

C.A. Santiago.

Santiago, doce de agosto de dos mil veinticinco.

VISTO:

Se reproduce la sentencia en alzada, con las modificaciones que siguen:

1. Se eliminan sus fundamentos vigésimo segundo y vigésimo tercero; y,
2. En el N° II de la parte resolutive, se elimina la frase final “y se rechaza en lo demás.”

Y se tiene, en su lugar y, además, presente:

PRIMERO: Que el fallo rebatido, en su fundamento séptimo, establece - correctamente - que el objeto del juicio es determinar si ha existido incumplimiento por parte de la demandada al no haber otorgado cobertura respecto del siniestro denunciado por el actor, fundado en que la enfermedad de Parkinson que motiva dicha invalidez es una preexistencia no cubierta por las pólizas.

Para una mejor comprensión del asunto planteado conviene tener presente también que el juez de primera instancia tuvo, en el considerando noveno, como hechos indiscutidos los siguientes:

a. Que las partes celebraron los contratos de seguro denominados “PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE VIDA” N° de Pólizas 101-5434 y 101-3827 (Condiciones Particulares) y POL2200131765 y código CAD 220131678 (Condiciones Generales), que - en lo que interesa - cubren la invalidez.

b. Que las pólizas tenían fecha de vigencia entre el 18 de julio de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2018.

c. Que con fecha 4 de diciembre de 2018, se dictó por la Comisión Médica Regional, la invalidez total definitiva del actor, por un menoscabo laboral de 80%, a contar del 7 de noviembre de 2018, quedando ejecutoriado el 5 de enero de 2019.

d. Que dicho dictamen señala: “Enfermedad de Parkinson hace 5 años”.

f. Que tras la emisión de dicho dictamen, el demandante presentó los antecedentes a la compañía de seguro para ser indemnizado.

g. Que con fecha 19 de marzo de 2019, se emitieron cartas por ambas pólizas de la demandada a doña Claudia Sobarzo, “analista de remuneraciones”, de AFP Capital y de Sura Servicios Profesionales S.A., informando el rechazo de la cobertura del siniestro, en razón de la preexistencia de la enfermedad, con timbre de recepción de 20 de marzo de 2019.

h. Que el 4 de abril de 2019, el actor impugnó dicho rechazo.

i. Que con fecha 22 de agosto de 2019, la demandada informó que decidió cambiar el estado de los siniestros, de rechazados a pendientes, a la espera de mayores antecedentes por el actor.

SEGUNDO: Que de esta forma, para efectos de desestimar el recurso de apelación deducido por la parte demandada es importante enfatizar que no



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

Código: QGPFBXFJBZR

estamos frente a la situación en que el tribunal de primera instancia soslayara hacerse cargo del hecho de que el dictamen de la Comisión Médica Regional de fecha 4 de diciembre de 2018, señala que la enfermedad de Parkinson del actor era de *hace 5 años*, sino todo lo contrario, incluso lo estableció como un hecho no controvertido en la causa, sin embargo, tal como acertadamente se expuso, lo expresado en el dictamen mencionado no constituye motivo suficiente para calificar como preexistente la enfermedad que padece el actor.

La realidad de las cosas es que efectuando una valoración comparativa y en conjunto de toda la prueba documental acompañada, no cabe duda alguna de que el diagnóstico de Parkinson de don Alejandro Flores ocurrió durante el año 2018, no existiendo prueba alguna que respalde la tesis de la demandada en orden a que el demandante ya contaba con dicho diagnóstico en el año 2017 -, más allá de lo señalado en el formulario del dictamen de la Comisión Médica Regional. En este sentido, es importante relevar lo que se desprende de la mayoría de los documentos acompañados en el expediente:

- El certificado emitido por el doctor Humberto García Inerárity, de fecha 6 de diciembre de 2018, neurólogo de Redsalud Megasalud, señala que el diagnóstico es enfermedad de Parkinson desde abril 2018 (documento N° 10, enumerado en el considerando quinto);

- El certificado emitido por Karen Cornejo Bravo, supervisora de servicio al cliente de Consalud, de 28 de noviembre de 2018, dejó constancia de la fecha en que el demandante ingreso al GES, expresando lo siguiente: *“Certificamos que nuestro afiliado Sr: Alejandro Amador Flores Martínez, Rut: 12451024-4, ingresa a GES problema de salud N° 62 Enfermedad de Parkinson, con fecha 23/04/2018, solicitud N° 4551103 Prestador Asignado para tratamiento, Servicios Médicos Clínica Bicentenario SpA”* (documento N° 12, enumerado en el considerando quinto);

- El informe de la ecotomografía transcraneana, de 23 de agosto de 2018, emitido por el doctor Pablo Venegas Francke y por el doctor Juan Cristóbal Núñez Fuster, ambos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, señala en el diagnóstico de derivación: sospecha de enfermedad de Parkinson (documento N° 12, enumerado en el considerando quinto);

- El certificado médico emitido por el doctor Víctor Navia, neurólogo de Megasalud, emitido el 23 de enero de 2018, en el diagnóstico señala: *“Sd Parkinsoniano en estudio”*, siendo derivado a neurología CETRAM (documento N° 14, enumerado en el considerando quinto);

- El Anexo N° 3, Formulario de constancia información al paciente GES, emitido por la Clínica Bicentenario, con fecha 20 de abril de 2018, señala que el paciente Alejandro Flores Martínez, Rut 12451024-4, confirmación diagnóstica GES: enfermedad de Parkinson, fecha y hora de notificación 20/04/18, con timbre



de doctora Paulina Chávez Martel, neuróloga, con firma ilegible de ella y del paciente (documento N° 15, enumerado en el considerando quinto);

- La carta de 15 de enero del 2019, enviada por el demandante, Alejandro Flores, a la Superintendencia de Pensiones, donde manifiesta la existencia de un error al indicar la fecha de diagnóstico en el acta N° 239259. En efecto, en la misiva se indica que padecería de la enfermedad de Parkinson hacía 5 años, lo cual no sería efectivo, ya que fue diagnosticada la enfermedad recién en abril de 2018, misma fecha en que ingresó al GES; y,

- La respuesta al oficio enviada por la Isapre Consalud, de fecha 22 de mayo de 2022 (folio 79), respecto del historial de prestaciones médicas de don Alejandro Flores Martínez, desde enero del 2014 en adelante, del cual se desprende que ingresó a dicha entidad el 1° de octubre de 2016; que en el año 2017 solo registró 7 atenciones, en medicina general, en atenciones dentales y se realizó dos exámenes; y que esta situación varió ostensiblemente en el año 2018, cuando tras diversas visitas médicas especializadas, se practicó una variedad de exámenes y solicitó el reembolso de distintos medicamentos.

Así, queda en evidencia que la mayoría de la prueba documental acompañada, que emana de diversas instituciones, de distintos médicos y que son de diversas fechas, apuntan al mismo hecho, esto es, que el diagnóstico se produjo en abril del 2018, al ser notificado el demandante de su ingreso al programa GES (Garantías Explícitas en Salud).

Por lo demás, no corresponde confundir dos cosas que son evidentemente diversas y de público conocimiento. Una cosa son los *síntomas* asociados a una enfermedad, que aparecen al inicio de ella y son los que motivan que una persona acuda a un médico especialista y se realice exámenes, y otra cosa, es el *diagnóstico* de la enfermedad, conclusión a la que solo es posible arribar después de realizar una serie de exámenes y evaluaciones médicas que confirmen la sospecha inicial. Por lo tanto, si no existe un diagnóstico certero realizado por un médico, de una fecha previa a la suscripción de las pólizas, no corresponde rechazar la cobertura por una supuesta preexistencia como lo hizo la aseguradora. Así lo ha señalado la Corte Suprema, haciendo referencia a lo dispuesto por el artículo 591 del Código de Comercio, expresando lo siguiente: “De ello se desprende que la preexistencia se configura cuando existe un diagnóstico médico fidedigno que determine con certeza la existencia previa de la enfermedad; que ésta aparece directamente relacionada con la patología por la que se pide otorgar la cobertura y, además, que el asegurado tenía cabal conocimiento del pronóstico antes de la firma del contrato (...)” (Corte Suprema, rol N° 5.762-2023, considerando sexto).

En consecuencia, a diferencia de lo que plantea la demandada en su recurso de apelación, es correcta la sentencia de primera instancia al tener por



establecido, en el considerando décimo octavo, que la época en que el actor fue diagnosticado de Parkinson fue en abril del 2018, ya que la mayoría de la prueba valorada en su conjunto respaldan dicha aseveración. Por lo tanto, no cabía más que concluir que la demandada incumplió su obligación contractual al negar la cobertura solicitada, debiendo desestimarse en su integridad el recurso interpuesto por SEGUROS DE VIDA SURA S.A.

TERCERO: Que, con respecto al recurso de apelación deducido por la parte demandante y en lo referente al daño moral solicitado, el fallo de primera instancia descartó su procedencia en el considerando vigésimo segundo, aduciendo que no existían antecedentes probatorios que permitieran tenerlo por establecido. El demandante fundó su petición por este concepto en el deterioro que habría sufrido en su calidad de vida y el daño emocional ocasionado frente a la imposibilidad de haber contado con la protección del seguro, lo que le impidió asumir adecuadamente los costos del tratamiento de su enfermedad. Esto, además, habría ocasionado la desintegración familiar debido a los problemas económicos derivados del incumplimiento de la compañía de seguros (específicamente se menciona una cirugía que le fue recomendada y que no se habría podido concretar). Sostiene que de haber recibido el pago de las pólizas oportunamente habría podido costear el tratamiento y con ello haber evitado el empeoramiento en su salud y el quiebre familiar.

Tal como señaló el fallo de primera instancia, en el motivo décimo, en este caso resultan aplicables las disposiciones contenidas en el Título VIII del Código de Comercio, que regulan el contrato de seguro, entre las cuales cabe destacar, para estos efectos, lo dispuesto por el artículo 543 N° 4, que establece que en estos casos corresponde apreciar la prueba de acuerdo con las normas de la sana crítica, cuyos principales criterios de análisis son las reglas de la lógica, las máximas de la experiencia y los conocimientos científicamente afianzados.

Teniendo presente lo anterior, es menester enfatizar que en este caso el contrato incumplido es un contrato de seguros y, dentro de este tipo de contratos, uno que se orientaba a proteger al asegurado en caso de afectaciones graves a la salud. Esta circunstancia no resulta indiferente al momento de evaluar la procedencia del daño moral, ya que la cobertura contratada tenía precisamente el objeto de evitar una situación de gran vulnerabilidad como es contar con los recursos económicos para hacer frente a una enfermedad grave como es el Parkinson, que en este caso ocasionó, como se desprende de los hechos establecidos por el tribunal *a quo*, la invalidez total del actor. En otras palabras, considerando que se ha discutido en la doctrina y la jurisprudencia nacional la procedencia del daño moral que se alega como producto de incumplimientos contractuales y parte de ellas acoge esa posibilidad, precisamente un caso en el que ese daño puede afirmarse es aquel en el que el incumplimiento del contrato



en cuestión razonablemente, desde la lógica y las máximas de la experiencia, sea capaz de añadir un dolor emocional y sufrimiento psíquico de importancia a aquel derivado de la propia enfermedad. Un incumplimiento como el que se examina, que importa descartar la protección comprometida y desamparar al asegurado en un momento de especial vulnerabilidad, es capaz, desde un punto de vista de las reglas de la sana crítica, de afectar de modo relevante derechos tales como la salud, la integridad física y síquica y el bienestar de una persona, lo que no puede decirse, seguramente, de otros tipos de incumplimientos contractuales en los que únicamente existen intereses económicos en juego. Lo anterior demuestra la necesidad de acudir a una noción más amplia de daño moral que contemple no solo el dolor, la aflicción o el pesar de la víctima, sino un concepto que contenga todos los daños no patrimoniales sufridos por ella, contemplando dentro de ellos toda la afectación vital que es posible prever se produce en una persona cuando no recibe una cobertura de un seguro que esperaba legítimamente recibir. Es lógico y razonable concluir que cualquier hombre medio enfrentado a una enfermedad grave respecto de la cual espera una cobertura de un seguro que contrató para afrontar los gastos asociados a esa invalidez, ve trastocada de forma muy relevante su vida si es que no recibe dicha cobertura y padecerá un perjuicio importante, pues la finalidad del contrato era precisamente disminuir el riesgo asociado a un evento de esas características.

Con respecto a un concepto más amplio del daño moral la Corte Suprema ha resuelto que: “La noción de daño moral ha avanzado a una comprensión más amplia que el mero padecimiento psicológico o *pretium doloris*, debiendo entenderse a partir de la fractura al proyecto de vida de la persona en razón del accidente lo que impacta en la esfera de la personalidad de la víctima. De ahí que a partir de la autodeterminación de la persona a trazar su propio proyecto de vida merezca reparación la afectación a las diversas facetas de su existencia. Esto permite ampliar la noción del daño moral y recoger como daños específicos la pérdida de agrado, el perjuicio corporal, el daño fisiológico, estético y otros” (Corte Suprema, 27 de diciembre de 2016, rol 33990-2016, citado en: Domínguez Hidalgo, Carmen, El principio de la reparación integral en sus contornos actuales, Thomson Reuters, Legal Publishing Chile, Santiago, Chile, 2019. Pág. 39).

Ahora bien, es efectivo que la prueba rendida por la parte demandante acerca del daño moral sufrido no es de calidad - ya que se acompañó prueba documental consistente en declaraciones ante Notario que no fueron ratificadas en el proceso -; sin embargo, sí está acreditado, en este caso, la existencia del contrato, su naturaleza, su objeto, su incumplimiento y el desamparo del asegurado frente a una enfermedad grave, costosa y que provoca una evidente vulnerabilidad en cualquier persona promedio. A partir de estos hechos, la aplicación de la lógica y de las máximas de la experiencia permite deducir que el



daño moral derivado del incumplimiento del contrato es una realidad cuya afirmación puede razonablemente sostenerse solo sobre la base de los hechos enumerados precedentemente.

Sobre la base de lo señalado, y asumida la existencia de un daño moral ocasionado por el incumplimiento del contrato, corresponde buscar algún grado de proporcionalidad entre la entidad de ese daño y la suma a indemnizar. En dicho esfuerzo, se tendrá especialmente en consideración que la situación de angustia emocional y padecimientos del actor, si bien en cierta medida surgen del padecimiento de la enfermedad, resulta lógico, verosímil y aceptable concluir que también coadyuvó de manera relevante a dicho sufrimiento y la alteración general del proyecto de vida, la situación de incertidumbre generada producto del rechazo de la cobertura durante todos estos años.

De este modo, ponderados los antecedentes, esta Corte es de la opinión que corresponde condenar a la demandada al pago de una indemnización de perjuicios por concepto de daño moral, en favor del demandante, el que se fija prudencialmente en \$ 10.000.000 (diez millones de pesos).

CUARTO: Que por último, respecto al pago de intereses solicitado, efectivamente existe un error al desechar los mismos por estimar que estos no estaban estipulados en la póliza, ya que efectivamente ambas situaciones se tratan de cosas distintas.

En este caso, la unidad de fomento (UF) es la unidad reajutable establecida en el contrato de seguro para efectuar el cumplimiento de la obligación - el pago de los montos de las pólizas por parte de la aseguradora y el pago de las primas por parte del asegurado -, pero otra cosa distinta es la indemnización de perjuicios moratoria que se adeuda, en el caso de que la obligación incumplida sea la de pagar una cantidad de dinero, desde que el deudor ha incurrido en mora, de conformidad con lo establecido por los artículos 1557 y 1559, N° 1, del Código Civil. Por lo tanto, procede acoger este concepto de lo apelado, ordenando que los intereses legales se deberán desde que el deudor se constituya en mora.

Por estas razones y de conformidad, además, con lo previsto en los artículos 186 y siguientes del Código de Procedimiento Civil, lo dispuesto en el artículo 543 N° 4, el artículo 591 del Código de Comercio y en los artículos 1489, 1556, 1557 y 1559 N° 1 del Código Civil, se declara que **se revoca** la sentencia apelada de 28 de noviembre de 2022, recaída en la causa rol N° C-28869-2019, seguida ante el 26° Juzgado Civil de Santiago, solo en cuanto en ella se negó lugar al daño moral e intereses demandados **y, en cambio, se decide** que también procede condenar a la demandada SEGUROS DE VIDA SURA a pagar al demandante, don Alejandro Amador Flores Martínez, la suma de \$10.000.000 (diez millones de pesos) por concepto de daño moral, más los intereses señalados en el motivo cuarto de esta sentencia.



Se confirma en lo demás apelado de la referida sentencia.

No se condena en costas a la parte demandada, por no resultar totalmente vencida.

Acordada la decisión de otorgar indemnización de perjuicios por concepto de daño moral con el voto en contra de la ministro señora Díaz, quien estimó que no se encontraba acreditada la naturaleza de dicho daño, ni su entidad, al no haber rendido prueba el demandante en orden a probar los supuestos de hecho que invocó para solicitar tal rubro en la demanda.

Regístrese y comuníquese.

Redacción de la abogada integrante Francisca Amigo Fernández.

Rol Civil N° 462 – 2023.

Pronunciado por la Decimocuarta Sala de esta Corte de Apelaciones, integrada por la ministra señora María Teresa Díaz Zamora, ministra (s) señora Andrea Soler Merino y abogada integrante señora Francisca Amigo Fernández.

No obstante haber concurrido a la vista y acuerdo de la presente causa, no firma la señora Soler por haber cesado en sus funciones como ministra suplente.



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

Código: QGPFBXFJBZR

Pronunciado por la Decimocuarta (zoom) Sala de la C.A. de Santiago integrada por Ministra Maria Teresa Diaz Z. y Abogado Integrante Francisca Amigo F. Santiago, doce de agosto de dos mil veinticinco.

En Santiago, a doce de agosto 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: QGPFBXFJBZR