

CORTE SUPREMA CONFIRMA SENTENCIA QUE DECLARA ARBITRARIO E ILEGAL QUE COMPAÑÍA DE SEGUROS NIEGE REEMBOLSO DE SALUD CON MOTIVO DE PREEXISTENCIAS

La Excelentísima Corte Suprema, conociendo de un recurso de apelación interpuesto contra la sentencia dictada por la Corte de Apelaciones de Santiago, en recurso de protección, señala que atendido que el actor hace veinte años que es atendido en la Clínica la Condes, que es la misma a la cual asegura la Compañía de Seguros, no resulta serio lo expuesto por ésta, en cuanto a decir, que no tenía conocimiento del estado de salud del actor.

Se deduce recurso de protección en contra de una Compañía de Seguros de salud porque se negó a reembolsar los gastos médicos presentados a raíz del siniestro denunciado, fundado en que concurriría una preexistencia, cuestión que califica como acto arbitrario e ilegal pues vulnera sus garantías fundamentales.

En su informe la compañía de seguros, señala que atendida la naturaleza del asunto controvertido, la Corte de Apelaciones carece de competencia para resolverlo. En cuanto al fondo, señala que constituye un requisito esencial del contrato de seguro la obligación del solicitante de declarar todas las enfermedades preexistentes cuestión que el recurrente no cumplió, lo que llevó a rechazar la cobertura.

La Excelentísima Corte, analizando los antecedentes no se pronuncia sobre la incompetencia alegada, puesto que la recurrida invoca como causal la preexistencia, pues ella misma da por establecido ese hecho como efectivo y juzga desde ya, la concurrencia de la preexistencia, sin hacer aplicable la cláusula arbitral.

Pronunciándose sobre el fondo, indican que el actor se atiende hace años en la misma clínica que asegura la compañía, en donde los médicos de dicha institución informaron la falta de preexistencia, por lo que no resulta ser serio que la compañía alegue falta de conocimiento del estado de salud del actor.

En mérito de lo anterior, se desprende que la actuación unilateral de la recurrida carece, para los efectos de esta acción, de sustento fáctico y jurídico, lo que resulta suficiente para calificarla como ilegal y arbitraria. A mayor abundamiento, existen dos informes médicos que dan cuenta que la patología en discusión no es considerada como previa o antecedente de la actual que sufre el asegurado, por lo que se confirma la sentencia apelada dictada por la Corte de Apelaciones de Santiago.

Rol N° 76.608-2020, CORTE SUPREMA.

Santiago, nueve de julio de dos mil veinte.

Vistos: Se reproduce la sentencia en alzada. Y se tiene, además, presente:

Primero: Que don Carlos Alberto Núñez Muñoz, dedujo recurso de protección en contra de Compañía de Seguros CLC S.A. porque se negó a reembolsar los gastos médicos presentados a raíz del siniestro denunciado, fundada en que concurriría una preexistencia, lo cual indica que conforme a los informes médicos que acompaña, no es efectivo, razón por la que califica dicho acto de arbitrario e ilegal pues vulnera sus garantías fundamentales, consagradas en el artículo 19 numerales 1 y 24 de la Constitución Política de la República.

Segundo: Que, la recurrida Seguros CLC S.A. al emitir su informe, alegó en primer lugar que atendida la naturaleza del asunto controvertido, la Corte de Apelaciones carece de competencia para resolverlo, porque de acuerdo a las disposiciones del contrato de seguro y la ley, éste debe ser dirimido mediante un arbitraje o conforme a las normas del Código de Comercio.

En cuanto al fondo, expuso que constituye un requisito esencial del contrato de seguro la obligación del solicitante de declarar todas las enfermedades preexistentes, con el fin que la compañía pueda evaluar el riesgo que asume y decidir si otorga o no el seguro solicitado. Sin embargo, señala que el recurrente no cumplió con esa obligación, porque a propósito de la bonificación que solicitó, revisó su ficha clínica,

constatando la concurrencia de preexistencias no declaradas, las que llevaron a rechazar la solicitud de cobertura.

Tercero: Que, ahora bien, atendido que la recurrida Seguros CLC S.A. invocó como causal de rechazo del pago de los reembolsos médicos, la causal de preexistencia, fundada en que del mérito de la ficha clínica del asegurado aparece que en el año 2013 sufrió, a su juicio, una enfermedad que se vincula con su actual diagnóstico y tratamiento del Linfoma no Hodgkin de células grandes B del centro germinal, pierde sentido revisar y analizar la incompetencia que alega, porque ella misma da por establecido ese hecho como efectivo y juzga desde ya, la concurrencia de la preexistencia, sin hacer aplicable la cláusula arbitral, que justamente alega de manera posterior.

Sin perjuicio de lo anterior, cabe expresar, además, que como lo ha declarado antes esta Corte, el análisis jurídico que se efectúa a través del presente arbitrio refiere siempre a un asunto que compromete derechos fundamentales de los recurrentes, para cuyo resguardo la Constitución Política de la República ha contemplado expresamente esta acción "sin perjuicio de los demás derechos" que puedan hacerse valer ante los tribunales correspondientes, a lo cual se une el hecho que el constituyente no excluye materias de este procedimiento de emergencia

Cuarto: Que en cuanto al fondo, se comparte lo decidido por los jueces de base y resulta pertinente destacar, también, que no es un hecho controvertido por la recurrida, la circunstancia que el actor hace veinte años que es atendido en la Clínica la Condes, que es la misma a la cual asegura la compañía, que médicos de esta institución atienden al actor e informaron la falta de preexistencia. Por tanto, en ese contexto, no resulta serio lo expuesto por la Compañía de Seguro, en cuanto a decir, que no tenía conocimiento del estado de salud del actor, más aun si reconoce que

en febrero 2019 tuvo acceso su ficha clínica para negar reembolsarle, en esa oportunidad, los gastos médicos que allí se indican.

Quinto: Que de lo razonado se desprende que la actuación unilateral de la recurrida carece, para los efectos de esta acción, de sustento fáctico y jurídico, lo que resulta suficiente para calificarla como ilegal y arbitraria, toda vez que no ha evidenciado que concurrieran los presupuestos básicos para actuar como lo hizo.

Por el contrario, existen dos informes médicos que dan cuenta que la patología en discusión no es considerada como previa o antecedente de la actual que sufre el asegurado, perturbando de este modo el derecho de propiedad que garantiza al recurrente la Constitución Política de la República, puesto que afecta su patrimonio al no poder acceder a las coberturas médicas convenidas en el seguro pactado.

Por estas consideraciones y de conformidad con lo que dispone el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, se confirma la sentencia apelada de uno de junio de dos mil veinte, dictada por la Corte de Apelaciones de Santiago. Acordada, con el voto en contra de la Ministra señora Sandoval quien fue de parecer de revocar el fallo en alzada, sólo en lo relativo al fondo del asunto controvertido, teniendo para ello presente:

1° Que, no es posible olvidar que el recurso de protección en estudio se dirige contra una compañía de seguros, a efectos de solicitar el cumplimiento de un contrato cuyo objeto es indemnizar el costo de las prestaciones médicas suministradas a los recurrentes. En este orden de ideas, se trata de un contrato de seguro y no de previsión social, de modo que merecen aplicación las normas contenidas en los artículos 512 y siguientes del Código de Comercio.

2° Que, conforme a lo establecido en el artículo 543 del citado cuerpo normativo, las dificultades que se susciten entre el asegurado y el asegurador, en relación a la validez del contrato, su interpretación o su cumplimiento, serán resueltas por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo o, a falta de éste, por la justicia ordinaria. A ello se añade que el contrato que tiene por objeto cubrir los riesgos de salud de las personas se encuentra expresamente regulado en la Sección Tercera del Título VIII del Libro Segundo del Código de Comercio, conteniendo al efecto, en el artículo 591, una definición específica de enfermedades y dolencias preexistentes, cuyo tenor resulta más amplio que aquella que consagra el artículo 190 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 del año 2005 del Ministerio de Salud y cuyo carácter de norma particular determina su aplicación preferente en este caso.

3° Que, en consecuencia, por existir en nuestro ordenamiento jurídico una vía especial cuyo objetivo es otorgar la debida solución a los conflictos que surjan a propósito del cumplimiento de un contrato de seguro, en concepto quien sostiene este voto particular, los hechos propuestos por el recurrente sobrepasan los márgenes del recurso interpuesto, toda vez que las materias planteadas deben ser ventiladas en el procedimiento arbitral ya descrito y regulado especialmente al efecto pues, como reiteradamente se ha resuelto, la discusión sobre un incumplimiento contractual no es de aquellas que puedan dilucidarse por esta vía cautelar de urgencia, la cual no constituye una instancia declarativa de derechos sino de protección de aquéllos de carácter indubitado, cuya no es la situación de la especie.

Registres y devuélvase Rol N° 76.608-2020