todo lo cual será fiscalizado por el Fondo Nacional de Salud en uso de sus atribuciones, especialmente las señaladas en el inciso final del presente artículo”

Lo anterior implica que la cobertura que otorga la normativa en los porcentajes indicados, no se realiza por todo el período que el paciente se encuentra hospitalizado, sino sólo hasta que éste se encuentre “estabilizado”. Luego de ello, aquél podrá cambiarse de establecimiento de salud o permanecer en él.



Este último caso, fue lo que le sucedió a la recurrente respecto de su primera hospitalización.

OCTAVO: Que, en cuanto a su segunda hospitalización, tal como señalamos, para que ella se declare en el contexto de ley de urgencia, aquello debe ser certificado como tal por parte del médico facultativo, lo que en la especie no ocurrió, pues -como relata la recurrida- tal internación fue sugerida, pero no estaba en peligro de muerte.

En un sentido análogo, el artículo 173 del DFL N°1, de 24 de abril de 2006, que Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469, del Ministerio de Salud, en sus incisos 4° y 5° dispone: *“en los casos de atenciones de emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, las Instituciones deberán pagar directamente a los Servicios de Salud el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus afiliados, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que esté en condiciones de ser derivado a otro establecimiento asistencial... (...) Lo dispuesto en el inciso precedente se aplicará también respecto de atenciones de emergencia, debidamente certificadas por un médico cirujano, otorgadas por establecimientos asistenciales del sector privado.”*

La parte final del inciso 2° del artículo 141 del mismo DFL señala que “El Ministerio de Salud determinará por reglamento las condiciones generales y las circunstancias bajo las cuales una atención o conjunto de atenciones será considerada de emergencia o urgencia.”

Asimismo, el artículo 2° del Decreto N° 34, de 25 de octubre de 2022, que Aprueba Reglamento sobre condiciones clínicas generales y circunstancias para certificar estado de emergencia o urgencia en paciente adulto, recién nacido y pediátrico, del Ministerio de Salud, prescribe: “Beneficio de pago directo y préstamo. Los beneficiarios de Fonasa y los afiliados a Isapre cuya atención sea certificada como de emergencia por un médico cirujano de una unidad de emergencia, tendrán derecho a impetrar el beneficio que establecen los artículos 141 y 173 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud. Este beneficio consiste en el pago directo por parte de



Fonasa o Isapre, según sea el caso, al prestador público o privado, el valor de las prestaciones otorgadas en caso de emergencia debidamente certificada, que se traduce en un préstamo al beneficiario o afiliado de los montos no cubiertos, según el arancel Fonasa o el plan de salud convenido”.

Conforme a lo dispuesto en el N° 3 del artículo 4 del reglamento citado, se entiende por emergencia, la “Condición de salud o cuadro clínico que involucre estado de riesgo de muerte o riesgo de secuela grave de una persona y que requiera atención médica inmediata e impostergable. Esta condición se certificará por un médico cirujano durante la evaluación de la atención médica de emergencia. No procederá dicha certificación durante el procedimiento de admisión ni en la etapa de categorización del paciente.”

Finalmente, el N°7 del mismo artículo 4° en referencia, define la certificación de estado de emergencia como la *“Declaración escrita y firmada por un médico cirujano de una unidad de emergencia, que da cuenta que una persona se encuentra en una condición de salud o cuadro clínico de riesgo de muerte o riesgo de secuela grave. El certificado de estado de emergencia deberá estar fundado en los antecedentes clínicos y paraclínicos del paciente, los cuales quedarán registrados en el Dato de Atención de Urgencia (DAU) que lleve el establecimiento de salud.”*

NOVENO: Que de las normas antes transcritas se desprende que constituye una condición ineludible para acceder al beneficio que contempla el D.F.L. N° 1 antes referido, que un médico cirujano certifique mediante una declaración escrita y firmada, que la condición de salud o cuadro clínico del paciente, al momento de su evaluación, era de urgencia o emergencia en los términos definidos en su reglamento, ya expuestos.

No consta que dicha certificación se haya llevado a cabo en el caso de marras, sin que se hubiese argüido en la acción de protección alguna ilegalidad o irregularidad con dicha omisión, sea de parte del propio facultativo que evaluó al recurrente o de la Clínica en



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: DWXWXUJEXWC

que aquél presta servicios, y es así como la presente acción constitucional no se ha dirigido en contra ninguno de ellos.

En este orden, no resulta un hecho indubitado que la condición de salud o cuadro clínico del recurrente al momento de su segunda hospitalización involucrara un estado de riesgo de muerte o un riesgo de secuela grave y que requiriera atención médica inmediata e impostergable.

DÉCIMO: Que, derivado de lo anterior, no existe un hecho indubitado al respecto, de forma que no es posible afirmar que la Clínica cometió una acción arbitraria o ilegal al no emitir ese certificado el facultativo que evaluó a la recurrente.

En concordancia con lo que se viene razonando, el artículo 117 del D.F.L. N° 1, ya mencionado, contempla un procedimiento arbitral ante el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud para resolver controversias como las que aquí se examinan y que surjan entre las instituciones de salud previsional y sus cotizantes o beneficiarios, en el que esa autoridad debe oír a los interesados, recibir y agregar los instrumentos que se le presenten, practicar las diligencias que estime necesarias para el conocimiento de los hechos y fallar en el sentido que la prudencia y la equidad le dicten.

UNDÉCIMO: Que, en definitiva, al no constatarse acciones u omisiones que priven, perturben o amenacen, arbitraria o ilegalmente, los derechos del recurrente, la acción de protección intentada será desestimada.

Por estas consideraciones y de conformidad con lo que dispone el artículo 20 de la Constitución Política de la República de Chile y el Auto Acordado sobre Tramitación y Fallo del Recurso de Protección de Garantías Constitucionales, **se rechaza**, sin costas, el recurso de protección deducido en favor de Elke Lorene Von Loebenstein Manzur, en contra de HELP Seguros de Vida SA y Hospital Clínico Universidad de los Andes.

Regístrese, comuníquese y archívese, en su oportunidad.

Redacción de la abogada Sra. Vásquez Palma.

N°Protección-21274-2024.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: DWXWXUJEXWC

Pronunciada por la Novena Sala, integrada por los Ministros señor Hernán Alejandro Crisosto Greisse, señora Maritza Elena Villadangos Frankovich y la Abogado Integrante señora María Fernanda Vásquez Palma.

En Santiago, veintitrés de abril de dos mil veinticinco, se notificó por el estado diario la resolución que antecede.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: DWXWXUJEXWC

Pronunciado por la Novena Sala de la C.A. de Santiago integrada por los Ministros (as) Hernan Alejandro Crisosto G., Maritza Elena Villadangos F. y Abogada Integrante Maria Fernanda Vasquez P. Santiago, veintitres de abril de dos mil veinticinco.

En Santiago, a veintitres de abril de dos mil veinticinco, 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>

Código: DWXWXUJEXWC