

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia
JUZGADO : 2º Juzgado Civil de Viña del Mar
CAUSA ROL : C-3261-2020
CARATULADO : [REDACTED] /ISAPRE CON SALUD S.A

Viña del Mar, seis de Febrero de dos mil veinticuatro

VISTO:

Con fecha 24 de agosto de 2020, comparece don [REDACTED], chileno, ingeniero, casado, cedula de identidad N° [REDACTED], domiciliado para estos efectos en [REDACTED] de la comuna y ciudad de Viña del Mar, quien viene en entablar **demanda civil en juicio ordinario de Indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual** en contra de **Isapre Consalud S.A.**, en adelante la “Isapre” o “Consalud”, indistintamente, Rut 96.856.780-2, representada legalmente por don Rodrigo Medel Samacotiz, chileno, o por doña Carolina de las Mercedes Torres Gaete, chilena, jefa de oficina de Quinta Costa, que lo reemplaza o subroga en su calidad de jefa de oficina, todos domiciliados en Calle 7 norte N° 610, comuna de Viña del Mar y, en definitiva, que se declare que la Isapre se encuentra obligada a cumplir el contrato denominado “Contrato de Afiliación” (plan AD 20 978 719 50 978) y, asimismo, condenarla a pagar, la totalidad de los perjuicios derivados de su responsabilidad, los que desglosa en **daño emergente por la suma de \$80.530.000.-** y por **daño moral, la suma de \$150.000.000**, calculados al 1 de Junio de 2020, más los reajustes e intereses calculados entre la fecha de la sentencia de autos hasta la fecha del pago efectivo, con costas.

Con fecha 22 de diciembre de 2020 la demandada contestó la demanda.

Con fecha 31 de diciembre de 2020 la demandante evacuó la réplica.

Con fecha 11 de enero de 2021, la demandada evacuó la duplica.

Con fecha 14 de diciembre de 2021, se llevó a efecto audiencia de conciliación.



Foja: 1

Con fecha 22 de diciembre de 2021 y 14 de septiembre de 2022, se recibió la causa a prueba.

Con fecha 24 de agosto 2020, 28 de mayo y 7 de diciembre, ambas de 2022, la demandante acompañó documentos.

Con fecha 11 de noviembre de 2020 y 3 de julio de 2023, la demandada acompañó documentos.

Con fecha 30 de junio de 2023, la demandante rindió prueba testimonial.

Con fecha 26 de julio de 2023, se agregaron a los autos oficios remitidos por la Superintendencia de Salud, Isapre Cruz Blanca e Isapre Consalud.

Con fecha 28 de julio de 2023, la demandada rindió prueba testimonial.

Se citó a las partes a oír sentencia.

Con fecha 8 de enero de 2024, se decretó medida para mejor resolver, consistente en acompañar plan de salud AD 20 978 719 50 978, al que fue cumplida por la demandante con fecha 22 de enero de 2024

CONSIDERANDO:

I. En cuanto a la objeción de documentos:

1.- Con fecha 13 de diciembre de 2022, la demandada objetó los informes psicológicos de don [REDACTED] y doña [REDACTED] acompañados por la parte demandante en el N° 16 de su escrito de fecha 7 de diciembre de 2022, de folio 81. Funda la objeción, en primer lugar, por tratarse de certificados médicos o informes emanados de dos supuestos sicólogos, terceros ajenos al proceso, quienes no los han ratificado en la forma y oportunidad legal que corresponde, razón por la cual no le consta su autenticidad, integridad ni la sinceridad de su contenido. Que, en segundo término, se objetan porque la materia técnica que abordan dichos informes son materia de un informe pericial, puesto que como se dijo en ellos se abordan temas técnicos para cuya apreciación se necesitan conocimientos especiales de alguna ciencia o arte, pero elaborados por quienes no tienen la calidad de perito y tampoco se les ha designado por el Tribunal de en dicha calidad y que, se le ha privado a su parte de los derechos que se le confieren en los artículos 414, 416, 419 del Código de Procedimiento Civil. Que, en tercer lugar, se objetan los informes por haber sido suscritos con antecedentes aportados única y exclusivamente por la parte que los solicitó y pagó por tales informes, es decir, por la demandante, lo cual hace que las conclusiones de tal informe carezcan de la suficiente imparcialidad, incompleta y sin fundamento, por lo cual deberán ser desestimados en su totalidad como un medio de prueba válido y legal.



Foja: 1

Atendido que no se ha rendido prueba destinada a justificar la falta de autenticidad e integridad alegada, y que además, los demás fundamentos de la objeción dice relación con el valor probatorio que se otorgará a los documentos, lo que corresponde determinar al tribunal en la sentencia, **se negará lugar a la objeción formulada.**

2.- Con fecha 7 de julio de 2023, la demandante objetó el documento acompañado por la demandada con fecha 3 de julio de 2023, consistente en copia del expediente electrónico iniciado por el reclamo de 21 de septiembre de 2016 del demandante, N° 201761, seguido ante la Superintendencia de Salud. Funda la objeción por falta de integridad, porque no consta que su contenido correspondería a la totalidad de los documentos singularizados, ni se señala de manera fidedigna cuál sería su real extensión.

Atendido que no se ha rendido prueba destinada a justificar la falta de autenticidad e integridad alegada y que el valor probatorio del documento corresponde ser determinado por este tribunal, **se negará lugar a la objeción formulada.**

II. En cuanto al fondo:

PRIMERO: Que, con fecha 24 de agosto de 2020, comparece don [REDACTED], chileno, ingeniero, casado, cedula de identidad N° [REDACTED], domiciliado para estos efectos en [REDACTED], de la comuna y ciudad de Viña del Mar, quien viene en entablar **demanda civil en juicio ordinario de Indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual** en contra de **Isapre Consalud S.A.**, en adelante la “Isapre” o “Consalud”, indistintamente, Rut 96.856.780-2, representada legalmente por don Rodrigo Medel Samacotiz, chileno, desconoce profesión u oficio, Rut [REDACTED] o por doña Carolina de las Mercedes Torres Gaete, chilena, desconoce profesión, Run [REDACTED] que lo reemplaza o subroga en su calidad de jefa de oficina, todos domiciliados en Calle 7 norte N° 610, comuna de Viña del Mar y, en definitiva, que se declare que la Isapre se encuentra obligada a cumplir el contrato denominado “Contrato de Afiliación” (plan A 20 978 719 50 978) y, asimismo, condenarla a pagar, la totalidad de los perjuicios derivados de su responsabilidad, los que desglosa en **daño emergente por la suma de \$80.530.000.-** y por **daño moral, la suma de \$150.000.000**, calculados al 1 de Junio de 2020, más los reajustes e intereses calculados entre la fecha de la sentencia de autos hasta la fecha del pago efectivo, con costas.

Expone que, para su mejor conocimiento, ha dividido en tres partes la demanda, responsabilidad generada por omisiones en el tratamiento de la afección médica, responsabilidad relativa a los reembolsos de boletas de honorarios no efectuados y alza indiscriminada que ha sufrido el plan.



Foja: 1

Primero, en cuanto a la **responsabilidad generada por omisiones en el tratamiento de la afección médica**, indica que, el 01 de marzo de 1991, se afilió a la Isapre Consalud según consta en el FUN N° 1091467. Que en este plan se fijó un monto de pago de \$146.000.- mensuales, en que incluía dentro de sus prestaciones las atenciones kinesiológicas sin límite. Dicho plan sufrió diversas modificaciones hasta el 09 de Enero de 1996, quedando en el plan actual denominado “AD/ 20 978-719-50-978”.

Que, sus hijos, [REDACTED] y [REDACTED], fueron diagnosticados a muy temprana edad con Fibrosis Quística. Su médico tratante inicial en Viña del Mar era el doctor Felipe Villanueva Romero, pediatra; posteriormente fueron derivados a la doctora Viviana Lezana Soya (Pediatra y Broncopulmonar), profesional que lideraba el único equipo médico que atiende a pacientes con fibrosis quística en el sector público en Viña del Mar, Hospital Gustavo Fricke. Que, por razones personales y profesionales, el 6 de abril de 2018 la Dra. Lezana les informó que padecía de cáncer y, además, por la edad de sus hijos, ella no podía seguir con su tratamiento en su condición de pediatra, los derivó, al médico tratante actual, el doctor Joel Melo Tanner (Broncopulmonar) de la Clínica Las Condes, profesional que trata a pacientes adultos con fibrosis quística en el sector privado y, además, en el sector público (Instituto Nacional del Tórax), lo que permite apreciar lo restringido de las opciones de profesionales y tratamientos que la enfermedad de sus hijos tiene.

Explica que, una de las características propias de la fibrosis quística es la producción excesiva de mucosidad mucho más espesa de lo normal, lo cual hace que el organismo no pueda eliminarla de manera natural, las vías respiratorias se obstruyen y es necesario realizar kinesiología para retirarlas. Que por lo mismo, el tratamiento normal consistía en la aplicación habitual de terapias de kinesiología respiratoria unido a un programa especial de nutrición y otros aspectos gastroenterólogos. Que el primer pilar del tratamiento habitual de [REDACTED] y posteriormente de [REDACTED], como ya se mencionó, se enfocaba en las terapias de kinesiologías y, según el criterio del equipo médico tratante, [REDACTED] debía recibir entre 1 a 3 sesiones de kinesiología respiratoria en forma diaria, cuando recién nació, para ello acompaña el certificado emitido por los médicos tratantes, a solicitud de la Isapre Consalud. Que respecto al segundo pilar, es decir, la nutrición y aspectos gastroenterológicos, sus hijos recibían suplementos vitamínicos (ADEK), enzimas pancreáticas (ULTRACE), suplementos alimenticios (Pediasure–Insure) y otros multivitamínicos. Añade que, además [REDACTED] recibía, por indicación del médico, 1 a 3 sesiones de kinesiología adicionales, realizadas por su madre, su cónyuge, doña [REDACTED]. Y el tratamiento se complementaba con nebulizaciones de



Foja: 1

Vizcocime una vez al día, más aplicación de broncodilatadores antes de cada sesión de kinesiología. Que, además, el tratamiento kinésico-respiratorio incluía un control periódico, generalmente semanal. Que, en dicho control se revisaba la calidad y contenido de las secreciones pulmonares de [REDACTED] (toma de muestras, envío y análisis microbacterial de las secreciones pulmonares, por parte de uno o dos laboratorios) a objeto de incorporar, en forma oportuna y complementaria, el uso de antibióticos para detener e idealmente, erradicar infecciones ocasionadas por bacterias patógenas específicas.

Expresa que, el 18 de Octubre de 2001, entregó una Carta a la Isapre Consalud, dirigida al entonces Gerente Regional, solicitando que la Isapre autorizara a internar a su hijo [REDACTED] en la Clínica AVANSALUD (hoy Clínica Ciudad del Mar), para realizar el tratamiento de antibiótico intravenoso con Tobramicina inyectable. La solicitud se cursó, con el propósito de obtener el presupuesto asociado a la internación hospitalaria, y por el hecho de que, en esa época, en la Clínica AVANSALUD, que era propiedad de la misma Isapre, sólo se atendían casos de hospitalización ambulatoria, hecho que, dado las características de la patología, otorgaba al paciente menor riesgo de un contagio intrahospitalario. Con fecha 31 de Octubre del 2003, presentó una primera carta a la Isapre Consalud, manifestando la disconformidad con la bonificación errónea de medicamentos correspondiente a la Hospitalización de [REDACTED] en la Clínica AVANSALUD (Hoy “Ciudad del Mar”) adjuntando la valoración original del programa de atención medica entregada. El 06 de Noviembre de 2003, la Isapre Consalud le envió una carta de respuesta informando que la valoración del programa estaba correcta. Por lo mismo, con fecha 27 de Noviembre del 2003, presentó una carta de reclamo a la Superintendencia de Salud por el error de la bonificación en la hospitalización. La Superintendencia intervino disponiendo que la bonificación fuera corregida y pagada correctamente, cosa que la Isapre cumplió. Desde ahí en adelante, sostiene que, la Isapre CONSALUD comenzó a demostrar una mala fe y mala praxis respecto a las hospitalizaciones.

Indicia que, el 15 de Noviembre del 2004, su cónyuge doña [REDACTED], tuvo que entregar un segundo reclamo a la Superintendencia de Salud, esta vez a través de una carta manuscrita, confirmando no estar de acuerdo con la bonificación entregada por la Isapre Consalud, asociada a otra hospitalización por tratamiento con antibióticos intravenosos. Que, cuando ingresaron a Consalud, la Fibrosis Quística no estaba contemplada en el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (Plan AUGE) regulado por la Ley N^o 19.966, razón por la que la Isapre no proporcionaba cobertura para ninguno de los medicamentos requeridos, salvo aquellos que se utilizaban durante



Foja: 1

las hospitalizaciones. Con el paso del tiempo y asociado al crecimiento y desarrollo de los niños, el tratamiento kinesiológico fue variando. Al cumplir su hijo, [REDACTED] 6 años, menciona que, ya no se hizo necesaria la toma de muestras de secreción a través de un sistema de aspiración (nasal o bucal) para obtener las muestras para los cultivos de expectoración bronquial, ya que los niños podían controlar su tos y expulsar, voluntariamente, los esputos necesarios para hacer los cultivos. Por otra parte, con el desarrollo de su musculatura pulmonar, se hizo proporcionalmente más difícil para la madre la posibilidad de complementar por sus propios medios las terapias kinesiológicas respiratorias. Por lo que, las kinesiólogías fueron aumentando, hasta llegar a 6 sesiones de Kinesiólogías diarias (que se mantienen hasta el día de hoy) las que eran realizadas por los profesionales Enrique González y Amparo Villanueva.

Señala que, en caso de infección o exacerbación pulmonar, tanto [REDACTED] como [REDACTED] debían ser internados en alguna Clínica u Hospital. Primero fue en la Clínica de Megasalud (actual Clínica Ciudad del Mar) después en la Clínica de Reñaca. Que, en las hospitalizaciones, recibían el mismo tratamiento respiratorio (sesiones de kinesiólogía realizada por los profesionales señalados precedentemente) y sólo se internaban para poder aplicar un tratamiento de limpieza, con antibióticos en forma intravenosa. En cada hospitalización se le administraban remedios (tratamientos antibióticos intravenosos por exacerbación) y las Sesiones de Kinesiólogía. Los antibióticos se inyectaban para controlar infecciones que generaban problemas de salud, debido a la viscosidad de la mucosa. Que, en relación al reembolso de los programas médicos presentados por concepto de hospitalizaciones y al reembolso de las boletas de honorarios asociadas al tratamiento kinésico, en un principio no se registraron problemas de pago o tramitación por parte de la Isapre. Hace presente que, la Kinesióloga realizaba 6 sesiones de Kinesiólogías diarias, pero solo emitía una boleta al completar 10 sesiones. Lo anterior, por un tema contable de ella, procedimiento que se repitió por casi 20 años, sin observaciones de la ISAPRE. Destaca que, tampoco se generaron, por parte de la Isapre observaciones o aplicación de restricciones administrativas asociadas al tratamiento de ambos pacientes.

Informa que, cuando la Fibrosis Quística ingresó al AUGE, en el año 2007, la Isapre comenzó a dar cobertura a los medicamentos recetados sin poner trabas. El plan AUGE estableció una canasta de beneficios que funcionaba por Sistema de “Scoring” (puntaje). Esto implicaba que, mientras más grave fuese el estado de salud del paciente, más puntos se otorgaban y, como consecuencia, éste recibía más beneficios. Si el médico tratante diagnosticaba algún procedimiento o medicamento, aunque éste no estuviese incluido específicamente en la



Foja: 1

cartilla de prestaciones establecidas para la patología en el AUGÉ, la Isapre lo cubría. Afirma que, ello era en atención a lo que la experiencia les había demostrado que, económicamente, les convenía más otorgar el tratamiento diagnosticado por el médico tratante, que negarse y tener que pagar después los altos costos asociados a las hospitalizaciones por deterioro de la salud de los pacientes.

Alega que, en el mes de marzo del 2008, empezaron a experimentar retrasos en la autorización para comenzar con tratamiento de antibióticos intravenosos para [REDACTED] (Tobramicina inyectable), lo evidencia en las copias de correos electrónicos con la Clínica de Reñaca, que acompaña. Y a mediados del año 2008, tuvo que presentar una tercera carta a la Isapre por la liquidación errónea de las hospitalizaciones de [REDACTED] y [REDACTED], (programas de atención Médica 800270164 y 800410721, en la Clínica Reñaca). Que, a pesar de ser los mismos tratamientos que se venían efectuando por años con un copago aproximado de \$200.000.- aprox., la Isapre emitía bonificaciones por montos evidentemente erróneos y muchos mayores. Indica que, la Isapre le envió una carta de respuesta el 23 de Octubre del 2008, con la reliquidación solicitada. Que, a contar del año 2009, la Isapre Consalud, comenzó con cambios en la política interna, presentando trabas administrativas y obstaculizando el acceso a ciertos beneficios. Esto le significó que, cada vez, el servicio fue peor en la entrega de información y prestaciones. Cada vez, se generaban más problemas al momento de acceder a los beneficios que, por el contrato que habían celebrado, le correspondía tener. Afirma que, sin mediar explicación alguna, la ISAPRE eliminó ciertos beneficios del AUGÉ entregando solo remedios y antibióticos. El resto de las cosas incorporadas al Plan, lisa y llanamente, no se le entregaron más, como fue el caso del compresor y nebulizadores por nombrar un ejemplo (Ambos tenían un valor aproximado de \$70.000.- semestral por niño, equipos que deberían ser renovados con una frecuencia seis o siete meses). Que, ese mismo año, además, la Isapre comenzó a cobrar el valor total del copago anual al momento de efectuar la primera compra de un medicamento de alto costo, siendo que, hasta esa fecha, el cobro del copago se hacía en forma mensual conforme se iban retirando los medicamentos. Esto tuvo como consecuencia que tuviesen que desembolsar una gran cantidad de dinero de forma inmediata, complicando su situación financiera y causando un grave perjuicio económico.

Respecto a lo señalado anteriormente, explica que, los antibióticos de alto costo se ingresaban al sistema como si pertenecieran a una “canasta” diferente. El copago cobrado para la Tobramicina Nebulizable, por ejemplo, era del orden del \$1.400.000.- a \$1.700.000.- por cada vez que se hacía uso, retirándose éste desde la farmacia.



Foja: 1

Recién en el año 2017, ante un reclamo que presentó, la Isapre procedió a corregir esta forma de cobro. Indica que, por lo menos, las seis primeras veces que tuvieron que administrar este tipo de medicamentos a los niños, la Isapre procedió de la forma descrita, lo que representó un perjuicio del orden de los \$8.400.000.-a los \$13.600.000.-, sólo por ese concepto. A raíz de la magnitud del monto adicional al valor del plan y a la canasta mensual del Auge que la Isapre los obligaba a desembolsar en forma inmediata, para cada antibiótico de alto costo recetado por los médicos, se vio en la obligación de averiguar los detalles de la cobertura del AUGE, descubriendo que, en la práctica, este opera junto a un seguro el GES-CAEC, en el que se define sólo un copago máximo anual, por afiliado o grupo familiar, sin diferenciar en “canastas”.

Que, el 20 de mayo del 2011, presentó una quinta carta al gerente de comercialización de la Clínica de Reñaca, esta vez, solicitando una explicación en relación al cobro excesivo producto de la realización de examen de vitaminas solicitado por el médico tratante. La Isapre asumió el cobro excesivo y rebajó el costo de los exámenes.

El 19 de julio del 2011, presentó a la Isapre un SEXTO reclamo por la entrega de los programas de atención hospitalaria mal liquidados. Este reclamo fue contestado el 17 de Agosto del mismo año y, si bien fue corregido, generó un estrés enorme a su grupo familiar por la repetición constante de estas equivocaciones. La más afectada, era su cónyuge, [REDACTED], dado que era ella la que debía lidiar directamente con la Isapre.

Sostiene que, el 12 de diciembre del 2012, presentó una carta de reclamo solicitando la entrega de nebulizadores y la inclusión de las boletas del médico tratante a la cobertura del GES. La Isapre contestó la carta el 2 de enero de 2013, negando la solicitud e indicando que debían recurrir a la Clínica Dávila en Santiago. Que, el 28 de diciembre de 2012, a través de una carta remitida a su domicilio, la Isapre les informó que se realizaría una modificación unilateral del prestador asignado para la cartilla 5 1T1- “Tratamiento Fibrosis Quística Severa” asignando como prestador para el tratamiento la Clínica Dávila en Av. Recoleta 464, Santiago. Esto sobrecargó enormemente al grupo familiar ya que le implicaba viajar a Santiago diariamente, con tránsitos de aproximadamente 8 horas diarias, costos de traslado, alimentación, etc., el estrés propio de esta modificación y, sobre todo, que su domicilio se encontraba en la comuna de Concón y no en Santiago. Por ello, a principios del año 2013, se vieron en la obligación de reclamar por SÉPTIMA VEZ, y esta vez, a través de la interposición de un recurso de protección en favor de sus hijos [REDACTED] y [REDACTED], en atención a la modificación descrita. Indica que, la Ilustrísima Corte de Apelaciones de Valparaíso, acogió el recurso de



Foja: 1

protección y fallo en su favor, dado que la Isapre se allanó a su recurso, y así consta en el Recurso de Protección N° 263-2013. Destaca que, este nuevo episodio tuvo como consecuencia que [REDACTED] volviera a verse sometida a un inmenso estrés, lo que le produjo un Trastorno de Ansiedad, expresada a través de diversos cuadros de ataques de pánico y miedo frente a la situación generada por la Isapre, como lo certifica su médico tratante en el certificado que adjunta a esta presentación. Agrega que, lo anterior, implicó que tuviese que iniciar un tratamiento primero con el Psiquiatra DR. Eduardo Correa, después con la psicóloga Alejandra Larraín y finalmente con la Neuróloga Marianela Hernández producto de estas situaciones.

Expresa que, a partir del 2014, se inició una serie de retrasos en el pago de programa médico de Hospitalización. La Isapre argumentaba que debía mandar el programa a revisión a su unidad de contraloría antes de la emisión de los bonos. Los que no sólo se demoraban excesivamente, sino que además eran emitidos con múltiples errores, lo que impedía su ágil cobro. Así, lo que se inició con un proceso de fiscalización, revisión y emisión que tomaba alrededor de un mes, aumentó con el correr del tiempo a 2 meses y fue en aumento hasta demorarse 1 año en emitir los bonos. A pesar de ser exactamente el mismo tratamiento que se había venido realizando por años, la Isapre, en cada oportunidad, sacaba la cuenta con múltiples errores, lo que obligaba a la rectificación de los mismos, nuevas revisiones y nuevos retrasos. Como consecuencia de ello, se produjo un retraso sistemático en cada hospitalización, en cada revisión, en cada emisión de bonos y, por consiguiente, no se podía cumplir con el pago de la clínica donde se trataban [REDACTED] y [REDACTED]. Esto les generó un enorme daño y estrés, ya que no podíamos seguir normalmente con los tratamientos. En efecto, al tratar de hospitalizarlos nuevamente para sus tratamientos de antibióticos habituales, las clínicas no querían recibirlos por tener pagos pendientes. Durante este período la Isapre les informó el aumento de beneficios por años de permanencia; sin embargo, en la práctica, se fueron disminuyendo sistemáticamente las coberturas del plan. Indica que, un ejemplo lamentable de esta mala práctica, se reflejó en la arbitrariedad de los ingresos y salidas administrativas registradas, a las canastas y doble canastas, asociadas a la cobertura del Auge. La modalidad utilizada por la recurrida, era, en forma administrativa, sacar e ingresar a los pacientes de “las canastas” cubiertas por el Auge, alterando así la fecha de cumplimiento de la anualidad, y aumentando con ello, en forma artificial, el copago máximo legal definido por el GES y El GES-Caec. Con esta operación, el afiliado paga más y la Isapre disminuye artificialmente los indicadores de siniestralidad del seguro, ganando con ello la posibilidad



Foja: 1

de negociar una prima anual más baja. El concepto de siniestralidad, equivale al monto anual de los siniestros ocurridos y asociados a su póliza. Por ejemplo, si hubiese pagado \$280.000.- por una canasta, en realidad terminaron pagando \$1.680.000.- o más.

En el año 2016, el deducible asociado al GES-CAEC aumentó de UF 60 a UF 121 por afiliado o a un máximo de UF 181 por grupo familiar, equivalente en esa época a \$4.737.000.- al año. Monto que, por tratarse de una misma patología, debía equivaler, como máximo, a todos los cobros efectivos de copagos por hospitalizaciones y remedios de ambos niños en el año. En ese año sólo por concepto del copago asociado a los medicamentos habituales, además del precio mensual del plan, la Isapre cobró un copago de \$566.000.- mensuales por ambos niños (\$283.000.- por niño). Solo considerando ese copago mensual de \$566.000.- correspondiente al retiro de los medicamentos habituales, en ocho meses y medio se habría cubierto el copago máximo anual, teniendo la Isapre que financiar, sin costo de copago para el afiliado, cualquier otra prestación o servicio. Establece que, al agregar los copagos cobrados por las hospitalizaciones habituales de [REDACTED] y [REDACTED], éste copago debería haberse completado en un máximo de cinco o seis meses. Y al considerar el cobro del copago "especial" que la Isapre hacía por los antibióticos que asignaba a la "Segunda Canasta", que eran del orden de \$1.400.000.-, medicamento recetado, el copago máximo debería haberse completado mucho antes. La Isapre entonces, debería haber empezado a cobrar un copago igual cero, a partir aproximadamente del tercer mes, pero con el sistema de "segundas" canastas, cobraba los \$283.000.-, más los \$1.400.000.- (aproximadamente \$1.683.000.-) en lugar de CERO. La situación anterior descrita quedó manifestada cuando con fecha 27 de abril de 2016, se les informó verbalmente, que la anualidad de María Jesús y [REDACTED] se cumplía con fecha 12 de Julio. Ello después de haber tenido que cancelar en el mes de mayo más de \$1.400.000.- de copago anual para que a [REDACTED] le entregaran el medicamento llamado "Zoteon podhaler".

Señala que, el 27 de Enero del 2014, Consalud les envió una carta donde reconocía que sus sistemas presentaban algunas inconsistencias, por lo cual se había desactivado de sus registros el medicamento antibiótico Zoteón en Farmacia Salcobrand. Así las cosas, cuando iban a comprar dicho medicamento a la farmacia, éste no estaba disponible en el Sistema de Entrega y, por lo mismo, se veían en la obligación de pagar el precio completo del medicamento que costaba, en esa época, \$1.827.121.- por caja. El 19 de diciembre del 2014, en un OCTAVO reclamo, se adjuntó a la ISAPRE el comprobante de copago por \$1.444.170.- a la Farmacia Salcobrand por la entrega de antibiótico Zoteon. Lo mismo ocurrió con otros



Foja: 1

medicamentos por montos de \$1.078.99.- y \$1.444.170.-, boletas que adjunta en su presentación. Que, recién el 06 de enero del 2015, recibieron una carta de respuesta en la que se les informaba que tenía una fecha de cumplimiento de la anualidad que difiere totalmente con la fecha de anualidad real. Así, bajo ese argumento falso, la Isapre justificaba esta situación. Por lo mismo, se vieron en la obligación de presentar un NOVENO reclamo, esta vez, ante la Superintendencia de Salud entidad que intervino en su defensa. En efecto, el 04 de Mayo del 2015, recibieron una carta de la Isapre donde les informaban que habían realizado un reembolso parcial de \$805.432.-, cobrados en exceso, ello por instrucciones de la Superintendencia de Isapres. Hace presente que, ese reembolso se produjo por el reclamo. Sin embargo, los seis o más pagos anteriores tuvieron que hacerlos ellos, sin ser reembolsados, los que ascendieron a un monto aproximado de \$8.640.000.-.

Agrega que, el día 22 de Diciembre del año 2015, presentó una carta solicitando la corrección de una cuenta de hospitalización, ya que, en los meses de abril y julio de ese mismo año debieron internarse [REDACTED] y [REDACTED], para realizar su tratamiento y mitigar con la aplicación de antibióticos en forma intravenosa sus respectivas infecciones pulmonares. Como parte del procedimiento habitual, aplicado por más de 20 años, al detectar la exacerbación a través del resultado de los exámenes, el médico tratante ordenó su inmediata hospitalización. Razón por la que tanto [REDACTED] como [REDACTED] fueron ingresados a las dependencias de la Clínica Reñaca por el área de Urgencias. Cuando finalmente la Isapre emitió la cuenta, venía realizada según las coberturas del Plan, sin incluir la cobertura GES. En atención a ese procedimiento administrativo, se estaba cobrando como copago, prácticamente la totalidad del valor de los antibióticos usados, (el plan a esas alturas establecía una cobertura de sólo \$108.000.-, para una hospitalización en la que no se usaba "Pabellón"). En atención a ello hubo que presentar un reclamo a la Isapre, la que no acogió inicialmente el reclamo. A raíz de ello se presentó en las Oficinas de la Superintendencia de ISAPRES de viña del Mar el reclamo con folio de ingreso 201994. Que, hasta el año 2015, a pesar de todas las trabas administrativas que ha descrito, los tratamientos (hospitalizaciones) para la afección de sus hijos habían sido 100% efectivos. Sin embargo, en las hospitalizaciones realizadas entre diciembre 2015 y marzo 2016, su hijo José Joaquín ingresó a la Clínica Reñaca a realizar su tratamiento normal, pero el tratamiento no funcionó, por lo que su hijo no obtuvo ninguna mejora. Ante esa situación, la doctora tratante, Dra. Lizana, les sugirió trasladar a su hijo a Estados Unidos, para ser revisado allá, y tener una mejor evaluación de su situación y del tratamiento adecuado. Por ello, iniciaron los trámites para poder desplazarnos a dicho país en



Foja: 1

el mes de marzo. Dentro de esos trámites, se dirigió a la Isapre para preguntar cuáles eran los procedimientos, protocolos y coberturas que su plan tenía, a fin de programar sus gastos y el viaje, el que, por indicaciones del médico tratante, debía hacerse a la brevedad posible. Lamentablemente, la Isapre no le contestó oportunamente.

Que, mientras la planificación del viaje seguía su curso, con fecha 13 de Enero del 2016, recibió la respuesta de la Isapre a Solicitud de revisión de cuenta presentada con fecha 22 de Diciembre del año 2015, que fue hecha con copia a la Superintendencia, situación descrita precedentemente. Por lo mismo, el 28 del mismo mes, ingresó en oficinas de la Isapre en Viña del Mar, una DÉCIMA carta de reclamo, esta vez, por existir un error en la liquidación de la cuenta medica por hospitalización de abril del 2015. En la misma línea, presentó el 19 de Febrero del 2016, un UNDÉCIMO reclamo por una nueva liquidación errónea, esta vez, por la hospitalización de su hijo [REDACTED], realizada en abril del 2015. Esto sucedió porque en la cuenta número 749118, la Isapre no había incluido el antibiótico amikacina, que se administró en forma intravenosa a [REDACTED], cobrando un copago en exceso de \$138.492.-. Ante el reclamo finalmente la Isapre da cobertura GES al antibiótico, pero al emitir, en el mes de Marzo de ese año la nueva liquidación de la cuenta, excluye de la cobertura exámenes tomados en la clínica, considerados por el médico tratante, como parte fundamental del tratamiento, asignándoles un valor de copago de \$74.942.-, valor que no estaba incorporado en ninguna de las liquidaciones anteriores.

Agrega que, coetáneamente, la Isapre, en un segundo intento, modificó unilateral el prestador asignado para la cartilla 5 1T1- “Tratamiento Fibrosis Quística Severa” asignándolo como ~~prestador~~ para el tratamiento de sus hijos la Clínica Dávila en Av. Recoleta 464, Santiago. Nuevamente tuvieron que presentar un DÚODECIMO reclamo a la Superintendencia de Salud (Rol arbitral N° 200139-2016), la que falló a su favor, obligando a la Isapre a mantener como prestador GES de sus dos hijos a la Clínica de Reñaca.

Posteriormente, con fecha 04 de marzo del 2016, tuvo que presentar un DECIMOTERCER reclamo ante la Isapre, por un nuevo error en la liquidación, esta vez, de la emisión de los bonos asociados a hospitalización de [REDACTED] realizada en Abril del 2015. La Isapre le contestó con fecha 11 de Marzo del 2016, sin hacerse cargo, nuevamente, del problema de fondo, esto es, la liquidación de bonos por programa de hospitalización emitida con error. Por ello, tuvo que recurrir nuevamente a la Superintendencia de Isapres, presentando un reclamo con fecha 28 de Marzo 2016.

El 08 de marzo del 2016, tuvo que presentar un DECIMO CUARTO reclamo ante la Isapre, esta vez, por la negativa por parte



Foja: 1

de la Isapre a entregar el compresor requerido para el tratamiento de los niños. Destaca que, ellos requieren nebulizaciones diarias con viscozime, antibióticos y otros. El tratamiento requiere de al menos 06 nebulizaciones diarias. Con fecha 30 de Marzo de 2016, la Isapre le envía una carta de respuesta donde le indican que ya no le entregarán los nebulizadores, obligándolo a asumir la totalidad del costo de ellos a él. Ese costo asciende a \$360.000.- anuales, atendido a que eran dos compresores (uno por cada uno de sus hijos) que tienen un valor de \$90.000.-, y ellos necesitan dos compresores al año. Que, en el mismo período que se están elevando estos reclamos, Marzo 2016, se trasladan a Estados Unidos, y hace presente que, a pesar de sus múltiples esfuerzos, les fue imposible obtener una respuesta de la Isapre de cuáles eran los procedimientos, protocolos y coberturas que su plan tenía, antes de viajar, por lo que tuvo que asumir la totalidad de los gastos médicos efectuados en el extranjero. Estando allá, el médico tratante en Estados Unidos, la doctora María Franco, emitió un certificado para [REDACTED] y [REDACTED] que decía que cumplían los requisitos para ser atendidos en ese país. Agregó que el tratamiento para estas afecciones en ese país se trataba con un medicamento llamado "ORKAMBI" .

Con fecha 01 de abril de 2016, presentó una DECIMO QUINTA carta de reclamo en la Isapre, dejando constancia que, había consultado por el estado de la cuenta referida a la hospitalización realizada en el mes de junio del 2015 y la ejecutiva que lo atendió le había informado verbalmente que la cuenta no había sido todavía procesada, después de 9 meses. Este nuevo atraso en el pago les produjo un enorme estrés y el consiguiente atraso en el pago de dichas hospitalizaciones, con las consecuencias ya latamente descritas. El mismo día, solicitó por escrito a la Isapre que le informara de las fechas de inicio y término de la anualidad GES y GES-CAEC correspondiente al tratamiento de sus hijos. El 22 de Abril recibió una carta de la ISAPRE explicando el retraso de nueve meses, en el análisis y emisión de los bonos asociados a la Hospitalización de [REDACTED], aduciendo que estaban a la espera de una información solicitada a la Clínica en enero de 2016, cosa que no es efectiva, toda vez que durante ese período consultó varias veces con la clínica el tema, sin tener ellos nada pendiente que informar. Finalmente, la liquidación fue emitida, pero, como siempre, venía con errores, los cuáles generaron nuevos reclamos y atrasos. Además, la Isapre le contestó las fechas de las anualidades solicitadas, indicando que el inicio de su anualidad era el día 12 de Julio.

Indica que, el 20 de Mayo de 2016, envió una carta a Consalud, para revisar y descontar los valores de copago de la liquidación de la cuenta N°749106, emitida con fecha 15 de Abril del mismo año, por



Foja: 1

el tratamiento GES recibido en la Clínica de Reñaca, por su hija [REDACTED], según el siguiente detalle: -Código 1707001 Espirometría Basal (copago \$45.787.-) examen que fue pagado en forma directa el día 20 de Julio de 2015, factura n°30930 emitida por el Hospital Naval. Además, dicho examen se encuentra incluido en el número 177011 de la cartilla Auge, para la FQ; -Código 2401061 Rescate simple y/o traslado (copago \$45.787.-), ya que según guía clínica GES, corresponde que la totalidad del costo sea asumido por la ISAPRE y/o la cobertura GES-AUGE; Código 6125210 Medicamentos GES (copago \$191.049.-), igual que el punto anterior. Destaca que en los antecedentes detallados en la cuenta entregada por la Clínica Reñaca, se indica que el valor total de los medicamentos es de un monto de \$12.766.672.-; sin embargo, el valor que la ISAPRE informó como tarifa fue de \$13.548.783.-, generando así una diferencia injustificada de \$782.111.-; - Código 8004007 Esteatocrito (copago \$32.624.-), incluido en canasta GES asociada al tratamiento.

Refiere que, dadas las diferencias presentadas en los pagos, se solicitó a la Clínica Reñaca, revisar la cuenta entregada, según documento que se adjuntaron: episodio número 33687750, número de programa 9101466295 y corregir los copagos asignados a los códigos 301045, 302046, 302047, 302057, 202012, 3021015, 302032, 302040. 401008, corresponden a exámenes incluidos y cubiertos, por lo tanto, tenían un copago de \$0 (cero). El 10 de junio se presentó reclamo número 74906 por una boleta mal bonificada, correspondiente a este mismo reclamo, iniciado en el mes de mayo y expuesto precedentemente.

Que, el 16 de Junio del 2016, recibió una carta de la Isapre fechada el 9 de junio del 2016, contestando el reclamo número 74906. En la carta de la Isapre, se hacía referencia al reclamo presentado con fecha 10 de Junio, es decir un día después de que se hubiera emitido la carta misma, en la que habría solicitado revalorización de cuenta médica, mal bonificada. El 14 de Septiembre de 2016, casi 5 meses después de haber viajado a Estados Unidos, Consalud respondió a su solicitud de información sobre los procedimientos, protocolos y coberturas que su plan tenía para programar el viaje al extranjero, señalando que no recibieron mayores detalles de las prestaciones que dichos beneficiarios se realizarán en el extranjero. Además, solo reembolsarían las que aparecieran en el plan de salud AD/20 (978 719 50 978). Agregaron que para informar de cobertura precisaban que les hiciera llegar un presupuesto, individualizando para cada prestación el valor facturado, debidamente traducido y legalizado. Señalaron que según las condiciones generales del contrato, debían indicar: Nombre prestador y profesional que entregó la atención en caso de ser distintos; RUT prestador y profesional que entregó la información; Nombre



Foja: 1

Paciente; CI paciente; Detalle nombre de prestaciones otorgadas; Fecha en la que se brindaron las prestaciones; Se debía detallar cantidad y precio de cada prestación efectuadas al paciente.

Expresa que, el 13 de octubre de 2016, el Nicklaus Children's Hospital emitió certificado de atención con el fin de responder a la solicitud de la Isapre. Que, obtener la documentación solicitada fue tremendamente difícil, toda vez que las atenciones ya se habían realizado y, a pesar de sus esfuerzos, la ISAPRE no les entregó la información antes del viaje, como fue su deseo. Por lo mismo, el certificado del Nicklaus Children's Hospital simplemente ratificaba el diagnóstico y el tratamiento e indicaba que los niños eran candidatos para el medicamento "Orkambi". Por lo mismo, los costos de las hospitalizaciones fueron íntegramente asumidas por su grupo familiar, el que ascendió a US\$25.000.-. El 06 de Diciembre del 2016, se recibe respuesta al reclamo cursado por la cuenta asociada a la intervención de apendicitis de [REDACTED], la cual venia nuevamente mal liquidada, ya que no se estaba dando cobertura GES a los medicamentos que [REDACTED] requiere y usa en forma permanente para su tratamiento de Fibrosis Quística. El 16 de Diciembre del 2016, presentó a la Isapre la DECIMOSEXTA carta reclamo número 3327558, solicitando nuevamente la revisión de cuenta por la hospitalización de Urgencia, de [REDACTED] por una apendicitis grave, en la que no se reembolsaron los antibióticos asociados a su tratamiento habitual de Fibrosis Quística.

Que, el 27 de enero del 2017, presentó el DECIMOSÉPTIMO reclamo a la Isapre, solicitando revisar y reliquidar cuenta medica por hospitalización, ya revisada varias veces por la Isapre y nuevamente mal liquidada. La hospitalización consistía en Remedios (tratamientos antibióticos intravenoso por exacerbación) y Sesiones de Kinesiología. Lo anterior en razón de las infecciones que se producen y que generan problemas de salud, debido a la viscosidad de la mucosa. Los antibióticos se inyectaban para controlar dichas infecciones. El resto del tratamiento se seguía en forma normal.

Agrega que, durante el año 2016, sus hijos [REDACTED] y [REDACTED] tenían que hospitalizarse 4 y 5 veces en el año, respectivamente, como parte de su normal tratamiento. Sin embargo, por efecto de los atrasos en el pago de la ISAPRE, [REDACTED] no se pudo hospitalizar en la Clínica Reñaca. Por lo mismo, tuvieron que hacer el tratamiento en forma domiciliaria. Esa modalidad fue muy dolorosa para el grupo familiar, ya que, primero, el tratamiento le produjo graves alteraciones físicas a su hijo: Hematomas en los brazos, depresión, angustia, etc; Segundo, los costos asociados, que no fueron asumidos por la Isapre y que ascendieron al monto de \$1.900.000.-. Finalmente, la kinesióloga que trataba a sus hijos tampoco recibía el



Foja: 1

pago, por lo cual, dejó de prestarnos el servicio. Esto afectó notablemente la salud y el estado de ánimo de los niños, ya que los trataba hace muchos años. Por ello, para suplir el tratamiento kinesiológico, tuve que comprar Chalecos Vibratorios Kinesiológicos, dispositivo que sirve para eliminar la excesiva de mucosidad mucho más espesa de lo normal, ya que no se podía recurrir a kinesiología. Por lo mismo, no teniendo la posibilidad de hacerles kinesiología, compraron el año 2019, dos chalecos de marca AFFLOVEST talla M, de un valor de US\$8.500.-, cada uno.

Adicionalmente, por una gestión realizada por su cónyuge, en el mes de noviembre de 2017, pudieron recibir una donación del medicamento “Orkambi”, que había sido recomendado por la doctora en Estados Unidos y que permite tratar la fibrosis quística en pacientes de 2 años en adelante. Gracias a ello, pudieron paliar la disminución de las hospitalizaciones, aun cuando el resto del tratamiento se mantenía igual.

Señala que, la imposibilidad de contar con un profesional en kinesiología, originada en el incumplimiento de pagos de las boletas presentadas por parte de la Isapre, provocó un grave retraso en el tratamiento de sus hijos. Perdieron gran parte de su capacidad pulmonar, [REDACTED] bajó de un 98% de capacidad pulmonar a un 50%, mientras que [REDACTED] de un 103% a un 96%. En la última hospitalización de [REDACTED] realizada en la Clínica de Reñaca, con fecha 15 de julio de 2016, se detectó que el tratamiento con Kine y antibióticos ya no funcionaba. Se consultó con varios doctores y no lograban llegar a un buen tratamiento. El Dr. Luis Bavestrello Fernández, infectólogo y Director médico de la Clínica Reñaca, derivó a su hijo, al final del período de hospitalización, al doctor Claudio de Amesti Ceroni, Otorrino de la misma clínica. El doctor De Amesti sugirió una operación de fosas nasales, para sacar dichas fosas y aprovecharon de corregir el tabique, de manera que pudiera respirar mejor y no se infectara. Que, para una mejor comprensión de lo señalado anteriormente, explica que, en el interior de la nariz se encuentra la cavidad nasal, dividida en dos conductos por el tabique nasal. Este último se extiende desde las fosas nasales hasta la parte posterior de la garganta. Normalmente el tabique es recto y separa simétricamente ambas ventanas nasales. Sin embargo, en el caso de su hijo, su tabique presentaba una desviación importante obstruyendo un lado de la nariz, causando congestión nasal y haciendo que, por efecto de este desvío y de la fibrosis quística, fuese propenso a la acumulación de la mucosidad, inflamación de los senos paranasales (sinusitis), hemorragias nasales e infecciones de las fosas paranasales, las que posteriormente se trasladan al pulmón afectando aún más su salud. De acuerdo a esta evaluación los médicos decidieron operar a su hijo,



Foja: 1

sacar las fosas nasales y corregir el tabique, operación que se realizó el 11 de agosto de ese mismo año. Ante esa situación, la ISAPRE nuevamente en forma unilateral y arbitraria, resuelve dividir la cuenta en dos según el siguiente detalle: - Una primera parte la sitúa del día 15 al 24 de Julio, la ingresa con diagnóstico "Fibrosis Quística" y, por tanto, la cubre; Una segunda parte, la sitúa del día 25 al 12 de Agosto la ingresa con diagnóstico "Operación Estética de nariz" (es decir, cirugía plástica, aun cuando la realiza un otorrino), y por tanto, no la cubre, asignándole un copago de \$5.000.000.-, costo que en su mayor parte procede del costo de todos los antibióticos intravenosos utilizados en la operación y durante el periodo que va desde el 17 al 24 de Julio: La mitad los cubre y la otra mitad no.

Expresa que, no existe una argumentación profesional, técnica, razonable ni lógica para haber realizado esta división de costos, ni mucho menos para haber inventado un cobro sobre una prestación médica resuelta por los profesionales médicos y que perseguía recuperar la ya mermada salud de su hijo y no su belleza física. Por lo mismo, con fecha 11 de Julio de 2018, presentó su disconformidad a la cuenta número PAM 9101753534, en atención a esta división artificial de la cuenta. Situación que a la fecha se encuentra sin solución.

Hace presente que, por efecto de esta mala gestión de la Isapre, se generó una deuda con la Clínica Reñaca, por la supuesta operación estética de su hijo, por un monto de \$26.065.004.- que a la fecha se litiga en una causa civil en su contra (ROL N° C-5514-2019) en el Primer Juzgado Civil de Viña del Mar y de \$ 41.051.346.- adicionales correspondientes a 3 hospitalizaciones adicionales cuyos bonos la Isapre, a la fecha no ha emitido.

En cuanto a la **Responsabilidad relativa a los reembolsos de boletas de honorarios no efectuados**, previamente, explica que el tratamiento de sus hijos consideraba varias sesiones diarias de kinesiología, la profesional que las realizaba reunía varias sesiones y hacía una sola boleta por todas ellas. A pesar de hacerse 6 sesiones diarias, ella resolvió hacer una boleta cada 10, es decir, tres a la semana, quedando un saldo para la semana siguiente. Así se hizo por 20 años de tratamiento. Que, en cuanto al procedimiento de la Isapre, normalmente se depositaba la boleta de honorarios y pagaban por automático después de unos días. Indica que, con el tiempo, después del depósito, pasaba un tiempo en el que la Isapre no hacía nada y esperaban que fueran a preguntar, luego la procesaban y ahí pagaban. Que, los atrasos iniciales eran de un par de días, pero luego fueron aumentando a un mes, luego dos, hasta llegar a un año. Hace 3 años, se demoraban entre 6 y 7 meses en pagar boletas, pero desde esa fecha, lisa y llanamente dejaron de pagar y, de ahí en adelante, todas las actuaciones debían hacerse por escrito. Eso implicó que la



Foja: 1

kinesióloga quedara sin pago, por un período de siete meses, con los consiguientes problemas en la relación con la profesional tratante. Por lo mismo, contrató al abogado Sr. José Luis Luengo, para que tratara estos temas con la Isapre, tratando de esta forma de liberar de estas angustias y estresantes negociaciones a su grupo familiar, pero la situación no mejoró. La Isapre dejó de pagar boletas, ya que la orden médica establecía 6 sesiones diarias de kinesiología, y se presentaban boletas cada 10 sesiones, pero así había sido el mismo procedimiento que habíamos utilizado los últimos 20 años. En resumen, pagaron solo seis sesiones, quedando las otras pendientes. Después de siete meses de tramitación, le pidieron cambiar la forma en que la Kinesióloga confeccionaba las boletas, que hiciera una boleta por cada seis sesiones. Y después de que empezó a presentar las nuevas boletas, una cada seis sesiones, con la fecha en la que cada prestación se había efectivamente realizado, la Isapre pidió que nos “pusiéramos al día”, lo significaba pagar, en un sólo mes, todas las sesiones realizadas durante siete meses de trabajo y que generaba un problema a la profesional, porque equivalía a recibir el pago de 7 meses de trabajo en un mismo mes, lo que le generaba un problema tributario.

Afirma que, hay un procedimiento establecido, deliberado y sistemático de entabrar y atrasar los pagos, buscando quizás que, por cansancio, abandonen su plan o el sistema de salud, pero esa opción es imposible. Primero, por la afección que tienen sus hijos y, segundo, que, como la Isapre lo sabe, ninguna otra institución de salud lo recibiría por la preexistencia de la enfermedad de sus hijos, convirtiéndolo entonces en un cliente cautivo sin ninguna otra opción que aceptar sus arbitrarias decisiones y sus excesivos e injustificados cobros, no sin antes someternos, a todo su grupo familiar, a brutales situaciones de estrés y de angustia.

Describe cronológicamente los incumplimientos:

1.- El 01 de Julio del 2016, solicitó el reembolso de 48 boletas de kinesiología de la profesional Marisol Bustos Fajardo por un monto aproximado de \$9.600.000.-;

2.- El 03 de Agosto de 2016, por medio de su mandatario José Luis Luengo, procedió a la entrega de las boletas 2642 y 2643 emitidas por la kinesióloga Marisol Fajardo Bustos, con fecha 27 de julio de 2016. Además, solicitó la gestión de devolución de las boletas números 2594 y 2615 emitidas con fecha 05 de julio de 2016;

3.- El 16 de Agosto de 2016 y a través del mandatario José Luis Luengo, presentó un reclamo por el no pago de los reembolsos de las boletas de honorarios presentadas el 01 de Julio y 27 de Julio. Comprobante de ingreso n° 2015742624 y 20157422628;

4.- El 14 de Septiembre de 2016, Consalud respondió al reclamo, respecto a los reembolsos de fecha 27 de julio de 2016, señalando que



Foja: 1

depositaron \$6.559.879.- en su cuenta correspondiente al sobre 2015742624, donde bonificaron \$2.623.952.- en exceso a su favor debido a que se pagaron 10 sesiones de kinesiología en vez de las 6 sesiones ordenadas por la Dra. Lezama. Además, procedieron a bonificar las prestaciones contenidas en el sobre 2015742628 realizando la respectiva rebaja de \$2.623.952.- ya indicada. A su vez, le solicitaron actualizar la orden médica que adjuntaban a las boletas, porque ésta era muy antigua y requerían además: - Informe del Médico tratante que detallara en forma cronológica la evolución de ambos pacientes, medicamentos utilizados, tratamientos de kinesiología realizados; - Resultados de los exámenes relevantes realizados en últimos 18 meses, tales como Radiografía de tórax, TAC de Tórax, Funcional respiratorio, Saturometría o gases arteriales; - Certificado en el cual constara la asistencia de cada uno de ellos a sus respectivos establecimientos educacionales y los períodos de ausencia; - Certificados de la kinesióloga tratante que especificara el tipo de ejercicios realizados a los pacientes, etc.;

5.- Con fecha 16 de septiembre de 2016, presentó un nuevo reclamo a la Superintendencia, esta vez, por la respuesta dada por la Isapre a su reclamo de fecha 16 de agosto de 2016. En esta respuesta la Isapre no da ninguna explicación de las causales que tuvieron para negar el pago del reembolso, que era precisamente lo solicitado;

6.- El 23 de Septiembre de 2016, la Superintendencia de Salud instruyó a Consalud a remitir dentro de plazo de 5 días hábiles contado desde la recepción de ese oficio, el expediente de la solicitud presentada ante esa institución. Por lo mismo, asistió a una audiencia con el superintendente, junto al senador Francisco Chahuan el día 26 de septiembre. El 27 de Septiembre, Consalud respondió a este reclamo de boletas que no procedía su pago porque no se habían presentado los antecedentes solicitados detallados en el punto 4 y el 03 de Octubre, realizó un reclamo a la Superintendencia a través del mandatario José Luis Luengo, reiterando la disconformidad con la respuesta de la Isapre y señalando además, que hasta la fecha no se ha recibido de la Isapre respuesta a la solicitud que se había realizado, en relación al contenido preciso y formato requerido para los informes y antecedentes solicitados en su carta del 14 de septiembre;

7.- El 12 de Octubre de 2016, solicitó el reembolso de 38 boletas de honorarios de kinesiología de la profesional Marisol Bustos Fajardo por un monto aproximado de \$4.560.000.-;

8.- El 17 de noviembre de 2016, Consalud respondió que las boletas del sobre N° 2015693057 no podían ser reembolsadas por no acompañar una receta vigente a la fecha de otorgamiento de las prestaciones kinesiológicas. Esta negativa les causó gran perjuicio, ya que como sus hijos tienen que tener sus sesiones kinesiológicas de



Foja: 1

forma diaria, necesitaban ese reembolso, atendido al alto costo de las mismas, situación que, al no reembolsarlas Consalud, tuvieron que pagarlas ellos, con el alto costo económico que eso conlleva (\$ 4.560.000.-);

9.- El 25 de noviembre de 2016, le solicitó a la Isapre 38 boletas sin procesar que no le habían devuelto, mismas boletas presentadas en el número 7 precedente. Correspondía a los números 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2661, 2662, 2663, 2664, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 2682, 2683, 2684, 2685, 2686, 2687, 2688, 2692, 2633, 2634, 2636, 2701, 2702. Se entregaron en la carta folio 1091467. La demora del reembolso de las boletas, solo les traía problemas, ya que había que pagarle a la kinesióloga, por lo que asumieron cada vez más el costo que implicaba que Consalud no reembolsara las boletas, produciendo un gran daño económico y emocional, debido al estrés y angustia que estas situaciones generaba;

10.- El 16 de diciembre del 2016, presentó un nuevo reclamo (número 3327705), con el propósito que se pagaran las boletas de honorarios kinesiológicos pendientes de pago. Este nuevo atraso de la Isapre implicó que solo pudiera financiar un tratamiento parcial, lo que significó menores sesiones de kinesiología para sus hijos y, finalmente, suspender los servicios de la profesional, con graves consecuencias para la salud de su hijo, reduciendo su capacidad pulmonar de a un 50%, certificado acompaña en su presentación. Que, el daño provocado a su hijo por el actuar de la ISAPRE fue gravísimo, poniendo en riesgo la vida de su hijo;

11.- Durante el año 2017, menciona que la ISAPRE empezó a regularizar el reembolso de las boletas presentadas y éstas se pagaron casi con normalidad. El 11 de Julio de 2017, solicitó el ingreso, procesamiento y reembolso de las boletas atrasadas solicitadas en sobre n° 2017433427 y 2017433423, por un monto de \$18.240.000.-;

12.- En el año 2018, nuevamente tuvieron problemas por el retraso de los pagos, por lo que se comunicaron con el Call Center de la Isapre y lograron que las procesaran en un corto plazo. En ese mismo período Consalud los contactó indicando que la kinesióloga debía ponerse al día con las boletas que estaban pendientes y que, a su vez, hiciera todas las boletas de los siete meses que estaban impagas en un mes. Sostiene que, lo anterior no fue posible cumplirlo, porque eso le generaba a la profesional un problema tributario (Cambio de tramo) y, además, porque la kinesióloga no se atrevía a emitir tantas boletas sin tener la certeza de que la Isapre pagaría, lo que implicaría que ella no podría pagar los impuestos correspondientes por esos honorarios. Por lo tanto, para poder salvar la situación tuvieron que comprometerse a cubrir los impuestos si la Isapre no cancelaba. Y efectivamente así



Foja: 1

ocurrió. La Isapre no canceló y tuvieron que pagar los impuestos por un monto de \$870.000.-, es más, a la fecha, aun no se han pagado algunas boletas, con el perjuicio económico que eso les implicó. Todo con el propósito de que sus hijos siguieran recibiendo su tratamiento oportunamente;

13.- Ante la insistencia de Consalud, la kinesióloga fue donde su contadora, quien le informó que de hacer lo que proponía Consalud, iba a producir un cambio de tramo para efectos del impuesto global complementario, por lo que decidió dejar de hacer boletas por un tiempo y retomar el cobro, paulatinamente, pero siempre con atraso. En ese escenario, los atrasos de la ISAPRE generaron una situación económica y tributaria, tanto al suscrito como a la kinesióloga, que es de difícil reparación a estas alturas, con deudas pendientes y con cobros que no puede poner al día frente al Servicio de Impuestos Internos (para la kinesióloga);

14.- A la fecha, las últimas boletas, tanto del año 2018 como las del 2019, específicamente las presentadas en el mes de abril, aún no se encuentran pagadas, por un monto de \$ 4.800.000.-;

15.- Por último, es menester mencionar en esta parte que su hijo [REDACTED], durante en el año 2019, tuvo que dejar de asistir al colegio. Lo anterior, producto de su crítica situación de salud (reducción de su capacidad pulmonar de a un 50%), su mermada situación psicológica, al no poder seguir pagando el tratamiento kinesiológico, del cual era muy dependiente. Esto trajo como consecuencia que tuviese que recurrir a terapia psicológica con el Psicólogo Andrés Vitta, quien diagnosticó un Trastorno de Ansiedad no especificado y que tuvo un costo de \$350.000.-.

En relación al alza indiscriminada que ha sufrido el plan, sostiene que el 17 de Noviembre de 2001, la Isapre Consalud le remitió una carta, en donde le ofrecían cambiarme a un “Plan Adecuado”, el Plan 47-5108-2, por la suma de 14,1 UF, el cual ofrecía una cobertura del 100% en atenciones hospitalarias y una adecuada cobertura ambulatoria. La otra opción era mantenerme el Plan AD 20 978-719-50-978, por un precio de \$240.960.- mensuales; El 17 de diciembre de 2004, la Isapre adecuó sus planes, como ocurre anualmente, produciéndose un alza en su plan. A raíz de la disconformidad que presento esta alza, se le ofreció mantener el actual plan de salud AD/20 978-719-50-978, por una cotización de \$253.040.- mensuales. Así las cosas, año a año la Isapre siguió adecuándole el plan. Ya para el año 2007, este ascendía a \$292.843.- mensuales, según consta en FUN N°10050254-107. Que, el 05 de noviembre de 2014 la Isapre Consalud emitió un certificado de afiliación, donde se especificaban las cargas del afiliado y además, el monto del plan pactado, que en esa fecha ascendía a \$577.940.- más UF1.95 por GES.



Foja: 1

Alega que, el 30 de Octubre de 2015, la Isapre Consalud le remitió una carta de Adecuación, además de un certificado de cotizaciones pagadas. En dicha carta, se le sugirió cambiarse a otro plan, denominado “plan adecuado”, o bien a un plan alternativo 15ET-2600, el cual tenía como costo de plan 25,47 UF. En esta carta, además, se le informó del alza en un 3,9% de su plan. El 23 de Marzo de 2016, la Isapre Consalud S.A, emitió una carta donde les informaban que en abril de ese año, reajustarían el plan en un 5,20%, por lo que el plan ascendería a \$713.756.- más el precio GES, según consta en el FUN folio 52768626-107; El 28 de Octubre de 2016, Consalud le envió una nueva Carta de Adecuación aumentando su plan en un 9%; El 25 de octubre de 2017, carta de adecuación, donde aumentan su plan en un 7,7%. En su presentación acompaña un cuadro en el cual se observa que el periodo que va desde el 2000 al 2017, existe un porcentaje de alza cada 3 años (de 8% a 40%) y una variación UF cada 3 años. Describe el aumento sostenido y proporcionalmente creciente en el precio del plan desde el año 2000 en adelante.

Indica que, como se aprecia en dichos cuadros, a marzo de 2020 ya se observa un aumento en el precio del plan, casi 5 veces mayor que el aumento del costo de la vida que se refleja en la variación acumulada de la UF durante el mismo período.

Denuncia que, el plan de salud que partió costando \$146.000.- y que tenía un reajuste anual, ha sido incrementado, dos veces al año desde hace 4 años a la fecha, situación absolutamente anormal y discriminatoria en comparación con todos los planes de salud existentes en la actualidad que aumentan en la anualidad, llegando a costar el día de hoy \$1.200.000.- más el costo de los copagos, lo que da un total aproximado de \$1.500.000.- mensual. Asimismo, por los \$146.000.- iniciales, el plan cubría todo el tratamiento (Kines, medicamentos y elementos y otros necesarios) sin siquiera estar en el auge. Hoy, que la afección está incluida en el AUGE, y que se encuentra pagando \$1.500.000.- mensual, no obtiene las mismas prestaciones (ya que CONSALUD lo mide en unidades médicas que no son reajustadas), ni en la cantidad, ni en la calidad, ni en los plazos requeridos.

Por lo mismo, es necesario exigir el cumplimiento del contrato de salud tal como se pactó y evitar los excesivos cobros que se le imputan a la fecha.

Que, en resumen, las partes celebraron un contrato de afiliación con el plan AD 20 978 719 50 978, el que se encuentra vigente. Sin embargo, producto de los hechos que relató, y dada la entidad de los incumplimientos, se ha perjudicado la salud de sus hijos, tanto física como mentalmente, por lo que se ha visto en la obligación de pedir préstamos y optar a otras vías de tratamientos para sus hijos que



Foja: 1

padecen Fibrosis Quística, que desde hace meses no ha podido solventar el tratamiento que hasta antes de los incumplimientos había sido efectivo.

En cuanto a los perjuicios, la cuantía de los perjuicios, por concepto de **daño emergente**, sus montos y detalles se describen a continuación: Por copagos indebidos del medicamento Tobracima en 2009 por un monto de \$13.600.000.-; Por copagos indebidos del medicamento Zoteon Podhaler en 2014 por un monto de \$1.444.000.-; Por cobros en exceso de reembolsos no efectuados en 2015 por un monto de \$8.640.000.-; Por el pago de nebulizadores los años 2016, 2017, 2018 y 2019 con un valor unitario de \$360.000.- haciendo un total de \$14.000.000.-; Por diferencia en costo de hospitalización en 2015 por un monto de \$782.000.-; Por el Pago de la Hospitalización en el Nicklaus Children's Hospital por un monto de \$19.264.000.-; Por el pago de chalecos AFFOVEST con un valor unitario de \$6.500.000.- haciendo un total de \$13.000.000.-; Por el pago de los impuestos requeridos para el pago de las boletas de la Kinesióloga Marisol Fajardo Bustos por un monto de \$4.800.000.-; Por copago indebido de la operación de corrección nasal de mi hijo [REDACTED] [REDACTED] por un monto de \$5.000.000.-.

Que, en resumen: la cuantía de los perjuicios asciende a la suma de **\$80.530.000.-**.

Respecto al **Daño moral**. La cuantía de los perjuicios, por concepto de daño no patrimonial, asciende a la suma de **\$150.000.000.-**, según los perjuicios que indican: a) El daño moral, en su concepción básica de pretium doloris, consistente en el daño físico que sufrieron sus hijos al haberse afectado gravemente su salud haciéndolos perder irreversiblemente parte de su capacidad respiratoria; b) El sufrimiento psicológico que ha afectado a su grupo familiar, especialmente a sus hijos que han debido someterse a tratamientos psicológicos producto de las situaciones a las que han estado afectados; c) El daño reflejo, por repercusión o rebote, que ha sufrido su cónyuge, en su calidad de madre, al estar enfrentada a una fuerte presión y ansiedad por la enfermedad mal tratada de sus hijos, hasta el punto de requerir asistencia psicológica; d) junto a la aflicción, la situación de angustia, desesperación y detrimento que ha ocasionado la demandada, en el aspecto psíquico de los integrantes de su familia y en el suyo propio.

Alega que, la Excma. Corte Suprema mantiene una consolidada doctrina en cuanto a las condiciones o presupuesto para que proceda la indemnización de perjuicios en sede contractual y, frecuentemente, se ocupa de reiterarla, menciona jurisprudencia al respecto. En cuanto a los supuestos en los que procede la reparación del daño moral, precisa que procede en la responsabilidad contractual la reparación del daño



Foja: 1

extra patrimonial cuando está ligado a un daño material, y si se trata de un daño moral puro: a) que dicho daño acreditado tenga nexo causal con el incumplimiento contractual, y b) que el deudor, al incumplir su obligación, haya podido preverlo o actuando con dolo o culpa grave.

Que, respecto a la distinción entre las “molestias” e incumplimiento y el “daño moral” en sede contractual, se ha señalado que el daño moral en sede contractual, hay que distinguir dos aspectos: a) la molestia que ocasiona el incumplimiento de cualquier contrato, que obviamente no puede formar parte ni considerarse para el daño moral, pues cualquier persona que celebra un contrato especialmente en que las obligaciones se cumplen en el devenir del tiempo, está expuesta a que éste no se cumpla; b) el verdadero daño moral, que corresponde a la situación de angustia, desesperación y detrimento que ocasiona, en el aspecto psíquico en una persona, el incumplimiento de un contrato, excluido el daño material, ya que éste forma parte de la indemnización de perjuicios.

Referente a la exclusión de la reparación del daño moral o extrapatrimonial, indica que desde una decisiva sentencia de la Corte Suprema de 20 de octubre de 1994 se entiende que el artículo 1556 no excluye de un modo forzoso la reparación del daño meramente moral, como quiera que no se ha dicho allí que la indemnización sólo comprenda o abarque los señalados rubros, caso en que quedaría marginada cualquiera otra consecuencia lesiva, derivada de un incumplimiento imperfecto de deberes emanados de un contrato, opinión que puede tenerse como consolidada.

Entiende que el daño moral, entendido como el sufrimiento o afección psicológica que lesiona el espíritu, al herir sentimientos de afecto y, familia, manifestándose en lógicas y notorias mortificaciones, pesadumbre y depresiones de ánimo, necesariamente debe ser indemnizado cuando se produce en sede contractual, porque el legislador no lo excluye en este artículo del Código Civil. Por su parte, la doctrina ha señalado que la razón para atribuir responsabilidad a un tercero radica en que el daño ha sido causado por su acción u omisión culpable, esto es, ha sido el resultado de una acción ejecutada con infracción a un deber de cuidado y debe ser indemnizada. Agrega que, según el profesor Juan Andrés Orrego, dos son los principios fundamentales que se debe tener presente en materia de responsabilidad civil: a) Cabe considerar, en primer lugar, como noción fundamental, el principio de no dañar a otro, expresado desde la época del derecho romano bajo la fórmula *alterum non laedere*. Si este deber de omisión genérico se quebranta y causamos daño a un tercero y si dicho daño es imputable a nuestra culpa o dolo, debemos responder. Que, en efecto, en tal caso, la sanción que se aplica lleva envuelta la idea de



Foja: 1

reparación, expresada en el principio de que todo acto ejecutado por una persona, con o sin la intención de producir efectos jurídicos, que causa daño a otro, crea para su autor la obligación de repararlo. Se recoge este principio, esencialmente, en los arts. 1556, 1557 (ambos en materia contractual) y 2314 (en materia extracontractual); b) Pero, además, un segundo principio –que es una consecuencia del primero– debe operar tras ocasionarse el daño: el principio de la reparación integral del daño causado. Está consagrado, principalmente, en el artículo 2329, inciso 1 ^o del Código Civil, en materia de responsabilidad extracontractual.

Solicita que se tenga por entablada demanda civil de **indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual**, en juicio ordinario, en contra de **Isapre Consalud S.A.**, representada legalmente por don Rodrigo Medel Samacoitz y se agrega a doña Carolina De Las Mercedes Torres Gaete, jefa de oficina de Quinta Costa, ya individualizada, que se acoja en todas sus partes y, en definitiva, que se declare que la Isapre es responsable contractualmente de los hechos que se describen en esta demanda y, en consecuencia, que se encuentra obligada a cumplir el contrato denominado “Contrato de Afiliación” (plan AD 20 978 719 50 98 y, asimismo, condenarla a pagar, la totalidad de los perjuicios derivados de su responsabilidad, los que desglosa y ascienden a los siguientes detalles: Por indemnización de perjuicios por **daño emergente la suma de \$80.530.000.-** y por **daño moral, la suma de \$150.000.000.-**, calculados al 1 de Junio de 2020, más los reajustes e intereses calculados entre la fecha de la sentencia de autos hasta la fecha del pago efectivo, mediante liquidación que practicará el Sr. Secretario del Tribunal o aquella que sea fijada conforme al mérito del proceso, con expresa condena en costas.

SEGUNDO: Que, con fecha 22 de diciembre de 2020, la parte demandada, representada por el abogado, don **Marco Rosso Bacovic** contestó la demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual y solicita que sea íntegramente rechazada, con costas.

Que, en forma previa a contestar la demanda de autos, opone expresamente la **excepción perentoria de prescripción parcial** de la acción intentada en estos autos. Que, la demandante en el acápite *“En cuanto a la responsabilidad generada por omisiones en el tratamiento de la afección médica”*, en los numerales 2 al 17 relata una serie de hechos, en que funda o sustenta los supuestos incumplimientos, ocurridos entre el 18 de octubre de 2001 y el mes de enero de 2015 y de lo expresado en el acápite *“En cuanto al alza indiscriminada que ha sufrido el plan”*, en los numerales 1 a 4 de la página 21 de la demanda la actora relata una serie de hechos, en que funda o sustenta los supuestos incumplimientos contractuales, ocurridos entre el 17 de



Foja: 1

noviembre de 2001 y el octubre de 2015, por lo que le salta a simple vista que la acción de indemnización de perjuicios por responsabilidad civil contractual y particularmente aquella parte que dice relación con el daño emergente demandado estaría absolutamente prescrita porque han pasado más de 5 desde que se habría producido el supuesto daño reclamado.

Indica que, en el acápite de los Perjuicios, el actor al hacerse cargo del Daño emergente, sostiene que, el supuesto daño emergente cuya indemnización se solicita en sede contractual, y en que se funda la acción ordinaria mencionada, ocurrida entre las fechas señaladas, se da el caso que a la fecha de la notificación de esta demanda a su representada (23 de octubre de 2020) la acción de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual estaba total y absolutamente prescrita por haber ya transcurrido en exceso el plazo de 5 años prescrito por el artículo 2515 inciso primero del Código Civil, en relación con todos y cada uno de los hechos y supuestos incumplimientos contractuales atribuidos en el libelo ocurridos con anterioridad al 23 de octubre de 2015 y concretamente lo que dice relación con los siguientes conceptos y montos demandados: *Copagos indebidos del medicamento Tobracima en 2009 por un monto de \$13,6 millones de pesos; copagos indebidos del medicamento Zoteon Podhaler en 2014 por un monto de \$1,444 millones de pesos y cobros en exceso de reembolsos no efectuados en 2015 por un monto de \$8,64 millones de pesos.*

También **opone la excepción perentoria de contrato no cumplido**, de acuerdo con el artículo 1552 del Código Civil, conforme a la cual, en los contratos bilaterales ninguno de los contratantes está en mora dejando de cumplir lo pactado, mientras el otro no lo cumple por su parte, o no se allana a cumplirlo en la forma y tiempo debidos. Sostiene que, no se puede pasar por alto que en la demanda la actora no manifiesta haber cumplido su parte del contrato ni menos indica estar llana a hacerlo. Que, es del caso que a la fecha el afiliado no ha pagado las cotizaciones de salud desde hace más de un año en forma completa, efectuando solamente abonos de \$100.000.- mensuales, acumulando alrededor de \$12.000.000.- en cotizaciones impagas. Que, es el propio actor quien reconoce al contrato de salud como uno bilateral. Pues bien, él no ha cumplido con su obligación de pago de cotizaciones de salud ni ha señalado en su demanda estar llana a hacerlo, motivo por el cual es plenamente procedente la excepción perentoria opuesta en este acápite. Que, al momento de accionar es la única oportunidad en que ella pudo haber efectuado las manifestaciones o declaraciones antes expresadas, y no lo hizo.

Que, sin perjuicio de las excepciones perentorias opuestas, **procede a contestar la demanda**, contravirtiendo expresamente haber



Foja: 1

incumplido obligación contractual alguna respecto del demandante Sr. [REDACTED], y señala que la responsabilidad contractual demandada a su respecto es improcedente por no reunirse los requisitos legales en relación a ella.

Que, **sobre supuesta responsabilidad generada por omisiones en el tratamiento de la afección médica**, en la demanda se relatan una serie de hechos de supuestos incumplimientos por los conceptos y montos que allí se señalan, pero en definitiva en el capítulo “Los Perjuicios” únicamente se demandan los siguientes conceptos y montos, como daño emergente: “-Por copagos indebidos del medicamento Tobracima en 2009 por un monto de \$13,6 millones de pesos; -Por copagos indebidos del medicamento Zoteon Podhaler en 2014 por un monto de \$1,444 millones de pesos; -Por cobros en exceso de reembolsos no efectuados en 2015 por un monto de \$8,64 millones de pesos; -Por el pago de nebulizadores los años 2016, 2017, 2018 y 2019 con un valor unitario de \$360 mil haciendo un total de \$14 millones de pesos; -Por diferencia en costo de hospitalización en 2015 por un monto de \$782 mil pesos; -Por el Pago de la Hospitalización en el Nicklaus Children’S Hospital por un monto de \$19,264 millones de pesos; -Por el pago de chalecos AFFOVEST con un valor unitario de \$6,500 millones de pesos haciendo un total de \$13,000 millones de pesos; -Por el pago de los impuestos requeridos para el pago de las boletas de la Kinesióloga Marisol Fajardo Bustos por un monto de \$4.800.000 de pesos; Por copago indebido de la operación de corrección nasal de mi hijo [REDACTED] por un monto de \$5 millones de pesos.” Que, no es efectivo que la atención de los hijos del actor haya sido restringida en cuanto a las opciones de profesionales y tratamientos que la enfermedad que ellos tienen, pues el tratamiento de la fibrosis quística de ambos menos se encontraba cubierta tanto por el plan de salud como por la cobertura GES que se activó por el actor en su momento para el tratamientos de esta dolencia. Que, respecto del tratamiento médico de la enfermedad cabe señalar que éste era formulado y efectuado por el equipo médico que los actores eligieron - con anterioridad a la incorporación de la Fibrosis Quística a la cobertura GES – de modo que en ello su representada ninguna le cabe intervención, luego de solicitada la cobertura GES la responsabilidad de su representada se limita a otorgar tal cobertura, señalar el prestador donde deben tratarse y a administrar el caso, estando siempre en manos del equipo médico del prestador designado el tratamiento médico y farmacológico del caso, sin que en este punto su representada pueda tener responsabilidad de ningún tipo, por lo cual malamente su mandante podría tener algún tipo de responsabilidad contractual y menos aún generada por omisiones en el tratamiento de la afección médica, como se sostiene de contrario, por lo que su mandante ninguna



Foja: 1

participación e intervención le pudo caber en el mencionado tratamiento con nebulizaciones de Vizcocime 1, más aplicación de broncodilatadores antes de cada sesión de kinesiología y menos con el control periódico, que se pudiera prescribir por el equipo médico y con el uso de antibióticos para detener e idealmente, erradicar infecciones ocasionadas por bacterias patógenas específicas.

Precisa que, en el párrafo final del numeral 2 de la demanda se hace alusión a un episodio ocurrido supuestamente ocurrido el 18 Octubre de 2001, y esta parte señala que ello no forma parte en definitiva de los conceptos y monto concretos demandados en autos, ello sin perjuicio de la excepción de prescripción previamente opuesta, de todas formas se controvierte la ocurrencia del mismo en las forma expuesta en el libelo. Que, lo mismo ocurre con lo expuesto en el N° 3 de las páginas 3 y 4 de la demanda, en cuanto a los hechos del 31 Octubre del 2003, pues salvo describir este hecho, lo anterior no forma parte de las peticiones concretas de la demanda. En todo caso, tal como señala en la demanda, Isapre Consalud le envió una carta de respuesta informando que la valoración del programa estaba correcta, y pese a ello cuando la Superintendencia dispuso que la bonificación fuera corregida y pagada correctamente, y que su mandante cumplió de inmediato.

Indica que, tampoco forma parte de las peticiones concretas del actor de la demanda el hecho descrito en el N° 4, ocurrido el 15 de Noviembre del 2004, respecto de un desacuerdo con la bonificación entregada por su representada Isapre Consalud, asociada a otra hospitalización por tratamiento con antibióticos intravenosos, la cual por lo demás controvierten expresamente, sin perjuicio de la excepción de prescripción previamente opuesta.

Destaca que, efectivamente tal como se señala en el N° 5 de la página 4 de la demanda, al momento de la afiliación del actor a Consalud, la Fibrosis Quística no estaba contemplada en el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (Plan AUGE) regulado por la Ley N° 19.966, razón por la cual efectivamente la Isapre no proporcionaba cobertura para ninguno de los medicamentos requeridos, exceptuando por cierto aquellos medicamentos que se utilizaban durante las hospitalizaciones. Reitera que, el tratamiento médico, es decir, las terapias kinesiológicas respiratorias, era resorte exclusivo del equipo médico y en ello no le cabe participación a su mandante. Lo mismo ocurría con la internación de los menores, en caso de infección o exacerbación pulmonar, y el tratamiento aplicado ya sea la administración de remedios y las Sesiones de Kinesiología.

Agrega que, como se reconoce en el punto 6 de la página 4 de la demanda respecto del reembolso de los programas médicos presentados por concepto de hospitalizaciones y al reembolso de las



Foja: 1

boletas de honorarios asociadas al tratamiento kinésico, no se registraron problemas de pago o tramitación por parte de la Isapre. Que, en relación al hecho afirmado en este punto de la demanda, en orden a que la Kinesióloga realizaba 6 sesiones de Kinesiologías diarias, pero solo emitía una boleta al completar 10 sesiones, esto no estaba en conocimiento de su representada, y fue aquello lo que en el año 2016 produjo que se solicitara a la actora mayor detalle e información en la aplicación de este tratamiento y la forma en que se emitían las boletas de honorarios por la profesional kinesióloga.

Si ello se aplicó de la forma que señala el actor por casi 20 años, simplemente se debió a que su representada no tenía conocimiento de la forma en que la profesional emitía sus boletas y el supuesto número de sesiones diarias. Que, en relación con lo sostenido en los números 8 y 9 de la página 5 de la demanda, sin perjuicio de la excepción de prescripción opuesta en relación a estos hechos, señala que, no es efectivo que existieran retrasos en la autorización para comenzar con tratamiento de antibióticos intravenosos y que respecto de la supuesta liquidación errónea de las hospitalizaciones de [REDACTED] y [REDACTED], en la Clínica Reñaca, precisa que, tales hechos forman parte de las peticiones concreta del actor en su demanda. Que, no es efectivo lo señalado en el N° 10 de la página 6 de la demanda en orden a que a contar del año 2009, Isapre Consalud, comenzó con cambios en la política interna, presentando trabas administrativas y obstaculizando el acceso a ciertos beneficios. Tampoco es efectivo que empeorara el servicio en la entrega de información y prestaciones. Que, tampoco es cierto que cada vez se hayan generado problemas al momento de acceder a los beneficios del actor, y que la Isapre sin mediar explicación eliminare ciertos beneficios del AUGÉ entregando solo remedios y antibióticos y si algún cambio pudo existir, ello fue por aplicación estricta de la normativa legal y reglamentaria sobre la materia. No existió cambio de beneficios incorporados al plan de salud.

Agrega que, en relación con la forma de cobro del copago anual de la cobertura de un medicamento de alto costo, indica que, este se efectuó como la normativa la contempla en relación a las canastas, por lo que no puede haber existido un perjuicio del orden de los \$8.400.000.- a los \$13.600.000.-, sólo por ese concepto. Que, respecto del numeral 11 de la página 7, sobre un hecho ocurrido 20 de mayo del 2011, en relación a la realización de examen de vitaminas solicitado por el médico tratante, menciona que, aparte de la excepción opuesta, este hecho no forma parte de las peticiones concretas de la demanda y por lo demás no son efectivos y lo mismo ocurre con los hechos del 19 julio del 2011, consistente supuestamente en programas de atención hospitalaria mal liquidados. Que, los hechos de los números 12 y 13 de la página 7 de la demanda, también quedan cubierto por la excepción



Foja: 1

de prescripción, pero además de ello estos no son objeto de las peticiones concretas formuladas en el reclamo de daño emergente de la demanda. A mayor abundamiento, controvierten expresamente que tales hechos puedan haber tenido como consecuencia que la cónyuge del actor pudiera haberse visto sometida a un inmenso estrés, y que ello le produjera un Trastorno de Ansiedad, expresada a través de diversos cuadros de ataques de pánico y miedo. Que, lo expuesto en el número 14 de la página 8 de la demanda, en orden al retraso en el pago de programa médico de Hospitalización, no es efectivo y ello sin perjuicio de la excepción de prescripción opuesta. Indica que, no existió un retraso sistemático en cada hospitalización, en cada revisión, en cada emisión de bonos y, por consiguiente, no se podía cumplir con el pago de la clínica donde se trataban [REDACTED] y [REDACTED].

Sostiene que, no es efectivo que lo expuesto en el N° 15 de la página 9 de demanda, esto es, que en la práctica, se fueran disminuyendo sistemáticamente las coberturas del plan del actor y menos aún lo sostenido en relación con el copago de la canal y la forma de administrar las canastas asociadas a la cobertura del Auge. No es efectivo que, en forma administrativa, se sacaran e ingresaran a los pacientes de “las canastas” cubiertas por el Auge, alterando así la fecha de cumplimiento de la anualidad, y aumentando con ello, en forma artificial, el copago máximo legal definido por el GES y El GES-Caec. Que, respecto a los hechos del N° 16 de la página 10, ocurridos el 27 de enero del 2014, indica que, quedan cubiertos por la excepción de prescripción opuesta. Refiere que, Consalud le señaló que sus sistemas presentaban algunas inconsistencias, por lo cual se había desactivado de sus registros el medicamento antibiótico en Farmacia Salcobrand. Afirma que, en cuanto a este punto el actor convenientemente omite señalar lo que realmente sucedió y que motivó la suspensión de tal medicamento, fue que efectuado un análisis de medicamentos GES despachados, se detecta una alta cantidad de antibióticos costosos en el caso de fibrosis quística, por lo que se solicita por don Víctor Ticozzi antecedentes a médico tratante Dra. Viviana Lezana Soya, quien respondió que ella sí prescribió el medicamento en dos situaciones de crisis puntuales, pero nunca de manera permanente. Por lo anterior, informa que, se le solicitó a Salcobrand documentación de respaldo del retiro de medicamentos asociados a este contrato de salud, básicamente recetas y vouchers. Luego nuevamente Víctor Ticozzi se contacta con la Dra. Viviana Lezana Soya para pedir scanners, fichas médicas y fechas de prescripción del medicamento, confirmando ella que los volúmenes no se condicen y tampoco las fechas que ella registra coinciden con las recetas ingresadas en farmacia. Que, una vez recibida la documentación de la farmacia se le envía una imagen de la receta a Dra. Lezana,



Foja: 1

quien ratifica que si bien el membrete y firma son suyos, la letra pertenece a otra persona y no corresponde a la suya. El Sr. Claudio Márquez funcionario de Auditoría de su representada, envía los originales de la documentación a peritaje caligráfico (recetas ingresadas en farmacia y otros) determinándose que las recetas fueron escritas por otra persona y no la Dra. Lezana. Las compras registradas en Salcobrand para determinar los medicamentos obtenidos indebidamente, descartando los períodos reconocidos por la Dra. Lezana, el perjuicio preliminar para la Isapre ascendería a más de cien millones de pesos. Alude que, en su momento en atención a la afección de los menores, se optó por iniciar conversaciones con actor por la obtención irregular de los medicamentos, sosteniéndose reuniones con un abogado en representación del afiliado, con el objeto de solicitar el reembolso del detrimentos patrimonial ocasionado a la Isapre, las que se resultaron frustradas.

Agrega que, en cuanto a los, hechos del N° 17 de la página 10, también quedan cubiertos por la excepción de prescripción opuesta. Sin perjuicio de ello, señala que, no es efectivo que hayan existido 6 o más pagos anteriores al 4 de mayo de 2015, que no fueron reembolsados por su mandante, y menos aún efectivo que estos supuestos reembolsos no efectuados pudieran ascender a un monto aproximado de \$8.640.000.-pesos. En todo caso, hace presente que en este punto ni siquiera se detalla a que prestaciones corresponderían estos supuestos reembolsos no efectuados, por lo que no le queda más que controvertir su procedencia y el monto del mismo. Que, no es efectivo lo afirmado en el N° 18 de la página 11 de la demanda en orden a lo ocurrido el 22 de Diciembre del año 2015, sobre la cuenta de hospitalización, de los meses de abril y julio del años 2015, en dependencias de la Clínica Reñaca por el área de Urgencias, y desconoce si la Superintendencia de Salud se pronunció sobre un supuesto reclamo efectuado por el actor. En todo caso, afirma que, estos hechos no son materia de peticiones concretas por el actor su demanda bajo el concepto daño emergente. Que, en relación con lo sostenido en el N° 19 de la demanda, señala que desconoce si en las hospitalizaciones realizadas entre diciembre 2015 y marzo 2016, del hijo del actor [REDACTED] en la Clínica Reñaca, el tratamiento normal que se aplicaba funcionó o no. También desconoce si la doctora tratante mencionada en la demanda (Dra Lizana), sugirió trasladar a su hijo a Estados Unidos, y si también los padres del menor pudieron iniciar los trámites para poder desplazarse a dicho país en el mes de marzo del año 2016. Que, respecto de lo señalado en el N° 22 y 23 de la demanda, controvierte expresamente los hechos allí señalados. Que, no es efectivo, que su representada adeude suma alguna por concepto de pago de nebulizadores de los años 2016, 2017, 2018 y



Foja: 1

2019 y menos por el valor unitario de \$360 mil, y por la suma total de \$14 millones de pesos, que no existen en este punto explicación alguna del motivo por el cual se adeudarían este concepto y monto. Que, no es verdad que se le adeude la suma de \$782.000.- por una supuesta diferencia en costo de hospitalización del año 2015 por un monto de \$782 mil pesos, concepto que en todo caso le queda cubierto por la excepción de prescripción opuesta por esta parte. Que, tampoco es efectivo que su mandante adeude al actor por el Pago de la Hospitalización en el Nicklaus Children´s Hospital por un monto de \$19.264.000.-, pues según lo demostrará, la Superintendencia del ramo dispuso primero que su mandante no tenía obligación de hacerlo, mientras no se diere cumplimiento a los requisitos de procedencia para su pago los cuales, no fueron cumplidos por el actor. Efectivamente la Isapre le informó al actor que de acuerdo a lo estipulado en el contrato de salud la bonificación aplicable a las prestaciones médicas que se otorguen en el extranjero, será exclusivamente la contemplada en su plan de salud AD/20 (978 719 50 978), bajo la modalidad de reembolso, respecto de aquellas atenciones contenidas en el arancel de referencia asociado a dicho plan. Respecto a los que eventualmente sean procedentes, Consalud le informó que se harán en moneda nacional, al cambio oficial vigente a la fecha de otorgamiento de las atenciones, debiendo acreditarse el gasto incurrido a través de una boleta o factura original emitida por el profesional o prestador, en la que se registren los datos de este último y del paciente, las prestaciones involucradas y su fecha de otorgamiento y la cantidad y precio de las mismas. Finalmente, le señaló que los documentos emitidos en el extranjero deben ser certificados por las autoridades locales competentes, luego por el Consulado de Chile o por el Consulado del país de origen del documento acreditado en Chile, y posteriormente por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile (Departamento de Legalizaciones). Asimismo, estos documentos legalizados en la forma antes indicada, deberán acompañarse debidamente traducidos al castellano. Que, dicha solicitud con los antecedentes requeridos no fueron ingresados a la Isapre, y es por ello que no se ha podido resolver sobre la procedencia del reembolso requerido por tales prestaciones, por lo que en este caso no le ha existido una negativa infundada, sino que tal como se reconoce por el actor en los números 30 y 31 de la demanda, porque no dio cumplimiento a aportar los antecedentes requeridos.

Alega que, respecto de los hechos del N° 32 de la demanda, aparte de controvertirlos, señala que ellos no forman parte de las peticiones concretas de la demanda contenidos en el acápite daño emergente. Que, respecto de los hechos del N° 34 de la demanda desconoce esta parte si los menores tenían que hospitalizarse 4 y 5



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

Código: JNYXXLLRNGQ

Foja: 1

veces en el año, como parte de su normal tratamiento, así como también se desconoce las razones de la Clínica Reñaca para no hospitalizarlos de haber sido necesario. Por lo mismo, desconocen si el tratamiento se efectuó en forma domiciliaria y los supuestos sufrimientos del grupo familiar. Controvierten además expresamente el supuesto costo asociado, cifrados en el monto de \$1.900.000.-. En todo caso dicho concepto y monto que no forman parte de las peticiones concretas de la demanda contendida en el acápite daño emergente. Que, desconoce las razones por las cuales la kinesióloga que trataba a los hijos del actor dejó de prestar sus servicios. Controvierte, en todo caso, que este hecho haya podido afectar notablemente la salud y el estado de ánimo de los menores, lo cual en todo caso no forma parte de los hechos materia de la demanda. También controvierte expresamente que para suplir el tratamiento kinesiológico, el actor tuviera que comprar Chalecos Vibratorios Kinesiológicos, así como el costo de los mismos y que ello haya sido estrictamente necesario de hacer por las razones que menciona en el libelo, de hecho en la misma demanda señala que el resto del tratamiento se mantenía igual. Que, controvierte asimismo, que la imposibilidad de contar con un profesional en kinesiología, originada supuestamente en el incumplimiento de pagos de las boletas presentadas por parte de la Isapre, pudiera haber provocado un grave retraso en el tratamiento de los hijos del actor.

Refiere que, las razones de la no cobertura de la cirugía de corrección del tabique nasal se debió a que tenía el carácter de estética, el resto de las prestaciones provenientes de la operación de fosas paranasales efectuada por Claudio de Amesti Ceroni, fueron debidamente cubiertas. Por lo anterior, resulta improcedente el cobro de la suma de \$5.000.000.-, por un supuesto copago indebido de la operación de corrección nasal.

Indica que, en los hechos del N° 36 de la demanda, a su representada ninguna responsabilidad le cabe, sin perjuicio de señalar además que estos no forman parte de las peticiones concretas del daño emergente demandado en autos. Que, respecto de la solicitud de pago de los impuestos requeridos para el pago de las boletas de la Kinesióloga Marisol Fajardo Bustos por un monto de \$4.800.000.-, esta petición carece de todo sustento y procedencia legal, pues evidentemente su representada ninguna responsabilidad en la forma correcta o errónea que dicha profesional pudiera haber emitido las boletas. Agrega que, conforme la legislación tributaria la emisión de la boleta de honorarios debe efectuarse tan pronto se ha prestado el servicios, no siendo responsabilidad de su representada que el exigir la emisión de las boletas de dicha manera implique un cambio de la categoría del contribuyente que las emite.



Foja: 1

Expone que, en cuanto a la **responsabilidad relativa a los reembolsos de boletas de honorarios no efectuados**.

Expresa que, el actor en este punto, señala que *como el tratamiento consideraba varias sesiones diarias de kinesiología, la profesional que las realizaba, reunía varias sesiones y hacía una sola boleta por todas ellas. A pesar de hacerse 6 sesiones diarias, ella resolvió hacer una boleta cada 10, es decir, tres a la semana, quedando un saldo para la semana siguiente. En cuanto al procedimiento de la Isapre, normalmente se depositaba la boleta de honorarios y pagaban por automático después de unos días (Como debería funcionar el sistema, por lo demás). Con el tiempo, después del depósito, pasaba un tiempo en el que la Isapre no hacía nada y esperaban que fuéramos a preguntar, luego la procesaban y ahí pagaban*. Respecto a ello, menciona que, el actor sabe las razones de este cambio en el accionar de su representada respecto de los reembolsos de las boletas y la solicitud de que las actuaciones de reembolso se efectuaran por escrito. En relación a ello, agrega que, respecto de este punto el actor omite información muy relevante en relación con este supuesto incumplimiento atribuido a su mandante. Que, en una revisión de auditoría, en relación con las consultas kinesiológicas y el reembolso de las boletas solicitadas se pudo detectar que el área de Reembolso Web de su representada procede a levantar una alerta por el alto volumen de prestaciones bonificadas. En efecto, el auditor de su representada don Claudio Márquez, vuelve a detectar un patrón irregular en el reembolso de las boletas por kinesiología, ingresadas a contar del mes de julio de 2016, que del análisis efectuado se concluye inconsistencia en los cobros y dos boletas duplicadas, porque las sesiones que se indican se cobraban simultáneamente en otros documentos. En el set de 42 boletas analizadas se contiene algunos documentos de marzo y abril de 2016. Frente a ello, en agosto de 2016 el abogado del actor, Sr. José Luis Luengo Mai consulta al funcionario de Consalud Iván Ramírez por el retraso en la bonificación de las boletas por kinesiología ingresadas en dos sets de documentos, los días 1º y 27 de julio de 2016.

Expone que, el contralor médico de su representada, Dr. Umaña y otros funcionarios de la Isapre en agosto de 2016 sostienen una reunión en la Casa Matriz de la Isapre con el mencionado abogado Sr. Luengo, indicando que él conoció al Sr. [REDACTED] un mes antes aproximadamente, y que gracias a todas las prestaciones que los hijos del actor han recibido es que se mantienen sanos y con sobrevida para la patología. En la reunión se le plantean básicamente dos situaciones: i) perjuicio a la Isapre por más de 100 millones valiéndose de recetas falsas y ii) frecuencia de atenciones kinesiológicas y poca prolijidad en el cobro. El referido abogado se comprometió a a)



Foja: 1

canalizar requerimientos de antecedentes médicos con su representado;

b) De configurarse el perjuicio reclamado por la Isapre, coordinar reunión con su cliente para buscar solución prejudicial, comprometiéndose su representada a bonificar con prontitud las boletas de kinesiología. Se le envía correo electrónico al abogado del actor con la lista de requerimientos preparada por el Dr. Miguel Umaña, quien acusa recibo y compromete gestionarlo. Que, en correo electrónico el abogado mencionado solicita liberar pago de, al menos, el primer set de boletas, ingresado el día 1 de julio de 2016, expresando: “*El representado de verdad que está muy mal, de hecho tuvo que pedir un crédito en su banco*”. El abogado sabía, producto de la reunión con él sostenida, que la demora en el pago de las boletas no sólo obedece a discrepancias entre la orden médica y la cantidad de sesiones, también por la data de los boletas, la receta fue extendida hace más de un año.

Añade que, se le responde que se efectuará el pago las boletas, insistiéndole en que pueda hacer llegar a la brevedad la información solicitada por la Contraloría Médica, y lo provechoso que sería sostener la reunión con el actor para tratar los retiros de medicamentos y demás insumos comentamos en la reunión con él sostenida. Que, el abogado se comunica con la Isapre para indicar que don [REDACTED] se reuniría con la Isapre por el tema “Remedios” el viernes 26 de agosto de 2016, pues estaba imposibilitado antes por sus viajes a Antofagasta, donde trabaja sujeto a turnos mineros, y la cual no se concretó. Que, el abogado responde el 23 de agosto de 2016 y comunica que ni la doctora ni la kinesióloga cuentan con los antecedentes médicos solicitados por la Isapre, ni tienen personal administrativo para elaborar ese trabajo, pidiendo más plazo, señalando que la información solicitada tomaría 45 o 60 días hábiles para que las instituciones y personas involucradas puedan procesar y entregar toda la información requerida por la Isapre. Precisa que, sobre lo anterior se efectuó un reclamo por el abogado Sr. Luengo Mai, conocido en por la Superintendencia de Salud, quien dictó el 5 de diciembre de 2018, el ORD.: /A5R N° 1491, que Instruye pago de boletas presentadas a reembolso, bajo las condiciones indicadas. En síntesis, el señor José Luis Luengo Mai, en representación del señor [REDACTED], reclama en contra de Consalud por no efectuar el reembolso completo de las boletas que dan cuenta de las atenciones kinesiológicas que reciben sus hijos y beneficiarios, la señorita [REDACTED] y el señor [REDACTED], ambos [REDACTED], a raíz de la Fibrosis Quística que padecen. Agregó en ese reclamo que la Isapre confunde la forma de cobrar las atenciones por parte de los kinesiólogos –de a diez sesiones- con la cantidad de sesiones realizadas diariamente a los pacientes –seis sesiones diarias a cada uno-. Indica que, Consalud le solicita una serie de antecedentes médicos, razón por la cual se estarían reteniendo los



Foja: 1

reembolsos, pero dichos antecedentes ya habrían sido entregados. Por otra parte, al ser muy general la solicitud de antecedentes médicos, le pidió a la Isapre remitirle algún formato o documento tipo para completar la información requerida. Respecto de tal reclamo, su representada señaló que el representante del señor [REDACTED] sostuvo una reunión con su Gerente Contralor, ocasión en la que se le explicaron los motivos que hacen necesaria la entrega de los antecedentes médicos solicitados, los que han sido solicitados en más de una oportunidad. Se añadió que en la misma reunión se le informó que el señor [REDACTED] solicitó la dispensación de medicamentos e insumos en farmacia valiéndose de una receta médica falsa, lo que provocó perjuicio económico a esa Aseguradora.

Señala que, se expuso que se presentaron boletas de honorarios por prestaciones kinesiológicas de diez sesiones cada una, en circunstancias que la receta extendida en abril de 2015 por la Dra. Viviana Lezana Soya, prescribe la realización de sólo seis sesiones – orden médica que, por lo demás, se encuentra caduca-. Se sostuvo que en dicha reunión, se comprometió el abogado a acelerar la recopilación y envío de los siguientes antecedentes: -Informe del médico tratante que detalle en forma cronológica la evolución de ambos pacientes, haciendo hincapié en las exacerbaciones de la enfermedad basal, los requerimientos de hospitalizaciones (número de éstas, fechas y duración) y requerimientos de kinesioterapia que cada uno de los pacientes ha demandado. El certificado debe incluir los medicamentos indicados, su dosis y duración del tratamiento farmacológico, gérmenes aislados en vías respiratorias, capacidad funcional de los pacientes y evolución temporal; -Resultados de exámenes relevantes realizados en los últimos dieciocho meses: Radiografías de tórax, TAC de tórax, Exámenes funcional respiratorio, saturometría o gases arteriales; -Certificado en el que conste la asistencia de cada uno de los beneficiarios a sus respectivos establecimientos educacionales y los períodos de ausencia de éstos; y -Certificado de la kinesióloga que tiende a los pacientes, en el que indique los honorarios de cada una de las prestaciones realizadas a éstos, con el detalle de éstas en los documentos de cobranza, indicando el tipo de ejercicios realizados, duración de cada uno, adherencia al tratamiento y aceptación por parte de los beneficiarios.

Indica que, respecto de ello se resolvió que conforme el Compendio de Instrumentos Contractuales de la Superintendencia de Salud, que contiene las Condiciones Generales del Contrato de Salud en su Anexo del Capítulo I, establece en su artículo 11° letra b) que el pago con reembolso posterior, *“Opera cuando el afiliado paga el valor total de la prestación en forma directa al prestador, solicitando posteriormente a la isapre el reembolso de la bonificación que le*



Foja: 1

corresponde, de conformidad con su Plan de Salud.”... “Para estos efectos, el beneficiario debe entregar a la isapre la boleta o factura original del prestador individual o institucional u otros documentos auténticos que den cuenta del pago, los que quedarán en poder de la isapre como respaldo de la gestión realizada. Asimismo, en este documento o en otro que complementa al auténtico, ambos emitidos por el prestador de salud, debe indicarse lo siguiente: Nombre del prestador institucional e individual que entregó la atención, en caso de ser distintos, con su firma y timbre; RUT del prestador institucional e individual que entregó la atención, en caso de ser distintos; Nombre y RUT del paciente; Detalle con el nombre y fecha de las prestaciones otorgadas; Valor de la prestación. ”” Agrega el inciso final del artículo precitado que “Las bonificaciones se pagarán considerando los valores reales de las prestaciones, aplicándose sobre éstos, los porcentajes, topes y máximos de bonificación señalados en el respectivo Plan de Salud Complementario. ””

Conforme a ello, sostiene que, para que las Isapres se encuentren obligadas a reembolsar las atenciones brindadas a sus beneficiarios debe adjuntarse, entre otra, información sobre el nombre y fecha de las prestaciones otorgadas, indicando, que las boletas entregadas a reembolso por el reclamante, y el señor [REDACTED], solo hace referencia a la cantidad de prestaciones brindadas a sus hijos, sin detallar la fecha ni su individualización y que por ello es necesario que el cotizante exija al prestador –kinesióloga- que especifique en la boleta emitida o en otro documento auténtico, v. gr. informe o certificado, que indique la fecha de las prestaciones brindadas a cada uno de los pacientes así como su nombre y naturaleza o, a lo menos, su código. Agrega que, la autorizada fiscalizadora concluye que de no cumplirse con lo anterior, la Isapre puede, legítimamente, no realizar el reembolso hasta que dicha información le sea proporcionada, lo cual no ha ocurrido hasta la fecha, de modo que su representada no está obligada a reembolsar boletas, en tanto la contraria no cumpla con cumplir con acompañar los antecedentes solicitados. Acorde con ello, establece que no puede ser efectivo que su representada haya implementado un procedimiento deliberado y sistemático de entablar y atrasar los pagos. Que, desconoce si el actor asistió a una audiencia con el superintendente, junto al senador Francisco Chahuan el día 26 de septiembre.

Concluye que, las razones para no proceder al reembolso solicitado, es que, el actor no ha cumplido a la fecha con lo requerido para proceder a tal pago.

Reitera que, el problema tributario de la kinesióloga al emitir sus boletas como en derecho corresponde no es de responsabilidad de la Isapre, y por ello su representada no ha incumplido obligación



Foja: 1

contractual alguna con el actor, y que, precisamente quien no ha cumplido es el demandante con su obligación de entregar los antecedentes requeridos, por lo que de conformidad con razón por la cual por este acto opongo la excepción perentoria contemplada en el artículo 1552 del Código Civil, es decir, la de contrato no cumplido por parte del contratante don [REDACTED] razón por la cual su representada no se encuentra o no está en mora respecto de las obligaciones demandadas en estos autos. Que, tampoco es responsabilidad de su representada la decisión del actor de proceder él supuestamente a pagar los impuestos de la kinesióloga, por el supuesto problema tributario (Cambio de tramo) por lo tampoco nada tiene que ver con la supuesta situación económica y tributaria, tanto del actor como de la kinesióloga. Conforme con lo señalado, sustenta que su representada nada adeuda y por lo tanto la solicitud de pago de los impuestos requeridos para el pago de las boletas de la Kinesióloga Marisol Fajardo Bustos por un monto de \$4.800.000.-, resulta totalmente improcedente, sin perjuicio de reiterar la controversia en orden a que el actor pudiera haber pagado dicha cantidad por supuestos impuestos de la kinesióloga. Que, sin perjuicio de controvertir el aserto del N°15 de la demanda, señala que ello no es materia de las peticiones concretas de daños de emergente de la demanda de autos.

Expresa que, **en cuanto al alza indiscriminada que ha sufrido el plan**, en este punto sólo basta indicar que las alzas aplicadas al precio base del plan de salud del actor, se han efectuado en conformidad con lo dispuesto en el inciso 3° del artículo 197 d D.F.L. N° 1, del Ministerio de Salud, mediante el cual se ha fijado el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469, que contempla la actual regla aplicable a la materia sub lite, la que prescribe lo siguiente: *“Anualmente, en el mes de suscripción al contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan. Las revisiones no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y beneficiario. Estas condiciones generales deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha va los nuevos contratantes en el respectivo plan. La infracción a esta disposición dará lugar a que el contrato se entienda vigente en las mismas condiciones generales, sin perjuicio de las demás sanciones que se puedan aplicar. La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado mediante carta certificada expedida con, a lo menos, tres meses de anticipación al vencimiento del período. En tales circunstancias, el afiliado podrá aceptar el contrato con la adecuación de precio propuesta por la Institución de Salud*



Foja: 1

Previsional; en el evento de que nada diga, se entenderá que acepta la propuesta de la Institución. En la misma oportunidad y forma en que se comuniquen la adecuación, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio base sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; se deberán ofrecer idénticas alternativas a todos los afiliados del plan cuyo precio se adecua, los que, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se les ofrezcan o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional. Sólo podrán ofrecerse planes que estén disponibles para todos los afiliados y el precio deberá corresponder al precio base modificado por las tablas de riesgo según edad y sexo correspondientes.” Que, en consecuencia, las Isapres sólo pueden revisar el precio o valor base de los planes de salud, en las condiciones específicas que constan del texto legal antes transcrito. Adicionalmente, dicha facultad la pueden ejercer únicamente sujetos a las restricciones o limitaciones establecidas en el artículo 198 del D.F.L. N° 1 antes citado. De acuerdo con tales limitaciones o restricciones, la Isapre no puede proponer variaciones a los precios o valores base de los contratos que sean superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Isapre al 31 de Marzo de cada año. En base a lo anterior su representada efectuó las adecuaciones de precio señaladas en la demanda, haciendo estricto uso de la facultad legal que le permitía hacerlo en cada uno de los años señalados en el libelo.

Hace presente que, el actor no reclamó de tales alzas ya sea administrativa o judicialmente. Y pese a los cuestionamientos formulados por el actor respecto del actuar de su representada, señala que Isapre Consalud ha dado cumplimiento estricto a la normativa legal vigente y que por lo tanto su actuar en la materia no es ilegal, sino que todo lo contrario, se enmarca dentro de la normativa vigente. Por lo tanto, afirma que, su representada no puede haber incurrido en incumplimiento contractual alguno. Agrega que, respecto de este punto, al igual que como ocurrió en los dos incumplimientos atribuidos en los subacápites procedentes, que respecto de este el actor no formula petición concreta alguna en las peticiones concretas del daño emergente. Que, la demanda interpuesta por la actora es una acción ordinaria de indemnización de perjuicios por un supuesto incumplimiento del contrato de salud de su representada por haber incurrido en las tres supuestas de las cuales más arriba se hicieron cargo, respecto de los cuales frente a reclamos del actor la Superintendencia del ramo, ésta resolvió tanto en favor del actor como de esta parte, lo que demuestra que el asunto era totalmente debatible.

Indica que, por todas estas razones, su representada controvierte expresamente que los hechos planteados en la demanda hayan



Foja: 1

constituido un incumplimiento contractual de parte de ellos, por cuanto el actuar de su mandante se adecuó en todo momento al contrato de salud pactado entre las partes y a las normas del DFL N° 1 del año 2006 del Ministerio de Salud, publicado el 24 de Abril de 2006 en el Diario Oficial – que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado del DL 2.763 del 1979 y de la Leyes 18.933 y 18.469.

Concluye que, no hay duda que en el caso de autos, no existe culpa o dolo de parte de su representada, con lo cual no se configuraría la responsabilidad contractual demandada y por ello la indemnización de perjuicios resulta del todo improcedente. Que, la cuestión discutida en estos autos es un tema netamente técnico, en que la demandante ha fundado su pretensión en premisas de hecho y de derecho equivocadas. Lo cual debe conducir necesariamente al rechazo de la acción de indemnización de perjuicios interpuesta en estos autos.

Que, **controvierte la existencia de alguna acción u omisión dolosa o culpable que origine responsabilidad contractual de la demandada.** Sostiene que, en relación con lo expresado en el acápite anterior, controvierte expresamente que exista actualmente o haya existido una acción u omisión dolosa o culpable de su representada que permita solicitar indemnización de perjuicios en su contra. Que, lo que existió fue una controversia fundada respecto de la procedencia o no de determinadas coberturas de prestaciones, tratamientos e insumos médicos. Frente a tal controversia el actor, en uso de las acciones y de derechos que la ley aplicable al caso le otorgaba, efectuó algunos reclamos en la Superintendencia de Salud, en el cual escuchadas las partes, rendida la prueba que cada parte estimó prudente de aportar, el órgano administrativo especializado zanjó tal diferencia o controversia en favor de la parte demandante y en otros casos en favor de su representada. Conforme lo anterior, estima que no puede atribuírsele que haya incurrido en incumplimiento que le obligue a indemnizar a los actores, puesto que lo que existió en este caso fue una discrepancia legítima respecto de la forma, procedencia y oportunidad de las mencionadas coberturas, la que como dijo fue resuelta por la autoridad administrativa, en favor de una y otra parte. La negativa a las coberturas pedidas, no fue infundada, por lo que en caso alguno se le puede imputar culpa o dolo en su actuación a su representada. No puede en modo alguno estimarse culposa y menos aún dolosa la actuación de su representada, por el simple hecho de haber estimado improcedente la bonificación o aplicación de determinados beneficios de algunas prestaciones de salud, las cuales como se dijo, en definitiva, luego de haberse hecho uso de las herramientas legales que el sistema le confieren tanto al afiliado como a la Isapre, fueron resueltas por el organismo fiscalizador estableciendo en algunos casos en favor del actor y en otros en favor de su representada.



Alude que, debe considerarse que luego que la autoridad administrativa dispuso otorgar alguna de las coberturas requerida por el actor, estas fueron debidamente cumplidas por su representada, tal como se reconoce por el actor en la demanda. Y el hecho que haya existido una discrepancia por la aplicación de determinados beneficios y coberturas y reembolsos de boletas, así como respecto de medicamentos bajo cobertura GES, que fue resuelta por la Superintendencia de Salud, demuestra que tales hechos eran debatibles, y por lo tanto fue necesario, que un ente imparcial los resolviera, como en los hechos ocurrió, por lo que no se puede en modo alguno imputar a su representada un incumplimiento contractual culposo y mucho menos doloso. Que, el hacer uso de las herramientas legales que contempla el sistema de salud, para resolver un determinado conflicto no constituye per sé una acción u omisión dolosa o culposa por parte de Isapre Consalud.

Hace presente que, parte de la controversia que motiva la presente acción de indemnización de perjuicios, dice relación con la procedencia de la cobertura GES para cubrir medicamento y tratamientos de fibrosis quística y los gastos ocasionados por las hospitalizaciones y tratamientos en determinados centros hospitalarios de la Red de prestadores designados. En tal sentido debe tenerse presente que la cobertura GES y GES CAEC, resultan procedentes cuando se cumplen con los requisitos establecidos para su otorgamiento, siendo un beneficio que tiene por finalidad aumentar o mejorar la cobertura que otorga al afiliado su Plan de Salud regular u ordinario, en el ámbito de las prestaciones de salud, por lo que cabe destacar que cuando la Isapre niega la cobertura GES o GES-CAEC no está negando la cobertura del plan de salud regular contratado por el afiliado, sino que únicamente está señalando que no resultan procedentes estas coberturas aumentadas. Que, conforme a ello, no existió en este caso un incumplimiento total del contrato de salud, sino que simplemente lo que ocurrió en el caso de autos, es que hubo legítimas discrepancias entre las partes respecto únicamente de la aplicación o procedencia de las coberturas indicadas, por lo que no se trata que en el caso de autos haya existido una desprotección financiera total y absoluta para los actores.

Indica que, además de la controversia expresamente planteada en los acápites anteriores, también controvierte que exista un nexo causal directo, preciso y necesario entre el supuesto incumplimiento contractual que se le imputa y los perjuicios que el actor alega haber sufrido a consecuencia de aquel, y que pide le sean indemnizados. Que, consta de los propios antecedentes citados en la demanda de autos que gran parte de los supuestos sufrimientos, dificultades y padecimientos de la parte demandante se deben más bien a las condiciones de salud de los dos hijos menores del actor, derivadas de la fibrosis quística que padecen,



Foja: 1

más que de las supuestas acciones u omisiones de su representada, respecto de la procedencia o no de determinadas coberturas y beneficios y claramente estos perjuicios no son materia de este proceso, de manera tal que los supuestos padecimientos que señalan haber sufrido, no se derivan en modo alguno de manera exclusiva, directa, precisa y necesaria del supuesto incumplimiento contractual atribuido a su representada. Es por ello que controvierte expresamente que el supuesto incumplimiento contractual pueda ser el causante directo, preciso y necesario de los males que el actor reclama en estos autos. Es decir, es absolutamente incierto, difuso e inverosímil que los hechos imputados, de ser ciertos, hayan podido gatillar los vagos y poco precisos males reclamados por el actor en las letras a) a la d) de la página 24 de la demanda, por las siguientes razones:

Primero, porque el daño físico que pudieren haber sufrido los hijos del actor, al haberse supuestamente afectado gravemente su salud haciéndolos perder irreversiblemente parte de su capacidad respiratoria, no es materia de la demanda de autos, pues el daño propio de estos menos no es materia del juicio, pues el daño material y emergente reclamado es el solo el propio del actor Sr. [REDACTED]; y lo mismo ocurre con el supuesto sufrimiento psicológico que pudiera haber supuestamente afectado a su grupo familiar, especialmente a sus hijos y su cónyuge, en su calidad de madre, al estar enfrentada a una fuerte presión y ansiedad por la enfermedad mal tratada de nuestros hijos, hasta el punto de requerir asistencia psicológica, pues cuando esta parte abrió la posibilidad para que ello pudiera incluirse, al oponer la excepción dilatoria de corrección del procedimiento el actor se opuso expresamente a ello. El actor se limita a señalar sufrido aflicción, una situación de angustia, desesperación y detrimento en su aspecto psíquico sin precisar hechos concretos que los constituirían y que motivan su demanda por daño moral por la suma de \$150.000.000.- y daño emergente por más de \$80.000.000.-.

Alega que, en todo caso, aun cuando ha controvertido los presupuestos de hecho y de derecho de la demanda de autos, y considera que no debe ser condenada a pagar cantidad alguna a favor del demandante, en relación con la acción de indemnización de perjuicios por daño moral y daño emergente, igualmente controvierte en forma expresa la existencia, naturaleza y monto de los perjuicios demandados. En efecto, sin perjuicio que ya ha explicitado la ausencia de una acción u omisión culpable o dolosa, y la total ausencia de nexo causal entre los supuestos incumplimientos contractuales imputados a su representada y los hechos dañosos en que descansa la pretensión indemnizatoria de la parte actora, de todos modos niega la existencia, naturaleza y monto de los perjuicios demandados, controvirtiendo



Foja: 1

expresamente que exista daño patrimonial y extrapatrimonial indemnizable a la demandante por parte de su representada.

En cuanto a la solicitud de indemnización del “daño emergente”, señala que la parte demandante solicita se le pague las sumas señaladas bajo dicho acápite y frente a ello su parte se remite tanto a la excepción de prescripción parcial opuesta y a la controversia pormenorizada efectuada precedentemente respecto de cada uno de los conceptos demandados. Por lo anterior, se ve en la obligación de reiterar la controversia tanto de la existencia como de la cuantía del daño emergente reclamado.

En cuanto a la solicitud de indemnización del “daño moral”. Controvierte expresamente que exista daño moral indemnizable a la parte demandante por parte de su representada por responsabilidad contractual. Sin perjuicio de ello, para el improbable evento que se estime que existen perjuicios indemnizables por dicho rubro, su parte controvierte expresamente el monto de \$150.000.000.- demandado al efecto. Que, el supuesto daño moral reclamado es planteado en términos vagos e imprecisos por el actor, sin indicar en forma precisa en que habría consistido este, sin que quede claro en qué realmente consistiría en definitiva. En todo caso, señala que, la parte demandante no dedica ni una sola línea de su libelo a indicar de qué forma se habría producido el daño moral que reclama, limitándose la demanda a hacer aseveraciones genéricas al efecto en doctrina y jurisprudencia.

Indica que, en el libelo se omite toda explicación y desarrollo de los antecedentes facticos que constituirían el daño moral cuya indemnización se pretende, para luego discurrir, en base a la breve doctrina citada, acerca del concepto de daño moral en materia contractual, pero en parte alguna del libelo se expone y/o explica en qué hechos concretos se justificaría el avalúo del mismo, incurriendo así en una total y manifiesta indeterminación de los hechos que configurarían puntual y específicamente lo que por concepto de daño moral se reclama.

Sostiene que, la jurisprudencia ha sido uniforme en sostener que esta clase de daño requiere ser probado conforme a la ley, de modo que para que ello sea posible la parte actora debe darle un sustrato fáctico en su libelo, lo que no ocurre en la especie. De modo que no se visualiza sobre qué aspectos de hecho podría rendir prueba el demandante si es que nada se desarrolla al respecto en su demanda.

Destaca que, el monto demandado por este rubro resulta absolutamente exagerado y desproporcionado, si se considera que en casos en que se ha perdido la vida de personas (accidentes, derechos humanos, etc.) nuestros tribunales han otorgado cifras indemnizatorias muchísimo más bajas, en los pocos casos en que ellas se han concedido. A estos efectos hace presente que, nuestra legislación no ha



Foja: 1

contemplado el pago de estas cantidades por daño moral a modo de pena o sanción, sino que únicamente como mecanismo o herramienta para indemnizar a la víctima, es decir, para dejarla indemne, sin daño, de manera tal que la cantidad que se pudiese otorgar a la demandante no puede traspasar la frontera del concepto indemnizatorio sin vulnerar el Código Civil y la Constitución Política de la República. Por todo lo expresado, controvierte expresamente la existencia y el monto de los perjuicios demandados por estos conceptos por la parte actora.

Por último, respecto **desde cuando debieran calcularse los reajustes e intereses pretendidos** se apliquen sobre las sumas demandadas en autos, solicita que para el improbable evento que la sentencia que se dicte en el proceso sea condenatoria, estos reajustes e intereses sólo podrían ser contabilizados a partir de que tal sentencia quedase ejecutoriada, pues ella será recién el título constitutivo del crédito de la parte actora, y no desde de dictación de la sentencia de autos como se solicita en la demanda.

Solicita que se tenga por contestada la demanda y que sea íntegramente rechazada, con expresa condena en costas.

TERCERO: Que, con fecha 31 de diciembre de 2020, **la demandante evacuó la réplica.**

Expone que, respecto a la excepción perentoria de prescripción parcial de las acciones de indemnización de perjuicios de la demanda, si bien se han demandado sobre hechos que han ocurrido con una antigüedad mayor a 5 años, es importante recalcar que estos hechos no pueden considerarse bajo ningún aspecto, como hechos aislados, sino que, tal como lo demostrará la Isapre Consalud, constantemente, desde hace más de 10 años, ha incumplido con sus obligaciones contractuales y ha realizado actos y omisiones en contra de su representado de forma repetitiva año tras año, sin mediar pausa entre ellos. Lo que refleja un actuar malicioso en contra de su representado, quien ha intentado, por todos los medios que la ley le faculta, proteger a su familia y mantener el plan contratado con la demandada, que tanto beneficio le trajo, en su oportunidad, a sus hijos en términos de salud y superación de la enfermedad. Ha accionado con cartas, reclamos ante la superintendencia, reuniones con el propio Seremi, recursos judiciales, especialmente de protección, y siempre ha obtenido resoluciones administrativas y judiciales positivas, pero actualmente (y desde hace años), la Isapre se ha empeñado en negar y trabar el tratamiento de salud de los hijos de su representado, razón por la cual se ha visto obligado a accionar judicialmente.

Explica que, el artículo 2514 del Código Civil señala que *“la prescripción que extingue las acciones y derechos ajenos exige solamente ciertos lapsos de tiempo, durante el cual no se hayan ejercido dichas acciones”*. Al respecto, que su representado si la



Foja: 1

ejercido las acciones que la ley le faculta para exigir sus derechos, por lo que el plazo que establece el artículo 2515 del mismo cuerpo legal no puede contarse sino desde que se dejaron de ejercer las acciones, es decir, desde el año 2018, ya que ese fue el último año en el cual su representado presentó un reclamo ante la Superintendencia.

Indica que, con respecto a la excepción perentoria de contrato no cumplido, señalada en el artículo 1552 del Código Civil, implica, tácitamente un reconocimiento de incumplimiento de las obligaciones por parte de quien ejerce esta excepción, ya que se funda que ellos no cumplen con sus obligaciones debido a que el otro incumplió. Que, lo más importante en este punto, es establecer quien ha incumplido primero las obligaciones contractuales. Que, de conformidad a los hechos descritos en la demanda, ha sido la Isapre Consalud, quien ha incurrido en primer lugar al incumplimiento contractual, ya que dichos incumplimientos datan del año 2001, cuando se presentó el primer reclamo ante la Superintendencia, mientras que los son usados como fundamento para la excepción corresponden al año 2019. Al respecto, el contrato de afiliación entre su mandante y la demandada es un contrato bilateral, tal como lo señala el artículo 1438 y 1439, ambos del Código Civil. Señala que, su mandante cumplió a cabalidad la mensualidad del plan señalada, a pesar de todo los problemas e incumplimientos por parte de la Isapre, por lo que no es su representado quien se encuentra en mora de cumplir sus obligaciones, sino que la Isapre Consalud, ya que ellos han incumplido no una vez, sino múltiples de veces sus obligaciones establecidas por el contrato.

Indica que, respecto a los montos señalados, es decir a los abonos de \$100.000.- mensuales, ellos corresponden al descuento legal del 7%, durante los meses de enero a marzo de este año, época en la que su representado se encontraba trabajando. Actualmente su representado se encuentra cesante, por lo que le es imposible, atendido a lo señalado por esta parte en la demanda, cumplir con el pago de \$1.100.000.- mensuales para cubrir el plan. Menciona que su representado se intentó comunicar con la Isapre Consalud, en las mismas oficinas de Viña del Mar, a fin de poder encontrar una solución a esa deuda, pero no tuvo ni ha tenido respuesta alguna. Que, si bien la contraria funda la excepción por el no pago de 1 año de cotizaciones, los incumplimientos contractuales comienzan años atrás, tal como lo ha señalado en la demanda y en esta presentación, por lo que quien está en mora en primer lugar, es la demandada.

Sostiene que, en cuanto a lo señalado en la contestación y cita textual: *“Al efecto debe tenerse presente que en el momento de accionar es la única oportunidad en que ella pudo haber efectuado las manifestaciones o declaraciones antes expresadas, y ya no lo hizo”,* hace presente que el artículo 312 del Código de Procedimiento Civil,



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

Código: JNYXXLLRNGQ

Foja: 1

“en los escritos de réplica y duplica podrán las partes ampliar, adicionar o modificar las acciones y excepciones que hayan formulado en la demanda y contestación, pero sin que puedan alterar las que sean objeto principal del pleito”.

Expresa que, respecto a la responsabilidad generada por omisiones en el tratamiento de afección médica, hubo un incumplimiento por parte de la demandada, ya que se incumplió con los beneficios que debe entregar la propia Isapre por el GES, beneficios que teóricamente estaban cubiertos por plan de salud y no guardan relación alguna con la designación de médicos tratantes. Precisa que, se propusieron a los médicos señalados en la demanda y la Isapre fue quien los designó junto con designar a la Clínica Reñaca como prestador oficial, ya que, en ese momento, los únicos pacientes FQ que tenía en la Quinta Región eran los hijos de su representado. Que, la omisión del tratamiento se debe por la negación sistemática a dar coberturas requeridas por el equipo médico: nebulizadores y kines, implementos solicitados por los médicos tratantes que, al momento de ser solicitados no fueron entregados, entre otras.

Alega que, la Isapre siempre realizó consultas a la forma en que se realizaban las boletas de honorarios de Kinesiología, ya que, se solicitó por primera vez un informe a la kinesióloga Alexandra Charmy en enero del 2001 sobre las boletas de honorarios, situación que se fue repitiendo durante los años que duró el tratamiento. Que, si existen liquidaciones mal emitidas y existen las cartas de reclamo ante la Superintendencia de Salud.

Alude que, controvertir los hechos de los números 12 y 13 de la demanda, corresponde claramente a un intento de la Isapre por reducir su responsabilidad, ya que desconocer que los problemas que ha presentado su representado en el intento de cumplir su plan a pesar de las trabas que ha ido presentando sistemáticamente la demandada, crea situaciones estresantes, especialmente cuando la salud y vida de personas se ven involucradas, por lo que la cónyuge de su representado sí se vio inscrita en un trastorno de ansiedad, ya que eran sus hijos quienes, por medio de la Isapre Consalud, iban empeorando y no podía ayudarlos. Que, la demandada está intentando confundir los hechos y desvía la atención a que los cobros en exceso por copago, son anteriores al hecho que señala la contraria, que datarían del año 2018, los cuales tampoco son efectivos.

Que, no es efectivo que su representado haya obtenido medicamentos indebidamente. Precisa que, la Dra. Lezana le pasaba la hoja de recetas a su secretaria para que ella redactara las recetas, pero en ningún caso, su representado incurrió en ilegalidad alguna y mucho menos, perjudicó a la Isapre por la suma señalada.



Foja: 1

Señala que, la Isapre interrumpió el reembolso del pago de las boletas de honorarios, después de una serie de retrasos sucesivos y progresivos en el pago, su representado contrato a José Luis Luengo para gestionar el reembolso. La Isapre reembolso 6 de las 10 sesiones de kinesiología y se reclamó. Además, presentó su caso, es decir, el supuesto detrimento patrimonial sufrido, ante la Superintendencia, quien después de investigar, decretó que no procedía y que si Consalud quería seguir insistiendo al respecto, tendría que aportar más pruebas. Que, es efectivo que la Isapre informó a su representado respecto al reembolso de las prestaciones médicas realizadas en el extranjero 3 meses después de que su representado volvió de Estados Unidos. Que, es imposible que Consalud desconozca las razones por las cuales la kinesióloga que trataba a los hijos de su representado dejó de prestar sus servicios, ya que su mandante presentó al menos tres cartas, las cuales fueron recibidas y timbradas por la misma Isapre. Que, controvertir que al no poder acceder a las sesiones kinesiologías, que son parte del tratamiento de la enfermedad, lo cual es de público conocimiento, no demuestra más que la despreocupación de la demandada por sus propios afiliados, ya que, como se mencionó previamente, el tratamiento consiste en medicamentos y sesiones kinesiologicas, por lo que, al no recibirlas, el tratamiento no se puede seguir y, por ende, la salud se ve disminuida. Al verse la salud disminuida, al no poder vivir bien, eso causa, necesariamente, consecuencias psicológicas y emocionales.

Añade que, respecto a la operación a la que se vio sometido [REDACTED], hijo de su representado, no fue una operación de “corrección del tabique”, como lo hace ver la contraria, ya que lo que se operó para extraer las fosas paranasales, con la finalidad de evitar la generación de infecciones y su propagación hacia el pulmón. Bajo ningún aspecto puede considerarse una operación que busca evitar problemas de salud, sacando parte de la nariz bajo órdenes médicas, como una “operación estética”,

Que, en relación a la irregularidad y al hecho que había inconsistencia en los cobros y dos boletas duplicadas, indica que, si bien es efectivo que se cometió un error, fue el único error cometido por los profesionales en un período de 20 años al momento de confeccionar las boletas. Reitera que el tratamiento consistía en 6 sesiones diarias por menor, por lo que, al mes, se debían de realizar alrededor de 400 sesiones, las cuales, como ya se señaló, se presentaban boletas cada 10 sesiones de kinesiología, por lo que al mes se realizaban cerca de 40 boletas de honorarios. Al detectarse el error, las boletas fueron cambiadas. Destaca la incoherencia que supone la afirmación sostenida por la Isapre, ya que las fechas de cada sesión se especificaban en cada boleta, si detectó un error de forma en 2 boletas, tal como ellos



Foja: 1

señalan, en un lote de 42 boletas, ¿cómo puede afirmar que desconocía, entonces, la forma en que la Kinesióloga realizaba los documentos?

Manifiesta que, cuando la Isapre, ya estaba pagando las boletas de honorarios, en la nueva modalidad: una boleta por cada 6 sesiones, hizo llegar un requerimiento de información, incumplible por parte de su representado, ya que pedía el detalle y copia de prácticamente todo el historial clínico, exámenes y hospitalizaciones de los hijos de su representado, trabajo que efectivamente habría significado unos 30 o más días para reunir, recopilar y procesar la información. Ante ello, por medio del abogado de ese entonces, se procedió a contestar, que hicieran llegar un formato tipo de la información, la agrupación de información, informes y/o certificados que estuvieran solicitando, de modo de cumplir con todo lo que estaban pidiendo, información que nunca fue enviada por la Isapre, como tampoco hubo respuesta a esta solicitud.

Alega que, en ningún momento su representado se reunió con el Gerente Contralor de Consalud y, que solo fue un llamado telefónico que recibió su mandante y en dicho llamado no se mencionó en ningún momento el tema del punto anterior. Que, todas las boletas de honorarios eran presentadas con la fecha y la prestación que se realizó.

Destaca que, la propia contraria reconoce que existen boletas sin reembolsar. A pesar de los reclamos que se han presentado a lo largo de los años sobre este punto, Consalud, en ningún momento, ha pedido la información que ellos mismos detallan en su contestación, ya que solo han manifestado que las boletas están siendo revisadas por la Contraloría Médica, sin solicitar ni dar explicación adicional.

Agrega que, su representado actualmente se configura como un “cliente cautivo”, ya que, dada la preexistencia de una enfermedad, no posee ninguna opción de cambio a otro sistema de salud que no implique la pérdida de los beneficios de salud que le otorgaba el plan que se encuentra vigente, beneficios fundamentales para el tratamiento de los hijos de su mandante. Que, la propuesta de adecuación que fue presentando la Isapre a lo largo de los años, siempre consistía en mantener el precio y bajar o suprimir algunas coberturas, en este caso particularmente, ninguna ofrecía prestaciones de kinesiología sin tope (como las que posee el plan de su representado), estableciéndose, en el mejor de los casos, un tope equivalente a unas 10 sesiones año, ello en circunstancias de que el tratamiento de sus hijos, requería de 6 sesiones diarias. Atendida la antigüedad del plan y que está fijado en pesos y no en unidades reajustables como la UF, subían en primer lugar el alza anual que sufren todos los afiliados y además, su representado sufría otra alza, bajo el argumento del reajuste del peso chileno. Agrega que, se presentaron varios recursos, para mantener el precio del plan, bajo



Foja: 1

la figura del cliente cautivo, además se presentó reclamo al respecto ante la Superintendencia.

Expresa que, controvertir la existencia de acciones u omisiones dolosas o culpables por parte de la demandada, es improcedente, ya que basta con mirar el contrato de afiliación de su representado, con los sucesivos problemas que han existido y los reclamos presentados ante la Superintendencia, y el hecho de haber tenido que accionar judicialmente, como evidencia que si existe una responsabilidad contractual por parte de la demandada. Que, el contrato no se ha cumplido en su cabalidad, tal como debería de hacerse, ya que genera obligaciones a ambas partes, mientras su representado ha pagado sumas desorbitantes para mantener el plan, ellos no han sido capaces de cumplir con sus obligaciones. Si el contrato, la ley y los decretos de la Superintendencia establecían la entrega de bonificaciones o la aplicación de los beneficios establecidos en el contrato, la Isapre no puede, bajo ningún aspecto, tener la libertad y de decidir de forma unilateral, sin mediar justa causa, que bonificación o beneficios es improcedente. Tal como se demostrará en su oportunidad, lo reclamado por su mandante si es procedente. El pago de las prestaciones kinesiológicas, siempre estuvieron referidas y cubiertas, valga la redundancia, con la cobertura otorgada por el plan contratado, no por el GES, ni por el GES CAEC. La entrega de medicamentos del GES, si está cubierta la enfermedad por el GES, si debe entregarse y la Isapre no puede unilateralmente, dejar de entregarlos sin justificación válida. Que, legítimas discrepancias entre las partes han existido, pero la Superintendencia siempre ha fallado a favor de su representado en todos los reclamos, por lo que la Isapre debió de haber cumplido su parte del contrato, situación que no ha ocurrido hasta la fecha.

Por último, señala que, la fibrosis quística, es una afección producida por una mutación genética que, mediante la aplicación de un tratamiento adecuado, no supone un deterioro acelerado de la salud de los afectados. La suspensión del tratamiento, y las sucesivas trabas y objeciones impuestas por la acción de la Isapre, como son el caso de las sesiones kinesiológicas, son las que generan los problemas de salud, y el sufrimiento y angustia por parte de la familia de su representado, que ante la posibilidad cierta de no poder dar continuidad al tratamiento entra en crisis. Que, la imposibilidad de continuar con el tratamiento nace ante los intentos sistemáticos y permanentes de la Isapre de cambiarle el plan, obligándolo a largas tramitaciones de cartas, reclamos y otros medios. Además, se genera con la demora sistemática en la revisión y procesamiento de cada una de las cuentas de hospitalización. Por último, con la negativa de dar cobertura a cualquier medicamento o examen que, de acuerdo a la prescripción de los médicos, se debió aplicar, poniendo siempre al grupo familiar de su



Foja: 1

mandante ante la realidad de que la Isapre no le diera cobertura y el tratamiento requerido no se pudiera aplicar.

Concluye que, ante el incumplimiento de la demandada, los hijos de su representado, especialmente [REDACTED], han visto disminuida su calidad de vida, reduciendo, la capacidad pulmonar y la expectativa de vida que ellos tenían. De haber cumplido el contrato como se debía, los hijos de su representado vivirían una vida relativamente normal, situación que, producto a lo señalado ha dejado de ocurrir. Su representado ha tenido que invertir y endeudarse por la salud de sus hijos y aun así, no ha sido suficiente. Este alto nivel de endeudamiento provocado por el Incumplimiento de la Isapre unido a la pérdida de su trabajo, lo ha obligado a priorizar sus gastos, orientando todos sus esfuerzos económicos a comprar los remedios y efectuar los tratamientos no cubiertos por la contraria, lo que ha redundado finalmente en la disminución (nunca cese) del pago del costo del plan.

Solicita que se tenga por evacuada la réplica, reiterando íntegramente lo expuesto en la demanda de autos y solicitando que sean rechazadas en la totalidad las excepciones y la contestación en todas sus partes.

CUARTO: Que, con fecha 11 de enero de 2021, la demandada evacuó la dúplica.

Indica que, en la réplica la parte actora se limita a ratificar los hechos expresados en su demanda y rechaza además las afirmaciones que esta parte efectuó en su contestación, sin que en dicho escrito nada se ampliara, adicionara y modificara respecto de sostenido en su demanda. No obstante ello, el actor se hace cargo de determinadas aseveraciones efectuadas por esta parte en su escrito de contestación, de las pasa a señalar lo siguiente: En cuando a lo señalado a la excepción de prescripción parcial opuesta por su parte, basta sostener que el actor expresamente reconoce que ha demandado sobre hechos ocurridos con una antigüedad mayor a 5 años, contados desde la notificación de la demanda, limitándose a expresar, para eludir los efectos de la prescripción alegada, que los mismos no pueden considerarse como hechos aislados, lo cual no es efectivo porque tal como se describe del propio relato efectuado en el libelo, y de una simple lectura de los mismos, no se trata de un solo incumplimiento o incumplimiento continuo como se pretende hacer creer al tribunal, y evidentemente que en tal relato y ocurrencia de hechos han mediado largos períodos de tiempo entre ellos. Que, no puede ser efectivo que exista en este caso un actuar malicioso en contra del actor. Al no tratarse los incumplimientos atribuidos de un hecho continuo, sino que de diferentes hechos no relacionados estrictamente unos con otros, no puede ser efectiva la afirmación del actor que por tales circunstancias no resulta aplicable la prescripción parcial alegada por esta parte, por lo que en



Foja: 1

este caso tiene total aplicación lo dispuesto en los artículo 2514 y 2515 del Código Civil, respecto de todos aquellos hechos fundantes de la acción ordinaria interpuesta, ocurridos entre el 18 de octubre de 2001 y el mes de enero de 2015 respecto del capítulo de la demanda “En cuanto a la responsabilidad generada por omisiones en el tratamiento de la afección médica.”, así como de lo expresado en el capítulo “En cuanto al alza indiscriminada que ha sufrido el plan ocurridos ellos entre el 17 de noviembre de 2001 y el mes de octubre de 2015.” Que, todos estos hechos, a simple vista quedan comprendidos en la excepción de prescripción opuesta por esta parte en su contestación de la demanda y particularmente aquella parte que dice relación con el daño emergente demandado, pues en definitiva éste al final del libelo está concretamente solicitado en relación a los hechos ocurridos en tales fechas, por lo que también esta parte de la demanda queda comprendida por la excepción de prescripción opuesta.

En cuanto a lo señalado a la excepción de contrato no cumplido, indica que, no es efectivo que por el hecho de haber opuesto esta parte la excepción de contrato no cumplido, pueda implicar, tácitamente un reconocimiento de incumplimiento de las obligaciones por parte de su representada, porque al oponerla su representada expresamente señaló: “*§ bien es cierto que mi parte controvertirá en los capítulos siguientes de esta contestación haber incumplido obligación contractual alguna respecto del demandante Sr. [REDACTED], no se puede pasar por alto que en su demanda ella no manifiesta haber cumplido su parte del contrato ni menos indica estar llana a hacerlo.*”; y por el contrario el demandante si ha reconocido expresamente en su escrito de réplica, que no ha cumplido su obligación contractual de pagar el precio de su plan de salud, ya que en parte alguna de tal actuación ha controvertido el fundamento de hecho de la excepción opuesta por esta parte, y porque reconoce que no ha pagado el precio del plan de salud por encontrarse cesante.

Agrega, que la norma del artículo 1552 del Código Civil, no efectúa la distinción que el demandante plantea en su demanda, es decir, acerca de quien incumple primero sus obligaciones contractuales, sino que limita a señalar que ninguno de los contratantes está en mora dejando de cumplir lo pactado, mientras el otro no lo cumple por su parte, o no se allana a cumplirlo en la forma y tiempo debidos, lo cual es lo que sostiene esta parte, sin perjuicio que en forma previa contrvirtieron haber incumplido obligación contractual alguna. Que lo relevante del precepto legal es que señala que no existe mora de alguno de los contratantes mientras el otro no cumple con sus obligaciones o no se allana a cumplirlo y esta es la situación fáctica de este caso.



Que, no es efectivo que el actor haya intentado comunicarse con Isapre Consalud, en las mismas oficinas de Viña del Mar, a objeto de poder encontrar una solución a esa deuda. Precisa que, en el momento de accionar es la única oportunidad en que el actor pudo haber efectuado las manifestaciones o declaraciones que contempla el mencionado artículo 1522 del Código Civil. Que, el actor señala otras oportunidades procesales, cuando cita el artículo 312 del Código de Procedimiento Civil, lo que esta parte controvierte, pues claramente tal precepto en la parte final señala “...pero sin que puedan alterar las que sean objeto principal del pleito”, y dichas declaraciones claramente implican alterar las acciones y excepciones formuladas en su demanda.

Refiere que, en el escrito de réplica el demandante tampoco señaló haber cumplido por su parte con el pago del precio del plan de salud (de hecho reconoce expresamente adeudarlo por encontrarse cesante) y menos aún señaló que se allana a cumplir con tal obligación, lo que confirma la procedencia de la excepción perentoria de contrato no cumplido opuesta por su representada.

En relación a la responsabilidad generada por omisiones en el tratamiento de afección médica, sostiene que, el actor simplemente se limita a ratificar lo expresado en su demanda y a controvertir las afirmaciones contenidas en la contestación de la demanda bajo el acápite mencionado, por lo que su representada se limitará ratificar tales afirmaciones y los hechos contenidos en la contestación de demanda de esta parte de 22 de diciembre de 2020. Que, conforme con ello y por razones de economía procesal, su parte ratifica íntegramente todos y cada uno de los hechos, afirmaciones y defensas contenidas en el acápite “D.1.- Sobre supuesta responsabilidad generada por omisiones en el tratamiento de la afección médica.”, de la contestación de demanda. Que, el actor no agrega ningún hecho nuevo, limitándose a ratificar lo expuesto en la demanda, controvirtiendo solo las afirmaciones contenidas en la contestación de la demanda de esta parte, bajo los capítulos “E.- Controvierte la existencia de alguna acción u omisión dolosa o culpable que origine responsabilidad contractual de la demanda.-” y “F.- Controvierte nexo causal entre el supuesto incumplimiento contractual y los perjuicios demandados.”, los cuales ratifica íntegramente y en todas sus partes.

Destaca que, el actor no controvierte en modo alguno, que consta de los propios antecedentes citados en su demanda que gran parte de los supuestos sufrimientos, dificultades y padecimientos de la parte demandante se deben más bien a las condiciones de salud de los dos hijos menores del actor, derivadas de la fibrosis quística que padecen, más que de las supuestas acciones u omisiones de su representada, respecto de la procedencia o no de determinadas coberturas y



Foja: 1

beneficios y que claramente estos perjuicios no son materia de este proceso. Es por ello que se sostiene que estos supuestos padecimientos que señalan haber sufrido, no se derivan en modo alguno de manera directa, precisa y necesaria de la conducta supuestamente ilícita atribuida a su representada.

Alega que, es absolutamente incierto, difuso e inverosímil que los hechos imputados a su parte, de ser ciertos, hayan podido gatillar los vagos y poco precisos males reclamados por el actor, ya que, primero, el daño físico que pudieren haber sufrido los hijos del actor, al haberse supuestamente afectado gravemente su salud haciéndolos perder irreversiblemente parte de su capacidad respiratoria, no es materia de la demanda de autos, pues el daño propio de estos menores no es materia del juicio y porque el supuesto daño material y emergente reclamado es el solo el propio del actor Sr. [REDACTED]. Que, lo mismo ocurre con el supuesto sufrimiento sicológico que pudiera haber supuestamente afectado a su grupo familiar, especialmente a sus hijos y su cónyuge, en su calidad de madre, al estar enfrentada a una fuerte presión y ansiedad por la enfermedad mal tratada de sus hijos, hasta el punto de requerir asistencia psicológica, pues cuando esta parte abrió la posibilidad para que ello pudiera incluirse, al oponer la excepción dilatoria de corrección del procedimiento el actor se opuso expresamente a ello; y segundo, porque el actor se limita a señalar haber sufrido aflicción, una situación de angustia, desesperación y detrimento en su aspecto psíquico sin precisar hechos concretos que los constituirían y que motivan su demanda por daño moral por la suma de \$150.000.000.- y daño emergente por más de \$80.000.000.-.

Concluye que, en su réplica la parte actora sólo reitera lo señalado en la demanda y no se refiere con ningún tipo de precisión a los argumentos esgrimidos por esta parte al momento de contestar la demanda, motivo por el cual la réplica de la actora nada aporta ni precisa respecto de los hechos discutidos en este proceso, razón por la cual termina esta presentación, ratificando íntegramente todo lo expresado al contestar la demanda de autos.

Solicita que se tenga por evacuado el trámite de la dúplica.

QUINTO: Que, con fecha 14 de diciembre de 2021, se llevó a efecto la **audiencia de conciliación**.

Comparecieron a la audiencia los abogados de la parte demandante, ambos con poder acreditado en autos.

La parte demandada no comparece a la presente audiencia de conciliación, realizándose esta en su rebeldía

Se llama a las partes a conciliación respecto de la demanda deducida en autos, la cual no se produce por la rebeldía de la demandada.



Foja: 1

SEXTO: Que, con fecha 22 de diciembre de 2021 y 14 de septiembre de 2022 **se recibió la causa a prueba**, por el término legal, y se fijan como hechos sustanciales, pertinentes y controvertidos los siguientes: 1.- Efectividad de existir un contrato entre las partes de autos. Condiciones y estipulaciones del mismo; 2.- Efectividad de existir incumplimiento por parte de la demandada de sus obligaciones contractuales para con la parte demandante, en relación con omisiones en el tratamiento de la afección médica; con los reembolsos de boletas de honorarios no efectuados y con un alza de su plan de salud. Hechos, naturaleza y circunstancias; 3.- Efectividad de existir perjuicios. Monto y naturaleza de ellos; 4.- Efectividad de haber sufrido el actor los perjuicios alegados con ocasión de la conducta que imputa a la demandada y que estos se derivan directa, precisa y necesariamente de los incumplimientos contractuales imputados, o en su caso, de la acción u omisión de la demandada. En su caso, origen, naturaleza y monto de los mismos. Circunstancias que lo acreditarán; 5.- Efectividad de encontrarse parcialmente prescrita la acción de indemnización deducida en autos; 6.- Procedencia de la excepción de contrato no cumplido. Efectividad que el actor adeuda a la demandada cotizaciones de salud. En la afirmativa, período y montos impagos.

SÉPTIMO: Que, con fecha 24 de agosto 2020, 28 de mayo y 7 de diciembre, ambas de 2022, la demandante acompañó los siguientes documentos: 1.- Copia Contrato de Afiliación; 2.- Certificados de padecimiento de enfermedad emitidos por médico tratante, del año 2001; 3.- Copia de las boletas emitidas por la Farmacia Salcobrand por \$1.078.995.- y \$ 1.444.170.-; 4.- Sentencia de la Iltma. Corte de Apelaciones de Valparaíso con motivo de Recurso de Protección de causa Rol ICA 263-2013; 5.- Certificado de Atención Psicológica de [REDACTED] y [REDACTED]; 6.- Detalle de Compra de Chalecos Vibradores Aflovest; 7.- Contrato de Compraventa de Chalecos Aflovest; 8.- Certificado de atención psicológica de [REDACTED]; 9.- Epicisis de Alta de [REDACTED], donde detalla el ingreso hospitalario por falta de tratamiento kinesiológico; 10.- Certificado Médico que informa reducción función pulmonar; 11.- Certificados de nacimientos de ambos hijos; 12.- Carta remitida a don [REDACTED] informando renuncia al patrocinio; 13.- Comprobante de envío de carta certificada vía Correos de Chile Código N°1179911923483 de fecha 28 de mayo de 2022; 14.- Reclamos por demora en valorización de cuenta médica Consalud año 2016, con sus antecedentes; 15.- Carta de Consalud señalando alza de plan de fecha marzo de 2019; 16.- Liquidaciones cuentas médicas Clínica Reñaca; 17.- Reclamos de reembolsos boletas a Consalud; 18.- Comprobantes de copago de remedios en farmacias; 19.- Solicitud de información cumplimiento anualidad Ges, abril 2016; 20.-



Foja: 1

Certificado de afiliación [REDACTED] noviembre de 2014; 21.- Contrato de salud previsual Ricardo Rodríguez-Consalud; 22.- Cuentas médicas de hospitalizaciones [REDACTED] en la Clínica Reñaca año 2016; 23.- Carta de Consalud dando cuenta de reembolso año 2018; 24.- Sentencia rol arbitral 200139-2016, caratulado [REDACTED] con ISAPRE CONSALUD S.A.; 25.- Valorización plan médico del año 1998; 26.- Certificados de kinesiólogo emitidos el año 2016; 27.- Certificado médico tratante [REDACTED] de fecha 09 de enero de 2001; 28.- Carta a Consalud de fecha 14 de septiembre de 2016; 29.- Reclamo Superintendencia de Salud de fecha 26 de septiembre de 2016; 30.- Certificado médico Dra. Viviana Lezana, de [REDACTED] y [REDACTED]; 31.- Respuesta Superintendencia de Salud de fecha 29 de agosto de 2018; 32.- Presupuesto de hospital Global Head María Jesús Rodríguez de fecha 13 de octubre de 2016; 33.- Carta Consalud chequeos médicos en el extranjero 14 de septiembre de 2016; 34.- Carta de Dra. Lezana a Dr. Joel Melo de fecha 06 de abril de 2018; 35.- Carta consulta de viaje a Consalud de fecha 24 de agosto de 2016; 36.- Estudio genético de [REDACTED] y [REDACTED]; 37.- Cartas de reclamo por no reembolso de boletas de honorarios a Consalud 2016; 38.- Comprobantes de solicitud de reembolso Consalud de año 2016; 39.- Boletas médicas pendientes de pago; 40.- Informes psicológicos de [REDACTED] y [REDACTED].

OCTAVO: Que, con fecha 11 de noviembre de 2020 y 3 de julio de 2023, la demandada acompañó los siguientes documentos: 1.- Mandato judicial; 2.- Copia del expediente electrónico iniciado por el reclamo del demandante de 26 de septiembre de 2016, N° 14355-2016, seguido ante la Superintendencia de Salud; 3.- Copia del expediente electrónico seguido ante la Superintendencia de Salud, Rol Arbitral N° 200139-2016, caratulado “[REDACTED] con ISAPRE CONSALUD S.A.”, iniciado con fecha 22 de enero de 2016; 4.- Copia del expediente electrónico iniciado por el reclamo de 21 de septiembre de 2016 del demandante, N° 201761, seguido ante la Superintendencia de Salud; 5.- Copia de la solicitud N° 5033097 de 19 de julio de 2019 que contiene carta de reclamo del demandante de fecha 16 de julio de 2019 y la carta de respuesta de Isapre Consalud de fecha 1 de agosto de 2019.; 6.- Copia de carta respuesta remitida por Isapre Consalud al demandante de fecha 1 de agosto de 2019; 7.- Copia de la solicitud N° 5053651 de 12 de agosto de 2019 que contiene carta de reclamo del demandante de fecha 12 de agosto de 2019 y la carta de respuesta de Isapre Consalud de fecha 3 de septiembre de 2019; 8.- Copia de la solicitud N° 5087256 de 17 de septiembre de 2019 que contiene carta de reclamo del demandante de fecha 13 de septiembre de 2019 y la carta de respuesta



Foja: 1

de Isapre Consalud de fecha 4 de octubre de 2019; 9.- Copia de la solicitud N° 5114655 de 17 de octubre de 2019 que contiene carta de reclamo del demandante de fecha 17 de octubre de 2019 y la carta de respuesta de Isapre Consalud de fecha 11 de noviembre de 2019; 10.- Copia de certificado de desafiliación del demandante emitido por Isapre Consalud, de fecha 12 de noviembre de 2022 que da cuenta de su desafiliación de la Isapre el 31 de octubre de 2020; y 11.- Copia de certificado de cotizaciones pagadas del demandante emitido por Isapre Consalud, de fecha 12 de noviembre de 2022 que da cuenta de las cotizaciones impagas por el demandante.

NOVENO: Con fecha 30 de junio de 2023, **la demandante rindió prueba testimonial.**

Comparece don **Andrés Vita Haeussler**, quien declara al tenor de los puntos de prueba decretados en estos autos.

AL PUNTO DE PRUEBA N°1.

Desde mi rol como psicólogo de [REDACTED] le doy una boleta de prestación por cada sesión para que él la presente en la Isapre para reembolso. Yo asumo la existencia de ese contrato porque la familia y los padres me solicitaban boleta para reembolsarla en la Isapre Consalud. Más que reembolsar Joaquín, la reembolsan los padres, él es beneficiario del contrato. Asumo la existencia del contrato porque en sesión [REDACTED] habla de que también reembolsan sesiones kinesiológicas y las hospitalizaciones que tiene durante el tiempo que lo atendí.

REPREGUNTADO EL TESTIGO. Para que diga el testigo:

1. Para que precise, quién es [REDACTED] y cuales es la relación de [REDACTED] con las partes del juicio. Responde: [REDACTED] es un paciente que atendía desde el año 2017, mayo aproximadamente, en psicoterapia y es hijo de [REDACTED], el demandante.

2. Si cuenta con autorización de su paciente [REDACTED] para prestar esta declaración. Responde: Sí.

3. Quiénes es el contratante y los beneficiarios del contrato de autos de este juicio y cómo le consta. Responde: El contratante es [REDACTED] y los beneficiarios son su señora [REDACTED] y los cuatro hijos. Me consta porque la boleta yo se la entrega directamente a [REDACTED] para que él la reembolsara y él era quien me pegaba las prestaciones.

4. Qué edad tenía [REDACTED] cuando comenzó su tratamiento psicológico con usted. Responde: 16 años aproximadamente.

5. Si conoce las condiciones o estipulaciones del contrato entre las partes. Responde: No.

AL PUNTO DE PRUEBA N°2.

En relación directa a mí, se presentaban retrasos en los reembolsos de las boletas, sobre todo desde el año 2019, y fines del año 2018. En las sesiones comenzó a surgir como tema de estrés en



Foja: 1

los problemas que estaban teniendo sus padres con la Isapre. Relatándome problemas de reembolsos de psicología y kinesiología de pagos de hospitalizaciones y en la hospitalización del año 2020; oposición por parte de la Isapre para concretar una hospitalización que requería por su estado de salud de la fibrosis quística.

REPREGUNTADO EL TESTIGO. Para que diga el testigo:

1. Qué es la fibrosis quística y cómo le consta que sufre esta enfermedad. Responde: Es una enfermedad degenerativa que afecta principalmente a pulmones, riñones e hígado. Principalmente pulmones. Me consta porque en sesión tose mucho por flemas, yo lo atendí durante hospitalizaciones en la Clínica. En sesión ha estado utilizando nebulizador o chaleco kinesiológico que le ayuda a realizar expectoración. Es una enfermedad grave que sin el debido tratamiento significa una muerte temprana.

2. Precise de que se trata esa posición de la Isapre referida en su declaración. Responde: El relato de en sesiones, del año 2020, era que él requería una nueva hospitalización porque los exámenes médicos salieron bastante alterados, lo que en su caso quiere decir infección bacteriana pulmonar, bajo porcentaje de saturación de oxígeno y otros indicadores que no recuerdo, pero estaban a la espera de que la clínica les diese la venia para ser hospitalizado debido a conflictos de impagos de una o dos hospitalizaciones anteriores. O sea, fue hospitalizado en la misma clínica Reñaca, dos tres veces seguida, y la clínica no quería ingresar a debido a que no se había saldado la cuenta de las hospitalizaciones anteriores, situación que tenía bastante angustiado a

AL PUNTO DE PRUEBA N°3.

Si hay perjuicios, no tengo claridad del monto del perjuicio económico, pero sí tengo claro los perjuicios en salud mental de y de los integrantes de la familia de.

REPREGUNTADO EL TESTIGO. Para que diga el testigo:

1. Para que describa o precise a qué se refiere con perjuicios en la salud mental de y su familia. Responde: Cuando yo recibí a en terapia, él no presentaba indicadores de algún trastorno de salud mental, él asistía para pedir apoyo en la adaptación a su enfermedad, el poder aceptar las limitaciones y adecuaciones que significaban para la vida de un adolescente y la existencia de sostener el tratamiento junto con los deberes escolares. En el transcurso de la terapia comenzó a abordarse el malestar que empezó a sentir por los problemas que estaban presentando sus padres con la Isapre, con malestar me refiero a ansiedad, angustia, desanimo, problemas para dormir. Y al mismo tiempo su preocupación por la salud de sus padres, a los que percibía, en el caso de su madre, con sintomatología depresiva y con un estrés alto y al padre con un cuadro, yo diría muy



Foja: 1

ansioso, muy angustioso por los problemas financieros que le estaban significando la dificultad de costear el tratamiento de sus dos hijos con fibrosis quística. En el año 2020, [REDACTED] ya presentaba sintomatología suficiente para hablar de un episodio depresivo mayor. También me consta en los padres de forma directa porque los cité a una sesión para evaluar la pertinencia de derivarlos a atención psicológica y efectivamente sugerí a la madre y al padre solicitar apoyo psiquiátrico y psicológico. A mí parecer, la fibromialgia de la madre de [REDACTED] se recrudeció a propósito de las dificultades mencionadas.

2. Cuál es el valor que cobra por sus sesiones. Responde: en un inicio eran \$25.000.-, luego \$30.000.-. El cual es un diferencial de lo que usualmente cobro, que es mayor.

AL PUNTO DE PRUEBA N°4.

Sí, es efectivo, en él y sus beneficiarios. Tal como la pregunta anterior, no tengo claridad del monto del perjuicio económico, si del malestar psicológico derivado de ese perjuicio económico en el demandante y sus beneficiarios y sí tengo claridad de los perjuicios en salud mental del demandante en el pago y los beneficiarios, sobre todo de [REDACTED] Comenzó a existir un retraso de mis prestaciones por parte del demandante debido a la dificultad para lograr los reembolsos de las boletas que yo emitía, lo cual entorpecía el proceso terapéutico, el cual nunca se interrumpió, pero donde cada vez aparecía en sesiones más centralmente el malestar asociado a las dificultades que presentaban los padres para poder brindarle el tratamiento adecuado a [REDACTED] y el malestar de los continuos conflictos que los padres sostenían con la Isapre Consalud y sobre todo la angustia de los padres y de [REDACTED] por la demora en la última hospitalización, dado que en esta enfermedad, el daño, sobre todo pulmonar, que se va generando por las descompensaciones va siendo irreversible, entonces es importante que el tratamiento sea siempre lo más ágil y completo posible en pro de una mejor expectativa de vida.

REPREGUNTADO EL TESTIGO. Para que diga el testigo:

1. Cómo le consta lo que declaró. Responde: Por el relato directo de [REDACTED], de su madre y [REDACTED] el demandante.

2. Si los hechos expuestos en su declaración, derivan precisamente, directa y necesariamente de los incumplimientos contractuales de la demandada, y cómo le consta. Responde: Sí, los síntomas descritos anteriormente en la salud mental, de su madre y su padre tienen relación causal directa con el estrés derivado del conflicto entre [REDACTED] y la Isapre Consalud, y con las dificultades de poder sostener el tratamiento de forma adecuada lo que derivaba en un deterioro de la salud de [REDACTED] y su hermana [REDACTED] quien también padece la misma dolencia. No recuerdo la existencia de otros



Foja: 1

estresores ambientales que pudiesen explicar la sintomatología de los integrantes de la familia de [REDACTED]

3. Para que precise a qué se refiere con otros estresores ambientales. Responde: Me refiero a posibles agentes generadores de estrés que vienen de afuera de la persona.

4. La parte viene en exhibir documento al testigo, acompañado a folio 10, en la demanda, en el tercer otrosí, signado con el N° 8 consistente en una "certificación de atención psicológica", y 2) Informe psicológico acompañado a folio 81, fojas 74, con el N°16. Para que reconozca su firma en ellos. Responde: Sí, reconozco mi firma y autoría en ambos documentos.

Comparece doña **Marisol Del Pilar Bustos Fajardo**, quien declara al tenor de los puntos de prueba decretados en estos antecedentes.

AL PUNTO DE PRUENBA N°1.

Cuando yo atendí como kinesióloga a los pacientes, en ese momento el afiliado siempre consulta además del valor de la sesión de kinesiología el tema de la boleta de honorarios que emito porque él afiliado realiza el reembolso de la boleta de acuerdo al plan que tiene la persona. Sí, el Sr. [REDACTED] está afiliado a la Isapre Consalud. Cuando estaba realizando el tratamiento su que yo sabía de ese plan constaba de reembolsos ilimitados de kinesiología, eso era lo que yo sabía de ese paciente. Y encuentro que es un excelente plan de salud. Porque por lo que yo manejo de los pacientes cada vez las prestaciones con Isapres delimitan el número de prestaciones, sobre todo en kinesiología para reembolsos.

REPREGUNTADO EL TESTIGO. Para que diga el testigo:

[REDACTED] Quienes eran los beneficiarios del plan contratado por el señor [REDACTED] en la Isapre Consalud. Responde: doña [REDACTED] y don [REDACTED], en la atención de kinesiología eran los beneficiarios.

AL PUNTO DE PRUEBA N°2.

El año 2006 conozco a la familia [REDACTED] en Zapallar donde ellos veraneaban y yo, como kinesióloga recién titulada, prestaba servicios de kinesiología en la zona, me contactan preguntándome si realizaba kinerespiratoria a niños, mi disponibilidad horaria, valor de la sesión, donde atendía y posterior a eso acordamos la visita a domicilio y atiendo a ambos niños con las sesiones de tratamiento durante dos semanas. Me pagan el servicio, realizo las boletas y dejamos de contactarnos. Posterior a esto, en el año 2006 se comunican conmigo contándome que uno de los tres kinesiólogos que realizan el tratamiento permanente de varias sesiones al día durante los 365 días del año, de los dos pacientes, no continuaban con ellos. Me reúno con ellos y comienzo a trabajar con los kinesiólogos Amparo y Enrique formando



Foja: 1

un equipo de tres profesionales quienes cubrimos el tratamiento permanente y completo. El año 2007 se retira Amparo para trabajar en sala IRA y continuamos Enrique y yo con el tratamiento permanente de ambos pacientes. Hasta ese momento el pago y la entrega de boleta de honorarios tenía su curso correcto. El año 2014 por un cáncer terminal se retira y fallece el kinesiólogo Enrique y debido a los 8 años de experiencia en el manejo pulmonar de la fibrosis quística y manejo específico de cada uno de los pacientes me piden continuar cubriendo todo el tratamiento permanente. Me entero de incumplimientos al posterior envío de mi boleta de honorarios para el reembolso en la Isapre ya que me comenta el afiliado que pasan algunas semanas de la fecha y no se hace efectivo, para lo cual llama por telefónico consultado y también se dirige presencialmente a la Isapre y me lo comentan porque muchas veces el reembolso no se realiza por, 1. Rechazo de la boleta, por estar mal emitida, o 2. Porque existe un retraso por parte de la institución. Entonces desde el año 2016 al año 2018 el afiliado me comunica de los incumplimientos en semanas, luego en más de un mes y hasta que se detuvo, cuando me tuve que retirar el año 2018. En cuanto a las alzas, no tengo conocimientos porque es una información que no manejo para emitir la boleta. En cuanto a las afecciones en el tratamiento en el año 2018 el Sr. [REDACTED] me comunica que no puede seguir con las atenciones por parte del profesional kinesiólogo por el tema económico, quedando los pacientes sin tratamiento kinesiológico de un profesional en su tratamiento permanente.

REPREGUNTADO EL TESTIGO. Para que diga el testigo:

1. Aclare, cuáles serían las omisiones de la demandada en el tratamiento de la afección médica de sus pacientes. Responde: La patología de la fibrosis quística es una condición genética potencialmente mortal, en donde el problema se produce en las células que generan la mucosidad del sistema respiratorio, siendo espesas y ligosas. En el tratamiento kinésico respiratorio, consta de un primer pilar que es la higiene bronquial. Las omisiones que ha tenido la Isapre ha sido quedarse sin el tratamiento de kinesiológica permanente. A veces no llegaban los nebulizadores, con los cuales no podía realizar la kine, los antibióticos también tenían que tramitar más o que ese medicamento ingresara o llegara y todo eso era como un trámite y tenían que esperar el medicamento específico.

2. Para que especifique, cuál era el error en la boleta que la Isapre le hizo presente en la ocasiones a la cual se refirió. Responde: Si una vez me rechazaron por la letra no tan legible y otra para agregar códigos que faltaban de la presentación.

3. La parte viene en exhibir documento acompañado a folio 81, fojas 74, N°15, consistente en "boletas medicas pendientes de pago". Si



Foja: 1

reconoce su firma en dichos documentos. Sí, es mi firma en dichos documentos.

AL PUNTO DE PRUEBA N°3.

Por ser un patología tan costosa, los perjuicios siempre van a ser primero los económicos en la familia, y en este caso el padre de dos hijos por mantener la condición de salud de ellos, se endeuda, creo que una vez solicitó un préstamo y vendió un vehículo. Los perjuicios psicológicos que toda la familia se ve afectada cuando no hay cumplimiento por parte de la institución de salud. Y lo otro son los del punto de vista de la salud, al no realizar el tratamiento profesional de un kinesiólogo respiratorio la fibrosis quística tiene un avance muy rápido y un deterioro a nivel pulmonar.

REPREGUNTADO EL TESTIGO. Para que diga el testigo:

1. En qué fecha se interrumpió la terapia kinesiológica. Responde: Entre los años 2018 y 2019.

AL PUNTO DE PRUEBA N°4.

Es efectivo, los tres puntos mencionados anteriormente son perjuicios que sufrió la familia [REDACTED] en los tres aspectos y como cualquier familia ante una enfermedad catastrófica se afecta el área psicológica, económica y la salud y eso me pasa con todos los pacientes que atiendo día a día.

REPREGUNTADO EL TESTIGO. Para que diga el testigo:

1. Cómo le consta que los perjuicios descritos anteriormente en su declaración fueron sufridos por la familia [REDACTED] con ocasión de la conducta que imputa a la demandada. Responde: Por los últimos 2 y medio años que estuve realizando el tratamiento a ambos pacientes de forma permanente y periodo en el cual el afiliado tiene estas dificultades con la institución. En ese periodo yo estuve presente en donde estos tres aspectos como familia lo vivieron.

2. Precise, a qué se refiere con qué estuvo presente. Responde: Al asistir al domicilio todos los días para realizar el tratamiento uno se da cuenta de la familia que está viviendo problemas. Como kinesiólogo domiciliar uno entra al hogar y muchas veces hay que realizar de psicólogo, porque a uno también le cuentan las problemáticas. Problemas referentes a lo mismo, porque había un retraso en los reembolsos de las boletas de kinesiológica.

3. Que, consecuencia tiene en una persona que padece fibrosis quística, la interrupción de su terapia kinesiológica. Responde: Es vivir permanente con un cuadro infeccioso pulmonar, como si tuviera una neumonía los 365 días del año. Y la infección mantenida en el tiempo lleva al deterioro del pulmón, produciendo bronquiectasia, que es como la pérdida de la forma del pulmón, y eso aumenta el círculo vicioso de mayor infección y menor estabilidad en la higiene bronquial, cuesta más limpiar el pulmón.



Foja: 1

La testigo no es contrainterrogada.

DÉCIMO: Con fecha 26 de julio de 2023, se agregaron a los autos oficio remitido por la Superintendencia de Salud en relación a copias de expediente electrónico arbitral N° 14355-2016, 200139-2016, 40003133-2022 y 201761-2016.

Que, el expediente electrónico arbitral N° 14355-2016, seguido ante la Superintendencia de Salud, correspondiente al reclamo por procedimiento para el reembolso de atenciones en el extranjero, en que la Superintendencia de Salud resolvió que consta de los antecedentes agregados al expediente del reclamo, la carta fechada el 14 de septiembre de 2016, emitida por la Isapre en respuesta a su carta del 24 de agosto de ese año, mediante la cual le informó, en síntesis, que de acuerdo a lo estipulado en el contrato de salud la bonificación aplicable a las prestaciones médicas que se otorguen en el extranjero, será exclusivamente la contemplada en su plan de salud AD/20 (978 719 50 978), bajo la modalidad de reembolso, respecto de aquellas atenciones contenidas en el arancel de referencia asociado a dicho plan. En cuanto a los pagos que eventualmente sean procedentes, Consalud le informó que se harán en moneda nacional, al cambio oficial vigente a la fecha de otorgamiento de las atenciones, debiendo acreditarse el gasto incurrido a través de una boleta o factura original emitida por el profesional o prestador, en la que se registren los datos de este último y del paciente, las prestaciones involucradas y su fecha de otorgamiento y la cantidad y precio de las mismas. Además, le indicó que el reembolso debe ser solicitado dentro de los sesenta días corridos siguientes a la emisión de la boleta o factura, y que de no ser así, se pierde el derecho a recibir la bonificación. Finalmente, la Isapre le señaló que los documentos emitidos en el extranjero deben ser certificados por las autoridades locales competentes, luego por el Consulado de Chile o por el Consulado del país de origen del documento acreditado en Chile, y posteriormente por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile (Departamento de Legalizaciones). Asimismo, estos documentos legalizados en la forma antes indicada, deberán acompañarse debidamente traducidos al castellano. Que, en primer lugar, que de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente, las Instituciones de Salud Previsional no están obligadas a bonificar las prestaciones médicas otorgadas a sus beneficiarios en el extranjero. En efecto, el inciso 2° del artículo 190 de la Ley de Isapres, contenida en el D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, dispone que no podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo la siguientes: “7.- Prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional”. De este modo, producto de la precitada disposición legal, si estando en el extranjero un beneficiario recibe atenciones de salud, no podrá exigir reembolso alguno de su Isapre, a menos que en el respectivo plan de salud se



Foja: 1

contemple cobertura internacional, estipulación específica y excepcional conforme a la cual la Institución estará obligada a financiar dichas prestaciones, sujetándose la solicitud al procedimiento que al efecto determine la Isapre. La referida excepción es aplicable en su caso, operando esta en los términos y condiciones que Consalud le informó. Sin perjuicio de lo anterior, es importante mencionar que en materia de reembolso de prestaciones, sea que se otorguen dentro o fuera de Chile, las instrucciones vigentes impartidas por esta Autoridad, contenidas en el punto 4 del Título I del Capítulo I del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios, disponen que: “Es obligación de las isapres financiar las prestaciones y beneficios de salud conforme al contrato de salud suscrito. La existencia de un plazo convencional o contractual para dicho financiamiento, sea para solicitar reembolsos o para la bonificación de los Programas de Atención Médica, no impide que los beneficiarios puedan pedir y obtener la bonificación requerida una vez vencido éste.” Por lo tanto, si una solicitud de reembolso se presentare a Consalud después de los sesenta días corridos siguientes a la emisión de la boleta o factura -plazo señalado por la Institución en su carta de respuesta-, estará igualmente obligada la Isapre a otorgar la bonificación requerida, no siendo procedente que se inhíba de hacerlo invocando que la solicitud se formalizó luego de vencido dicho término. No obstante, transcurrido el plazo de cinco años dispuesto en el artículo 2.515 del Código Civil, la Isapre podrá voluntariamente pagar lo adeudado o bien ejercer la prescripción que le asiste.

Que, el expediente electrónico arbitral N° 200139-2016, corresponde reclamo realizado ante la Superintendencia de Salud, iniciado con fecha 22 de enero de 2016, en que con fecha 15 mayo de 2018 se resolvió la reclamación por la Juez Árbitro, doña Ana María Andrade Warnken, quien declara que se tiene por aprobado el allanamiento de la Isapre Consalud S.A. a la demanda, en todo aquello que no sea contrario a derecho, debiendo, en virtud de lo señalado, darse cumplimiento a lo resuelto en el considerando 4°, esto es, que la Isapre habrá de otorgar cobertura GES a las prestaciones asociadas en la Clínica Reñaca, a sus beneficiarios, en relación a la Patología N° 51.

Que, el expediente electrónico arbitral N° 4003133-2022, corresponde a un reclamo presentado por don Jaime Andrés Guerra Gallardo en contra de la Isapre Cruz Blanca, por no cubrir una cirugía. Que, no se expondrá sobre este expediente, por no guardar relación con la presente causa.

Que, el expediente electrónico arbitral N° 201761-2016, corresponde a reclamación presentada por don [REDACTED] en contra Isapre Consalud, por no efectuar el reembolso



Foja: 1

completo de las boletas que dan cuenta de las atenciones kinesiológicas que reciben sus hijos y beneficiarios, la señorita [REDACTED] y el señor [REDACTED], ambos [REDACTED], a raíz de la Fibrosis Quística que padecen. Que esa Isapre confunde la forma de cobrar las atenciones por parte de los kinesiólogos –de a diez sesiones- con la cantidad de sesiones realizadas diariamente a los pacientes –seis sesiones diarias a cada uno-. Además, señala que Consalud le solicita una serie de antecedentes médicos, razón por la cual se estarían reteniendo los reembolsos, pero dichos antecedentes ya habrían sido entregados. Por otra parte, al ser muy general la solicitud de antecedentes médicos, le pidió a la Isapre remitirle algún formato o documento tipo para completar la información requerida. Que, mediante resolución contenida en ORD.: /A5R N° 1491 de fecha 5 de diciembre de 2018, la Superintendencia resolvió que para que las Isapres se encuentren obligadas a reembolsar las atenciones brindadas a sus beneficiarios debe adjuntarse, entre otra, información sobre el nombre y fecha de las prestaciones otorgadas. De lo expresado por las partes, las boletas entregadas a reembolso por el reclamante, señor [REDACTED] solo hace referencia a la cantidad de prestaciones brindadas a sus hijos, sin detallar la fecha ni su individualización. En ese sentido, es necesario que el cotizante exija al prestador –kinesióloga- que especifique en la boleta emitida o en otro documento auténtico, v. gr. informe o certificado, que indique la fecha de las prestaciones brindadas a cada uno de los pacientes así como su nombre y naturaleza o, a lo menos, su código. De no cumplirse con lo anterior, la Isapre puede, legítimamente, no realizar el reembolso hasta que dicha información le sea proporcionada.

Agrega que, en cuanto a la solicitud de la documentación complementaria requerida al afiliado, de la que da cuenta el numeral 2 del presente Oficio, se ha de señalar que el inciso 5° del artículo 190 del DFL N° 1, establece que cada vez que un afiliado o beneficiario solicite a una Isapre un beneficio cualquiera en virtud del contrato de salud, ésta se entenderá facultada para requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la información médica necesaria para decir respecto de la procedencia de tal beneficio. Agrega dicha norma que si la Isapre considera que la información entregada por el prestador es incompleta, imprecisa o no se ajuste a la verdad, podrá designar un médico cirujano independiente de las partes para que revise la Ficha Clínica. Consecuencialmente, atendido lo precedentemente señalado, se instruye a la Isapre Consalud S.A. para que requiera directamente a los prestadores que otorgaron las atenciones a los beneficiarios del reclamante, señorita [REDACTED] y señor [REDACTED], ambos [REDACTED], las certificaciones o informes que requiera para determinar la procedencia de la cobertura requerida. Sin perjuicio de lo



Foja: 1

anterior, los informes requeridos al reclamante referentes a la asistencia de cada uno de sus beneficiarios a los respectivos establecimientos educacionales y los períodos de ausencia de éstos, deben ser entregados por éste en un plazo no superior al del cumplimiento de la instrucción contenida en el presente acto.

UNDÉCIMO: Con fecha 28 de julio de 2023, **la demandada rindió prueba testimonial.**

Comparece don **Claudio Antonio Márquez Pérez**, quien declara al tenor de la resolución que recibió la causa a prueba.

AL PUNTO 2.

Lo primero, es que no es efectivo, la Isapre sí dio cumplimiento a las obligaciones al afiliado y sus beneficiarios, la situación de este afiliado a través de una revisión que hace la unidad de reembolsos, nos notificaba de una inusual cantidad de boletas presentadas por el señor Rodríguez, este procedimiento es normal dentro de la compañía ya que una de las funciones del departamento de auditoría es tomar conocimiento de estas situaciones de manera de investigarlas, antes de esta denuncia el cliente siempre recibió cobertura por sus prestaciones en los plazos convenidos y, en este caso en particular, se solicita hacer una revisión para verificar que se encuentre todo en orden, es en este proceso en donde identificamos algunas inconsistencias en algunas de las boletas presentadas por el afiliado, en específico atenciones que nos estaban cobrando y que estaban duplicadas, otras inconsistencias en las fechas de las atenciones que se registraban en las boletas y además una orden medica que se adjuntaba a las boletas que tenía una antigüedad de una año la orden, la suma de estos hechos nos hacen comenzar una investigación, de forma paralela el abogado del señor [REDACTED] se presenta en una de nuestras sucursales solicitando explicación de unos supuestos retrasos en el pago de algunas boletas de su cliente, esto propició el tomar contacto con él para reunirnos y explicar los motivos por los cuales la Isapre está solicitando antecedentes médicos respecto del tratamiento de los beneficiarios del señor [REDACTED] Se sostuvo una reunión en casa matriz de la Isapre en el año 2016, no recuerdo el mes, en donde informamos de estas inconsistencias al abogado y que de nuestra parte no existía ningún inconveniente para efectuar los reembolsos pendientes a esa fecha, previa entrega de información que nuestro médico contralor solicitó para otorgar correctamente los beneficios que le correspondían al afiliado por su plan de salud. El abogado está de acuerdo, se envía un listado con la información específica que necesitaba la Isapre y el abogado por su parte solicita el reembolso inmediato de parte de algunas boletas que se encontraban pendientes (primero, la isapre se encuentra facultada por normativa emitida por la Superintendencia de Saludo para solicitar antecedentes



Foja: 1

médicos cuando lo requiera y de esa forma otorgar los beneficios que le correspondan al afiliado).

Posterior a esta solicitud por parte de la isapre y además de la bonificación de parte de estas boletas, como lo solicitó el abogado, esperamos recibir la información que solicitamos, la cual finalmente no llegó, porque el abogado insistía en que la isapre tenía información suficiente para proceder con los reembolsos, situación que no era así, porque además durante este proceso identificamos una orden médica falsa a nombre de los menores lo que hacía absolutamente necesario contar con la información solicitada para resolver.

Agregar que a pesar de no recibir dicha documentación, Isapre Consalud de todas formas efectuó el reembolso de las prestaciones que correspondían.

Finalmente, tomo conocimiento de que el cliente fue desafiliado por incumplimiento en el pago de sus cotizaciones.

Agregó además que, aparte de existir inconsistencias en los documentos previamente mencionados, también se observó una inconsistencia entre las sesiones kinesiológicas que el médico tratante que eran 6 versus lo que la kinesióloga registraba en las boletas de cobro que eran 10 sesiones. Lo anterior me consta porque lo investigué yo personalmente.

REPREGUNTAS.

Para que indique, cuál era a la época de los hechos y en la actualidad el cargo o función en virtud del cual le correspondió investigar los hechos relatados. Responde: A la fecha de la investigación mi cargo era auditor interno de sapre Consalud, actualmente jefe de auditoría de la misma isapre.

Para que diga los años en que ocurrieron estos hechos. Responde: En el año 2016.

Para que indique si aparte de los antecedentes médicos que señaló se le requirieron al abogado del demandante en la reunión indicada, si se le solicitó algún otro tipo de documentos o información al afiliado. Responde: Sí, se le solicitaron un informe emitido por la universidad y colegio del menor de asistencia, se solicitaron resultados de exámenes específicos de la fibrosis, fueron solicitados por el médico contralor. Era un listado de varias cosas.

Para que diga, en relación al informe o tratamiento médico de los menores, si recuerda qué tipo de antecedentes en relación a ello se le solicitaron. Responde: Está relacionado con el médico tratante, cantidad de sesiones que requerían los menores, medicamentos que les prescribía el médico, cuántas veces al día.

Para que diga, si dentro de lo solicitado se le requirió al afiliado o a su abogado certificado o información de la kinesióloga mencionada con indicación de los honorarios de cada una de las prestaciones por



Foja: 1

ella efectuada, así como el tipo de ejercicios y duración de los mismos. Responde: Se le solicitó información de los protocolos realizados a los beneficiarios, las fechas, números de boletas, no recuerdo qué más.

Para que diga, si los antecedentes requeridos al abogado señalado fueron hechos llegar a la isapre. Responde: No.

Para que diga, cuál habría sido el alerta o aviso que generó de parte de la isapre el inicio de la investigación por efectuada el testigo, en relación a los reembolsos de los que ha hablado. Responde: El área de reembolsos aparte de su personal administrativo también cuenta con profesionales relacionados con la salud a los cuales les alertó la cantidad de boletas presentadas por el afiliado, lo que alertó fue la frecuencia.

Para que diga, a qué se refiere con la frecuencia. Responde: A la cantidad de boletas y prestaciones presentadas para reembolso, cantidad inusual, no era normal. Es más, la cantidad de sesiones por boleta eran muchas para el tipo de vida que llevaban, uno asistía a la universidad, el otro al colegio.

Para que diga, si lo relatado produjo para la isapre algún tipo de perjuicio económico. Responde: Sí, Produjo. Primero, porque la isapre reembolsó durante un periodo extenso de tiempo una cantidad de sesiones por kinesiología que no fueron prescritas por el médico, y por otro lado, al detectar una orden falsa, tampoco tuvimos seguridad del tratamiento efectivamente del tratamiento que debían tener los menores durante su estadía en la isapre. Además, reembolsamos algunas prestaciones duplicadas.

Para que diga, a que se refiere con prestaciones duplicadas. Responde: La kinesióloga efectuó el cobro en más de una boleta, una sesión realizada el mismo día.

Para que indique, si lo sabe, a cuánto aproximadamente ascendió o pudo ascender el perjuicio económico relatado. Responde: Es un caso muy antiguo, no recuerdo.

Para que indique, cómo sabe y le consta la existencia de la mencionada orden médica falsa. Responde: Lo primero, consultamos con la médico tratante de la emisión de una orden en particular negando que la haya emitido y, por otra parte, tomando conocimiento de esta información sometimos a un peritaje caligráfico la letra de esta orden médica corroborando que el documento no fue emitido por la doctora.

Para que diga, si en definitiva el afiliado adeuda aún cotizaciones de salud respecto de las cuales señaló que fue el motivo de su desafiliación de la isapre. Responde: Entiendo que sí.

Comparece don **Luis Fernando Cobeñas Castro**, quien declara al tenor de la resolución que recibió la causa a prueba.

AL PUNTO 2.



Foja: 1

Cuando yo ingresé a Consalud al área de reembolso específicamente esta estaba sufriendo una etapa de transformación, donde se buscaba digitalizar y respaldar la documentación de los reembolsos, para lo cual existía intervención de un proveedor externo, nosotros recibíamos las solicitudes digitalizadas y específicamente en estos casos especiales teníamos que solicitar la documentación original al proveedor externo para poder certificar la documentación, esto por el motivo de que la solicitud tenía un comportamiento no habitual, el cual era que presentaba muchas boletas, veinte, treinta boletas, a comparación de las solicitudes normales, que era una solicitud, una boleta. Las presentas por don [REDACTED]. Era la primera interacción que teníamos con el caso.

Segundo, al tener ya la documentación original el área de reembolso tenía que validar que venga con todos los antecedentes necesarios, en este caso en particular órdenes médicas, detalles de las prestaciones, o incluso certificado médico. Si esto no se cumplía se tenía que solicitar los antecedentes, lo cual en muchas oportunidades no fueron adjuntadas o no correspondían, lo cual ampliaba el plazo para darle una respuesta al afiliado, al señor [REDACTED].

Si cumplía con los antecedentes por la cantidad de sesiones y el diagnóstico, se requería apoyo técnico por parte del equipo médico de consalud, los cuales tenían que evaluar si con la documentación adjunta también era suficiente para poder dar cobertura al reembolso, en muchas oportunidades lo que se solicitaba por la parte médica habitualmente era órdenes médicas actualizadas ya que muchas veces se presentaban órdenes médicas emitidas con una antigüedad de más seis meses, otro factor, que teníamos que considerar era que por la cantidad de boletas de honorarios manuales y los correlativos consecutivos de estos debían ser validados con el equipo de auditoría para poder certificarlo ante el Servicio de Impuestos Internos. Toda esta interacción con las partes técnicas, aplazaba los plazos para poder dar una respuesta al reembolso solicitado por la cantidad de boletas presentadas.

Finalmente si cumplía con todos los requisitos y aprobaciones por la parte técnica se procedía al pago del reembolso. No es cierto que no se haya dado cobertura a los reembolsos, si este cumplía con todos los requisitos. Yo trabajaba en el área de reembolso y participé de este proyecto de digitalización en lo cual nos tocaba solicitar la documentación original al proveedor externo y entregar esta documentación a dos administrativos especializados quienes se encargaban de certificar la documentación.

REPREGUNTAS.

Para que diga, cuál era el cargo concreto que tenía en esa época y en la actualidad. Responde: Administrativo de reembolso, encargado de reembolsar los reembolsos que venían por este nuevo proceso e



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

Código: JNYXXLLRNGQ

Foja: 1

interactuar con el proveedor. En la actualidad, desempeño el cargo de jefe de pagos operacionales y tengo a cargo este proceso de reembolsos en Isapre Consalud.

Para que diga, si usualmente el afiliado demandante adjuntaba a la solicitud de reembolso los documentos necesarios que relató en forma previa. Responde: No, cuando recibíamos el sobre con la solicitud normalmente se apreciaba un talonario de boletas.

Para que diga, si cuando posteriormente se le requerían por el área a su cargo los antecedentes faltantes el afiliado los entregaba o no a la Isapre. Responde: Los entregaba, pero normalmente no eran actualizados o esperaba que se asumiera que teníamos ya los antecedentes, eso pasaba mucho, por lo cual se requería apoyo de la parte médica.

Para que diga, si frente a tal incumplimiento de parte del afiliado, la consecuencia era el no reembolso de las boletas en tanto no se cumpliera con lo requerido. Responde: Cuando no cumplía al cien por ciento, no se puede reembolsar, ya que debemos respaldar todo reembolso ante eventuales fiscalizaciones.

Para que indique el resultado de las evaluaciones que se le requerían al equipo médico sobre la suficiencia o no de los documentos adjuntados por el afiliado. Responde: Normalmente solicitaban los antecedentes que faltaban.

Para indique si las ordenes medicas indicadas con antigüedad superior a seis meses eran suficientes para respaldar los reembolsos solicitados. Responde: No, requeríamos lo que el área técnica solicitaba de manera adicional.

Para que indique si el afiliado cumplía o no con entregarle al área a su cargo las ordenes médicas actualizadas cuando los reembolsos se rechazaban por una antigüedad superior a seis meses de tales órdenes. Responde: No.

Para que diga, cuál era la consecuencia al no dar cumplimiento a ello. Responde: Se rechazaba la solicitud de reembolso.

Para que señale, por qué razón la solicitud de reembolsos por parte del afiliado para la isapre implicaba un comportamiento no habitual de su parte. Responde: Ya que venían muchas boletas adjuntas en una sola solicitud, cuando lo que corresponde es una solicitud/una boleta.

Para que indique si tiene conocimiento de haberse efectuado con personal de la isapre alguna reunión en relación a este tema con el afiliado o algún representante de él. Responde: Sí, cuando estaba en el cargo de administrativo de reembolso la jefatura de turno tenía reuniones con las partes técnicas y algunas interacciones con la parte del afiliado.



Foja: 1

Para que diga, si sabe qué temas o materias se trataron en las mismas. Responde: No.

Para que indique, si aparte de la cantidad de boletas cuyo reembolso se solicitaba recuerda algún otro tipo de razón o inconveniente por el cual se rechazaron algunos reembolsos por parte de la isapre. Responde: Sí, la cantidad de sesiones presentadas en las boletas para lo cual la parte médica destacaba que no correspondía al diagnóstico presentado, estamos hablando de hasta diez sesiones por día.

Para que indique, si recuerda, si en este caso, además de lo indicado, se presentaron solicitudes de reembolso con boletas de honorarios duplicadas. Responde: Sí, se presentaron boletas duplicadas.

Para que indique si todo lo relatado previamente produjo o no un perjuicio económico para la isapre. Responde: No lo sé.

Para que indique si lo recuerda, la fecha aproximada en que estos hechos ocurrieron. Responde: 2015, 2016, fue la época en que trabajé directamente en reembolsos.

Para que indique, si lo sabe si el afiliado demandante don [REDACTED] si actualmente continúa vigente como afiliado a la isapre. Responde: No, no continúa vigente. Entiendo que la desvinculación fue por el incumplimiento al pago de sus cotizaciones.

Para que diga, si sabe si a la fecha pagó tales cotizaciones. Responde: Lo desconozco.

DUODÉCIMO: Que, con fecha 8 de enero de 2024, se decretó medida para mejor resolver, consistente en acompañar, por la demandante y la demandada, copia completa del plan de salud identificado como plan AD 20 978 719 50 978 y las condiciones del mismo, materia de la presente causa que fue suscrito por el afiliado don [REDACTED].

La medida decretada fue cumplida por el actor con fecha 22 de enero de 2021, acompañando el referido contrato, en que se señala que tiene como fecha de afiliación el 1 de marzo de 1991, fecha de firma del contrato el 9 de enero de 1996 y fecha de vigencia de los beneficios el 1 de marzo de 1996. Agrega como fecha de cumplimiento de la anualidad el mes de enero.

DÉCIMO TERCERO: Que, en estos autos, comparece don [REDACTED], quien deduce **demanda civil en juicio ordinario de Indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual** en contra de **Isapre Consalud S.A.**, representada legalmente por doña Carolina de las Mercedes Torres Gaete, en su calidad de jefa de oficina, con el fin de que se declare que la Isapre se encuentra obligada a cumplir el contrato denominado “Contrato de Afiliación” (plan AD 20 978 719 50 978) y, asimismo, condenarla a pagar, la totalidad de los perjuicios derivados de su responsabilidad, los que desglosa en **daño emergente por la suma de \$80.530.000.-** y



Foja: 1

por **daño moral, la suma de \$150.000.000**, calculados al 1 de Junio de 2020, más los reajustes e intereses calculados entre la fecha de la sentencia de autos hasta la fecha del pago efectivo, con costas. Que, la referida demanda, ha dividido en tres partes la responsabilidad generada por omisiones en el tratamiento de la afección médica, responsabilidad relativa a los reembolsos de boletas de honorarios no efectuados y alza indiscriminada que ha sufrido el plan.

Primero, en cuanto a la **responsabilidad generada por omisiones en el tratamiento de la afección médica**, indica que, el 01 de marzo de 1991, se afilió a la Isapre Consalud, según consta en el FUN N° 1091467. Que en este plan se fijó un monto de pago de \$146.000.- mensuales, en que incluía dentro de sus prestaciones las atenciones kinesiológicas sin límite. Dicho plan sufrió diversas modificaciones hasta el 09 de Enero de 1996, quedando en el plan actual denominado “AD/ 20 978-719-50-978”. Que, sus hijos, [REDACTED] y [REDACTED], fueron diagnosticados a muy temprana edad con Fibrosis Quística. Su médico tratante inicial en Viña del Mar era el doctor Felipe Villanueva Romero, pediatra; posteriormente fueron derivados a la doctora Viviana Lezana Soya (Pediatra y Broncopulmonar). Que, por razones personales y profesionales, el 6 de abril de 2018 la Dra. Lezana les informó que padecía de cáncer y, además, por la edad de sus hijos, ella no podía seguir con su tratamiento en su condición de pediatra, quien los derivó, al médico tratante actual, el doctor Joel Melo Tanner (Broncopulmonar) de la Clínica Las Condes. Explica que, una de las características propias de la fibrosis quística es la producción excesiva de mucosidad mucho más espesa de lo normal, lo cual hace que el organismo no pueda eliminarla de manera natural, las vías respiratorias se obstruyen y es necesario realizar kinesioterapia para retirarlas. Por lo mismo, el tratamiento normal consistía en la aplicación habitual de terapias de kinesioterapia respiratoria unido a un programa especial de nutrición y otros aspectos gastroenterólogos.

Informa que, cuando la Fibrosis Quística ingresó al AUGE, en el año 2007, la Isapre comenzó a dar cobertura a los medicamentos recetados sin poner trabas. El plan AUGE estableció una canasta de beneficios que funcionaba por Sistema de “Scoring” (puntaje). Esto implicaba que, mientras más grave fuese el estado de salud del paciente, más puntos se otorgaban y, como consecuencia, éste recibía más beneficios. Si el médico tratante diagnosticaba algún procedimiento o medicamento, aunque éste no estuviese incluido específicamente en la cartilla de prestaciones establecidas para la patología en el AUGE, la Isapre lo cubría. Afirma que, ello era en atención a lo que la experiencia les había demostrado que, económicamente, les convenía más otorgar el tratamiento diagnosticado por el médico tratante, que



Foja: 1

negarse y tener que pagar después los altos costos asociados a las hospitalizaciones por deterioro de la salud de los pacientes. Que, en el mes de marzo del 2008, empezaron a experimentar retrasos en la autorización para comenzar con tratamiento de antibióticos intravenosos para [REDACTED] (Tobramicina inyectable). Que, sin mediar explicación alguna, la ISAPRE eliminó ciertos beneficios del AUGE entregando solo remedios y antibióticos. El resto de las cosas incorporadas al Plan, lisa y llanamente, no se le entregaron más.

Expone que, en el año 2009, además de diversos incumplimientos, la Isapre comenzó a cobrar el valor total del copago anual al momento de efectuar la primera compra de un medicamento de alto costo, siendo que, hasta esa fecha, el cobro del copago se hacía en forma mensual conforme se iban retirando los medicamentos. Esto tuvo como consecuencia que tuviesen que desembolsar una gran cantidad de dinero de forma inmediata, complicando su situación financiera y causando un grave perjuicio económico. Que, los antibióticos de alto costo se ingresaban al sistema como si pertenecieran a una “canasta” diferente. El copago cobrado para la Tobramicina Nebulizable, era del orden del \$1.400.000.- a \$1.700.000.- por cada vez que se hacía uso, retirándose éste desde la farmacia. Recién en el año 2017, ante un reclamo que presentó, la Isapre procedió a corregir esta forma de cobro. Indica que, por lo menos, las seis primeras veces que tuvieron que administrar este tipo de medicamentos a los niños, la Isapre procedió de la forma descrita, lo que representó un perjuicio del orden de los \$8.400.000.- a los \$13.600.000.-, sólo por ese concepto. A raíz de la magnitud del monto adicional al valor del plan y a la canasta mensual del Auge que la Isapre los obligaba a desembolsar en forma inmediata, para cada antibiótico de alto costo recetado por los médicos, se vio en la obligación de averiguar los detalles de la cobertura del AUGE, descubriendo que, en la práctica, este opera junto a un seguro el GES-CAEC, en el que se define sólo un copago máximo anual, por afiliado o grupo familiar, sin diferenciar en “canastas”.

Alega que, existieron copagos indebidos del medicamento Zoteon Podhaler. Que, el 27 de Enero del 2014, Consalud les envió una carta donde reconocía que sus sistemas presentaban algunas inconsistencias, por lo cual se había desactivado de sus registros el medicamento antibiótico Zoteón en Farmacia Salcobrand. Así, cuando iban a comprar dicho medicamento a la farmacia, éste no estaba disponible en el Sistema de Entrega y, por lo mismo, se veían en la obligación de pagar el precio completo del medicamento que costaba, en esa época, \$1.827.121.- por caja. El 19 de diciembre del 2014, en un OCTAVO reclamo, se adjuntó a la ISAPRE el comprobante de copago por \$1.444.170.- a la Farmacia Salcobrand por la entrega de antibiótico Zoteon. Lo mismo ocurrió con otros medicamentos por montos de



Foja: 1

\$1.078.99.- y \$1.444.170.-. Que, recién el 06 de enero del 2015, recibieron una carta de respuesta en la que se les informaba que tenía una fecha de cumplimiento de la anualidad que difiere totalmente con la fecha de anualidad real. Por lo mismo, se vieron en la obligación de presentar un NOVENO reclamo, esta vez, ante la Superintendencia de Salud entidad que intervino en su defensa. En efecto, el 04 de Mayo del 2015, recibieron una carta de la Isapre donde les informaban que habían realizado un reembolso parcial de \$805.432.-, cobrados en exceso, ello por instrucciones de la Superintendencia de Isapres. Hace presente que, ese reembolso se produjo por el reclamo. Sin embargo, los seis o más pagos anteriores tuvieron que hacerlos ellos, sin ser reembolsados, los que ascendieron a un monto aproximado de \$8.640.000.-.

Alega que, en el año 2016, el deducible asociado al GES-CAEC aumentó de UF 60 a UF 121 por afiliado o a un máximo de UF 181 por grupo familiar, equivalente en esa época a \$4.737.000.- al año. Monto que, por tratarse de una misma patología, debía equivaler, como máximo, a todos los cobros efectivos de copagos por hospitalizaciones y remedios de ambos niños en el año. En ese año sólo por concepto del copago asociado a los medicamentos habituales, además del precio mensual del plan, la Isapre cobró un copago de \$566.000.- mensuales por ambos niños (\$283.000.- por niño). Solo considerando ese copago mensual de \$566.000.- correspondiente al retiro de los medicamentos habituales, en ocho meses y medio se habría cubierto el copago máximo anual, teniendo la Isapre que financiar, sin costo de copago para el afiliado, cualquier otra prestación o servicio. Establece que, al agregar los copagos cobrados por las hospitalizaciones habituales de [REDACTED] y [REDACTED], éste copago debería haberse completado en un máximo de cinco o seis meses. Y al considerar el cobro del copago "especial" que la Isapre hacía por los antibióticos que asignaba a la "Segunda Canasta", que eran del orden de \$1.400.000.-, medicamento recetado, el copago máximo debería haberse completado mucho antes. La Isapre entonces, debería haber empezado a cobrar un copago igual cero, a partir aproximadamente del tercer mes, pero con el sistema de "segundas" canastas, cobraba los \$283.000.-, más los \$1.400.000.- (aproximadamente \$1.683.000.-) en lugar de CERO. La situación

anterior descrita quedó manifestada cuando con fecha 27 de abril de 2016, se les informó verbalmente, que la anualidad de [REDACTED] y [REDACTED] se cumplía con fecha 12 de Julio. Ello después de haber tenido que cancelar en el mes de mayo más de \$1.400.000.- de copago anual para que a José Joaquín le entregaran el medicamento llamado "Zoteon podhaler".

Agrega que, el día 22 de Diciembre del año 2015, presentó una carta solicitando la corrección de una cuenta de hospitalización, ya que,



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

Código: JNYXXLLRNGQ

Foja: 1

en los meses de abril y julio de ese mismo año debieron internarse [REDACTED] y [REDACTED], para realizar su tratamiento y mitigar con la aplicación de antibióticos en forma intravenosa sus respectivas infecciones pulmonares. Como parte del procedimiento habitual, aplicado por más de 20 años, al detectar la exacerbación a través del resultado de los exámenes, el médico tratante ordenó su inmediata hospitalización. Razón por la que tanto [REDACTED] como [REDACTED] fueron ingresados a las dependencias de la Clínica Reñaca por el área de Urgencias. Cuando finalmente la Isapre emitió la cuenta, venía realizada según las coberturas del Plan, sin incluir la cobertura GES. En atención a ese procedimiento administrativo, se estaba cobrando como copago, prácticamente la totalidad del valor de los antibióticos usados, (el plan a esas alturas establecía una cobertura de sólo \$108.000.-, para una hospitalización en la que no se usaba "Pabellón"). En atención a ello hubo que presentar un reclamo a la Isapre, la que no acogió inicialmente el reclamo. A raíz de ello se presentó en las Oficinas de la Superintendencia de ISAPRES de viña del Mar el reclamo con folio de ingreso 201994. Que, hasta el año 2015, a pesar de todas las trabas administrativas que ha descrito, los tratamientos (hospitalizaciones) para la afección de sus hijos habían sido 100% efectivos. Sin embargo, en las hospitalizaciones realizadas entre diciembre 2015 y marzo 2016, su hijo José Joaquín ingresó a la Clínica Reñaca a realizar su tratamiento normal, pero el tratamiento no funcionó, por lo que su hijo no obtuvo ninguna mejora. Ante esa situación, la doctora tratante, Dra. Lizana, les sugirió trasladar a su hijo a Estados Unidos, para ser revisado allá, y tener una mejor evaluación de su situación y del tratamiento adecuado. Por ello, iniciaron los trámites para poder desplazarnos a dicho país en el mes de marzo. Dentro de esos trámites, se dirigió a la Isapre para preguntar cuáles eran los procedimientos, protocolos y coberturas que su plan tenía, a fin de programar sus gastos y el viaje, el que, por indicaciones del médico tratante, debía hacerse a la brevedad posible. Lamentablemente, la Isapre no le contestó oportunamente.

Señala que, el 8 de marzo del 2016, tuvo que presentar un DECIMO CUARTO reclamo ante la Isapre, esta vez, por la negativa por parte de la Isapre a entregar el compresor requerido para el tratamiento de los niños. Destaca que, ellos requieren nebulizaciones diarias con viscozime, antibióticos y otros. El tratamiento requiere de al menos 06 nebulizaciones diarias. Con fecha 30 de Marzo de 2016, la Isapre le envía una carta de respuesta donde le indican que ya no le entregarán los nebulizadores, obligándolo a asumir la totalidad del costo de ellos a él. Ese costo asciende a \$360.000.- anuales, atendido a que eran dos compresores (uno por cada uno de sus hijos) que tienen un valor de \$90.000.-, y ellos necesitan dos compresores al año. Que, en el mismo período que se están elevando estos reclamos, Marzo 2016, se



Foja: 1

trasladan a Estados Unidos, y hace presente que, a pesar de sus múltiples esfuerzos, les fue imposible obtener una respuesta de la Isapre de cuáles eran los procedimientos, protocolos y coberturas que su plan tenía, antes de viajar, por lo que tuvo que asumir la totalidad de los gastos médicos efectuados en el extranjero. Estando allá, el médico tratante en Estados Unidos, la doctora María Franco, emitió un certificado para [REDACTED] y [REDACTED] que decía que cumplían los requisitos para ser atendidos en ese país. Agregó que el tratamiento para estas afecciones en ese país se trataba con un medicamento llamado “ORKAMBI”. Que, el 16 de Junio del 2016, [REDACTED] una

carta de la Isapre fechada el 9 de junio del 2016, contestando el reclamo número 74906. En la carta de la Isapre, se hacía referencia al reclamo presentado con fecha 10 de Junio, es decir un día después de que se hubiera emitido la carta misma, en la que habría solicitado revalorización de cuenta médica, mal bonificada. El 14 de Septiembre de 2016, casi 5 meses después de haber viajado a Estados Unidos, Consalud respondió a su solicitud de información sobre los procedimientos, protocolos y coberturas que su plan tenía para programar el viaje al extranjero, señalando que no recibieron mayores detalles de las prestaciones que dichos beneficiarios se realizarán en el extranjero. Además, solo reembolsarían las que aparecieran en el plan de salud AD/20 (978,719,50,978). Agregaron que, para informar de cobertura, precisaban que les hiciera llegar un presupuesto, individualizando para cada prestación el valor facturado, debidamente traducido y legalizado. Señalaron que según las condiciones generales del contrato, debían indicar: Nombre prestador y profesional que entregó la atención en caso de ser distintos; RUT prestador y profesional que entregó la información; Nombre Paciente; CI paciente; Detalle nombre de prestaciones otorgadas; Fecha en la que se brindaron las prestaciones; Se debía detallar cantidad y precio de cada prestación efectuadas al paciente.

Expresa que, el 13 de octubre de 2016, el Nicklaus Children's Hospital emitió certificado de atención con el fin de responder a la solicitud de la Isapre. Que, obtener la documentación solicitada fue tremendamente difícil, toda vez que las atenciones ya se habían realizado y, a pesar de sus esfuerzos, la ISAPRE no les entregó la información antes del viaje, como fue su deseo. Por lo mismo, el certificado del Nicklaus Children's Hospital simplemente ratificaba el diagnóstico y el tratamiento e indicaba que los niños eran candidatos para el medicamento “Orkambi”. Por lo mismo, los costos de las hospitalizaciones fueron íntegramente asumidas por su grupo familiar, el que ascendió a US\$25.000.-.

Agrega que, durante el año 2016, sus hijos [REDACTED] y [REDACTED] [REDACTED] tenían que hospitalizarse 4 y 5 veces en el año,



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

Código: JNYXXLLRNGQ

Foja: 1

respectivamente, como parte de su normal tratamiento. Sin embargo, por efecto de los atrasos en el pago de la ISAPRE, [REDACTED] no se pudo hospitalizar en la Clínica Reñaca. Por lo mismo, tuvieron que hacer el tratamiento en forma domiciliaria. Esa modalidad fue muy dolorosa para el grupo familiar, ya que, primero, el tratamiento le produjo graves alteraciones físicas a su hijo: Hematomas en los brazos, depresión, angustia, etc; Segundo, los costos asociados, que no fueron asumidos por la Isapre y que ascendieron al monto de \$1.900.000.-. Finalmente, la kinesióloga que trataba a sus hijos tampoco recibía el pago, por lo cual, dejó de prestarles el servicio. Esto afectó notablemente la salud y el estado de ánimo de los niños, ya que los trataba hace muchos años. Por ello, para suplir el tratamiento kinesiológico, tuve que comprar Chalecos Vibratorios Kinesiológicos, dispositivo que sirve para eliminar la excesiva de mucosidad mucho más espesa de lo normal, ya que no se podía recurrir a kinesiología. Por lo mismo, no teniendo la posibilidad de hacerles kinesiología, compraron el año 2019, dos chalecos de marca AFFLOVEST talla M, de un valor de US\$8.500.-, cada uno.

Señala que, la imposibilidad de contar con un profesional en kinesiología, originada en el incumplimiento de pagos de las boletas presentadas por parte de la Isapre, provocó un grave retraso en el tratamiento de sus hijos. Perdieron gran parte de su capacidad pulmonar, [REDACTED] bajó de un 98% de capacidad pulmonar a un 50%, mientras que [REDACTED] de un 103% a un 96%. En la última hospitalización de [REDACTED] realizada en la Clínica de Reñaca, con fecha 15 de julio de 2016, se detectó que el tratamiento con Kine y antibióticos ya no funcionaba. Se consultó con varios doctores y no lograban llegar a un buen tratamiento. El Dr. Luis Bavestrello Fernández, infectólogo y Director médico de la Clínica Reñaca, derivó a su hijo, al final del período de hospitalización, al doctor Claudio de Amesti Ceroni, Otorrino de la misma clínica. El doctor De Amesti sugirió una operación de fosas paranasales, para sacar dichas fosas y aprovecharon de corregir el tabique, de manera que pudiera respirar mejor y no se infectara. Que, para una mejor comprensión de lo señalado anteriormente, explica que, en el interior de la nariz se encuentra la cavidad nasal, dividida en dos conductos por el tabique nasal. Este último se extiende desde las fosas nasales hasta la parte posterior de la garganta. Normalmente el tabique es recto y separa simétricamente ambas ventanas nasales. Sin embargo, en el caso de su hijo, su tabique presentaba una desviación importante obstruyendo un lado de la nariz, causando congestión nasal y haciendo que, por efecto de este desvío y de la fibrosis quística, fuese propenso a la acumulación de la mucosidad, inflamación de los senos paranasales (sinusitis), hemorragias nasales e infecciones de las fosas paranasales, las



Foja: 1

que posteriormente se trasladan al pulmón afectando aún más su salud. De acuerdo a esta evaluación los médicos decidieron operar a su hijo, sacar las fosas nasales y corregir el tabique, operación que se realizó el 11 de agosto de ese mismo año. Ante esa situación, la ISAPRE nuevamente en forma unilateral y arbitraria, resuelve dividir la cuenta en dos según el siguiente detalle: - Una primera parte la sitúa del día 15 al 24 de Julio, la ingresa con diagnóstico "Fibrosis Quística" y, por tanto, la cubre; Una segunda parte, la sitúa del día 25 al 12 de Agosto la ingresa con diagnóstico "Operación Estética de nariz" (es decir, cirugía plástica, aun cuando la realiza un otorrino), y por tanto, no la cubre, asignándole un copago de \$5.000.000.-, costo que en su mayor parte procede del costo de todos los antibióticos intravenosos utilizados en la operación y durante el periodo que va desde el 17 al 24 de Julio: La mitad los cubre y la otra mitad no.

Hace presente que, por efecto de esta mala gestión de la Isapre, se generó una deuda con la Clínica Reñaca, por la supuesta operación estética de su hijo, por un monto de \$26.065.004.- que a la fecha se litiga en una causa civil en su contra (ROL N° C-5514-2019) en el Primer Juzgado Civil de Viña del Mar y de \$ 41.051.346.- adicionales correspondientes a 3 hospitalizaciones adicionales cuyos bonos la Isapre, a la fecha no ha emitido.

Sostiene que, en cuanto a la **Responsabilidad relativa a los reembolsos de boletas de honorarios no efectuados**, el procedimiento general utilizado al respecto consideraba varias sesiones diarias de kinesiología, la profesional que las realizaba reunía varias sesiones y hacía una sola boleta por todas ellas. A pesar de hacerse 6 sesiones diarias, ella resolvió hacer una boleta cada 10, es decir, tres a la semana, quedando un saldo para la semana siguiente. Así se hizo por 20 años de tratamiento. Que, en cuanto al procedimiento de la Isapre, normalmente se depositaba la boleta de honorarios y pagaban por automático después de unos días. Indica que, con el tiempo, después del depósito, pasaba un período en el que la Isapre no hacía nada y esperaban que fueran a preguntar, luego la procesaban y ahí pagaban. Que, los atrasos iniciales eran de un par de días, pero luego fueron aumentando a un mes, luego dos, hasta llegar a un año. Hace 3 años, se demoraban entre 6 y 7 meses en pagar boletas, pero desde esa fecha, lisa y llanamente dejaron de pagar y, de ahí en adelante, todas las actuaciones debían hacerse por escrito. Eso implicó que la kinesióloga quedara sin pago, por un período de siete meses, con los consiguientes problemas en la relación con la profesional tratante. Por lo mismo, contrató al abogado Sr. José Luis Luengo, para que tratara estos temas con la Isapre, tratando de esta forma de liberar de estas angustiosas y estresantes negociaciones a su grupo familiar, pero la situación no mejoró. La Isapre dejó de pagar boletas, ya que la orden



Foja: 1

médica establecía 6 sesiones diarias de kinesiología, y se presentaban boletas cada 10 sesiones, pero así había sido el mismo procedimiento que habíamos utilizado los últimos 20 años. En resumen, pagaron solo seis sesiones, quedando las otras pendientes. Después de siete meses de tramitación, le pidieron cambiar la forma en que la Kinesióloga confeccionaba las boletas, que hiciera una boleta por cada seis sesiones. Y después de que empezó a presentar las nuevas boletas, una cada seis sesiones, con la fecha en la que cada prestación se había efectivamente realizado, la Isapre pidió que nos “pusiéramos al día”, lo que

significaba pagar, en un sólo mes, todas las sesiones realizadas durante siete meses de trabajo y que generaba un problema a la profesional, porque equivalía a recibir el pago de 7 meses de trabajo en un mismo mes, lo que le generaba un problema tributario.

Afirma que, hay un procedimiento establecido, deliberado y sistemático de entablar y atrasar los pagos, buscando quizás que, por cansancio, abandonen su plan o el sistema de salud, pero esa opción es imposible. Primero, por la afección que tienen sus hijos y, segundo, que, como la Isapre lo sabe, ninguna otra institución de salud lo recibiría por la preexistencia de la enfermedad de sus hijos, convirtiéndolo entonces en un cliente cautivo sin ninguna otra opción que aceptar sus arbitrarias decisiones y sus excesivos e injustificados cobros, no sin antes someterlos, a todo su grupo familiar, a brutales situaciones de estrés y de angustia.

Señala cronológicamente los incumplimientos atribuidos a la Isapre, desde 1 de julio de 2016 hasta el 2019, en relación al reembolso de 48 boletas de kinesiología de la profesional Marisol Bustos Fajardo por un monto aproximado de \$9.600.000.-, lo que implicó que solo pudiera financiar un tratamiento parcial, lo que significó menores sesiones de kinesiología para sus hijos y, finalmente, suspender los servicios de la profesional, con graves consecuencias para la salud de su hijo, reduciendo su capacidad pulmonar a un 50% según certificado que acompaña en su presentación. Que, el daño provocado a su hijo por el actuar de la ISAPRE fue gravísimo, poniendo en riesgo la vida de su hijo. Destaca que, en el año 2018, tuvieron problemas por el retraso de los pagos, por lo que se comunicaron con el Call Center de la Isapre y lograron que las procesaran en un corto plazo. En ese mismo período Consalud los contactó indicando que la kinesióloga debía ponerse al día con las boletas que estaban pendientes y que, a su vez, hiciera todas las boletas de los siete meses que estaban impagas en un mes. Sostiene que, lo anterior no fue posible cumplirlo, porque eso le generaba a la profesional un problema tributario (Cambio de tramo) y, además, porque la kinesióloga no se atrevía a emitir tantas boletas sin tener la certeza de que la Isapre pagaría, lo que implicaría que ella no podría pagar los impuestos correspondientes por esos honorarios. Por lo tanto,



Foja: 1

para poder salvar la situación tuvieron que comprometerse a cubrir los impuestos si la Isapre no cancelaba. Y efectivamente así ocurrió. La Isapre no canceló y tuvieron que pagar los impuestos por un monto de \$870.000.-, es más, a la fecha, aun no se han pagado algunas boletas, con el perjuicio económico que eso les implicó. Todo con el propósito de que sus hijos siguieran recibiendo su tratamiento oportunamente. Agrega que, ante la insistencia de Consalud, la kinesióloga fue donde su contadora, quien le informó que de hacer lo que proponía Consalud, iba a producir un cambio de tramo para efectos del impuesto global complementario, por lo que decidió dejar de hacer boletas por un tiempo y retomar el cobro, paulatinamente, pero siempre con atraso. En ese escenario, los atrasos de la ISAPRE generaron una situación económica y tributaria, tanto al demandante como a la kinesióloga, que es de difícil reparación a estas alturas, con deudas pendientes y con cobros que no puede poner al día frente al Servicio de Impuestos Internos (para la kinesióloga). A la fecha, las últimas boletas, tanto del año 2018 como las del 2019, específicamente las presentadas en el mes de abril, aún no se encuentran pagadas, por un monto de \$ 4.800.000.-;

En relación al alza indiscriminada que ha sufrido el plan , sostiene que se observa que el periodo que va desde el 2000 al 2017, existe un porcentaje de alza cada 3 años (de 8% a 40%) y una variación UF cada 3 años, con un aumento sostenido y proporcionalmente creciente en el precio del plan desde el año 2000 en adelante. Que, a marzo de 2020 ya se observa un aumento en el precio del plan, casi 5 veces mayor que el aumento del costo de la vida que se refleja en la variación acumulada de la UF durante el mismo período. Que, el plan de salud que partió costando \$146.000.- y que tenía un reajuste anual, ha sido incrementado, dos veces al año desde hace 4 años a la fecha, situación absolutamente anormal y discriminatoria en comparación con todos los planes de salud existentes en la actualidad que aumentan en la anualidad, llegando a costar el día de hoy \$1.200.000.- más el costo de los copagos, lo que da un total aproximado de \$1.500.000.- mensual. Asimismo, por los \$146.000.- iniciales, el plan cubría todo el tratamiento (Kines, medicamentos y elementos y otros necesarios) sin siquiera estar en el auge. Hoy, que la afección está incluida en el AUGE, y que se encuentra pagando \$1.500.000.- mensual, no obtiene las mismas prestaciones (ya que CONSALUD lo mide en unidades médicas que no son reajustadas), ni en la cantidad, ni en la calidad, ni en los plazos requeridos. Por lo mismo, es necesario exigir el cumplimiento del contrato de salud tal como se pactó y evitar los excesivos cobros que se le imputan a la fecha.



Foja: 1

Indica que, en resumen, las partes celebraron un contrato de afiliación con el plan AD 20 978 719 50 978, el que se encuentra vigente. Sin embargo, producto de los hechos que relató, y dada la entidad de los incumplimientos, se ha perjudicado la salud de sus hijos, tanto física como mentalmente, por lo que se ha visto en la obligación de pedir préstamos y optar a otras vías de tratamientos para sus hijos que padecen Fibrosis Quística, que desde hace meses no ha podido solventar el tratamiento que hasta antes de los incumplimientos había sido efectivo.

En cuanto a los perjuicios, la cuantía de los perjuicios, por concepto de **daño emergente**, sus montos y detalles se describen a continuación: 1.- Por copagos indebidos del medicamento Tobracima en 2009 por un monto de \$13.600.000.-; 2.- Por copagos indebidos del medicamento Zoteon Podhaler en 2014 por un monto de \$1.444.000.-; 3.- Por cobros en exceso de reembolsos no efectuados en 2015 por un monto de \$8.640.000.-; 4.- Por el pago de nebulizadores los años 2016, 2017, 2018 y 2019 con un valor unitario de \$360.000.- haciendo un total de \$14.000.000.-; 5.- Por diferencia en costo de hospitalización en 2015 por un monto de \$782.000.-; Por el Pago de la Hospitalización en el Nicklaus Children's Hospital por un monto de \$19.264.000.-; 6.- Por el pago de chalecos AFFOVEST con un valor unitario de \$6.500.000.- haciendo un total de \$13.000.000.-; 7.- Por el pago de los impuestos requeridos para el pago de las boletas de la Kinesióloga Marisol Fajardo Bustos por un monto de \$4.800.000.-; y 8.- Por copago indebido de la operación de corrección nasal de su hijo José Joaquín por un monto de \$5.000.000.-. Que, en resumen: la cuantía de los perjuicios asciende a la suma de **\$80.530.000.-**.

Respecto al **Daño moral**. La cuantía de los perjuicios, por concepto de daño no patrimonial, asciende a la suma de **\$150.000.000.-**, consistentes en: a) El daño moral, en su concepción básica de pretium doloris, consistente en el daño físico que sufrieron sus hijos al haberse afectado gravemente su salud haciéndolos perder irreversiblemente parte de su capacidad respiratoria; b) El sufrimiento psicológico que ha afectado a su grupo familiar, especialmente a sus hijos que han debido someterse a tratamientos psicológicos producto de las situaciones a las que han estado afectados; c) El daño reflejo, por repercusión o rebote, que ha sufrido su cónyuge, en su calidad de madre, al estar enfrentada a una fuerte presión y ansiedad por la enfermedad mal tratada de sus hijos, hasta el punto de requerir asistencia psicológica; d) junto a la aflicción, la situación de angustia, desesperación y detrimento que ha ocasionado la demandada, en el aspecto psíquico de los integrantes de su familia y en el suyo propio.

DÉCIMO CUARTO: Que, por su parte, la parte demandada, representada por el abogado, don Marco Rosso Bacovic contestó la



Foja: 1

demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual y solicita que sea íntegramente rechazada, con costas.

Que, en forma previa a contestar la demanda de autos, opone expresamente la **excepción perentoria de prescripción parcial** de la acción intentada en estos autos. Que, la demandante en el acápite “*En cuanto a la responsabilidad generada por omisiones en el tratamiento de la afección médica*”, en los numerales 2 al 17 relata una serie de hechos, en que funda o sustenta los supuestos incumplimientos, ocurridos entre el 18 de octubre de 2001 y el mes de enero de 2015 y de lo expresado en el acápite “*En cuanto al alza indiscriminada que ha sufrido el plan*”, en los numerales 1 a 4 de la página 21 de la demanda la actora relata una serie de hechos, en que funda o sustenta los supuestos incumplimientos contractuales, ocurridos entre el 17 de noviembre de 2001 y el octubre de 2015, por lo que le salta a simple vista que la acción de indemnización de perjuicios por responsabilidad civil contractual y particularmente aquella parte que dice relación con el daño emergente demandado estaría absolutamente prescrita porque han pasado más de 5 desde que se habría producido el supuesto daño reclamado.

Indica que, en el acápite de los Perjuicios, el actor al hacerse cargo del Daño emergente, sostiene que, el supuesto daño emergente cuya indemnización se solicita en sede contractual, y en que se funda la acción ordinaria mencionada, ocurrida entre las fechas señaladas, se da el caso que a la fecha de la notificación de esta demanda a su representada (23 de octubre de 2020) la acción de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual estaba total y absolutamente prescrita por haber ya transcurrido en exceso el plazo de 5 años prescrito por el artículo 2515 inciso primero del Código Civil, en relación con todos y cada uno de los hechos y supuestos incumplimientos contractuales atribuidos en el libelo ocurridos con anterioridad al 23 de octubre de 2015 y concretamente lo que dice relación con los siguientes conceptos y montos demandados: *Copagos indebidos del medicamento Tobracima en 2009 por un monto de \$13,6 millones de pesos; copagos indebidos del medicamento Zoteon Podhaler en 2014 por un monto de \$1,444 millones de pesos y cobros en exceso de reembolsos no efectuados en 2015 por un monto de \$8,64 millones de pesos.*

También **opone la excepción perentoria de contrato no cumplido**, de acuerdo de acuerdo con el artículo 1552 del Código Civil, conforme a la cual, en los contratos bilaterales ninguno de los contratantes está en mora dejando de cumplir lo pactado, mientras el otro no lo cumple por su parte, o no se allana a cumplirlo en la forma y tiempo debidos. Sostiene que, a la fecha el afiliado no ha pagado las cotizaciones de salud desde hace más de un año en forma completa,



Foja: 1

efectuando solamente abonos de \$100.000.- mensuales, acumulando alrededor de \$12.000.000.- en cotizaciones impagas. Que, es el propio actor quien reconoce al contrato de salud como uno bilateral. Pues bien, él no ha cumplido con su obligación de pago de cotizaciones de salud ni ha señalado en su demanda estar llana a hacerlo, motivo por el cual es plenamente procedente la excepción perentoria opuesta en este acápite. Que, al momento de accionar es la única oportunidad en que ella pudo haber efectuado las manifestaciones o declaraciones antes expresadas, y no lo hizo.

Que, sin perjuicio de lo expuesto, **contesta la demanda**, controvirtiendo expresamente haber incumplido obligación contractual alguna respecto del demandante Sr. [REDACTED], y señala que la responsabilidad contractual demandada a su respecto es improcedente por no reunirse los requisitos legales en relación a ella.

Que, **sobre supuesta responsabilidad generada por omisiones en el tratamiento de la afección médica**, en la demanda se relatan una serie de hechos de supuestos incumplimientos por los conceptos y montos que allí se señalan, pero en definitiva en el capítulo “Los Perjuicios” únicamente se demandan los siguientes conceptos y montos, como daño emergente: *“-Por copagos indebidos del medicamento Tobracima en 2009 por un monto de \$13,6 millones de pesos; -Por copagos indebidos del medicamento Zoteon Podhaler en 2014 por un monto de \$1,444 millones de pesos; -Por cobros en exceso de reembolsos no efectuados en 2015 por un monto de \$8,64 millones de pesos; -Por el pago de nebulizadores los años 2016, 2017, 2018 y 2019 con un valor unitario de \$360 mil haciendo un total de \$14 millones de pesos; -Por diferencia en costo de hospitalización en 2015 por un monto de \$782 mil pesos; -Por el Pago de la Hospitalización en el Nicklaus Children’S Hospital por un monto de \$19,264 millones de pesos; -Por el pago de chalecos AFFOVEST con un valor unitario de \$6,500 millones de pesos haciendo un total de \$13,000 millones de pesos; -Por el pago de los impuestos requeridos para el pago de las boletas de la Kinesióloga Marisol Fajardo Bustos por un monto de \$4.800.000 de pesos; Por copago indebido de la operación de corrección nasal de mi hijo [REDACTED] por un monto de \$5 millones de pesos.”*

Destaca que, efectivamente tal como señala la demanda, al momento de la afiliación del actor a Consalud, la Fibrosis Quística no estaba contemplada en el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (Plan AUGÉ) regulado por la Ley N° 19.966, razón por la cual efectivamente la Isapre no proporcionaba cobertura para ninguno de los medicamentos requeridos, exceptuando por cierto aquellos medicamentos que se utilizaban durante las hospitalizaciones. Reitera que, el tratamiento médico, es decir, las terapias kinesiológicas



Foja: 1

respiratorias, era resorte exclusivo del equipo médico y en ello no le cabe participación a su mandante. Lo mismo ocurría con la internación de los menores, en caso de infección o exacerbación pulmonar, y el tratamiento aplicado ya sea la administración de remedios y las Sesiones de Kinesiología.

Agrega que, como se reconoce en la demanda respecto del reembolso de los programas médicos presentados por concepto de hospitalizaciones y al reembolso de las boletas de honorarios asociadas al tratamiento kinésico, no se registraron problemas de pago o tramitación por parte de la Isapre. Que, en relación al hecho afirmado en este punto de la demanda, en orden a que la Kinesióloga realizaba 6 sesiones de Kinesiologías diarias, pero solo emitía una boleta al completar 10 sesiones, esto no estaba en conocimiento de su representada, y fue aquello lo que en el año 2016 produjo que se solicitara a la actora mayor detalle e información en la aplicación de este tratamiento y la forma en que se emitían las boletas de honorarios por la profesional kinesióloga. Si ello se aplicó de la forma que señala el actor por casi 20 años, simplemente se debió a que su representada no tenía conocimiento de la forma en que la profesional emitía sus boletas y el supuesto número de sesiones diarias. Que, tampoco es cierto que cada vez se hayan generado problemas al momento de acceder a los beneficios del actor, y que la Isapre sin mediar explicación eliminare ciertos beneficios del AUGE entregando solo remedios y antibióticos y si algún cambio pudo existir, ello fue por aplicación estricta de la normativa legal y reglamentaria sobre la materia. No existió cambio de beneficios incorporados al plan de salud. Que, no es efectivo que en la práctica, se fueran disminuyendo sistemáticamente las coberturas del plan del actor y menos aún lo sostenido en relación con el copago de la canal y la forma de administrar las canastas asociadas a la cobertura del Auge.

Señala que desconoce si en las hospitalizaciones realizadas entre diciembre 2015 y marzo 2016, del hijo del actor (██████████) en la Clínica Reñaca, el tratamiento normal que se aplicaba funcionó o no. También desconoce si la doctora tratante mencionada en la demanda (Dra Lizana), sugirió trasladar a su hijo a Estados Unidos, y si también los padres del menor pudieron iniciar los trámites para poder desplazarse a dicho país en el mes de marzo del año 2016. Que, respecto de lo señalado en el N° 22 y 23 de la demanda, controvierte expresamente los hechos allí señalados. Que, no es efectivo, que su representada adeude suma alguna por concepto de pago de nebulizadores de los años 2016, 2017, 2018 y 2019 y menos por el valor unitario de \$360 mil, y por la suma total de \$14 millones de pesos, que no existen en este punto explicación alguna del motivo por el cual se adeudarían este concepto y monto. Que, no es verdad que se



Foja: 1

le adeude la suma de \$782.000.- por una supuesta diferencia en costo de hospitalización del año 2015 por un monto de \$782 mil pesos, concepto que en todo caso le queda cubierto por la excepción de prescripción opuesta por esta parte. Que, tampoco es efectivo que su mandante adeude al actor por el Pago de la Hospitalización en el Nicklaus Children's Hospital por un monto de \$19.264.000.-, pues según lo demostrará, la Superintendencia del ramo dispuso primero que su mandante no tenía obligación de hacerlo, mientras no se diere cumplimiento a los requisitos de procedencia para su pago los cuales, no fueron cumplidos por el actor. Efectivamente la Isapre le informó al actor que de acuerdo a lo estipulado en el contrato de salud la bonificación aplicable a las prestaciones médicas que se otorguen en el extranjero, será exclusivamente la contemplada en su plan de salud AD/20 (978 719 50 978), bajo la modalidad de reembolso, respecto de aquellas atenciones contenidas en el arancel de referencia asociado a dicho plan. Respecto a los que eventualmente sean procedentes, Consalud le informó que se harán en moneda nacional, al cambio oficial vigente a la fecha de otorgamiento de las atenciones, debiendo acreditarse el gasto incurrido a través de una boleta o factura original emitida por el profesional o prestador, en la que se registren los datos de este último y del paciente, las prestaciones involucradas y su fecha de otorgamiento y la cantidad y precio de las mismas. Finalmente, le señaló que los documentos emitidos en el extranjero deben ser certificados por las autoridades locales competentes, luego por el Consulado de Chile o por el Consulado del país de origen del documento acreditado en Chile, y posteriormente por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile (Departamento de Legalizaciones). Asimismo, estos documentos legalizados en la forma antes indicada, deberán acompañarse debidamente traducidos al castellano. Que, dicha solicitud con los antecedentes requeridos no fueron ingresados a la Isapre, y es por ello que no se ha podido resolver sobre la procedencia del reembolso requerido por tales prestaciones, por lo que en este caso no le ha existido una negativa infundada, sino que tal como se reconoce por el actor en los números 30 y 31 de la demanda, porque no dio cumplimiento a aportar los antecedentes requeridos.

Que, desconoce las razones por las cuales la kinesióloga que trataba a los hijos del actor dejó de prestar sus servicios. Controvierte, en todo caso, que este hecho haya podido afectar notablemente la salud y el estado de ánimo de los menores, lo cual en todo caso no forma parte de los hechos materia de la demanda. También controvierte expresamente que para suplir el tratamiento kinesiológico, el actor tuviera que comprar Chalecos Vibratorios Kinesiológicos, así como el costo de los mismos y que ello haya sido estrictamente necesario de hacer por las razones que menciona en el libelo, de hecho en la misma



Foja: 1

demanda señala que el resto del tratamiento se mantenía igual. Que, controvierte asimismo, que la imposibilidad de contar con un profesional en kinesiología, originada supuestamente en el incumplimiento de pagos de las boletas presentadas por parte de la Isapre, pudiera haber provocado un grave retraso en el tratamiento de los hijos del actor.

Refiere que, las razones de la no cobertura de la cirugía de corrección del tabique nasal se debió a que tenía el carácter de estética, el resto de las prestaciones provenientes de la operación de fosas paranasales efectuada por Claudio de Amesti Ceroni, fueron debidamente cubiertas. Por lo anterior, resulta improcedente el cobro de la suma de \$5.000.000.-, por un supuesto copago indebido de la operación de corrección nasal.

Agrega que, respecto de la solicitud de pago de los impuestos requeridos para el pago de las boletas de la Kinesióloga Marisol Fajardo Bustos por un monto de \$4.800.000.-, esta petición carece de todo sustento y procedencia legal, pues evidentemente su representada ninguna responsabilidad en la forma correcta o errónea que dicha profesional pudiera haber emitido las boletas. Agrega que, conforme la legislación tributaria la emisión de la boleta de honorarios debe efectuarse tan pronto se ha prestado el servicios, no siendo responsabilidad de su representada que el exigir la emisión de las boletas de dicha manera implique un cambio de la categoría del contribuyente que las emite.

Expone que, en cuanto a la **responsabilidad relativa a los reembolsos de boletas de honorarios no efectuados**, en una revisión de auditoría, en relación con las consultas kinesiológicas y el reembolso de las boletas solicitadas se pudo detectar que el área de Reembolso Web de su representada procede a levantar una alerta por el alto volumen de prestaciones bonificadas. En efecto, el auditor de su representada don Claudio Márquez, vuelve a detectar un patrón irregular en el reembolso de las boletas por kinesiología, ingresadas a contar del mes de julio de 2016, que del análisis efectuado se concluye inconsistencia en los cobros y dos boletas duplicadas, porque las sesiones que se indican se cobraban simultáneamente en otros documentos. En el set de 42 boletas analizadas se contiene algunos documentos de marzo y abril de 2016. Frente a ello, en agosto de 2016 el abogado del actor, Sr. José Luis Luengo Mai consulta al funcionario de Consalud Iván Ramírez por el retraso en la bonificación de las boletas por kinesiología ingresadas en dos sets de documentos, los días 1º y 27 de julio de 2016. Que, el señor José Luis Luengo Mai, en representación del señor [REDACTED], reclama en contra de Consalud por no efectuar el reembolso completo de las boletas que dan cuenta de las atenciones kinesiológicas que reciben sus hijos y beneficiarios, la señorita [REDACTED] y el señor [REDACTED], ambos [REDACTED], a



Foja: 1

raíz de la Fibrosis Quística que padecen. Agregó en ese reclamo que la Isapre confunde la forma de cobrar las atenciones por parte de los kinesiólogos –de a diez sesiones- con la cantidad de sesiones realizadas diariamente a los pacientes –seis sesiones diarias a cada uno-. Indica que, Consalud le solicita una serie de antecedentes médicos, razón por la cual se estarían reteniendo los reembolsos, pero dichos antecedentes ya habrían sido entregados. Por otra parte, al ser muy general la solicitud de antecedentes médicos, le pidió a la Isapre remitirle algún formato o documento tipo para completar la información requerida. Respecto de tal reclamo, su representada señaló que el representante del señor [REDACTED] sostuvo una reunión con su Gerente Contralor, ocasión en la que se le explicaron los motivos que hacen necesaria la entrega de los antecedentes médicos solicitados, los que han sido solicitados en más de una oportunidad.

Señala que, se expuso que se presentaron boletas de honorarios por prestaciones kinesiológicas de diez sesiones cada una, en circunstancias que la receta extendida en abril de 2015 por la Dra. Viviana Lezana Soya, prescribe la realización de sólo seis sesiones –orden médica que, por lo demás, se encuentra caduca-. Se sostuvo que en dicha reunión, se comprometió el abogado a acelerar la recopilación y envío de antecedentes. Que, ello se resolvió que conforme el Compendio de Instrumentos Contractuales de la Superintendencia de Salud, que contiene las Condiciones Generales del Contrato de Salud en su Anexo del Capítulo I, establece en su artículo 11° letra b) que el pago con reembolso posterior, *“Opera cuando el afiliado paga el valor total de la prestación en forma directa al prestador, solicitando posteriormente a la isapre el reembolso de la bonificación que le corresponde, de conformidad con su Plan de Salud.”... “Para estos efectos, el beneficiario debe entregar a la isapre la boleta o factura original del prestador individual o institucional u otros documentos auténticos que den cuenta del pago, los que quedarán en poder de la isapre como respaldo de la gestión realizada. Asimismo, en este documento o en otro que complementa al auténtico, ambos emitidos por el prestador de salud, debe indicarse lo siguiente: Nombre del prestador institucional e individual que entregó la atención, en caso de ser distintos, con su firma y timbre; RUT del prestador institucional e individual que entregó la atención, en caso de ser distintos; Nombre y RUT del paciente; Detalle con el nombre y fecha de las prestaciones otorgadas; Valor de la prestación.”* Agrega el inciso final del artículo precitado que *“Las bonificaciones se pagarán considerando los valores reales de las prestaciones, aplicándose sobre éstos, los porcentajes, topes y máximos de bonificación señalados en el respectivo Plan de Salud Complementario.”* Conforme a lo anterior, para que las Isapres se encuentren obligadas a reembolsar las atenciones brindadas a sus



Foja: 1

beneficiarios debe adjuntarse, entre otra, información sobre el nombre y fecha de las prestaciones otorgadas, indicando, que las boletas entregadas a reembolso por el reclamante, y el señor [REDACTED], solo hace referencia a la cantidad de prestaciones brindadas a sus hijos, sin detallar la fecha ni su individualización y que por ello es necesario que el cotizante exija al prestador –kinesióloga- que especifique en la boleta emitida o en otro documento auténtico, v. gr. informe o certificado, que indique la fecha de las prestaciones brindadas a cada uno de los pacientes así como su nombre y naturaleza o, a lo menos, su código. Agrega que, la autorizada fiscalizadora concluye que de no cumplirse con lo anterior, la Isapre puede, legítimamente, no realizar el reembolso hasta que dicha información le sea proporcionada, lo cual no ha ocurrido hasta la fecha, de modo que su representada no está obligada a reembolsar boletas, en tanto la contraria no cumpla con cumplir con acompañar los antecedentes solicitados. Acorde con ello, establece que no puede ser efectivo que su representada haya implementado un procedimiento deliberado y sistemático de entabrar y atrasar los pagos. Concluye que, las razones para no proceder al reembolso solicitado, es que, el actor no ha cumplido a la fecha con lo requerido para proceder a tal pago.

Reitera que, el problema tributario de la kinesióloga al emitir sus boletas como en derecho corresponde no es de responsabilidad de la Isapre, y por ello su representada no ha incumplido obligación contractual alguna con el actor, y que, precisamente quien no ha cumplido es el demandante con su obligación de entregar los antecedentes requeridos, por lo que de conformidad con razón por la cual por este acto opongo la excepción perentoria contemplada en el artículo 1552 del Código Civil, es decir, la de contrato no cumplido por parte del contratante don [REDACTED], razón por la cual su representada no se encuentra o no está en mora respecto de las obligaciones demandadas en estos autos. Que, tampoco es responsabilidad de su representada la decisión del actor de proceder él supuestamente a pagar los impuestos de la kinesióloga, por el supuesto problema tributario (Cambio de tramo) por lo tampoco nada tiene que ver con la supuesta situación económica y tributaria, tanto del actor como de la kinesióloga. Conforme con lo señalado, sustenta que su representada nada adeuda y por lo tanto la solicitud de pago de los impuestos requeridos para el pago de las boletas de la Kinesióloga Marisol Fajardo Bustos por un monto de \$4.800.000.-, resulta totalmente improcedente, sin perjuicio de reiterar la controversia en orden a que el actor pudiera haber pagado dicha cantidad por supuestos impuestos de la kinesióloga. Que, sin perjuicio de controvertir el aserto del N°15 de la demanda, señala que ello no es materia de las peticiones concretas de daños de emergente de la demanda de autos.



Foja: 1

Expresa que, **en cuanto al alza indiscriminada que ha sufrido el plan**, en este punto sólo basta indicar que las alzas aplicadas al precio base del plan de salud del actor, se han efectuado en conformidad con lo dispuesto en el inciso 3º del artículo 197 del D.F.L. N° 1. Que, en consecuencia, las Isapres sólo pueden revisar el precio o valor base de los planes de salud, en las condiciones específicas que constan del texto legal antes transcrito. Adicionalmente, dicha facultad la pueden ejercer únicamente sujetos a las restricciones o limitaciones establecidas en el artículo 198 del D.F.L. N° 1 antes citado. De acuerdo con tales limitaciones o restricciones, la Isapre no puede proponer variaciones a los precios o valores base de los contratos que sean superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Isapre al 31 de Marzo de cada año. En base a lo anterior su representada efectuó las adecuaciones de precio señaladas en la demanda, haciendo estricto uso de la facultad legal que le permitía hacerlo en cada uno de los años señalados en el libelo. Que, el actor no reclamó de tales alzas ya sea administrativa o judicialmente. Y pese a los cuestionamientos formulados por el actor respecto del actuar de su representada, señala que Isapre Consalud ha dado cumplimiento estricto a la normativa legal vigente y que por lo tanto su actuar en la materia no es ilegal, sino que todo lo contrario, se enmarca dentro de la normativa vigente. Por lo tanto, afirma que, su representada no puede haber incurrido en incumplimiento contractual alguno. Agrega que, respecto de este punto, al igual que como ocurrió en los dos incumplimientos atribuidos en los subacápites procedentes, que respecto de este el actor no formula petición concreta alguna en las peticiones concretas del daño emergente. Que, la demanda interpuesta por la actora es una acción ordinaria de indemnización de perjuicios por un supuesto incumplimiento del contrato de salud de su representada por haber incurrido en las tres supuestas de las cuales más arriba se hicieron cargo, respecto de los cuales frente a reclamos del actor la Superintendencia del ramo, ésta resolvió tanto en favor del actor como de esta parte, lo que demuestra que el asunto era totalmente debatible.

Que, **controvierte la existencia de alguna acción u omisión dolosa o culpable que origine responsabilidad contractual de la demandada**. Que, lo que existió fue una controversia fundada respecto de la procedencia o no de determinadas coberturas de prestaciones, tratamientos e insumos médicos. Frente a tal controversia el actor, en uso de las acciones y de derechos que la ley aplicable al caso le otorgaba, efectuó algunos reclamos en la Superintendencia de Salud, en el cual escuchadas las partes, rendida la prueba que cada parte estimó prudente de aportar, el órgano administrativo especializado zanjó tal diferencia o controversia en favor de la parte demandante y en otros



Foja: 1

casos en favor de su representada. Conforme lo anterior, estima que no puede atribuírsele que haya incurrido en incumplimiento que le obligue a indemnizar a los actores, puesto que lo que existió en este caso fue una discrepancia legítima respecto de la forma, procedencia y oportunidad de las mencionadas coberturas, la que como dijo fue resuelta por la autoridad administrativa, en favor de una y otra parte. La negativa a las coberturas pedidas, no fue infundada, por lo que en caso alguno se le puede imputar culpa o dolo en su actuación a su representada.

Alude que, debe considerarse que luego que la autoridad administrativa dispuso otorgar alguna de las coberturas requerida por el actor, estas fueron debidamente cumplidas por su representada, tal como se reconoce por el actor en la demanda. Y el hecho que haya existido una discrepancia por la aplicación de determinados beneficios y coberturas y reembolsos de boletas, así como respecto de medicamentos bajo cobertura GES, que fue resuelta por la Superintendencia de Salud, demuestra que tales hechos eran debatibles, y por lo tanto fue necesario, que un ente imparcial los resolviera, como en los hechos ocurrió, por lo que no se puede en modo alguno imputar a su representada un incumplimiento contractual culposo y mucho menos doloso. Que, el hacer uso de las herramientas legales que contempla el sistema de salud, para resolver un determinado conflicto no constituye per sé una acción u omisión dolosa o culposa por parte de Isapre Consalud. Que debe tenerse presente que la cobertura GES y GES CAEC, resultan procedentes cuando se cumplen con los requisitos establecidos para su otorgamiento, siendo un beneficio que tiene por finalidad aumentar o mejorar la cobertura que otorga al afiliado su Plan de Salud regular u ordinario, en el ámbito de las prestaciones de salud, por lo que cabe destacar que cuando la Isapre niega la cobertura GES o GES-CAEC no está negando la cobertura del plan de salud regular contratado por el afiliado, sino que únicamente está señalando que no resultan procedentes estas coberturas aumentadas.

Indica que, controvierte que exista un nexo causal directo, preciso y necesario entre el supuesto incumplimiento contractual que se le imputa y los perjuicios que el actor alega haber sufrido a consecuencia de aquel, y que pide le sean indemnizados. Que, consta de los propios antecedentes citados en la demanda de autos que gran parte de los supuestos sufrimientos, dificultades y padecimientos de la parte demandante se deben más bien a las condiciones de salud de los dos hijos menores del actor, derivadas de la fibrosis quística que padecen, más que de las supuestas acciones u omisiones de su representada, respecto de la procedencia o no de determinadas coberturas y beneficios y claramente estos perjuicios no son materia de este proceso, de manera tal que los supuestos padecimientos que señalan haber



Foja: 1

sufrido, no se derivan en modo alguno de manera exclusiva, directa, precisa y necesaria del supuesto incumplimiento contractual atribuido a su representada. Primero, porque el daño físico que pudieren haber sufrido los hijos del actor, al haberse supuestamente afectado gravemente su salud haciéndolos perder irreversiblemente parte de su capacidad respiratoria, no es materia de la demanda de autos, pues el daño propio de estos menos no es materia del juicio, pues el daño material y emergente reclamado es el solo el propio del actor Sr. [REDACTED]; y lo mismo ocurre con el supuesto sufrimiento psicológico que pudiera haber supuestamente afectado a su grupo familiar, especialmente a sus hijos y su cónyuge, en su calidad de madre, al estar enfrentada a una fuerte presión y ansiedad por la enfermedad mal tratada de nuestros hijos, hasta el punto de requerir asistencia psicológica, pues cuando esta parte abrió la posibilidad para que ello pudiera incluirse, al oponer la excepción dilatoria de corrección del procedimiento el actor se opuso expresamente a ello. El actor se limita a señalar haber sufrido aflicción, una situación de angustia, desesperación y detrimento en su aspecto psíquico sin precisar hechos concretos que los constituirían y que motivan su demanda por daño moral por la suma de \$150.000.000.- y daño emergente por más de \$80.000.000.-.

Que, igualmente controvierte en forma expresa la existencia, naturaleza y monto de los perjuicios demandados. Que, en cuanto a la solicitud de **indemnización del “daño emergente”**, señala que la parte demandante solicita se le pague las sumas señaladas bajo dicho acápite y frente a ello su parte se remite tanto a la excepción de prescripción parcial opuesta y a la controversia pormenorizada efectuada precedentemente respecto de cada uno de los conceptos demandados. Que, en cuanto a la solicitud de **indemnización del**

“daño moral”, controvierte expresamente que exista daño moral

indemnizable a la parte demandante por parte de su representada por responsabilidad contractual. Sin perjuicio de ello, para el improbable evento que se estime que existen perjuicios indemnizables por dicho rubro, su parte controvierte expresamente el monto de \$150.000.000.- demandado al efecto. Que, el supuesto daño moral reclamado es planteado en términos vagos e imprecisos por el actor, sin indicar en forma precisa en que habría consistido este, sin que quede claro en qué realmente consistiría en definitiva. En todo caso, señala que, la parte demandante no dedica ni una sola línea de su libelo a indicar de qué forma se habría producido el daño moral que reclama, limitándose la demanda a hacer aseveraciones genéricas al efecto en doctrina y jurisprudencia. Que, la jurisprudencia ha sido uniforme en sostener que esta clase de daño requiere ser probado conforme a la ley, de modo



Foja: 1
que para que ello sea posible la parte actora debe darle un sustrato



Foja: 1

fáctico en su libelo, lo que no ocurre en la especie. De modo que no se visualiza sobre qué aspectos de hecho podría rendir prueba el demandante si es que nada se desarrolla al respecto en su demanda. Que, el monto demandado por este rubro resulta absolutamente exagerado y desproporcionado.

Por último, respecto **desde cuando debieran calcularse los reajustes e intereses pretendidos** se apliquen sobre las sumas demandadas en autos, solicita que para el improbable evento que la sentencia que se dicte en el proceso sea condenatoria, estos reajustes e intereses sólo podrían ser contabilizados a partir de que tal sentencia quedase ejecutoriada, pues ella será recién el título constitutivo del crédito de la parte actora, y no desde de dictación de la sentencia de autos como se solicita en la demanda.

DÉCIMO QUINTO: Que, el artículo 1489 del Código Civil indica que: “en los contratos bilaterales va envuelta la condición resolutoria de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado.

Pero en tal caso podrá el otro contratante pedir a su arbitrio o la resolución o el cumplimiento del contrato, con indemnización de perjuicios”; a su turno, el artículo 1546 del mismo cuerpo normativo señala que “Los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente, obligan no sólo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación, o que por la ley o la costumbre pertenecen a ella”.

En relación a la procedencia de la indemnización de perjuicios en sede contractual, el artículo 1556 establece que; “La indemnización de perjuicios comprende el daño emergente y lucro cesante, ya provengan de no haberse cumplido la obligación, o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado el cumplimiento”.

Que, sobre la prescripción, el artículo 2492 del Código Civil dispone que: “*La prescripción es un modo de adquirir las cosas ajenas, o de extinguir las acciones y derechos ajenos, por haberse poseído las cosas o no haberse ejercido dichas acciones y derechos durante cierto lapso de tiempo, y concurriendo los demás requisitos legales. Una acción o derecho se dice prescribir cuando se extingue por la prescripción*”. Que el artículo 2514 del mismo cuerpo normativo indica que: “*La prescripción que extingue las acciones y derechos ajenos exige solamente cierto lapso de tiempo, durante el cual no se hayan ejercido dichas acciones. Se cuenta este tiempo desde que las acciones se hayan hecho exigible*”. Que por último, el artículo 2515 del Código Civil, dispone que: “*Este tiempo es en general de ~~15~~ años para las acciones ejecutivas y de cinco para las ordinarias. La acción ejecutiva se convierte en ordinaria por el lapso de tres años, y convertida en ordinaria durará solamente otros ~~dos~~*”.



Foja: 1

DÉCIMO SEXTO: Que, a fin de resolver el asunto sometido a conocimiento de este tribunal, primero, es necesario resolver la excepción de prescripción opuesta por la demandada.

Que, la demandada ha señalado que, en forma previa a contestar la demanda de autos, opone expresamente la **excepción perentoria de prescripción parcial** de la acción intentada en estos autos. Alega que, la demandante en el acápite “*En cuanto a la responsabilidad generada por omisiones en el tratamiento de la afección médica*”, en los numerales 2 al 17 relata una serie de hechos, en que funda o sustenta los supuestos incumplimientos, ocurridos entre el 18 de octubre de 2001 y el mes de enero de 2015 y de lo expresado en el acápite “*En cuanto al alza indiscriminada que ha sufrido el plan*”, en los numerales 1 a 4 de la página 21 de la demanda la actora relata una serie de hechos, en que funda o sustenta los supuestos incumplimientos contractuales, ocurridos entre el 17 de noviembre de 2001 y el octubre de 2015, por lo que le salta a simple vista que la acción de indemnización de perjuicios por responsabilidad civil contractual y particularmente aquella parte que dice relación con el daño emergente demandado estaría absolutamente prescrita porque han pasado más de 5 desde que se habría producido el supuesto daño reclamado.

Indica que, el supuesto daño emergente alegado por el actor cuya indemnización se solicita en sede contractual, y en que se funda la acción ordinaria mencionada, teniendo en consideración las fechas de los hechos en que se funda y que la fecha de la notificación de esta demanda a su representada (23 de octubre de 2020), la acción de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual esta total y absolutamente prescrita por haber ya transcurrido en exceso el plazo de 5 años prescrito por el artículo 2515 inciso primero del Código Civil, en relación con todos y cada uno de los hechos y supuestos incumplimientos contractuales atribuidos en el libelo ocurridos con anterioridad al 23 de octubre de 2015 y, concretamente, lo que dice relación con los siguientes conceptos y montos demandados: *Copagos indebidos del medicamento Tobracima en 2009 por un monto de \$13,6 millones de pesos; copagos indebidos del medicamento Zoteon Podhaler en 2014 por un monto de \$1,444 millones de pesos y cobros en exceso de reembolsos no efectuados en 2015 por un monto de \$8,64 millones de pesos.*

Que, por su parte, la actora ha señalado que respecto a la excepción perentoria de prescripción parcial de las acciones de indemnización de perjuicios de la demanda, si bien se han demandado sobre hechos que han ocurrido con una antigüedad mayor a 5 años, es importante recalcar que estos hechos no pueden considerarse bajo ningún aspecto, como hechos aislados, sino que la Isapre Consalud, constantemente, desde hace más de 10 años, ha incumplido con sus



Foja: 1

obligaciones contractuales y ha realizado actos y omisiones en contra de la actora de forma repetitiva año tras año, sin mediar pausa entre ellos. Lo que refleja un actuar malicioso en contra del actor, quien ha intentado, por todos los medios que la ley le faculta, proteger a su familia y mantener el plan contratado con la demandada, que tanto beneficio le trajo, en su oportunidad, a sus hijos en términos de salud y superación de la enfermedad. Que, el artículo 2514 del Código Civil señala que *“la prescripción que extingue las acciones y derechos ajenos exige solamente ciertos lapsos de tiempo, durante el cual no se hayan ejercido dichas acciones”*. Al respecto, que su representado si ~~la~~ ejercido las acciones que la ley le faculta para exigir sus derechos, por lo que el plazo que establece el artículo 2515 del mismo cuerpo legal no puede contarse sino desde que se dejaron de ejercer las acciones, es decir, desde el año 2018, ya que ese fue el último año en el cual el actor presentó un reclamo ante la Superintendencia.

DÉCIMO SÉPTIMO: Que, primeramente se debe indicar que, la prescripción es un modo de adquirir las cosas ajenas, o de extinguir las acciones y derechos ajenos, por haberse poseído las cosas o no haberse ejercido dichas acciones y derechos durante cierto lapso de tiempo, y concurriendo los demás requisitos legales, y se encuentra tratada en el Código Civil, en los artículos 2492 y siguientes. Que, la prescripción es parte de un sistema jurídico que tiene como fin principal el otorgar certeza y seguridad a las relaciones jurídicas que vincula a los sujetos de derecho y la debida tutela o protección de los mismos, buscando que los participantes no se relacionen en forma indefinida, evitando con ello incertidumbre y falta de consolidación de las diversas situaciones jurídicas.

Que, en relación a lo anterior, si bien nuestro ordenamiento jurídico otorga la protección al acreedor, facultándolo para exigir en definitiva la eficacia de su derecho, también protege al deudor, estableciendo normas de orden público que determinan el real alcance y permanencia de las obligaciones existentes entre las partes. Que, en este sentido, la prescripción permite la estabilidad de los derechos dando seguridad y certeza jurídica y, al mismo tiempo, se implementa como una sanción para el actor negligente que no hace valer sus derechos en el tiempo y formas establecidas en la ley.

Que, la presente demanda corresponde al ejercicio de una acción de indemnización de perjuicios, dentro del contexto de un *“Contrato de Afiliación”* (plan AD 20 978 719 50 978), asumido entre el ~~atr~~ y la demandada. Que, de esta forma y conforme a lo dispuesto en el artículo 2515 del Código Civil, el plazo de prescripción de la responsabilidad contractual vence en el plazo de 5 años. Que, asimismo, consta en autos que la demanda fue notificada a la demandada, con fecha 23 de octubre de 2020.



Que, para resolver la presente excepción se debe tener en consideración que en estos autos, la demanda se ha fundado en supuestos incumplimiento imputados a la parte demandada desde el año 2001 en adelante y que, si bien la actora considera que estos hechos no pueden considerarse como aislados, sino que la Isapre Consalud, constantemente, desde hace más de 10 años, ha incumplido con sus obligaciones contractuales y ha realizado actos y omisiones en contra de su representado de forma repetitiva año tras año, sin mediar pausa entre ellos. Que, al respecto, cabe aclarar que, del libelo consta que a la demandada se le atribuyen diversos incumplimientos que no guardan relación entre sí y corresponderían a actos u omisiones que, generarían cada uno su respectiva responsabilidad dentro del contexto del contrato de afiliación. Que, así las cosas, la acción derivada de cada incumplimiento alegado empezaría a prescribir desde que produce el daño a la actora. Que, en este sentido, no es posible considerar que actos realizados con anterioridad a octubre de 2015, puedan generar las respectivas responsabilidades e indemnizaciones, sin verse afectada por el transcurso del tiempo, por lo que, **se negará lugar a este argumento.**

Que, asimismo, la actora también ha alegado que el artículo 2514 del Código Civil señala que *“la prescripción que extingue las acciones y derechos ajenos exige solamente ciertos lapsos de tiempo, durante el cual no se hayan ejercido dichas acciones”* que, si ha ejercido las acciones que la ley le faculta para exigir sus derechos, por lo que el plazo que establece el artículo 2515 del mismo cuerpo legal no puede contarse sino desde que se dejaron de ejercer las acciones, es decir, desde el año 2018, ya que ese fue el último año en el cual el actor presentó un reclamo ante la Superintendencia. Que, sobre este razonamiento, se debe señalar que si bien se han presentado una serie de reclamos ante la Superintendencia, atendidos los diversos incumplimientos atribuidos a la demandada, se debe indicar que ninguno de estos incumplimientos dice relación con la acción de indemnización de perjuicios por daño emergente y daño moral demandados en estos autos, sino que dicen relación directa con cada uno de dichos incumplimientos solicitando que la demandada otorgue la cobertura respectiva a cada una de las atenciones médicas recibidas por los hijos del demandante. Que, de esta forma, no es dable concluir que el actor haya deducido con anterioridad la acción de indemnización de perjuicios en los mismos términos alegados en estos autos, por lo que se negará lugar a esta alegación.

Que, conforme a lo anteriormente expuesto, esto es, que la demanda se funda en hechos acaecidos 5 años antes a la notificación de la demanda, esto es, al 23 de octubre de 2020, **se acogerá la excepción opuesta y se declarará la prescripción de la acción para**



Foja: 1

perseguir la responsabilidad por hechos fundantes de la presente demanda ocurridos con anterioridad al 23 de octubre de 2015.

DÉCIMO OCTAVO: Que, resuelto lo anterior, procede pronunciarse sobre la acción de indemnización de perjuicios deducida en estos autos. Que, se debe indicar, que la actora ha accionado dentro del marco de un contrato de afiliación a la Isapre Consalud, alegando diversos incumplimientos por la demandada en relación a dicho contrato.

Que, al respecto la doctrina mayoritaria ha determinado que frente al incumplimiento de una obligación de carácter contractual el acreedor tendría dos derechos, por una parte, el derecho al pago que representa el valor del crédito no satisfecho y por otra, el derecho a la reparación de los daños como consecuencia de este incumplimiento. Es así que actualmente nuestra jurisprudencia dominante acepta tanto la reparación material como la del daño moral por incumplimiento contractual. Los tribunales han afirmado el derecho del acreedor a ser restablecido en una situación patrimonial igual a aquella que resultaría de la ejecución normal, oportuna y eficaz del contrato. Por su parte la Excma. Corte Suprema ha reconocido explícitamente la función indemnizatoria de la responsabilidad contractual. Que, la responsabilidad contractual implica el deber de indemnizar el daño que proviene de no cumplir una obligación contenida en un contrato; haberla cumplido de manera imperfecta; o haber retardado su cumplimiento. Que, en este sentido, la doctrina y la jurisprudencia han establecido que para que proceda la indemnización de perjuicios en sede contractual deben concurrir los siguientes requisitos: 1.- Existencia de un contrato válido celebrado entre las partes; 2.- Incumplimiento del contrato que sea imputable al deudor, es decir, que se genere con motivo de la falta de diligencia o el dolo del demandado; 3.- Que, efectivamente se hayan generado daños o perjuicios con motivo del incumplimiento del demandado; y 4.- Que, exista una relación de causalidad o nexo causal entre los perjuicios sufridos por el demandante y el incumplimiento de demandado, es decir, que los perjuicios tengan su causa o fundamento en el hecho imputable al demandado.

Que, a fin de resolver el asunto sometido a conocimiento de este tribunal, se analizaran los requisitos establecidos por la doctrina y jurisprudencia antes señalados, a fin de determinar la procedencia de la demanda deducida en estos autos.

DÉCIMO NOVENO: Que, en primer lugar, a fin de resolver la cuestión sometida a conocimiento del tribunal, corresponde determinar si la actora efectivamente celebró un contrato con la demandada.

Que, en este sentido, en cuanto al primero de los requisitos, esto es, la celebración de un contrato válido entre las partes de autos, no es un hecho discutido en autos que las partes se han vinculado



Foja: 1

jurídicamente mediante un contrato de afiliación, según consta en el FUN N° 1091467. Dicho plan sufrió diversas modificaciones hasta el 09 de Enero de 1996, quedando en el plan actual denominado “AD/ 20 978-719-50-978”.

Que, la actora acompañó prueba documental referida en el considerando séptimo, en que se destaca el contrato de salud folio de suscripción 1091467, en que se señala como afiliado a don [REDACTED], fecha de suscripción el 1 de marzo de 1991, fecha de firma del contrato el 9 de enero de 1996 y como fecha de vigencia de los beneficios el 1 de marzo de 1996. Se señalan además, los documentos integrantes al contrato: a) Las presentes Condiciones Generales; b) Plan de Salud o Anexo N° 1; c) Declaración de Salud o Anexo N°2; d) Formulario Único de Notificación (F.U.N.); y e) El Arancel de Referencia o Nómina de Prestaciones Médicas Consalud, en adelante «Arancel Consalud», y el Arancel de Referencia o Nómina de Prestaciones Dentales Consalud. Se indica que en el Anexo N°1 del presente contrato se contiene el «PLAN DE SALUD», en el cual se estipulan en forma detallada y clara las prestaciones y demás beneficios pactados, además del precio del Plan. Se indica en su artículo tercero que son beneficiarios de este Contrato, el afiliado que lo suscribe, sus cargas legales, y las personas consignadas en el Formulario Único de Notificación (F.U.N.), que cumplan con las mismas calidades que exige la ley para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente.

Que, con fecha 22 de enero de 2024, el actor cumplió con la medida para mejor resolver decretada con fecha 8 de enero de 2023, acompañando copia del plan de salud AD 20 978 719 50 978, conforme al cual consta como fecha de afiliación el 1 de marzo de 1991, fecha de firma del contrato el 9 de enero de 1996 y fecha de vigencia de los beneficios el 1 de marzo de 1996 y como fecha de cumplimiento de la anualidad el mes de enero; y reiterando lo antes expuesto

Que, de los antecedentes probatorios antes analizados, se puede tener por acreditado que las partes celebraron un contrato de prestación de salud previsional, **configurándose el primero de los requisitos necesarios para la indemnización de perjuicios en sede contractual.**

VIGÉSIMO: Que, a continuación, corresponde analizar el segundo de los requisitos, esto es, el **incumplimiento del contrato** imputable al deudor, es decir, que el incumplimiento se genere con motivo de la falta de diligencia o el dolo del demandado.

Que, sobre este punto la demandada ha alegado que **opone la excepción perentoria de contrato no cumplido**, de acuerdo con el artículo 1552 del Código Civil, conforme a la cual, en los contratos



Foja: 1

bilaterales ninguno de los contratantes está en mora dejando de cumplir lo pactado, mientras el otro no lo cumple por su parte, o no se allana a cumplirlo en la forma y tiempo debidos. Sostiene que, a la fecha el afiliado no ha pagado las cotizaciones de salud desde hace más de un año en forma completa, efectuando solamente abonos de \$100.000.- mensuales, acumulando alrededor de \$12.000.000.- en cotizaciones impagas. Que, es el propio actor quien reconoce al contrato de salud como uno bilateral. Pues bien, él no ha cumplido con su obligación de pago de cotizaciones de salud ni ha señalado en su demanda estar llana a hacerlo, motivo por el cual es plenamente procedente la excepción perentoria opuesta en este acápite. Que, al momento de accionar es la única oportunidad en que ella pudo haber efectuado las manifestaciones o declaraciones antes expresadas, y no lo hizo.

Agrega, que la norma del artículo 1552 del Código Civil, no efectúa la distinción que el demandante plantea en su demanda, es decir, acerca de quien incumple primero sus obligaciones contractuales, sino que limita a señalar que ninguno de los contratantes está en mora dejando de cumplir lo pactado, mientras el otro no lo cumple por su parte, o no se allana a cumplirlo en la forma y tiempo debidos, lo cual es lo que sostiene esta parte, sin perjuicio que en forma previa controvirtieron haber incumplido obligación contractual alguna. Que, lo relevante del precepto legal es que señala que no existe mora de alguno de los contratantes mientras el otro no cumple con sus obligaciones o no se allana a cumplirlo y esta es la situación fáctica de este caso. Que, en el escrito de réplica el demandante tampoco señaló haber cumplido por su parte con el pago del precio del plan de salud (de hecho reconoce expresamente adeudarlo por encontrarse cesante) y menos aún señaló que se allana a cumplir con tal obligación, lo que confirma la procedencia de la excepción perentoria de contrato no cumplido opuesta.

Que, por su parte, la actora ha señalado que, con respecto a la excepción perentoria de contrato no cumplido, señalada en el artículo 1552 del Código Civil, implica, tácitamente un reconocimiento de incumplimiento de las obligaciones por parte de quien ejerce esta excepción, ya que se funda que ellos no cumplen con sus obligaciones debido a que el otro incumplió. Que, lo más importante en este punto, es establecer quien ha incumplido primero las obligaciones contractuales. Que, de conformidad a los hechos descritos en la demanda, ha sido la Isapre Consalud, quien ha incurrido en primer lugar al incumplimiento contractual, ya que dichos incumplimientos datan del año 2001, cuando se presentó el primer reclamo ante la Superintendencia, mientras que los son usados como fundamento para la excepción corresponden al año 2019. Al respecto, el contrato de afiliación entre su mandante y la demandada es un contrato bilateral, tal como lo señala el artículo 1438



Foja: 1

y 1439, ambos del Código Civil. Señala que, su mandante cumplió a cabalidad la mensualidad del plan señalada, a pesar de todos los problemas e incumplimientos por parte de la Isapre, por lo que no es su representado quien se encuentra en mora de cumplir sus obligaciones, sino que la Isapre Consalud, ya que ellos han incumplido no una vez, sino múltiples de veces sus obligaciones establecidas por el contrato. Que, respecto a los montos señalados, es decir a los abonos de \$100.000.- mensuales, ellos corresponden al descuento legal del 7%, durante los meses de enero a marzo de este año, época en la que su representado se encontraba trabajando. Actualmente su representado se encuentra cesante, por lo que le es imposible, atendido a lo señalado por esta parte en la demanda, cumplir con el pago de \$1.100.000.- mensuales para cubrir el plan. Menciona el actor que se intentó comunicar con la Isapre Consalud, en las mismas oficinas de Viña del Mar, a fin de poder encontrar una solución a esa deuda, pero no tuvo ni ha tenido respuesta alguna. Que, si bien la contraria funda la excepción por el no pago de 1 año de cotizaciones, los incumplimientos contractuales comienzan años atrás, tal como lo ha señalado en la demanda y en esta presentación, por lo que quien está en mora en primer lugar, es la demandada.

VIGÉSIMO PRIMERO: Que, a fin de acreditar sus dichos la demandada ha acompañado prueba documental, referida en el considerando octavo, que no fuera objetada por la contraria, en la que se destaca copia de certificado de desafiliación del demandante emitido por Isapre Consalud, de fecha 12 de noviembre de 2022 que da cuenta de su desafiliación de la Isapre el 31 de octubre de 2020, con sus respectivas cargas.

Que, además, la demandada acompañó copia de certificado de cotizaciones pagadas del demandante emitido por Isapre Consalud, de fecha 12 de noviembre de 2022, que da cuenta de las cotizaciones impagas por el demandante, constando que en diciembre de 2019 no se pagaron las cotizaciones correspondiente a ese mes, constando además, diversos pagos incompletos desde esa fecha en adelante.

Que, se debe señalar que, la excepción de contrato no cumplido es un mecanismo de defensa del deudor que encuentra su fundamento en el principio de ejecución simultánea de las obligaciones que emanan de un contrato bilateral, que le permite, no obstante haber incumplido con su obligación, suspender el cumplimiento mientras el acreedor no cumpla o se allane a hacerlo. Conforme a lo anterior creemos, como suele afirmar la mayoría de la doctrina, que la excepción de contrato no cumplido es un mecanismo de defensa del deudor, una excepción de derecho sustantivo. Dicha excepción se encuentra reconocida en el art 1552 del Código Civil que dispone: *“En los contratos bilaterales ninguno de los contratantes está en mora dejando de cumplir lo*



Foja: 1

pactado, mientras el otro no lo cumple por su parte, o no se allana a cumplirlo en la forma y tiempo debidos. >>

Que, por su parte, consta del Contrato de Salud acompañado por el actor, que en su artículo 15° N°2 que son obligaciones del afiliado: 2. Declarar y pagar en forma íntegra y oportuna el precio del Plan de Salud pactado. La isapre no estará obligada a aceptar pagos parciales ni extemporáneos.

Que, conforme al tenor de la norma antes transcrita y los antecedentes antes referidos, es dable concluir que ha existido un incumplimiento por parte del actor de autos, consistente en el no pago de las cotizaciones correspondientes a los meses de diciembre de 2019 en adelante, obligación que resulta ser de la esencia de los contratos de salud previsionales, motivo por el cual **se acogerá la excepción de contrato no cumplido deducido por la demandada**, solo en cuanto al periodo de tiempo en que se efectuaron los incumplimientos por parte de la actora, esto es, desde diciembre de 2019, siendo procedente la acción indemnización de perjuicios durante el transcurso de tiempo que la actora sí dio cumplimiento cabal al contrato de afiliación de autos.

VIGÉSIMO SEGUNDO: Que, conforme a lo anteriormente resuelto, esto es, que se acogió la excepción de prescripción y la excepción de contrato no cumplido, en los términos señalados en los considerandos décimo séptimo y vigésimo primero respectivamente, se procederá a analizar el segundo requisito de los requisitos, esto es, el **incumplimiento del contrato** imputable al deudor, es decir, que el incumplimiento se genere con motivo de la falta de diligencia o el dolo del demandado, respecto de los hechos ocurridos entre octubre de 2015 y diciembre de 2019.

Que, sobre el incumplimiento, la actora ha alegado que ha dividido dicho ítem en tres partes, esto es, responsabilidad generada por omisiones en el tratamiento de la afección médica, responsabilidad relativa a los reembolsos de boletas de honorarios no efectuados y alza indiscriminada que ha sufrido el plan.

Primero, en cuanto a la **responsabilidad generada por omisiones en el tratamiento de la afección médica**, indica que, el 01 de marzo de 1991, se afilió a la Isapre Consalud según consta en el FUN N° 1091467. Dicho plan sufrió diversas modificaciones hasta el 09 de Enero de 1996, quedando en el plan actual denominado "AD/ 20 978-719-50-978". Que, sus hijos, [REDACTED] y [REDACTED], fueron diagnosticados a muy temprana edad con Fibrosis Quística. Explica que, una de las características propias de la fibrosis quística es la producción excesiva de mucosidad mucho más espesa de lo normal, lo cual hace que el organismo no pueda eliminarla de manera natural, las vías respiratorias se obstruyen y es necesario realizar kinesioterapia



Foja: 1

para retirarlas. Por lo mismo, el tratamiento normal consistía en la aplicación habitual de terapias de kinesiología respiratoria unido a un programa especial de nutrición y otros aspectos gastroenterólogos. Que, cuando la Fibrosis Quística ingresó al AUGÉ, en el año 2007, la Isapre comenzó a dar cobertura a los medicamentos recetados sin poner trabas.

Que, la actora ha descrito una gran variedad de supuestos incumplimientos atribuidos a la demandada, consistente en retrasos y negativas en los reembolsos, liquidaciones mal efectuadas y retraso en la entrega de información. Que, a fin de un mejor análisis de estos incumplimientos, es posible resumir en los siguientes hechos:

1.- En el año 2016, el deducible asociado al GES-CAEC aumentó de UF 60 a UF 121 por afiliado o a un máximo de UF 181 por grupo familiar, equivalente en esa época a \$4.737.000.- al año. Monto que, por tratarse de una misma patología, debía equivaler, como máximo, a todos los cobros efectivos de copagos por hospitalizaciones y remedios de ambos niños en el año. En ese año sólo por concepto del copago asociado a los medicamentos habituales, además del precio mensual del plan, la Isapre cobró un copago de \$566.000.- mensuales por ambos niños. Que, dicho copago mensual más los copagos cobrados por las hospitalizaciones habituales de [REDACTED] y [REDACTED] y el copago "especial" que la Isapre hacía por los antibióticos, habría cubierto el copago máximo anual en los primeros meses. Que, entonces la Isapre, debería haber empezado a cobrar un copago igual cero, a partir aproximadamente del tercer mes, pero con el sistema de "segundas" canastas, cobraba los \$283.000.-, más los \$1.400.000.- por el medicamento "Zoteon podhaler", en lugar de CERO.

2.- Que, el día 22 de Diciembre del año 2015, presentó una carta solicitando la corrección de una cuenta de hospitalización, ya que, en los meses de abril y julio de ese mismo año debieron internarse [REDACTED] y [REDACTED], para realizar su tratamiento y mitigar con la aplicación de antibióticos en forma intravenosa sus respectivas infecciones pulmonares, en las dependencias de la Clínica Reñaca por el área de Urgencias. Cuando finalmente la Isapre emitió la cuenta, venía realizada según las coberturas del Plan, sin incluir la cobertura GES, cobrando como copago, prácticamente la totalidad del valor de los antibióticos usados. Que, el 28 de Enero del 2016, ingresó en oficinas de la Isapre en Viña del Mar, una DÉCIMA carta de reclamo, esta vez, por existir un error en la liquidación de la cuenta medica por hospitalización de abril del 2015. En la misma línea, presentó el 19 de Febrero del 2016, un UNDÉCIMO reclamo por una nueva liquidación errónea, esta vez, por la hospitalización de su hijo [REDACTED], realizada en abril del 2015, por no haber incluido el antibiótico amikacina, que se administró en forma intravenosa a [REDACTED].



Foja: 1

Ante el reclamo finalmente la Isapre da cobertura GES al antibiótico, pero al emitir, en el mes de Marzo de ese año la nueva liquidación de la cuenta, excluye de la cobertura exámenes tomados en la clínica, considerados por el médico tratante, como parte fundamental del tratamiento, valor de copago de \$74.942.-, valor que no estaba incorporado en ninguna de las liquidaciones anteriores.

Que, con fecha 01 de abril de 2016, presentó una DECIMO QUINTA carta de reclamo en la Isapre, dejando constancia que, había consultado por el estado de la cuenta referida a la hospitalización realizada en el mes de junio del 2015 y la ejecutiva que lo atendió le había informado verbalmente que la cuenta no había sido todavía procesada, después de 9 meses. El 22 de Abril recibió una carta de la ISAPRE explicando el retraso de nueve meses, en el análisis y emisión de los bonos asociados a la Hospitalización de [REDACTED], aduciendo que estaban a la espera de una información solicitada a la Clínica en enero de 2016, cosa que no es efectiva, toda vez que durante ese período consultó varias veces con la clínica el tema, sin tener ellos nada pendiente que informar. Finalmente, la liquidación fue emitida, pero, como siempre, venía con errores, los cuáles generaron nuevos reclamos y atrasos.

3.- Señala que, hasta el año 2015, los tratamientos (hospitalizaciones) para la afección de sus hijos habían sido 100% efectivos. Que, sin embargo, en las hospitalizaciones realizadas entre diciembre 2015 y marzo 2016, su hijo [REDACTED] ingresó a la Clínica Reñaca a realizar su tratamiento normal, pero el tratamiento no funcionó, por lo que su hijo no obtuvo ninguna mejora. Ante esa situación, la doctora tratante, Dra. Lizana, les sugirió trasladar a su hijo a Estados Unidos, para ser revisado allá, y tener una mejor evaluación de su situación y del tratamiento adecuado. Por ello, iniciaron los trámites para poder desplazarnos a dicho país en el mes de marzo. Dentro de esos trámites, se dirigió a la Isapre para preguntar cuáles eran los procedimientos, protocolos y coberturas que su plan tenía, a fin de programar sus gastos y el viaje, el que, por indicaciones del médico tratante, debía hacerse a la brevedad posible. Lamentablemente, la Isapre no le contestó oportunamente. Que, en Marzo de 2016, se trasladan a Estados Unidos, y hace presente que, a pesar de sus múltiples esfuerzos, les fue imposible obtener una respuesta de la Isapre de cuáles eran los procedimientos, protocolos y coberturas que su plan tenía, antes de viajar, por lo que tuvo que asumir la totalidad de los gastos médicos efectuados en el extranjero. Estando allá, el médico tratante en Estados Unidos, la doctora María Franco, emitió un certificado para [REDACTED] y [REDACTED] que decía que cumplían los requisitos para ser atendidos en ese país. Agregó que el tratamiento



Foja: 1

para estas afecciones en ese país se trataba con un medicamento llamado “ORKAMBI”.

Que, el 14 de Septiembre de 2016, casi 5 meses después de haber viajado a Estados Unidos, Consalud respondió a su solicitud de información sobre los procedimientos, protocolos y coberturas que su plan tenía para programar el viaje al extranjero, señalando que no recibieron mayores detalles de las prestaciones que dichos beneficiarios se realizarán en el extranjero. Además, solo reembolsarían las que aparecieran en el plan de salud AD/20 (978 719 50 978). Agregaron que para informar de cobertura precisaban que les hiciera llegar un presupuesto, individualizando para cada prestación el valor facturado, debidamente traducido y legalizado. Señalaron que según las condiciones generales del contrato, debían indicar: Nombre prestador y profesional que entregó la atención en caso de ser distintos; RUT prestador y profesional que entregó la información; Nombre Paciente; CI paciente; Detalle nombre de prestaciones otorgadas; Fecha en la que se brindaron las prestaciones; Se debía detallar cantidad y precio de cada prestación efectuadas al paciente.

Expresa que, el 13 de octubre de 2016, el Nicklaus Children’s Hospital emitió certificado de atención con el fin de responder a la solicitud de la Isapre. Que, el certificado del Nicklaus Children’s Hospital simplemente ratificaba el diagnóstico y el tratamiento e indicaba que los niños eran candidatos para el medicamento “Orkambi”. Por lo mismo, los costos de las hospitalizaciones fueron íntegramente asumidas por su grupo familiar, el que ascendió a US\$25.000.-.

4.- Que, en enero de 2016, la Isapre, en un segundo intento, modificó unilateral el prestador asignado para la cartilla 5 1T1- “Tratamiento Fibrosis Quística Severa” asignándolo como ~~prestador~~ para el tratamiento de sus hijos la Clínica Dávila en Av. Recoleta 464, Santiago. Nuevamente tuvieron que presentar un DÚODECIMO reclamo a la Superintendencia de Salud (Rol arbitral N° 200139-2016), la que falló a su favor, obligando a la Isapre a mantener como prestador GES de sus dos hijos a la Clínica de Reñaca.

5.- Posteriormente, con fecha 04 de marzo del 2016, tuvo que presentar un DECIMOTERCER reclamo ante la Isapre, por un nuevo error en la liquidación, esta vez, de la emisión de los bonos asociados a hospitalización de [REDACTED] realizada en Abril del 2015. La Isapre le contestó con fecha 11 de Marzo del 2016, sin hacerse cargo, nuevamente, del problema de fondo, esto es, la liquidación de bonos por programa de hospitalización emitida con error. Por ello, tuvo que recurrir nuevamente a la Superintendencia de Isapres, presentando un reclamo con fecha 28 de Marzo 2016.



Foja: 1

6.- El 08 de marzo del 2016, tuvo que presentar un DECIMO CUARTO reclamo ante la Isapre, esta vez, por la negativa por parte de la Isapre a entregar el compresor requerido para el tratamiento de los niños. Destaca que, ellos requieren nebulizaciones diarias con viscozime, antibióticos y otros. El tratamiento requiere de al menos 06 nebulizaciones diarias. Con fecha 30 de Marzo de 2016, la Isapre le envía una carta de respuesta donde le indican que ya no le entregarán los nebulizadores, obligándolo a asumir la totalidad del costo de ellos a él. Ese costo asciende a \$360.000.- anuales, atendido a que eran dos compresores (uno por cada uno de sus hijos) que tienen un valor de \$90.000.-, y ellos necesitan dos compresores al año.

7.- Indica que, el 20 de Mayo de 2016, envió una carta a Consalud, para revisar y descontar los valores de copago de la liquidación de la cuenta N°749106, emitida con fecha 15 de Abril del mismo año, por el tratamiento GES recibido en la Clínica de Reñaca, por su hija [REDACTED], que según guía clínica GES, corresponde que la totalidad del costo sea asumido por la ISAPRE y/o la cobertura GES-AUGE. Que, en los antecedentes detallados en la cuenta entregada por la Clínica Reñaca, se indica que el valor total de los medicamentos es de un monto de \$12.766.672.-; sin embargo, el valor que la ISAPRE informó como tarifa fue de \$13.548.783.-, generando así una diferencia injustificada de \$782.111.-. Que, dadas las diferencias presentadas en los pagos, se solicitó a la Clínica Reñaca, revisar la cuenta entregada.

8.- Alega que, el 06 de Diciembre del 2106, se recibe respuesta al reclamo cursado por la cuenta asociada a la intervención de apendicitis de [REDACTED], la cual venia nuevamente mal liquidada, ya que no se estaba dando cobertura GES a los medicamentos que [REDACTED] requiere y usa en forma permanente para su tratamiento de Fibrosis Quística. El 16 de Diciembre del 2016, presentó a la Isapre la DECIMOSEXTA carta reclamo número 3327558, solicitando nuevamente la revisión de cuenta por la hospitalización de Urgencia, de [REDACTED] por una apendicitis grave, en la que no se reembolsaron los antibióticos asociados a su tratamiento habitual de Fibrosis Quística. Que, el 27 de enero del 2017, presentó el DECIMOSÉPTIMO reclamo a la Isapre, solicitando revisar y reliquidar cuenta medica por hospitalización, ya revisada varias veces por la Isapre y nuevamente mal liquidada. La hospitalización consistía en Remedios (tratamientos antibióticos intravenoso por exacerbación) y Sesiones de Kinesiología. Lo anterior en razón de las infecciones que se producen y que generan problemas de salud, debido a la viscosidad de la mucosa. Los antibióticos se inyectaban para controlar dichas infecciones. El resto del tratamiento se seguía en forma normal.



9.- Agrega que, durante el año 2016, sus hijos [REDACTED] y [REDACTED] tenían que hospitalizarse 4 y 5 veces en el año, respectivamente, como parte de su normal tratamiento. Sin embargo, por efecto de los atrasos en el pago de la ISAPRE, [REDACTED] no se pudo hospitalizar en la Clínica Reñaca. Por lo mismo, tuvieron que hacer el tratamiento en forma domiciliaria, cuyos costos asociados, que no fueron asumidos por la Isapre y que ascendieron al monto de \$1.900.000.-. Finalmente, la kinesióloga que trataba a sus hijos tampoco recibía el pago, por lo cual, dejó de prestar el servicio. Esto afectó notablemente la salud y el estado de ánimo de los niños, ya que los trataba hace muchos años. Por ello, para suplir el tratamiento kinesiológico, el actor tuvo que comprar Chalecos Vibratorios Kinesiológicos, dispositivo que sirve para eliminar la excesiva de mucosidad mucho más espesa de lo normal, ya que no se podía recurrir a kinesiología. Por lo mismo, no teniendo la posibilidad de hacerles kinesiología, compraron el año 2019, dos chalecos de marca AFFLOVEST talla M, de un valor de US\$8.500.-, cada uno.

10.- En la última hospitalización de [REDACTED] realizada en la Clínica de Reñaca, con fecha 15 de julio de 2016, se detectó que el tratamiento con Kine y antibióticos ya no funcionaba. Se consultó con varios doctores y no lograban llegar a un buen tratamiento. El Dr. Luis Bavestrello Fernández, infectólogo y Director médico de la Clínica Reñaca, derivó a su hijo, al final del período de hospitalización, al doctor Claudio de Amesti Ceroni, Otorrino de la misma clínica. El doctor De Amesti sugirió una operación de fosas paranasales, para sacar dichas fosas y aprovecharon de corregir el tabique, de manera que pudiera respirar mejor y no se infectara.

Que, en el caso de su hijo, su tabique presentaba una desviación importante obstruyendo un lado de la nariz, causando congestión nasal y haciendo que, por efecto de este desvío y de la fibrosis quística, fuese propenso a la acumulación de la mucosidad, inflamación de los senos paranasales (sinusitis), hemorragias nasales e infecciones de las fosas paranasales, las que posteriormente se trasladan al pulmón afectando aún más su salud. De acuerdo a esta evaluación los médicos decidieron operar a su hijo, sacar las fosas nasales y corregir el tabique, operación que se realizó el 11 de agosto de ese mismo año. Ante esa situación, la ISAPRE nuevamente en forma unilateral y arbitraria, resuelve dividir la cuenta en dos según el siguiente detalle: - Una primera parte la sitúa del día 15 al 24 de Julio, la ingresa con diagnóstico "Fibrosis Quística" y, por tanto, la cubre; Una segunda parte, la sitúa del día 25 al 12 de Agosto la ingresa con diagnóstico "Operación Estética de nariz" y por tanto, no la cubre, asignándole un copago de \$5.000.000.-, costo que en su mayor parte procede del costo de todos los antibióticos intravenosos utilizados en la operación y



Foja: 1

durante el periodo que va desde el 17 al 24 de Julio: La mitad los cubre y la otra mitad no. Que, no existe una argumentación profesional, técnica, razonable ni lógica para haber realizado esta división de costos, ni mucho menos para haber inventado un cobro sobre una prestación médica resuelta por los profesionales médicos y que perseguía recuperar la ya mermada salud de su hijo y no su belleza física. Por lo mismo, con fecha 11 de Julio de 2018, presentó su disconformidad a la cuenta número PAM 9101753534, en atención a esta división artificial de la cuenta. Situación que a la fecha se encuentra sin solución. Que, por efecto de esta mala gestión de la Isapre, se generó una deuda con la Clínica Reñaca, por la supuesta operación estética de su hijo, por un monto de \$26.065.004.- que a la fecha se litiga en una causa civil en su contra (ROL N° C-5514-2019) en el Primer Juzgado Civil de Viña del Mar y de \$ 41.051.346.- adicionales correspondientes a 3 hospitalizaciones adicionales cuyos bonos la Isapre, a la fecha no ha emitido.

VIGÉSIMO TERCERO: Que, por su parte, la demandada ha expuesto que **sobre la supuesta responsabilidad generada por omisiones en el tratamiento de la afección médica**, en la demanda se relatan una serie de hechos de supuestos incumplimientos por los conceptos y montos que allí se señalan, pero en definitiva en el capítulo “Los Perjuicios” únicamente se demandan los siguientes conceptos y montos, como daño emergente: “1.- *Por copagos indebidos del medicamento Tobracima en 2009 por un monto de \$13,6 millones de pesos; 2.- Por copagos indebidos del medicamento Zoteon Podhaler en 2014 por un monto de \$1,444 millones de pesos; 3.- Por cobros en exceso de reembolsos no efectuados en 2015 por un monto de \$8,64 millones de pesos; 4.- Por el pago de nebulizadores los años 2016, 2017, 2018 y 2019 con un valor unitario de \$360 mil haciendo un total de \$14 millones de pesos; 5.- Por diferencia en costo de hospitalización en 2015 por un monto de \$782 mil pesos; 6.- Por el Pago de la Hospitalización en el Nicklaus Children’S Hospital por un monto de \$19,264 millones de pesos; 7.- Por el pago de chalecos AFFOVEST con un valor unitario de \$6,500 millones de pesos haciendo un total de \$13,000 millones de pesos; 8.- Por el pago de los impuestos requeridos para el pago de las boletas de la Kinesióloga Marisol Fajardo Bustos por un monto de \$4.800.000 de pesos; 9.- Por copago indebido de la operación de corrección nasal de mi hijo [REDACTED] [REDACTED] por un monto de \$5 millones de pesos.*”

Agrega que, como se reconoce en la demanda respecto del reembolso de los programas médicos presentados por concepto de hospitalizaciones y al reembolso de las boletas de honorarios asociadas al tratamiento kinésico, no se registraron problemas de pago o tramitación por parte de la Isapre. Que, tampoco es cierto que cada



Foja: 1

vez se hayan generado problemas al momento de acceder a los beneficios del actor, y que la Isapre sin mediar explicación eliminare ciertos beneficios del AUGE entregando solo remedios y antibióticos y si algún cambio pudo existir, ello fue por aplicación estricta de la normativa legal y reglamentaria sobre la materia. No existió cambio de beneficios incorporados al plan de salud. Que, no es efectivo que en la práctica, se fueran disminuyendo sistemáticamente las coberturas del plan del actor y menos aún lo sostenido en relación con el copago de la canal y la forma de administrar las canastas asociadas a la cobertura del Auge.

Señala que desconoce si en las hospitalizaciones realizadas entre diciembre 2015 y marzo 2016, del hijo del actor (██████████) en la Clínica Reñaca, el tratamiento normal que se aplicaba funcionó o no. También desconoce si la doctora tratante mencionada en la demanda (Dra. Lizana), sugirió trasladar a su hijo a Estados Unidos, y si también los padres del menor pudieron iniciar los trámites para poder desplazarse a dicho país en el mes de marzo del año 2016.

Señala que, no es efectivo, que su representada adeude suma alguna por concepto de pago de nebulizadores de los años 2016, 2017, 2018 y 2019 y menos por el valor unitario de \$360.000.-, y por la suma total de \$14.000.000.-, que no existen en este punto explicación alguna del motivo por el cual se adeudarían este concepto y monto. Que, no es verdad que se le adeude la suma de \$782.000.- por una supuesta diferencia en costo de hospitalización del año 2015 concepto que en todo caso le queda cubierto por la excepción de prescripción opuesta por esta parte. Que, tampoco es efectivo que su mandante adeude al actor por el Pago de la Hospitalización en el Nicklaus Children's Hospital por un monto de \$19.264.000.-, pues según lo demostrará, la Superintendencia del ramo dispuso primero que su mandante no tenía obligación de hacerlo, mientras no se diere cumplimiento a los requisitos de procedencia para su pago los cuales, no fueron cumplidos por el actor. Efectivamente la Isapre le informó al actor que de acuerdo a lo estipulado en el contrato de salud la bonificación aplicable a las prestaciones médicas que se otorguen en el extranjero, será exclusivamente la contemplada en su plan de salud AD/20 (978 719 50 978), bajo la modalidad de reembolso, respecto de aquellas atenciones contenidas en el arancel de referencia asociado a dicho plan. Respecto a los que eventualmente sean procedentes, Consalud le informó que se harán en moneda nacional, al cambio oficial vigente a la fecha de otorgamiento de las atenciones, debiendo acreditarse el gasto incurrido a través de una boleta o factura original emitida por el profesional o prestador, en la que se registren los datos de este último y del paciente, las prestaciones involucradas y su fecha de otorgamiento y la cantidad y precio de las mismas. Finalmente, le



Foja: 1

señaló que los documentos emitidos en el extranjero deben ser certificados por las autoridades locales competentes, luego por el Consulado de Chile o por el Consulado del país de origen del documento acreditado en Chile, y posteriormente por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile (Departamento de Legalizaciones). Asimismo, estos documentos legalizados en la forma antes indicada, deberán acompañarse debidamente traducidos al castellano. Que, dicha solicitud con los antecedentes requeridos no fueron ingresados a la Isapre, y es por ello que no se ha podido resolver sobre la procedencia del reembolso requerido por tales prestaciones, por lo que en este caso no le ha existido una negativa infundada, sino que porque el actor no dio cumplimiento a aportar los antecedentes requeridos.

Que, controvierte, en todo caso, que este hecho haya podido afectar notablemente la salud y el estado de ánimo de los menores, lo cual en todo caso no forma parte de los hechos materia de la demanda. También controvierte expresamente que para suplir el tratamiento kinesiológico, el actor tuviera que comprar Chalecos Vibratorios Kinesiológicos, así como el costo de los mismos y que ello haya sido estrictamente necesario de hacer por las razones que menciona en el libelo, de hecho en la misma demanda señala que el resto del tratamiento se mantenía igual. Que, controvierte asimismo, que la imposibilidad de contar con un profesional en kinesiología, originada supuestamente en el incumplimiento de pagos de las boletas presentadas por parte de la Isapre, pudiera haber provocado un grave retraso en el tratamiento de los hijos del actor.

Refiere que, las razones de la no cobertura de la cirugía de corrección del tabique nasal se debió a que tenía el carácter de estética, el resto de las prestaciones provenientes de la operación de fosas paranasales efectuada por Claudio de Amesti Ceroni, fueron debidamente cubiertas. Por lo anterior, resulta improcedente el cobro de la suma de \$5.000.000.-, por un supuesto copago indebido de la operación de corrección nasal.

VIGÉSIMO CUARTO: Que, a fin de acreditar sus dichos la actora ha acompañado prueba documental, referida en el considerando séptimo, en que se destaca carta de fecha 20 de mayo de 2016, en la que solicita revisar y descontar de la liquidación de la cuenta 749106 emitida con fecha 14 de abril de 2016, correspondiente al tratamiento Ges recibido en la clínica Reñaca por su hija [REDACTED]. Se acompaña también carta de respuesta de Isapre Consalud, de fecha 22 de abril de 2016, en que indica que revisados los antecedentes, le informamos que el motivo de la demora en la valorización de la cuenta médica N°749106, correspondiente a las prestaciones realizadas a [REDACTED], en la Clínica Reñaca, se debió a que nuestra contraloría médica detectó una inconsistencia en



Foja: 1

los valores cobrados por el prestador, respecto a lo convenido con esta aseguradora, debiendo realizar distintas gestiones administrativas que generaron un retraso en la valorización de ésta. Que, con lo anterior, es preciso indicar que la referida cuenta médica se encuentra valorizada y bonificada por esta aseguradora conforme a la cobertura GES activa y vigente para su beneficiaria, encontrándose lista para ser emitida en cualquiera de nuestras sucursales desde el día 06 de abril de 2016. Con todo lo anterior, solicitamos a usted acepte nuestras disculpas por las molestias ocasionadas, y le recordamos que nuestro compromiso como Institución es el de otorgarle un excelente servicio y financiar sus prestaciones de salud, conforme a lo contractualmente pactado.

Que, también acompañó carta de Isapre Consalud de fecha 19 de febrero de 2016, conforme a la cual informan que han revalorizado dicha cuenta médica, otorgando la cobertura GES-CAEC al medicamento AMIKACINA, mediante el código 302035. Que, en relación a la prestación derecho de pabellón por la Instalación Catéter Swan Gan, señala que no es posible acoger su solicitud de otorgar cobertura, dado a que éste no se encuentra arancelado en FONASA. En este sentido, las condiciones generales asociadas a su contrato, indican en su Título Quinto: Exclusiones y Otras Restricciones, Artículo 12º: Exclusiones y otras restricciones, F) Todas aquellas prestaciones no contempladas en el Arancel de Referencia de Prestaciones Consalud como asimismo las otorgadas por profesionales distintos a los indicados en el inciso primero del artículo 6º de este contrato.

Asimismo, acompañó carta de fecha 14 de septiembre de 2016, mediante la cual responde a la solicitud de detalle la cobertura y beneficios que la Isapre otorgará respecto de los chequeos médicos que los beneficiarios del contrato de salud del Sr. [REDACTED] se realizarán en el extranjero. Señala que esta aseguradora no ha recibido mayores detalles respecto de las prestaciones que dichos beneficiarios se realizarán en el extranjero, por lo que la presente respuesta está basada en las condiciones generales establecidas en el contrato de salud. De acuerdo con lo anterior, en virtud del plan de salud AD/20 (978,719.50, 978) suscrito Sr. [REDACTED]. Informa que la cobertura a aplicar a las prestaciones otorgadas en el extranjero será exclusivamente aquella pactada en dicho instrumento, con salud agosto del por el bajo la modalidad de reembolso, siendo susceptibles de cobertura las prestaciones que se encuentran contempladas en el arancel de referencia del Plan de Salud, quedando, por tanto, sin bonificación las que carezcan de dicha característica. Que, en cuanto a los eventuales reembolsos que puedan corresponder según contrato, éstos se harán en moneda nacional, al cambio oficial vigente a la fecha en que se hayan realizado las prestaciones, aplicando en lo demás, las normas y plazos de reembolso. Que, señalan que las condiciones generales del contrato



Foja: 1

de salud provisional establecen que para efectuar los reembolsos, el beneficiario debe entregar a la Isapre una boleta o factura del profesional o prestador, en original, en la que debe estar claramente indicado Nombre del prestador y del profesional que entregó la atención, en caso de ser distintos; Rol Único tributario del Prestador y del profesional que entregó la atención, en caso de ser distintos; Nombre del paciente; Cédula de identidad del paciente; Detalle con el nombre de prestaciones otorgadas; Fecha en que se brindan las prestaciones; Se debe detallar la cantidad y precio de cada una de las prestaciones efectuadas al paciente. Agrega que, el reembolso debe ser solicitado dentro de los sesenta días corridos siguientes a la emisión de la boleta o factura, y siempre que haya sido emitida dentro del período de y por prestaciones otorgadas dentro de dicho período; de no ser así, el beneficiario pierde el derecho a recibir la bonificación correspondiente. Finalmente, los documentos emitidos en el extranjero deben estar certificados por las autoridades locales competentes, luego por el correspondiente Consulado de Chile o por el Consulado del país de origen del documento acreditado en Chile, y posteriormente por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile (Departamento de Legalizaciones). Además, estos documentos legalizados en la forma antes indicada, deberán acompañarse debidamente traducidos al castellano.

Que, conjuntamente con lo anterior, acompañó carta de fecha 6 de septiembre de 2016, remitida a la Superintendencia de Salud, en que presenta su disconformidad con la respuesta de la carta de la referencia. Ello en atención al siguiente concepto: En la respuesta enviada por la Isapre, no se procede entregar claridad ninguna de las dos informaciones solicitadas: a) Cobertura entregada por el plan en el extranjero; b) Protocolo a seguir, para acceder éstos beneficios.

Que, además, la actora acompañó ORD.: /A5R N° 1092 de fecha 29 de agosto de 2018, en que la Superintendencia de Salud señala que de acuerdo a lo estipulado en el contrato de salud la bonificación aplicable a las prestaciones médicas que se otorguen en el extranjero, será exclusivamente la contemplada en su plan de salud AD/20 (978 719 50 978), bajo la modalidad de reembolso, respecto de aquellas atenciones contenidas en el arancel de referencia asociado a dicho plan. En cuanto a los pagos que eventualmente sean procedentes, Consalud le informó que se harán en moneda nacional, al cambio oficial vigente a la fecha de otorgamiento de las atenciones, debiendo acreditarse el gasto incurrido a través de una boleta o factura original emitida por el profesional o prestador, en la que se registren los datos de este último y del paciente, las prestaciones involucradas y su fecha de otorgamiento y la cantidad y precio de las mismas. Además, le indicó que el reembolso debe ser solicitado dentro de los sesenta días corridos siguientes a la emisión de la boleta o factura, y que de no ser



Foja: 1

así, se pierde el derecho a recibir la bonificación. Finalmente, la Isapre le señaló que los documentos emitidos en el extranjero deben ser certificados por las autoridades locales competentes, luego por el Consulado de Chile o por el Consulado del país de origen del documento acreditado en Chile, y posteriormente por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile (Departamento de Legalizaciones). Asimismo, estos documentos legalizados en la forma antes indicada, deberán acompañarse debidamente traducidos al castellano. Señala que, en primer lugar, que de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente, las Instituciones de Salud Previsional no están obligadas a bonificar las prestaciones médicas otorgadas a sus beneficiarios en el extranjero. En efecto, el inciso 2° del artículo 190 de la Ley de Isapres, contenida en el D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, dispone que no podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo la siguientes: “7.- Prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional”. De este modo, producto de la precitada disposición legal, si estando en el extranjero un beneficiario recibe atenciones de salud, no podrá exigir reembolso alguno de su Isapre, a menos que en el respectivo plan de salud se contemple cobertura internacional, estipulación específica y excepcional conforme a la cual la Institución estará obligada a financiar dichas prestaciones, sujetándose la solicitud al procedimiento que al efecto determine la Isapre. La referida excepción es aplicable en su caso, operando esta en los términos y condiciones que Consalud le informó.

Que, asimismo, acompañó carta de fecha 11 de julio de 2018, mediante la cual el actor reclama a Isapre Consalud que su hijo tuvo que someterse a un tratamiento clínico por un período de 28 días, ello en atención a la gravedad de su estado a la fecha de ingreso a la Clínica, y a que el equipo médico se demoró en encontrar la adecuada combinación de antibióticos necesaria para combatir con éxito la exacerbación pulmonar que hizo necesario su ingreso a la Clínica. De acuerdo a la cuenta entregada a Uds, por la Clínica, el gasto total consignado por concepto de medicamentos asociados a en forma directa al tratamiento de su enfermedad, suma el total de \$13.507.763.-. El monto asociado a otros insumos complementarios, requeridos durante su hospitalización, suma \$1.767.914. El total de gasto consignado en la cuenta por estos conceptos alcanza la suma total de \$15.275.677.-. Agrega que, durante los también últimos tres días esa esa estaba en la Clínica, y sin que hubiera conocimiento previo al ingreso de su hijo [REDACTED] a la Clínica, o una programación anticipada de dicho evento por su parte, ni por la del médico tratante, fue necesario someter a [REDACTED] a una operación correctiva, que permitiera normalizar el funcionamiento de sus fosas nasales y por tanto también de su sistema respiratorio. Que, en la liquidación de la cuenta en



Foja: 1

comento, Ustedes separan la estadía de su hijo en dos eventos diferentes, y asignan de modo arbitrario un valor de \$5.742.887.- al gasto en medicamentos, que asocian a la intervención quirúrgica realizada durante los últimos tres días de su estadía. Aún si se aceptara la separación de eventos, realizada en forma unilateral y sin previa consulta, el monto máximo a imputar al evento asociado a la intervención quirúrgica, en consideración a la oportunidad de su decisión y tiempo de duración, no debería superar el monto de \$1.636.679.-. Y de ese total se debería descontar y bonificar con cobertura GES, la totalidad del costo de los medicamentos habituales asociados al tratamiento en desarrollo, por causa de su FQ, efectivamente utilizados o suministrados durante esos tres días.

Que, adicionalmente, acompañó carta de Isapre Consalud, de fecha 31 de mayo de 2018, conforme a la cual informan que han recibido la Sentencia del Juicio Arbitral de la referencia, mediante la cual, el Tribunal de la Superintendencia de Salud resolvió aprobar el allanamiento de Isapre Consalud a la demanda interpuesta. Que, primeramente es preciso hacer presente que de acuerdo a la sentencia, el beneficiario [REDACTED], tiene como prestador asignado por la patología N° 51, fibrosis quística a la Clínica Reñaca. Por lo anterior, solamente se revalorizó la cuenta médica N° 926189, que inicialmente fue liquidada sin cobertura por GES, otorgando la referida cobertura y quedando entonces dicha cuenta médica disponible para emisión en cualquiera de nuestras sucursales. En relación a su hija [REDACTED], le informamos que de acuerdo a nuestros registros mantiene como prestador asignado por la patología GES N° 51, fibrosis quísticas a la Clínica Reñaca. Considerando que las cuentas médicas N°807004- y 830692 fueron liquidadas y emitidas inicialmente bajo la cobertura correspondiente al plan de salud, fueron simuladas a través de la cobertura GES, generando una diferencia a su favor por un monto de \$131.647, correspondiente al copago generado entre las cuentas originales y copago de las simulaciones. Así las cosas, se crea la cuenta manual N° 1032661, a través de la cual se generó el reembolso del monto a su favor, por \$131.647.-, el cual será depositado en su cuenta corriente con fecha 05 de junio de 2018.

VIGÉSIMO QUINTO: Que, además, la demandante ha rendido prueba testimonial referida en el considerando noveno, en que consta la declaración del testigo, don **Andrés Vita Haeussler**, psicólogo del hijo del actor, quien declaró que se presentaban retrasos en los reembolsos de las boletas, sobre todo desde el año 2019, y fines del año 2018. En las sesiones comenzó a surgir como tema de estrés en [REDACTED] los problemas que estaban teniendo sus padres con la Isapre. Relatando problemas de reembolsos de psicología y kinesiología de pagos de hospitalizaciones y en la hospitalización del año 2020; y oposición por



Foja: 1

parte de la Isapre para concretar una hospitalización que requería Joaquín por su estado de salud de la fibrosis quística. Que, el relato de Joaquín en sesiones, del año 2020, era que él requería una nueva hospitalización porque los exámenes médicos salieron bastante alterados, lo que en su caso quiere decir infección bacteriana pulmonar, bajo porcentaje de saturación de oxígeno y otros indicadores que no recuerdo, pero estaban a la espera de que la clínica les diese la venia para ser hospitalizado debido a conflictos de impagos de una o dos hospitalizaciones anteriores. O sea, [REDACTED] fue hospitalizado en la misma clínica Reñaca, dos tres veces seguidas, y la clínica no quería ingresar a [REDACTED] debido a que no se había saldado la cuenta de las hospitalizaciones anteriores.

Que, también compareció doña **Marisol Del Pilar Bustos Fajardo**, kinesióloga de los hijos del actor, quien declaró que en el año 2006 conoce a la familia [REDACTED] en Zapallar donde ellos veraneaban y como kinesióloga recién titulada, prestaba servicios de kinesiología en la zona. Acordaron la visita a domicilio y atendiendo a ambos niños con las sesiones de tratamiento durante dos semanas. Le pagan el servicio, realiza las boletas. Que, debido a los 8 años de experiencia en el manejo pulmonar de la fibrosis quística y manejo específico de cada uno de los pacientes los padres de los menores le piden continuar cubriendo todo el tratamiento permanente. Se entera de incumplimientos al posterior envío de su boleta de honorarios para el reembolso en la Isapre ya que pasan semanas de la fecha y no se hace efectivo, para lo cual llama por teléfono consultado y también se dirige presencialmente a la Isapre y le comentan porque muchas veces el reembolso no se realiza por 1. Rechazo de la boleta, por estar mal emitida, o 2. Porque existe un retraso por parte de la institución. Entonces desde el año 2016 al año 2018 el afiliado le comunica de los incumplimientos en semanas, luego en más de un mes y hasta que se detuvo, cuando se tuvo que retirar el año 2018.

Que, la patología de la fibrosis quística es una condición genética potencialmente mortal, en donde el problema se produce en las células que generan la mucosidad del sistema respiratorio, siendo espesas y ligosas. En el tratamiento kinésico respiratorio, consta de un primer pilar que es la higiene bronquial. Las omisiones que ha tenido la Isapre han significado quedarse sin el tratamiento de kinesiología permanente. A veces no llegaban los nebulizadores, con los cuales no podía realizar la kine, los antibióticos también tenían que tramitar más o que ese medicamento ingresara o llegara y todo eso era como un trámite y tenían que esperar el medicamento específico. Agrega que, una vez le rechazaron una boleta por la letra no tan legible y otra para agregar códigos que faltaban de la presentación.



VIGÉSIMO SEXTO: Que, por su parte, la demandada Isapre Consalud también ha rendido prueba documental, referida en el considerando octavo, entre la que se destaca copia del expediente electrónico iniciado por el reclamo del demandante de 26 de septiembre de 2016, N° 14355-2016, seguido ante la Superintendencia de Salud, correspondiente al reclamo por procedimiento para el reembolso de atenciones en el extranjero, en que la Superintendencia de Salud resolvió que, en primer lugar, que de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente, las Instituciones de Salud Previsional no están obligadas a bonificar las prestaciones médicas otorgadas a sus beneficiarios en el extranjero. En efecto, el inciso 2° del artículo 190 de la Ley de Isapres, contenida en el D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, dispone que no podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo la siguientes: “7.- Prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional”. De este modo, producto de la precitada disposición legal, si estando en el extranjero un beneficiario recibe atenciones de salud, no podrá exigir reembolso alguno de su Isapre, a menos que en el respectivo plan de salud se contemple cobertura internacional, estipulación específica y excepcional conforme a la cual la Institución estará obligada a financiar dichas prestaciones, sujetándose la solicitud al procedimiento que al efecto determine la Isapre. La referida excepción es aplicable en su caso, operando esta en los términos y condiciones que Consalud le informó. Sin perjuicio de lo anterior, es importante mencionar que en materia de reembolso de prestaciones, sea que se otorguen dentro o fuera de Chile, las instrucciones vigentes impartidas por esta Autoridad, contenidas en el punto 4 del Título I del Capítulo I del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios, disponen que: “Es obligación de las isapres financiar las prestaciones y beneficios de salud conforme al contrato de salud suscrito. La existencia de un plazo convencional o contractual para dicho financiamiento, sea para solicitar reembolsos o para la bonificación de los Programas de Atención Médica, no impide que los beneficiarios puedan pedir y obtener la bonificación requerida una vez vencido éste.” Por lo tanto, si una solicitud de reembolso se presentare

a Consalud después de los sesenta días corridos siguientes a la emisión de la boleta o factura -plazo señalado por la Institución en su carta de respuesta-, estará igualmente obligada la Isapre a otorgar la bonificación requerida, no siendo procedente que se inhiba de hacerlo invocando que la solicitud se formalizó luego de vencido dicho término. No obstante, transcurrido el plazo de cinco años dispuesto en el artículo 2.515 del Código Civil, la Isapre podrá voluntariamente pagar lo adeudado o bien ejercer la prescripción que le asiste.

Que, además, se ha acompañado copia del expediente electrónico seguido ante la Superintendencia de Salud, Rol Arbitral N° 200139-



Foja: 1

2016, caratulado “[REDACTED] con ISAPRE CONSALUD S.A.”, iniciado con fecha 22 de enero de 2016, en que con fecha 15 mayo de 2018 se resolvió la reclamación por la Juez Árbitro, doña Ana María Andrade Warnken, quien declara que se tiene por aprobado el allanamiento de la Isapre Consalud S.A. a la demanda, en todo aquello que no sea contrario a derecho, debiendo, en virtud de lo señalado, darse cumplimiento a lo resuelto en el considerando 4º, de modo que la Isapre habrá de otorgar cobertura GES a las prestaciones asociadas en la Clínica Reñaca, a sus beneficiarios, en relación a la Patología N° 51.

Que, adicionalmente, la demandada ha rendido prueba testimonial, referida en el considerando undécimo, en que consta la declaración del testigo don **Claudio Antonio Márquez Pérez**, quien indicó que la Isapre sí dio cumplimiento a las obligaciones al afiliado y sus beneficiarios. Que tomó conocimiento de la situación de este afiliado a través de una revisión que hace la unidad de reembolsos, que notificaba de una inusual cantidad de boletas presentadas por el señor Rodríguez, procedimiento es normal dentro de la compañía ya que una de las funciones del departamento de auditoría es tomar conocimiento de estas situaciones de manera de investigarlas. Que antes de esta denuncia el cliente siempre recibió cobertura por sus prestaciones en los plazos convenidos y, en este caso en particular, se solicita hacer una revisión para verificar que se encuentre todo en orden, es en este proceso en donde identificaron algunas inconsistencias en algunas de las boletas presentadas por el afiliado, en específico atenciones que nos estaban cobrando y que estaban duplicadas, otras inconsistencias en las fechas de las atenciones que se registraban en las boletas y además una orden medica que se adjuntaba a las boletas que tenía una antigüedad de una año la orden, la suma de estos hechos los hicieron comenzar una investigación.

Que, además, declaró el testigo don **Luis Fernando Cobeñas Castro**, quien indicó que cuando ingresó al área de reembolso, ésta estaba sufriendo una etapa de transformación, donde se buscaba digitalizar y respaldar la documentación de los reembolsos, para lo cual existía intervención de un proveedor externo, recibían las solicitudes digitalizadas y específicamente en estos casos especiales tenían que solicitar la documentación original al proveedor externo para poder certificar la documentación, esto porque la solicitud tenía un comportamiento no habitual, el cual era que presentaba muchas boletas, veinte, treinta boletas, a comparación de las solicitudes normales, que era una solicitud, una boleta. Que, al tener ya la documentación original el área de reembolso, tenía que validar que viniera con todos los antecedentes necesarios, en este caso en particular, órdenes médicas, detalles de las prestaciones, o incluso certificado médico. Si esto no se



Foja: 1

cumplía, se tenía que solicitar los antecedentes, lo cual en muchas oportunidades no fueron adjuntadas o no correspondían, lo cual ampliaba el plazo para darle una respuesta al afiliado, al señor Rodríguez. Si cumplía con los antecedentes por la cantidad de sesiones y el diagnóstico, se requería apoyo técnico por parte del equipo médico de Consalud, los cuales tenían que evaluar si con la documentación adjunta también era suficiente para poder dar cobertura al reembolso, en muchas oportunidades lo que se solicitaba por la parte médica habitualmente era órdenes médicas actualizadas ya que muchas veces se presentaban órdenes médicas emitidas con una antigüedad de más seis meses. Que, otro factor, que tenían que considerar era que por la cantidad de boletas de honorarios manuales y los correlativos consecutivos de estos debían ser validados con el equipo de auditoría para poder certificarlo ante el Servicio de Impuestos Internos, lo que aplazaba los plazos para poder dar una respuesta al reembolso solicitado por la cantidad de boletas presentadas. Finalmente si cumplía con todos los requisitos y aprobaciones por la parte técnica se procedía al pago del reembolso. No es cierto que no se haya dado cobertura a los reembolsos, si este cumplía con todos los requisitos.

VIGÉSIMO SÉPTIMO: Que, analizada la prueba rendida por las partes, corresponde pronunciarse sobre los incumplimientos atribuidos a la demandada que dicen relación **responsabilidad generada por omisiones en el tratamiento de la afección médica**, las que serán analizadas uno a uno, conforme al tenor de las pruebas rendidas en estos autos.

Que, en lo que dice relación con la alegación relativa al aumento del deducible asociado al GES-CAEC y el cobro del copago mensual más los copagos cobrados por las hospitalizaciones habituales de [REDACTED] y [REDACTED] y el copago “especial” que la Isapre hacía por los antibióticos "Zoteon podhaler", deberían haber sido cubiertos por el copago máximo anual en los primeros meses y no se debería haber cobrado los referidos antibióticos, se debe señalar, en primer lugar, que ésta corresponde a una declaración de la actora, conforme a la cual los gastos debían ser asumidos por la demandada, la actora no explica como dicha situación constituye efectivamente un incumplimiento al tenor del contrato de afiliación, la manera en que se deben considerar los gastos referidos a estos hechos que se alegan y bajo que concepto y disposiciones del contrato de salud dichos gastos debían ser asumidos por la parte demandada. Que, en segundo lugar, no se ha acreditado en estos autos, la existencia de una forma de cobro practicada por la demandada, conforme a la cual se generaba una segunda canasta que les permitía practicar el cobro del valor de los antibióticos a la actora. Que, de esta manera, de los antecedentes probatorios aportados en estos autos no constituyen prueba suficiente para acreditar que lo actuado



Foja: 1

por la demandada efectivamente corresponde a un incumplimiento del contrato de salud celebrado entre las partes del presente juicio. Que, a mayor abundamiento, según lo expuesto por la actora se ha demandado por copagos indebidos del medicamento Zoteon Podhaler en el año 2014, alegación que por su fecha queda comprendido dentro de la excepción de prescripción opuesta. Que, conforme a lo anteriormente, expuesto, no es posible tener por configurado un incumplimiento por estos hechos.

Que, en cuanto al hecho relativo a la corrección de una cuenta de hospitalización con motivo de las hospitalizaciones de sus hijos en los meses de abril y julio de 2015, sin incluir la cobertura GES, cobrando como copago, prácticamente la totalidad del valor de los antibióticos usados, dichos incumplimiento tienen su origen en hechos ocurridos con anterioridad a octubre de 2015, por lo que dicho período queda abarcado por la prescripción alegada por la demandada. Que, a mayor abundamiento, la actora acompañó carta de Isapre Consalud de fecha 19 de febrero de 2016, conforme a la cual informan que han revalorizado dicha cuenta médica, otorgando la cobertura GES-CAEC al medicamento AMIKACINA, mediante el código 302035, por lo que dicho incumplimiento fue subsanado por la demandada mediante los mecanismos establecidos para ello, por lo que dicho incumplimiento no es de la entidad suficiente para configurar el elemento de incumplimiento negligente o doloso del contrato.

Que, en cuanto a alegación, consistente en la negativa por parte de la Isapre, de fecha 30 de Marzo de 2016, a entregar el compresor requerido para el tratamiento de los niños para nebulizaciones diarias con viscozime, antibióticos y otros, obligándolo a asumir la totalidad del costo de ellos al actor, se debe señalar que la actora no explica cómo esta negativa constituye un incumplimiento al contrato de afiliación o los argumentos en virtud de los cuales se negó cubrir dichos costos o en base a que fundamentos estos sí debían ser costeados por la demandada y que, además, la actora no ha rendido antecedentes que permitan concluir que esta negativa constituye de manera clara y definitiva un incumplimiento contractual de la demandada, por lo que no es posible concluir que efectivamente existe un incumplimiento contractual de la demandada.

Que, a su vez, en cuanto a los reclamos que dicen relación con los cobros asociados a la cuenta por la intervención de apendicitis de [REDACTED], solicitando que se practicara correctamente la liquidación, por cuanto no se estaba dando cobertura GES a los medicamentos que [REDACTED] requería y usados en forma permanente para su tratamiento de Fibrosis Quística, la actora no ha rendido antecedentes suficientes que permitan acreditar los hechos en los cuales se funda este incumplimiento, como sería la exposición de los medicamentos



Foja: 1

ocupados y cómo estos corresponden a aquellos que normalmente han sido cubiertos por el contrato de salud, de manera que no es posible determinar la forma en que el actuar de la demandada constituye un incumplimiento al tenor del contrato materia de estos autos, por lo que, no es posible tener por acreditado esta alegación.

Que, por su parte, en cuanto a que durante el año 2016, sus hijos [REDACTED] y [REDACTED] tenían que hospitalizarse 4 y 5 veces en el año, respectivamente, como parte de su normal tratamiento, pero por efecto de los atrasos en el pago de la ISAPRE, [REDACTED] no se pudo hospitalizar en la Clínica Reñaca, por lo que tuvieron que hacer el tratamiento en forma domiciliaria, cuyos costos asociados, que no fueron asumidos por la Isapre y que, además, como la kinesióloga que trataba a sus hijos tampoco recibía el pago, por lo cual, dejó de prestar el servicio, lo que afectó notablemente la salud y el estado de ánimo de los niños, motivo por el cual, el actor, para suplir el tratamiento kinesiológico, el actor tuvo que comprar Chalecos Vibratorios Kinesiológicos, marca Afflovest talla M, de un valor de US\$8.500.-, cada uno, se debe indicar, en primer lugar, la actora no ha rendido antecedentes que permitan acreditar de manera fehaciente que con motivo de los retrasos en el pago de la Isapre no se haya podido hospitalizar a su hijo, debiendo practicarse su tratamiento en el domicilio, tampoco explicando en qué consistía este tratamiento y como se determina el costo del mismo. Que, adicionalmente, no se han acompañado antecedentes médicos que permitan acreditar que para suplir el tratamiento kinesiológico se debían comprar dichos chalecos y que, dicha compra se encontraba cubierta por el contrato de salud materia de autos. Que, de esta forma, no existen antecedentes suficientes que permitan tener por acreditados los hechos y fundamentos en los que se apoya el presente incumplimiento atribuido a la demandada.

Que, respecto a los costos de las hospitalizaciones en el Nicklaus Children's Hospital de EEUU, que fueron íntegramente asumidas por el grupo familiar del actor, es necesario indicar que se han acompañado diversos antecedentes que dan cuenta de los costos de dichas hospitalizaciones. Que sin perjuicio de lo anterior y conforme consta de expediente electrónico arbitral N° 14355-2016 tramitado ante la Superintendencia de Salud, en que mediante resolución de fecha 29 de agosto de 2018, se señala que mediante carta fechada de 14 de septiembre de 2016, emitida por la Isapre en respuesta a su carta del 24 de agosto de ese año, se informó a la actora que de acuerdo a lo estipulado en el contrato de salud la bonificación aplicable a las prestaciones médicas que se otorguen en el extranjero, será exclusivamente la contemplada en su plan de salud AD 20 (978 719 50 978), bajo la modalidad de reembolso, respecto de aquellas



Foja: 1

atenciones contenidas en el arancel de referencia asociado a dicho plan. En cuanto a los pagos que eventualmente sean procedentes, Consalud le informó que se harán en moneda nacional, al cambio oficial vigente a la fecha de otorgamiento de las atenciones, debiendo acreditarse el gasto incurrido a través de una boleta o factura original emitida por el profesional o prestador, en la que se registren los datos de este último y del paciente, las prestaciones involucradas y su fecha de otorgamiento y la cantidad y precio de las mismas. Además, le indicó que el reembolso debe ser solicitado dentro de los sesenta días corridos siguientes a la emisión de la boleta o factura, y que de no ser así, se pierde el derecho a recibir la bonificación. Que, además, la Isapre señaló que los documentos emitidos en el extranjero deben ser certificados por las autoridades locales competentes, luego por el Consulado de Chile o por el Consulado del país de origen del documento acreditado en Chile, y posteriormente por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile (Departamento de Legalizaciones). Asimismo, estos documentos legalizados en la forma antes indicada, deberán acompañarse debidamente traducidos al castellano.

Que, luego de lo anterior, la Superintendencia de Salud resuelve que, en primer lugar, de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente, las Instituciones de Salud Previsional no están obligadas a bonificar las prestaciones médicas otorgadas a sus beneficiarios en el extranjero, conforme a lo dispuesto en el inciso 2° del artículo 190 de la Ley de Isapres, contenida en el D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud. Que, de este modo, producto de la precitada disposición legal, **si estando en el extranjero un beneficiario recibe atenciones de salud, no podrá exigir reembolso alguno de su Isapre, a menos que en el respectivo plan de salud se contemple cobertura internacional, estipulación específica y excepcional conforme a la cual la Institución estará obligada a financiar dichas prestaciones, sujetándose la solicitud al procedimiento que al efecto determinela Isapre.** Que, de esta manera, para la procedencia de los gastos incurridos por la actora en la atención de sus hijos en el extranjero, es necesario dar cumplimiento al procedimiento determinado por la Isapre, sin que conste en estos autos que el actor haya acompañado antecedentes que den cuenta que haya dado estricto cumplimiento a los antecedentes requeridos por la demandada para proceder a su reembolso, por lo que se negará lugar este incumplimiento, por cuanto la negativa de la demandada se justifica en la falta de los antecedentes en la forma requerida para proceder a su pago.

Que, asimismo, la actora ha alegado el incumplimiento de la demandada consistente en la falta de cobertura total de la intervención quirúrgica de las fosas paranasales del hijo del actor, procedimiento que



Foja: 1

consistió en extraer las mismas y aprovechar la oportunidad para corregir su tabique, de manera que el hijo del actor pudiera respirar mejor y evitar futuras infecciones, y que la demandada en forma unilateral y arbitraria, resuelve dividir la cuenta en dos según el siguiente detalle: 1.- Primera parte que sitúa del día 15 al 24 de Julio, ingresando con diagnóstico “Fibrosis Quística” y, por tanto, la cubre; y 2.- Una segunda parte, que la sitúa del día 25 al 12 de Agosto ingresada con diagnóstico “Operación Estética de nariz” y por lo no la cubre, asignándole un copago de \$5.000.000.-, costo que en su mayor parte procede del costo de todos los antibióticos intravenosos utilizados en la operación y durante el periodo que va desde el 17 al

24 de Julio, sin que exista una argumentación profesional, técnica, razonable ni lógica para haber realizado esta división de costos, ni mucho menos para haber inventado un cobro sobre una prestación médica resuelta por los profesionales médicos y que perseguía recuperar la ya mermada salud de su hijo y no su belleza física. Que, a fin de acreditar este incumplimiento, la actora ha acompañado carta de fecha 11 de julio de 2018, donde reclama a la Isapre lo anteriormente expuesto, acompañando además, estado de cuenta de las atenciones recibidas por su hijo en dicha ocasión, que si bien estos antecedentes corroboran lo expuesto en la demanda, dichos antecedentes corresponden a reclamaciones efectuadas por la propia demandante, sin que consten otros antecedentes que ratifiquen sus alegaciones como los serían certificados médicos que determinen que dicha intervención era necesaria para fines de restauración de salud atendida la enfermedad que afectaba al hijo del actor y conforme a los cuales dichos costos deberían ser asumidos en su totalidad por la Isapre demandada. Que, en este sentido, la prueba rendida por la actora es insuficiente para acreditar el incumplimiento imputado a la demandada

Que, por su parte, en cuanto a la carta remitida a Consalud, para revisar y descontar los valores de copago de la liquidación de la cuenta N° 749106, emitida con fecha 15 de Abril del 2016, por el tratamiento GES recibido en la Clínica de Reñaca, por su hija [REDACTED], el que correspondía que la totalidad del costo sea asumido por la ISAPRE y/o la cobertura GES-AUGE, se debe señalar que la actora acompañó copia de carta de respuesta de Isapre Consalud, de fecha 22 de abril de 2016, en que indica que revisados los antecedentes, informan que el motivo de la demora en la valorización de la cuenta médica N°749106, correspondiente a las prestaciones realizadas a [REDACTED], en la Clínica Reñaca, se debió a que su contraloría médica detectó una inconsistencia en los valores cobrados por el prestador respecto a lo convenido con la Isapre, debiendo realizar distintas gestiones administrativas que generaron un retraso en la valorización de ésta y



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

Código: JNYXXLLRNGQ

Foja: 1

que, la referida cuenta médica se encuentra valorizada y bonificada por la Isapre conforme a la cobertura GES activa y vigente para su beneficiaria, encontrándose lista para ser emitida en cualquiera de sus sucursales desde el día 06 de abril de 2016.

Que, de esta forma, consta que efectivamente no se dio la correcta cobertura a las atenciones de la menor beneficiaria del contrato de salud, por lo que se encuentra efectivamente **acreditado un incumplimiento contractual sobre este punto.**

Que, asimismo, en relación a que con fecha enero de 2016, la Isapre modificó unilateral el prestador asignado para la cartilla 5 1T1- “Tratamiento Fibrosis Quística Severa” asignándolo como ~~prestador~~ para el tratamiento de sus hijos la Clínica Dávila en Av. Recoleta 464, Santiago y que, nuevamente tuvieron que presentar un DÚODECIMO reclamo a la Superintendencia de Salud, la que falló a su favor, obligando a la Isapre a mantener como prestador GES de sus dos hijos a la Clínica de Reñaca, lo que efectivamente consta en fallo de expediente electrónico arbitral N° 200139-2016, incorporado en estos autos mediante oficio de la Superintendencia de Salud, **acreditándose un incumplimiento del contrato de afiliación celebrado con el actor.**

Que, conforme a lo razonado previamente, el actor ha podido acreditar la existencia de dos omisiones en el tratamiento de sus hijos, consistente en la demora en la valorización de la cuenta médica N°749106, correspondiente a las prestaciones realizadas a [REDACTED], en la Clínica Reñaca y la modificación unilateral del contrato de afiliación en relación al prestador asignado para la cartilla 5 1T1- “Tratamiento Fibrosis Quística Severa”.

VIGÉSIMO OCTAVO: Que, resuelto el primer punto del incumplimiento atribuido a la demandada, procede analizar el segundo de los puntos, consistente en la **responsabilidad relativa a los reembolsos de boletas de honorarios no efectuados.**

Que, señala el actor que el tratamiento de sus hijos consideraba varias sesiones diarias de kinesiología, la profesional que las realizaba reunía varias sesiones y hacía una sola boleta por todas ellas. A pesar de hacerse 6 sesiones diarias, ella resolvió hacer una boleta cada 10, es decir, tres a la semana, quedando un saldo para la semana siguiente. Así se hizo por 20 años de tratamiento. Que, por su parte, la Isapre, al depositarse la boleta de honorarios y pagaba automáticamente después de unos días. Que, posteriormente, pasaba un tiempo en el que la Isapre no hacía nada y esperaban que fueran a preguntar, luego la procesaban y ahí pagaban. Que, los atrasos iniciales eran de un par de días, pero luego fueron aumentando a un mes, luego dos, hasta llegar a un año. Hace 3 años, se demoraban entre 6 y 7 meses en pagar boletas, pero desde esa fecha, lisa y llanamente dejaron de pagar y, de



Foja: 1

ahí en adelante, todas las actuaciones debían hacerse por escrito. Eso implicó que la kinesióloga quedara sin pago, por un período de siete meses, con los consiguientes problemas en la relación con la profesional tratante. La Isapre dejó de pagar boletas, ya que la orden médica establecía 6 sesiones diarias de kinesiología, y se presentaban boletas cada 10 sesiones, pero así había sido el mismo procedimiento utilizado los últimos 20 años. En resumen, pagaron solo seis sesiones, quedando las otras pendientes. Después de siete meses de tramitación, le pidieron cambiar la forma en que la Kinesióloga confeccionaba las boletas, que hiciera una boleta por cada seis sesiones. Y después de que empezó a presentar las nuevas boletas, una cada seis sesiones, con la fecha en la que cada prestación se había efectivamente realizado, la Isapre pidió que se “pusiéramos al día”, lo significaba pagar, en un sólo mes, todas las sesiones realizadas durante siete meses de trabajo y que generaba un problema a la profesional, porque equivalía a recibir el pago de 7 meses de trabajo en un mismo mes, lo que le generaba un problema tributario.

Señala cronológicamente los incumplimientos atribuidos a la Isapre, desde 1 de julio de 2016 hasta el 2019, en relación al reembolso de 48 boletas de kinesiología de la profesional Marisol Bustos Fajardo por un monto aproximado de \$9.600.000.-, lo que implicó que solo pudiera financiar un tratamiento parcial, lo que significó menores sesiones de kinesiología para sus hijos y, finalmente, suspender los servicios de la profesional, con graves consecuencias para la salud de su hijo, reduciendo su capacidad pulmonar a un 50%. Que, en el año 2018, tuvieron problemas por el retraso de los pagos, por lo que se comunicaron con el Call Center de la Isapre y lograron que las procesaran en un corto plazo. En ese mismo período Consalud los contactó indicando que la kinesióloga debía ponerse al día con las boletas que estaban pendientes y que, a su vez, hiciera todas las boletas de los siete meses que estaban impagas en un mes. Sostiene que, lo anterior no fue posible cumplirlo, porque eso le generaba a la profesional un problema tributario (Cambio de tramo) y, además, porque la kinesióloga no se atrevía a emitir tantas boletas sin tener la certeza de que la Isapre pagaría, lo que implicaría que ella no podría pagar los impuestos correspondientes por esos honorarios. Por lo tanto, para poder salvar la situación tuvieron que comprometerse a cubrir los impuestos si la Isapre no cancelaba. Y efectivamente así ocurrió. La Isapre no canceló y tuvieron que pagar los impuestos por un monto de \$870.000.-, es más, a la fecha, aun no se han pagado algunas boletas, con el perjuicio económico que eso les implicó. Todo con el propósito de que sus hijos siguieran recibiendo su tratamiento oportunamente.

En ese escenario, los atrasos de la ISAPRE generaron una situación económica y tributaria, tanto al actor como a la kinesióloga,



Foja: 1

que es de difícil reparación, con deudas pendientes y con cobros que no puede poner al día frente al Servicio de Impuestos Internos (para la kinesióloga). A la fecha, las últimas boletas, tanto del año 2018 como las del 2019, específicamente las presentadas en el mes de abril, aún no se encuentran pagadas, por un monto de \$ 4.800.000.-;

Afirma que, hay un procedimiento establecido, deliberado y sistemático de entabrar y atrasar los pagos, buscando quizás que, por cansancio, abandonen su plan o el sistema de salud, pero esa opción es imposible. Primero, por la afección que tienen sus hijos y, segundo, que, como la Isapre lo sabe, ninguna otra institución de salud lo recibiría por la preexistencia de la enfermedad de sus hijos, convirtiéndolo entonces en un cliente cautivo sin ninguna otra opción que aceptar sus arbitrarias decisiones y sus excesivos e injustificados cobros, no sin antes someter, a todo su grupo familiar, a brutales situaciones de estrés y de angustia.

VIGÉSIMO NOVENO: Que, por su parte, la demandada ha alegado que, en una revisión de auditoría, en relación con las consultas kinesiológicas y el reembolso de las boletas solicitadas se pudo detectar que el área de Reembolso Web de su representada procede a levantar una alerta por el alto volumen de prestaciones bonificadas. En efecto, el auditor de la demandada, don Claudio Márquez, vuelve a detectar un patrón irregular en el reembolso de las boletas por kinesiología, ingresadas a contar del mes de julio de 2016, que del análisis efectuado se concluye inconsistencia en los cobros y dos boletas duplicadas, porque las sesiones que se indican se cobraban simultáneamente en otros documentos. En el set de 42 boletas analizadas se contiene algunos documentos de marzo y abril de 2016.

Que, en conversaciones con el abogado del actor, la Isapre Consalud le solicita una serie de antecedentes médicos, razón por la cual se estarían reteniendo los reembolsos, pero la actora alega que dichos antecedentes ya habrían sido entregados y que, además, al ser muy general la solicitud de antecedentes médicos, le pidió a la Isapre remitirle algún formato o documento tipo para completar la información requerida, indicando la Isapre los motivos que hacen necesaria la entrega de los antecedentes médicos solicitados y que han sido solicitados en más de una oportunidad.

Señala que, se presentaron boletas de honorarios por prestaciones kinesiológicas de diez sesiones cada una, en circunstancias que la receta extendida en abril de 2015 por la Dra. Viviana Lezana Soya, prescribe la realización de sólo seis sesiones, orden médica que, por lo demás, se encuentra caduca. Que, conforme al Compendio de Instrumentos Contractuales de la Superintendencia de Salud, que contiene las Condiciones Generales del Contrato de Salud en su Anexo del Capítulo I, artículo 11° letra b), para que las Isapres se encuentren obligadas a



Foja: 1

reembolsar las atenciones brindadas a sus beneficiarios debe adjuntarse, entre otra, información sobre el nombre y fecha de las prestaciones otorgadas, indicando, que las boletas entregadas a reembolso por el reclamante, y el señor [REDACTED], solo hace referencia a la cantidad de prestaciones brindadas a sus hijos, sin detallar la fecha ni su individualización y que por ello es necesario que el cotizante exija al prestador –kinesióloga- que especifique en la boleta emitida o en otro documento auténtico, v. gr. informe o certificado, que indique la fecha de las prestaciones brindadas a cada uno de los pacientes así como su nombre y naturaleza o, a lo menos, su código. Agrega que, la autorizada fiscalizadora concluye que de no cumplirse con lo anterior, la Isapre puede, legítimamente, no realizar el reembolso hasta que dicha información le sea proporcionada, lo cual no ha ocurrido hasta la fecha, de modo que la Isapre no está obligada a reembolsar boletas, en tanto la contraria no cumpla con acompañar los antecedentes solicitados. Acorde con ello, establece que no puede ser efectivo que su representada haya implementado un procedimiento deliberado y sistemático de entabrar y atrasar los pagos.

Concluye que, las razones para no proceder al reembolso solicitado, es que, el actor no ha cumplido a la fecha con lo requerido para proceder a tal pago.

Reitera que, el problema tributario de la kinesióloga al emitir sus boletas como en derecho corresponde no es de responsabilidad de la Isapre, y por ello la Isapre no ha incumplido obligación contractual alguna con el actor, y que, precisamente quien no ha cumplido es el demandante con su obligación de entregar los antecedentes requeridos.

TRIGÉSIMO: Que, a fin de acreditar su dichos la actora ha rendido prueba documental, referida en el considerando séptimo, en que se destaca Carta de fecha 23 de septiembre de 2016, remitida a al Superintendencia de Salud, ante la disconformidad de la respuesta recibida por Isapre Consalud con fecha 20 de septiembre de 2016, señalando la Isapre reembolsó 420 prestaciones kinesiológicas practicadas a sus hijos, correspondiente a 42 boletas de honorarios N° 2541 a 2593, por la suma de \$6.559.879.-, en situación que se debían rembolsar \$6.720.000.-, adeudando 160.121.-. Indicando que cada hijo recibe 6 prestaciones kinesiológicas por día, y que por costumbre se agrupan en 10 sesiones kinesiológicas por boleta.

Que, además, acompañó copia de carta de fecha 3 de octubre de 2016, ingreso N° 14745, en que la actora presenta ante la Superintendencia de Salud, su disconformidad ante la carta de respuesta de la Isapre Consalud de fecha 27 de septiembre de 2016, en base al miso concepto expresado en carta entregada a la Superintendencia con fecha 26 de septiembre de 2016. Aclara que se hizo entrega de dos boletas de honorarios adicionales cuya emisión fue solicitada para



Foja: 1

efectos de reemplazar las boletas N° 2594 y 2615, las que fueron emitidas con error, provocado por el error involuntario de la kinesióloga al repetir en estas dos boletas la fecha de atenciones practicadas en otras boletas anteriores. Agrega que, se presentaron 880 prestaciones kinesiológicas valoradas en \$17.600.000.- de las que se deberían haber reembolsado un total de \$14.080.000.-, pero solo se procedió al reembolso de \$8.640.270, quedando pendiente el reembolso por la suma de \$5.439.730.-.

Que, la actora también acompañó carta de fecha 17 de noviembre de 2016, emitida por la Isapre Consalud, en que informa que en cuanto a boletas emitidas por doña Marisol busto Fajardo, no pueden ser objeto de bonificación, debido a que las boletas para reembolso no acompañan con una recete vigente a la fecha de otorgamiento de las prestaciones kinesiológicas.

Que, también se acompañó carta de fecha 11 de julio de 2017, emitida por el actor a la Isapre Consalud en que solicita que se ordene el inmediato ingreso, procesamiento y reembolso, de las solicitudes de reembolso, entregadas y depositadas por sobres N° 2017433427 y N° 2017433423, en sus oficinas de la Sucursal Viña del Mar, en atención que los documentos incluidos en ellas, corresponden a las boletas de honorarios, asociadas al tratamiento Kinesiológico habitual de sus hijos y que, de acuerdo a las normas y gestiones de tramitación habitual, definidas por la misma ISAPRE, para reembolsos solicitados a través de este mecanismo, deberían tener un tiempo medio máximo de procesamiento (ingreso, registro y pago) de 6 o 7 días hábiles; y a la fecha ya se ha cumplido más de un mes y medio de plazo, sin que de acuerdo a la información entregada a través de numerosas consultas realizadas a la ISAPRE, estos documentos hayan sido procesados. Que, el sobre N° 2017433427, contiene 82 boletas de honorarios, de 6 sesiones cada una, por un valor total aproximado \$9.840.000.-. Que, el sobre N° 2017433423, contiene 70 boletas de honorarios, de 6 sesiones cada una por un valor total aproximado de \$8.400.000.-. Agrega que, realiza esta solicitud en carácter de URGENTE, ya que la retención de los documentos y la consecuente demora, en el proceso de tramitación y pago, genera un considerable perjuicio económico, que impide pagar la continuación del tratamiento kinésico requerido diariamente por sus hijos, a la profesional a cargo.

Que, adicionalmente, la actora acompañó carta de fecha 17 de agosto de 2016, remitida por José Luego Mai, en representación del actor de autos a Isapre Consalud, mediante la cual presenta de manera formal un reclamo por el no pago de los reembolsos de las boletas de honorarios presentadas el día 1 de y 27 de julio de 2016. Que, las referidas boletas corresponden al tratamiento kinesiológico de los hijos de su representado, [REDACTED] y [REDACTED]



Foja: 1

██████████. Solicita proceder a su reembolso a la brevedad ya que, la demora de más de 30 días en el reembolso, y la acumulación del equivalente a dos meses corridos de concepto, además de causar a su cliente un grave perjuicio económico que tendrá como consecuencia la suspensión del tratamiento, por imposibilidad económica de seguir cancelando los servicios de la profesional a cargo, a contar del día viernes 27 del presente, con todas las consecuencias que ello pueda acarrear para la salud de los hijos de su representado, los que dependen de este tratamiento para mantener su actual estado de salud.

Que, además, la actora rindió prueba testimonial, referida en el considerando noveno, en que declaró el testigo don **Andrés Vita Haeussler**, quien fue psicólogo del hijo del demandante, quien declara que se presentaban retrasos en los reembolsos de las boletas, sobre todo desde el año 2019, y fines del año 2018. En las sesiones comenzó a surgir como tema de estrés en ██████████ los problemas que estaban teniendo sus padres con la Isapre, relatando problemas de reembolsos de psicología y kinesiología de pagos de hospitalizaciones y en la hospitalización del año 2020; y oposición por parte de la Isapre para concretar una hospitalización que requería ██████████ por su estado de salud de la fibrosis quística.

Que, además, declaró la testigo doña **Marisol Del Pilar Bustos Fajardo**, quien se desempeñó como kinesióloga de los hijos del actor, quien indicó que se enteró de incumplimientos posterior al envío de su boleta de honorarios para el reembolso en la Isapre, ya que le comenta el afiliado que pasan algunas semanas y el reembolso no se hace efectivo, para lo cual llama por telefónico consultado y también se dirige presencialmente a la Isapre y le comentan porque muchas veces el reembolso no se realiza por: 1. Rechazo de la boleta, por estar mal emitida, o 2. Porque existe un retraso por parte de la institución. Que, desde el año 2016 al año 2018 el afiliado le comunica de los incumplimientos en semanas, luego en más de un mes y hasta que se detuvo, cuando se tuvo que retirar el año 2018. Que, en el año 2018 el Sr. ██████████ le comunica que no puede seguir con las atenciones por parte del profesional kinesiólogo por el tema económico, quedando los pacientes sin tratamiento kinesiológico de un profesional en su tratamiento permanente.

Señala que, en el tratamiento kinésico respiratorio, consta de un primer pilar que es la higiene bronquial. Las omisiones que ha tenido la Isapre ha sido quedarse sin el tratamiento de kinesiológica permanente. A veces no llegaban los nebulizadores, con los cuales no podía realizar la kine, los antibióticos también tenían que tramitar más o que ese medicamento ingresara o llegara y todo eso era como un trámite y tenían que esperar el medicamento específico. Agrega que,



Foja: 1

una vez le rechazaron una boleta por la letra no tan legible y otra para agregar códigos que faltaban de la presentación.

TRIGÉSIMO PRIMERO: Que, por su parte, la Isapre demandada, con el fin de acreditar sus alegaciones de defensa, ha rendido prueba documental, referida en el considerando octavo, en que se destaca copia del expediente electrónico iniciado por el reclamo de 21 de septiembre de 2016 del demandante, N° 201761, seguido ante la Superintendencia de Salud, que corresponde al reclamo presentado por don [REDACTED] en contra de Isapre Consalud, por no efectuar el reembolso completo de las boletas que dan cuenta de las atenciones kinesiológicas que reciben sus hijos y beneficiarios, la señorita [REDACTED] y el señor [REDACTED], ambos [REDACTED], a raíz de la Fibrosis Quística que padecen. Que, la Isapre confunde la forma de cobrar las atenciones por parte de los kinesiólogos –de a diez sesiones- con la cantidad de sesiones realizadas diariamente a los pacientes –seis sesiones diarias a cada uno-. Además, señala que Consalud le solicita una serie de antecedentes médicos, razón por la cual se estarían reteniendo los reembolsos, pero dichos antecedentes ya habrían sido entregados. Por otra parte, al ser muy general la solicitud de antecedentes médicos, le pidió a la Isapre remitirle algún formato o documento tipo para completar la información requerida.

Que, mediante resolución contenida en ORD.: /A5R N° 1491 de fecha 5 de diciembre de 2018, la Superintendencia señaló que, el conflicto entre éstas dice relación, por una parte, con la cantidad de prestaciones que deben ser bonificadas por esa Isapre y, por otra, la documentación requerida por Consalud al afiliado. Que, en dicha resolución, se resolvió que para que las Isapres se encuentren obligadas a reembolsar las atenciones brindadas a sus beneficiarios, debe adjuntarse, entre otras, información sobre el nombre y fecha de las prestaciones otorgadas. De lo expresado por las partes, las boletas entregadas a reembolso por el reclamante, señor [REDACTED], solo hace referencia a la cantidad de prestaciones brindadas a sus hijos, sin detallar la fecha ni su individualización. En ese sentido, es necesario que el cotizante exija al prestador –kinesióloga- que especifique en la boleta emitida o en otro documento auténtico, v. gr. informe o certificado, que indique la fecha de las prestaciones brindadas a cada uno de los pacientes así como su nombre y naturaleza o, a lo menos, su código. De no cumplirse con lo anterior, la Isapre puede, legítimamente, no realizar el reembolso hasta que dicha información le sea proporcionada.

Agrega que, en cuanto a la solicitud de la documentación complementaria requerida al afiliado, de la que da cuenta el numeral 2 del presente Oficio, se ha de señalar que el inciso 5° del artículo 190 del DFL N° 1, establece que cada vez que un afiliado o beneficiario



Foja: 1

solicite a una Isapre un beneficio cualquiera en virtud del contrato de salud, ésta se entenderá facultada para requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la información médica necesaria para decir respecto de la procedencia de tal beneficio. Agrega dicha norma que si la Isapre considera que la información entregada por el prestador es incompleta, imprecisa o no se ajuste a la verdad, podrá designar un médico cirujano independiente de las partes para que revise la Ficha Clínica. Consecuencialmente, atendido lo precedentemente señalado, **se instruye a la Isapre Consalud S.A. para que requiera directamente a los prestadores que otorgaron las atenciones a los beneficiarios del reclamante, señorita [REDACTED] y señor [REDACTED], ambos [REDACTED], las certificaciones o informes que requiera para determinar la procedencia de la cobertura requerida.** Sin perjuicio de lo anterior, **los informes requeridos al reclamante referentes a la asistencia de cada uno de sus beneficiarios a los respectivos establecimientos educacionales y los períodos de ausencia de éstos, deben ser entregados por éste en un plazo no superior al del cumplimiento de la instrucción contenida en el presente acto.**

Que, además, la demandada acompañó copia de la solicitud N° 5033097 de 19 de julio de 2019 que contiene carta de reclamo del demandante de fecha 16 de julio de 2019, conforme a la cual el actor señala que las boletas presentadas por prestaciones de kinesiología se han consignado las respectivas fechas de realización de las prestaciones asociadas y que, por otra parte, por tratarse de un tratamiento habitual de carácter permanente y que dado buenos resultados, sin variar durante los últimos 20 años, ni en relación a la terapia ni a los ejercicios o códigos de reembolso asociados. Que, también se acompañó la carta de respuesta de Isapre Consalud de fecha 1 de agosto de 2019, mediante la cual la Isapre señala que solicitó a la Superintendencia su intervención para la solicitud de antecedentes a los prestadores médicos, debido a la dificultad que ha tenido para obtener dichos antecedentes, lo que fue negado bajo el argumento que la Isapre tenía la facultad para ejercer dicha atribución. Que, por dicha razón, solicita diversos antecedentes al actor, consistentes en informes médicos que den cuenta de forma cronológica de la evolución de los pacientes, los requerimientos de hospitalizaciones y requerimientos de kinesioterapia, los antibióticos prescritos por indicación médica para los años 2013, 2014, 2015 y 2016, resultados de exámenes relevantes de los últimos 18 meses certificado en que consten la asistencia de sus respectivos establecimientos educacionales y los periodos de ausencia, certificado de kinesiología que indique horarios de atención de los pacientes y duración.



Foja: 1

Que, también se acompañó, copia de carta respuesta remitida por Isapre Consalud al demandante de fecha 1 de agosto de 2019, en que en referencia a presentación de un sobre con boletas de honorarios por prestaciones kinesiológicas con orden médica que las prescribía. Señala que la revisión de los documentos muestra diversas inconsistencias, por lo cual se han solicitado más antecedentes al médico tratante. Una vez que esto sea recibió, se procederá el pago si procede.

Que, asimismo, acompaña copia de la solicitud N° 5053651 de 12 de agosto de 2019 que contiene carta de reclamo del demandante de fecha 12 de agosto de 2019 y la carta de respuesta de Isapre Consalud de fecha 3 de septiembre de 2019, conforme a la cual informa que se han recibido las recetas médicas y boletas de honorarios kinesiológicas, pero la Isapre vuelve a solicitar los mismos antecedentes antes señalados.

Que, junto a lo anterior, la demandada acompañó copia de la solicitud N° 5087256 de 17 de septiembre de 2019 que contiene carta de reclamo del demandante de fecha 13 de septiembre de 2019 y la carta de respuesta de Isapre Consalud de fecha 4 de octubre de 2019, en relación a requerimiento de antecedentes desde hace 7 años atrás, que la doctora Lezana dejó de ser la médico de sus hijos y que le corresponde a la Isapre solicitar la información, no al actor. Que, por su parte, la Isapre responde que no se han cuestionado los diagnósticos, pero han existido situaciones poco frecuentes que han ameritado información complementaria, para velar que los beneficios solicitados se ajusten a las indicaciones médicas y la condición de salud de los beneficiarios. Agrega que solicita que se hayan llegar la totalidad de las boletas pendientes para poder procesarlas y pagarlas, según corresponda.

Que, adicionalmente, la demandada acompañó copia de la solicitud N° 5114655 de 17 de octubre de 2019 que contiene carta de reclamo del demandante de fecha 17 de octubre de 2019, en que el actor señala que la Isapre ha dejado de reembolsar las boletas de honorarios por el tratamiento kinesiológico de sus hijos, que se han presentado boletas con fecha 15 de abril del 2019, sin tener respuesta la Isapre a la fecha de dicha presentación, agregando que por los retrasos en el pago de las boletas de honorarios tuvo que suspender los servicios profesionales de la kinesióloga que los atendía al no poder pagar sus honorarios. Que, también se acompañó la carta de respuesta de Isapre Consalud de fecha 11 de noviembre de 2019, mediante la cual señala que los documentos entregados para su reembolso no podrán reembolsarse debido a irregularidades detectadas en la orden médica, sin indicar nada más.

Que, junto a la prueba documental antes señalada, la demandada Isapre Consalud rindió prueba testimonial referida en el considerando undécimo, en que compareció el testigo don **Claudio Antonio**



Foja: 1

Márquez Pérez, quien declaró que tomaron conocimiento de una inusual cantidad de boletas presentadas por el señor [REDACTED] y que, antes de esta denuncia, el cliente siempre recibió cobertura por sus prestaciones en los plazos convenidos, pero que en este caso en particular, se solicita hacer una revisión para verificar que se encuentre todo en orden, es en este proceso en donde identificaron algunas inconsistencias en algunas de las boletas presentadas por el afiliado, en específico, atenciones que estaban cobrando y que estaban duplicadas, otras inconsistencias en las fechas de las atenciones que se registraban en las boletas y además una orden médica que se adjuntaba a las boletas que tenía una antigüedad de una año la orden. Que, estos hechos les hacen comenzar una investigación.

Agrega el testigo que, después de estos hechos, el abogado del señor [REDACTED] se presenta en una de las sucursales solicitando explicación de unos supuestos retrasos en el pago de algunas boletas de su cliente. Que, se solicitaron más antecedentes por parte de la isapre y además se pagaron las bonificaciones de parte de estas boletas, como lo solicitó el abogado y esperaron recibir la información que solicitada, la cual no llegó, porque el abogado insistía en que la isapre tenía información suficiente para proceder con los reembolsos, situación que no era así, porque además durante este proceso identificaron una orden médica falsa a nombre de los menores, lo que hacía absolutamente necesario contar con la información solicitada para resolver. Que, la Isapre Consalud de todas formas efectuó el reembolso de las prestaciones que correspondían. Que, además que, aparte de existir inconsistencias en los documentos previamente mencionados, también se observó una inconsistencia entre las sesiones kinesiológicas que el médico tratante prescribió, que eran 6, versus lo que la kinesióloga registraba en las boletas de cobro, que eran 10 sesiones. Que, se solicitó un informe emitido por la universidad y colegio de los hijos del actor, resultados de exámenes específicos de la fibrosis, los que fueron solicitados por el médico contralor, era un listado de varias cosas, certificado del médico tratante, cantidad de sesiones que requerían los menores, medicamentos que les prescribía el médico, cuántas veces al día, los que no fueron hechos llegar a la isapre.

Que, también declaró el testigo don **Luis Fernando Cobeñas Castro**, quien señaló que el área de reembolso estaba sufriendo una etapa de transformación, donde se buscaba digitalizar y respaldar la documentación de los reembolsos, para lo cual existía intervención de un proveedor externo, la isapre recibía las solicitudes digitalizadas y tenían que solicitar la documentación original al proveedor externo para poder certificar la documentación. Que, la solicitud del actor tenía un comportamiento no habitual, el cual era que presentaba muchas boletas, veinte, treinta boletas, a comparación de las solicitudes normales, que



Foja: 1

era una solicitud, una boleta. Que, al tener ya la documentación original el área de reembolso tenía que validar que venga con todos los antecedentes necesarios, en este caso en particular, órdenes médicas, detalles de las prestaciones, o incluso certificado médico. Si esto no se cumplía, se tenía que solicitar los antecedentes, lo cual en muchas oportunidades no fueron adjuntadas o no correspondían, lo cual ampliaba el plazo para darle una respuesta al afiliado, al señor [REDACTED]. Que, si cumplía con los antecedentes por la cantidad de sesiones y el diagnóstico, se requería apoyo técnico por parte del equipo médico de Consalud, los cuales tenían que evaluar, si con la documentación adjunta, era suficiente para poder dar cobertura al reembolso. Que, se solicitaba por la parte médica, órdenes médicas actualizadas ya que muchas veces se presentaban órdenes médicas emitidas con una antigüedad de más seis meses. Que, otro factor a considerar era que, por la cantidad de boletas de honorarios manuales y los correlativos consecutivos de estos debían ser validados con el equipo de auditoría para poder certificarlo ante el Servicio de Impuestos Internos. Toda esta interacción con las partes técnicas, aplazaba los plazos para poder dar una respuesta al reembolso solicitado por la cantidad de boletas presentadas. Finalmente si cumplía con todos los requisitos y aprobaciones por la parte técnica se procedía al pago del reembolso.

Agrega que, cuando posteriormente se le requerían por el área a su cargo los antecedentes faltantes el afiliado los entregaba, pero normalmente no eran actualizados o esperaba que se asumiera que teníamos ya los antecedentes, eso pasaba mucho, por lo cual se requería apoyo de la parte médica. Cuando no cumplía al cien por ciento, no se puede reembolsar, ya que debían respaldar todo reembolso ante eventuales fiscalizaciones. Que, las órdenes médicas indicadas con antigüedad superior a seis meses no eran suficientes para respaldar los reembolsos solicitados y el actor no cumplía con entregar los antecedentes solicitados. Que, la cantidad de sesiones presentadas en las boletas para lo cual la parte médica destacaba que no correspondía al diagnóstico presentado, que eran de hasta 10 sesiones por día.

TRIGÉSIMO SEGUNDO: Que, conforme a los antecedentes latamente expuestos, consta que desde el año 2016 la Isapre empezó a retrasar el pago de las boletas emitidas por la kinesióloga tratante de los hijos del demandado, cuyos reclamos fueron presentados a la Isapre, conforme consta de las cartas de fechas 3 de octubre de 2016, 23 de septiembre de 2016, 11 de julio de 2017 y 17 de agosto de 2016. Que, lo anterior, se ve corroborado por la declaración de los dos testigos presentados por la actora don Andrés Vita Haeussler y doña Marisol Del Pilar Bustos Fajardo, en especial, esta última que se desempeñaba como kinesióloga de los hijos del actor y beneficiarios del



Foja: 1

contrato de salud suscrito con la Isapre demandada, quien declaró que desde el año 2016 al año 2018 el afiliado le informó incumplimientos de la demandada, se demoraban semanas en los pagos, luego en más de un mes y hasta que se detuvo, cuando en el año 2018 el Sr. [REDACTED] le comunica que no puede seguir con las atenciones por parte del profesional kinesiólogo por el tema económico, quedando los pacientes sin tratamiento kinesiológico de un profesional en su tratamiento permanente.

Que, por su parte, la demandada ha alegado que se hizo una auditoria atendida la cantidad de las boletas presentada por la actora para su reembolso, atendido que no se acompañaban antecedentes que justificaran dichas atenciones y que, además, se debían acompañar una serie de antecedentes necesarios para proceder a su reembolso, consistente en diversos certificados y antecedentes médicos, argumentando que la Isapre puede, legítimamente, no realizar el reembolso hasta que dicha información le sea proporcionada y que a la fecha el actor no ha cumplido a la fecha con lo requerido para proceder a tal pago. Que, sin perjuicio de lo antes señalado, consta de los antecedentes aportados por la misma demandada, en especial ORD.: /A5R N° 1491 de fecha 5 de diciembre de 2018, la Superintendencia resolvió para que las Isapres se encuentren obligadas a reembolsar las atenciones brindadas a sus beneficiarios, debe adjuntarse, entre otras, información sobre el nombre y fecha de las prestaciones otorgadas. De lo expresado por las partes, las boletas entregadas a reembolso por el reclamante, señor [REDACTED], solo hace referencia a la cantidad de prestaciones brindadas a sus hijos, sin detallar la fecha ni su individualización. Que, en cuanto a los antecedentes previamente solicitados, cada vez que un afiliado o beneficiario solicite a una Isapre un beneficio cualquiera en virtud del contrato de salud, ésta se entenderá facultada para requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la información médica necesaria para decir respecto de la procedencia de tal beneficio y que, si la Isapre considera que la información entregada por el prestador es incompleta, imprecisa o no se ajuste a la verdad, podrá designar un médico cirujano independiente de las partes para que revise la Ficha Clínica. Que, en esa misma resolución, la Superintendencia es clara en señalar que corresponde a la Isapre requerir directamente a los prestadores de Salud de las atenciones a los afiliados, certificaciones e informes para determinar la procedencia de la cobertura requerida.

Que, sobre este mismo punto, el Compendio de Instrumentos Contractuales de la Superintendencia de Salud, que contiene las Condiciones Generales del Contrato de Salud en su Anexo del Capítulo I, artículo 11° letra b) *“Opera cuando el afiliado paga el valor ~~td~~ de la prestación en forma directa al prestador, solicitando*



Foja: 1

posteriormente a la isapre el reembolso de la bonificación que le corresponde, de conformidad con su Plan de Salud. Para estos efectos, el beneficiario debe entregar a la isapre la boleta o factura original del prestador individual o institucional u otros documentos auténticos que den cuenta del pago, los que quedarán en poder de la isapre como respaldo de la gestión realizada. Asimismo, en este documento o en otro que complemente al auténtico, ambos emitidos por el prestador de salud, debe indicarse lo siguiente: Nombre del prestador institucional e individual que entregó la atención, en caso de ser distintos, con su firma y timbre; RUT del prestador institucional e individual que entregó la atención, en caso de ser distintos; Nombre y RUT del paciente; Detalle con el nombre y fecha de las prestaciones otorgadas; Valor de la prestación. ”” Agrega el inciso final del artículo precitado que “Las bonificaciones se pagarán considerando los valores reales de las prestaciones, aplicándose sobre éstos, los porcentajes, topes y máximos de bonificación señalados en el respectivo Plan de Salud Complementario. ””

Que, sin perjuicio de lo anterior, consta de los antecedentes acompañados por la demandada, que la Isapre, al no poder obtener los antecedentes necesarios que acrediten los reembolsos solicitados, se empezaron a requerir estos antecedentes a la actora a fin de proceder al pago, traspasando la responsabilidad que le recaía sobre la Isapre al afiliado, lo que evidencia una falta de responsabilidad de la referida Isapre para proceder al reembolso de los gastos incurridos por éste. Que, asimismo, no se puede dejar de destacar que los antecedentes solicitados por la demandada, correspondientes a informes médicos que den cuenta de forma cronológica de la evolución de los pacientes; los requerimientos de hospitalizaciones y de kinesioterapia; los antibióticos prescritos por indicación médica para los años 2013, 2014, 2015 y 2016; resultados de exámenes relevantes de los últimos 18 meses; certificado en que consten la asistencia de sus respectivos establecimientos educacionales y los periodos de ausencia; y certificado de kinesióloga que indique horarios de atención de los pacientes y duración, aparecen como excesivos y sobreabundantes, teniendo en especial consideración que el diagnóstico de los menores era claro y que, la demandada se encontraba en conocimiento de los mismos, colocando a la actora en una situación innecesaria, sin señalar tampoco los motivos por el cual se requerían tan detallada información, teniendo en conocimiento las diversas atenciones que habían tenido los menores durante casi toda su vida. Que, junto a lo anterior, se debe indicar que muchas de las respuestas dadas por la Isapre demandada son escuetas y de poco desarrollo, dificultando de esta manera el cumplimiento de los antecedentes requeridos al actor de autos.



Que, asimismo, aparece de la documentación ya señalada, que la situación en relación a la forma de emitir las boletas por la kinesióloga fue aclarada ante la Isapre y que misma situación ocurrió con las boletas duplicadas, y que, dichas situaciones no permiten concluir que estas atenciones kinesiológicas no se prestaron efectivamente, por lo que corresponde a la Isapre cubrir estos gastos, conforme consta del plan de salud contratado.

Que, por último, de la prueba rendida por ambas partes, en especial las diversas cartas de reclamos presentadas por la actora, se evidencia una demora prolongada por parte de la demandada en la respuesta a las solicitudes de la actora, lo que significaba un menoscabo a la situación económica del actor, considerando los costos que éste debía asumir para mantener las atenciones kinesiológicas a sus hijos.

Que, analizado lo anterior y teniendo especial consideración que en relación al cumplimiento de los contratos el artículo 1546 del Código Civil que dispone que: *“Los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan no sólo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación, o que por la ley o la costumbre pertenecen a ella.”* Que, de esta forma, la norma señala que los contratos deben ejecutarse de buena fe, obligando más de lo que expresan literalmente, sino que extendiéndose a aquellas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación, y, por consiguiente, es dable concluir que **ha existido un incumplimiento de la demandada en relación a los reembolsos de boletas de honorarios no efectuados**, toda vez que se han requerido una cantidad innecesaria y sobreabundante de antecedentes para proceder al pago de los honorarios de la kinesióloga, sin una justificación clara de los mismos y con un tiempo de respuesta que, atendida las condiciones del actor, resulta excesivo y perjudicial para el mismo.

TRIGÉSIMO TERCERO: Que, resuelto el punto anterior, corresponde analizar las alegaciones relativas al tercer y último punto en que se fundamenta el incumplimiento atribuido a la demandada, consistente en el **alza indiscriminada que ha sufrido el plan**.

Que, la actora sostiene que en el periodo que va desde el 2000 al 2017, existe un porcentaje de alza cada 3 años (de 8% a 40%) y una variación UF cada 3 años, con un aumento sostenido y proporcionalmente creciente en el precio del Plan AD 20 978-719-50-978 desde el año 2000 en adelante. Que, en marzo de 2020 se observa un aumento en el precio del plan, casi 5 veces mayor que el aumento del costo de la vida que se refleja en la variación acumulada de la UF durante el mismo período. Que, el plan de salud que partió costando \$146.000.- y que tenía un reajuste anual, ha sido incrementado, dos veces al año desde hace 4 años a la fecha, situación absolutamente



Foja: 1

anormal y discriminatoria en comparación con todos los planes de salud existentes en la actualidad que aumentan en la anualidad, llegando a costar el día de hoy \$1.200.000.- más el costo de los copagos, lo que da un total aproximado de \$1.500.000.- mensual. Asimismo, por los \$146.000.- iniciales, el plan cubría todo el tratamiento (Kines, medicamentos y elementos y otros necesarios) sin siquiera estar en el auge. Hoy, que la afección está incluida en el AUGÉ, y que se encuentra pagando \$1.500.000.- mensual, no obtiene las mismas prestaciones (ya que Consalud lo mide en unidades médicas que no son reajustadas), ni en la cantidad, ni en la calidad, ni en los plazos requeridos. Por lo mismo, es necesario exigir el cumplimiento del contrato de salud tal como se pactó y evitar los excesivos cobros que se le imputan a la fecha.

Indica que, en resumen, las partes celebraron un contrato de afiliación con el plan AD 20 978 719 50 978, el que se encuentra vigente. Sin embargo, producto de los hechos que relató, y dada la entidad de los incumplimientos, se ha perjudicado la salud de sus hijos, tanto física como mentalmente, por lo que se ha visto en la obligación de pedir préstamos y optar a otras vías de tratamientos para sus hijos que padecen Fibrosis Quística, que desde hace meses no ha podido solventar el tratamiento que hasta antes de los incumplimientos, había sido efectivo.

Que, por su parte, la demandada Isapre Consalud, ha expuesto que, **en cuanto al alza indiscriminada que ha sufrido el plan**, se han efectuado en conformidad con lo dispuesto en el 3° del artículo 197 del D.F.L. N° 1, del Ministerio de Salud, mediante el cual se ha fijado el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469. En consecuencia, las Isapres sólo pueden revisar el precio o valor base de los planes de salud, en las condiciones específicas que constan del texto legal antes transcrito. Adicionalmente, dicha facultad la pueden ejercer únicamente sujetos a las restricciones o limitaciones establecidas en el artículo 198 del D.F.L. N° 1 antes citado. De acuerdo con tales limitaciones o restricciones, la Isapre no puede proponer variaciones a los precios o valores base de los contratos que sean superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Isapre al 31 de Marzo de cada año. En base a lo anterior, la demandada efectuó las adecuaciones de precio señaladas en la demanda, haciendo estricto uso de la facultad legal que le permitía hacerlo en cada uno de los años señalados en el libelo. Agrega que, el actor no reclamó de tales alzas ya sea administrativa o judicialmente. Y pese a los cuestionamientos formulados por el actor respecto de su actuar, señala que Isapre Consalud ha dado cumplimiento estricto a la normativa legal vigente y que por lo tanto su actuar en la



Foja: 1

materia no es ilegal, sino que todo lo contrario. Por lo tanto, afirma que, su representada no puede haber incurrido en incumplimiento contractual alguno. Agrega que, respecto de este punto, al igual que como ocurrió en los dos incumplimientos atribuidos en los subacápites procedentes, que respecto de este incumplimiento, el actor no formula petición concreta en relación al daño emergente demandado. Que, la demanda interpuesta por la actora es una acción ordinaria de indemnización de perjuicios por un supuesto incumplimiento del contrato de salud de la Isapre, por haber incurrido en los tres supuestos incumplimientos, respecto de los cuales ya se han hecho cargo y que, frente a reclamos del actor, la Superintendencia del ramo, ésta resolvió tanto en favor del actor como de su parte, lo que demuestra que el asunto era totalmente debatible.

TRIGÉSIMO CUARTO: Que, a fin de acreditar sus alegaciones, la actora ha acompañado prueba documental, referida en el considerando séptimo, en que se destaca carta de fecha 23 de abril de 2009, remitida por Isapre Consalud a don [REDACTED], en relación a carta recibida por la Isapre el 1 de abril de 2009, donde manifiesta disconformidad con las alzas aplicadas a su contrato de salud y solicita reconsiderar el reajuste, informa que el plan de salud denominado AD 20 978 719 50 978 por una cotización pactada de \$367.656.- más GES, será reajustada en 8,2% a partir de la cotización que deba cancelada ese mismo mes, quedando en \$397.804.- más GES. Señala que el proceso de alza informado ha sido aplicado de acuerdo a la cláusula de reajustabilidad establecida en las condiciones de su contrato de salud de acuerdo al Índice de Remuneraciones de cada año y que es aplicado a todos los planes de salud cuyos precios se encuentren pactados en pesos y que, atendido que dicha alza se encuentra correctamente aplicada, no es posible mantener el precio anterior de su plan de salud. Agrega que, el aumento anterior de su plan de salud, aplicado desde el mes de febrero de 2009, corresponde a un proceso distinto siendo este la Adecuación Anual de Contrato, que es aplicada a todos los afiliados en el mes que sus contratos cumplen anualidad, conforme a lo dispuesto en el inciso 3° artículo 197 del DFL N° 1 del 2005.

Que, además, la actora acompañó carta de fecha 20 de junio de 2016, remitida por Isapre Consalud a don [REDACTED], mediante la cual informan para comunicar la modificación del precio de las garantías explícitas de Salud (GES). El nuevo valor se cobrará a partir del 1° de Julio de 2016 y será descontado por primera vez de su remuneración del mes de junio de 2016. Señala que esta variación en el precio se justifica por el aumento en los costos de las 80 patologías actualmente vigente y de la tasa de utilización de las mismas por parte de los beneficiarios de la Isapre. Agrega que en los últimos



Foja: 1

dos años el costo de salud GES por beneficiario ha aumentado en un 33,3% y que más de 136 mil beneficiarios solicitan y acceden a tratamientos médicos utilizando esta cobertura durante el 2015, un aumento de 50,7% respecto del año 2013. Ello se refleja también en que Consalud registra el mayor nivel de uso y gasto en GES del sistema Privado de Salud. Asimismo, el alza de costos de salud está debidamente sustentada en diferentes estudios desarrollados pormenorizadamente por entidades externas e independientes.

Que, asimismo, la actora acompañó carta de fecha 23 de marzo de 2019, remitida por Isapre Consalud a don [REDACTED], mediante la cual le informa que en cumplimiento a lo establecido en el contrato de salud suscrito con la Isapre, corresponde en el mes de Marzo aplicar a todos aquellos clientes que tienen determinada su cotización en pesos, el respectivo reajuste anual de acuerdo al Índice de Remuneraciones del año 2018. Que, dado que el afiliado se encuentra en esa situación, le informan que su cotización se reajustará en un 3,60% a partir del mes de Abril, descuento que se hará efectivo en la remuneración del mismo mes. El monto en pesos de su nueva cotización será de \$921.082.-, más el precio GES. Agrega que, este reajuste se aplica a todos los clientes que tienen la misma condición contractual, independiente del sexo, edad, uso de beneficios que hayan hecho o de su actual estado de salud.

Que, esta ha sido la prueba rendida por la actora en este punto, la cual se estima insuficiente a fin de acreditar todas y cada de las alzas en los valores del precio del plan contratado, así como tampoco permite acreditar que dichas alzas sean injustificadas, con un carácter anormal y discriminatorio, por lo que no permiten probar cómo estas alzas constituyen un incumplimiento del referido contrato y plan de salud afiliado. Que de esta forma, no es posible verificar que los valores cobrados sean excesivos, motivo por el cual **se negará lugar a esta alegación.**

TRIGÉSIMO QUINTO: Que, considerando lo que se ha resuelto previamente, esto es, que se ha acreditado la existencia de incumplimientos por parte de la demandada en relación al reembolso de boletas de honorarios no efectuados y omisiones en el tratamiento de la afección médica sufrida por los hijos del actor, corresponde analizar el tercero de los requisitos necesarios para la procedencia de la indemnización de perjuicios en sede contractual, esto es, la existencia de los perjuicios demandados.

Que, sobre este punto, la actora ha expuesto que, **en cuanto a los perjuicios**, la actora ha demandado por concepto de **daño emergente**, los siguientes montos: 1.- Por copagos indebidos del medicamento Tobracima en 2009 por un monto de \$13.600.000.-; 2.- Por copagos indebidos del medicamento Zoteon Podhaler en 2014 por



Foja: 1

un monto de \$1.444.000.-; 3.- Por cobros en exceso de reembolsos no efectuados en 2015 por un monto de \$8.640.000.-; 4.- Por el pago de nebulizadores los años 2016, 2017, 2018 y 2019 con un valor unitario de \$360.000.- haciendo un total de \$14.000.000.-; 5.- Por diferencia en costo de hospitalización en 2015 por un monto de \$782.000.-; 6.- Por el Pago de la Hospitalización en el Nicklaus Children's Hospital por un monto de \$19.264.000.-; 7.- Por el pago de chalecos AFFOVEST con un valor unitario de \$6.500.000.- haciendo un total de \$13.000.000.-; 8.- Por el pago de los impuestos requeridos para el pago de las boletas de la Kinesióloga Marisol Fajardo Bustos por un monto de \$4.800.000.-; 9.- Por copago indebido de la operación de corrección nasal de [REDACTED] por un monto de \$5.000.000.-. Que, en resumen, la cuantía de los perjuicios asciende a la suma de **\$80.530.000.-**.

Que, además, la actora ha demandado **daño moral**, fijando su cuantía en la suma de **\$150.000.000.-**, compuesto por los siguientes perjuicios: a) El daño moral, consistente en el daño físico que sufrieron sus hijos al haberse afectado gravemente su salud haciéndolos perder irreversiblemente parte de su capacidad respiratoria; b) El sufrimiento psicológico que ha afectado a su grupo familiar, especialmente a sus hijos que han debido someterse a tratamientos psicológicos producto de las situaciones a las que han estado afectados; c) El daño reflejo, por repercusión o rebote, que ha sufrido su cónyuge, en su calidad de madre, al estar enfrentada a una fuerte presión y ansiedad por la enfermedad mal tratada de sus hijos, hasta el punto de requerir asistencia psicológica; y d) la aflicción y situación de angustia, desesperación y detrimento que ha ocasionado la demandada, en el aspecto psíquico de los integrantes de su familia y en el suyo propio.

Que, por su parte, la demandada ha expuesto que niega la existencia, naturaleza y monto de los perjuicios demandados, contravirtiendo expresamente que exista daño patrimonial y extrapatrimonial indemnizable a la demandante por parte de su representada. Que, en cuanto a la solicitud de indemnización del **daño emergente**, se remite tanto a la excepción de prescripción parcial opuesta y a la controversia pormenorizada efectuada precedentemente respecto de cada uno de los conceptos demandados. Que, ha alegado la prescripción de los siguientes perjuicios demandados: 1.- Copagos indebidos del medicamento Tobracima en 2009 por un monto de \$13.600.000.-; copagos indebidos del medicamento Zoteon Podhaler en 2014 por un monto de \$1.444.000.- y cobros en exceso de reembolsos no efectuados en 2015 por un monto de \$8.640.000.-. Agrega que, no es efectivo, que su representada adeude suma alguna por concepto de pago de nebulizadores de los años 2016, 2017, 2018 y 2019 y menos por el valor unitario de \$360.000.-, y por la suma total de \$14.000.000.-, que no existen en este punto explicación alguna del



Foja: 1

motivo por el cual se adeudarían este concepto y monto. Que, no es verdad que se le adeude la suma de \$782.000.- por una supuesta diferencia en costo de hospitalización del año 2015 por dicho monto, concepto que en todo caso le queda cubierto por la excepción de prescripción opuesta. Que, tampoco es efectivo que adeude al actor por el Pago de la Hospitalización en el Nicklaus Children's Hospital por un monto de \$19.264.000.-. Agrega que, las razones de la no cobertura de la cirugía de corrección del tabique nasal se debió a que tenía el carácter de estética, el resto de las prestaciones provenientes de la operación de fosas paranasales efectuada por Claudio de Amesti Ceroni, fueron debidamente cubiertas. Por lo anterior, resulta improcedente el cobro de la suma de \$5.000.000.-, por un supuesto copago indebido de la operación de corrección nasal. Y que, respecto de la solicitud de pago de los impuestos requeridos para el pago de las boletas de la Kinesióloga Marisol Fajardo Bustos por un monto de \$4.800.000.-, alega que dicha petición carece de todo sustento y procedencia legal, pues la demandada no tiene responsabilidad en la forma correcta o errónea que dicha profesional pudiera haber emitido las boletas y que, conforme la legislación tributaria, la emisión de la boleta de honorarios debe efectuarse tan pronto se ha prestado el servicios, no siendo responsabilidad de la isapre exigir la emisión de las boletas de dicha manera implique un cambio de la categoría del contribuyente que las emite.

Agrega que, en cuanto a la solicitud de indemnización del **daño moral**, controvierte expresamente que exista daño moral indemnizable a la parte demandante y el monto de \$150.000.000.-, por exagerado y desproporcionado. Que, el supuesto daño moral reclamado es planteado en términos vagos e imprecisos por el actor, sin indicar en forma precisa en que habría consistido este, sin que quede claro en qué realmente consistiría en definitiva. Que, además, el daño físico que pudieren haber sufrido los hijos del actor, al haberse supuestamente afectado gravemente su salud haciéndolos perder irreversiblemente parte de su capacidad respiratoria, no es materia de la demanda de autos, pues el daño propio de estos menores no es materia del juicio, pues el daño material y emergente reclamado es el solo el propio del actor Sr. [REDACTED]; y lo mismo ocurre con el supuesto sufrimiento psicológico que pudiera haber supuestamente afectado a su grupo familiar, especialmente a sus hijos y su cónyuge, en su calidad de madre.

TRIGÉSIMO SEXTO: Que, en cuanto al **daño emergente** alegado, se analizarán los perjuicios demandados a fin de determinar su procedencia.

Que, en primer lugar, se debe señalar que, conforme se ha resuelto en el considerando décimo séptimo, esto es, que atendido que



Foja: 1

parte de la demanda se funda en hechos ocurridos 5 años antes a la notificación de la demanda, esto es, 23 de octubre de 2020, por lo que, se procedió a acoger la excepción de prescripción parcial opuesta y se declaró la prescripción de la acción para perseguir la responsabilidad que tendría su origen en los hechos fundantes de la presente demanda ocurridos con anterioridad al 23 de octubre de 2015, abarcando dicha prescripción los perjuicios consistentes en: 1.- Por copagos indebidos del medicamento Tobracima en 2009 por un monto de \$13.600.000.-; 2.- Por copagos indebidos del medicamento Zoteon Podhaler en 2014 por un monto de \$1.444.000.-; 3.- Por cobros en exceso de reembolsos no efectuados en 2015 por un monto de \$8.640.000.- y la diferencia en costo de hospitalización en 2015 por un monto de \$782.000.-, por lo que, **se negará lugar a estos perjuicios demandados.**

Que, a su vez, en cuanto al daño emergente alegado por el pago de nebulizadores los años 2016, 2017, 2018 y 2019 con un valor unitario de \$360.000.- haciendo un total de \$14.000.000.-, este tribunal se remitirá a lo resuelto en el considerando vigésimo séptimo, conforme al cual, se resolvió que la actora no explica cómo esta negativa constituye un incumplimiento al contrato de afiliación o los argumentos en virtud de los cuales se negó cubrir dichos costos o en base a que fundamentos estos sí debían ser costeados por la demandada y que, además, la actora no ha presentado antecedentes suficientes que permitan concluir que esta negativa constituye de manera clara y definitiva un incumplimiento contractual de la demandada, por lo que **se negará lugar a este perjuicio demandado.**

Que, por su parte, en relación al pago de la Hospitalización en el Nicklaus Children's Hospital por un monto de \$19.264.000.-, se debe señalar que la actora no es clara en relatar cómo se determina dicha suma, indicando en el cuerpo de la demanda que se pagó la suma de US\$25.000,00 y que, en segundo lugar, conforme se ha resuelto en el considerando vigésimo séptimo, para la procedencia del reembolso de los gastos incurridos por la actora en el extranjero, es necesario dar cumplimiento al procedimiento establecido por la Isapre, sin que se hayan acompañados antecedentes que den cuenta que la actora dio cumplimiento estricto a dicho procedimiento, acompañando los antecedentes requeridos por ésta para proceder a su reembolso, por lo que se negó lugar a dicho incumplimiento atribuido a la demandada, por lo que, **se negará lugar al presente perjuicio demandado.**

Que, además, en relación al pago de chalecos Affovest con un valor unitario de \$6.500.000.- haciendo un total de \$13.000.000.-, es necesario considerar que la actora no es clara señalar en cómo se determina dicha suma, indicando en el cuerpo de la demanda que se pagó la suma de US\$8.500,00 y que, al igual que lo señalado



Foja: 1

previamente, en relación al considerando vigésimo séptimo, se ha resuelto que la actora no ha acompañado antecedentes médicos que permitan acreditar que para suplir el tratamiento kinesiológico de sus hijos era necesario comprar dichos chalecos y que, dicha compra se encontraba cubierta por el contrato de salud materia de autos, por lo que **se negará lugar a la indemnización de este perjuicio.**

Que, asimismo, en cuanto al daño emergente consistente en el cobro del copago indebido de la operación de corrección nasal del hijo del actor, [REDACTED], por un monto de \$5.000.000.-, también es necesario remitirse a los resuelto previamente en el considerando vigésimo séptimo, conforme al cual se ha resuelto que los antecedentes probatorios acompañados por el actor no permiten acreditar que esta intervención era absolutamente necesaria como parte del tratamiento de la fibrosis quística que sufría su hijo y que, de esta manera, debía ser cubierta íntegramente por la Isapre demandada, por lo que no es posible tener por acreditado el incumplimiento imputable a la demandada, por lo que **se negará lugar a la indemnización de dicho perjuicio.**

Que, por último, en cuanto al daño emergente demandado, consistente en el pago de los impuestos requeridos para el pago de las boletas de la Kinesióloga doña Marisol Fajardo Bustos por un monto de \$4.800.000.-, si bien se ha resuelto en el considerando trigésimo segundo que ha existido un incumplimiento de la demandada en relación a los reembolsos de boletas de honorarios no efectuados, la actora no ha acompañado antecedentes alguno que permita acreditar la deuda por el pago de impuestos por la suma de \$4.800.000.-. Que, en segundo lugar, si bien se ha resuelto en el mismo considerando antes señalado que la demandada es responsable por los atrasos en el pago de los honorarios por las atenciones kinesiológicas recibidas por los hijos del actor, no es posible hacer responsable a la Isapre por el pago de los impuestos de la kinesióloga, por cuanto este correspondió a un acuerdo entre el actor y ésta última, sin que la Isapre haya tenido participación en dicho acuerdo. Que, a mayor abundamiento, cabe destacar que la actora señala, en el acápite de perjuicios, que la suma demanda en este rubro, corresponde al pago de los impuestos requeridos para el pago de las boletas de la Kinesióloga doña Marisol Fajardo Bustos por un monto de \$4.800.000.-, pero que en el cuerpo de la demanda, el actor expone que la suma demandada corresponde a las últimas boletas adeudadas a la kinesióloga, correspondiente tanto del año 2018 como las del 2019, que aún no se encontrarían pagadas, por lo que no es posible identificar efectivamente a que concepto corresponde dicha suma demandada. Que, conforme a lo anteriormente expuesto, **se negará lugar a este perjuicio demandado.**



Foja: 1

Que, de acuerdo a lo razonado previamente, **se negará lugar a la indemnización de perjuicio por el daño emergente alegado.**

TRIGÉSIMO SÉPTIMO: Que, en cuanto a la indemnización del **daño moral**, éste ha sido definido por la doctrina como un sufrimiento o dolor, físico o moral, que importa una disminución de los atributos o facultades morales de quien lo sufre. Y que, además, en nuestra legislación no existen normas específicas para determinar el monto del daño moral, por lo que se debe regular prudencialmente por el juez. Que, en cuanto a la procedencia de la reparación del daño moral en sede contractual, los tribunales superiores justicia han abandonado la interpretación restrictiva del artículo 1556 del Código Civil, entendiendo que no se excluye de manera forzosa la reparación del daño moral en materia contractual, entendiendo que la tutela de la persona y sus atributos inmateriales requieren una protección si no superior, al menos igual, a la de sus atributos materiales o patrimoniales.

Que, previo a resolver sobre la procedencia de este perjuicio demandado, se deben resolver las alegaciones de la demandada consistente en que, el daño físico que pudieren haber sufrido los hijos del actor, al haberse supuestamente afectado gravemente su salud haciéndolos perder irreversiblemente parte de su capacidad respiratoria, no es materia de la demanda de autos, pues el daño propio de estos menores no es materia del juicio, pues el perjuicio reclamado es el solo el propio del actor Sr. [REDACTED]; y lo mismo ocurre con el supuesto sufrimiento sicológico que pudiera haber supuestamente afectado a su grupo familiar, especialmente a sus hijos y su cónyuge, en su calidad de madre.

Que, el actor ha hecho consistir el daño moral en los siguientes puntos: a) El daño moral, consistente en el daño físico que sufrieron sus hijos al haberse afectado gravemente su salud haciéndolos perder irreversiblemente parte de su capacidad respiratoria; b) El sufrimiento sicológico que ha afectado a su grupo familiar, especialmente a sus hijos que han debido someterse a tratamientos sicológicos producto de las situaciones a las que han estado afectados; c) El daño reflejo, por repercusión o rebote, que ha sufrido su cónyuge, en su calidad de madre, al estar enfrentada a una fuerte presión y ansiedad por la enfermedad mal tratada de sus hijos, hasta el punto de requerir asistencia psicológica; y d) la aflicción y situación de angustia, desesperación y detrimento que ha ocasionado la demandada, en el aspecto psíquico de los integrantes de su familia y en el suyo propio. Que, a la vez, al momento de deducir la demanda, la parte demandante se encuentra compuesta solamente por don [REDACTED], sin que hayan comparecido en estos autos, la esposa y madre de los hijos, doña [REDACTED], ni los hijos de este matrimonio, esto es, [REDACTED] y [REDACTED]



Foja: 1

██████████, ni consta que los padres hayan comparecido en representación de sus hijos, en caso de ser menores de edad.

Que, sobre este punto, la doctrina y jurisprudencia han sostenido que la acción por el daño moral sufrido tiene un carácter personalísimo, toda vez que persigue compensar el mal soportado por la víctima personalmente y que, dicho resarcimiento pretendido, siempre es de carácter pecuniario, por cuanto el resarcimiento se genera y justifica especialmente en la aflicción de la víctima, lo que le confiere el carácter de personalísimo. Que, de esta manera, previo a analizar de manera pormenorizada el daño moral alegado, se debe señalar que acceder al daño extrapatrimonial sufrido por la esposa y los hijos del demandante, quienes no son parte del presente juicio, es improcedente, motivo por el cual **se negará** lugar los perjuicios morales consistentes en el daño físico que sufrieron los hijos del actor al haberse afectado gravemente su salud, el sufrimiento psicológico que ha afectado a su grupo familiar, que considera a los hijos y a la cónyuge del demandante.

TRIGÉSIMO OCTAVO: Que, de acuerdo a lo resuelto previamente, solamente se analizará el **daño moral sufrido por el actor, don** ██████████, el que se encuentra compuesto por la aflicción y situación de angustia, desesperación y detrimento que ha ocasionado la demandada, en el aspecto psíquico del actor .

Que, a fin de acreditar la existencia del daño moral alegado, el actor ha acompañado prueba documental referida en el considerando séptimo, en que se destaca certificado de atención psicológica de fecha 21 de julio de 2020, emitido por doña Alejandra Larraín, en que se indica haber atendido en psicoterapia a ██████████, cónyuge del actor, entre diciembre de 2016 a marzo de 2017 y que, presentaba un cuadro de estrés agudo con sintomatología angustiosa severa, reactivo a múltiples estresores ambientales que estaba viviendo. Por una parte, las frecuentes descompensaciones, hospitalizaciones y dificultades en el manejo de la grave enfermedad que aqueja a 2 de sus 4 hijos, además del estrés y cuidado permanente que implica tener 2 hijos con fibrosis quística, enfermedad que requiere un tratamiento intensivo y constante. Agrega que, el impacto económico del tratamiento de la enfermedad era otro motivo de estrés importante, lo que sumado a retrasos en los reembolsos por parte la isapre, aumentaban aún más la carga de estrés para ██████████.

Que, también, se acompañó certificado de atención psicológica de fecha 23 de julio de 2020, emitido por doña Alejandra Larraín, en que se señala haber atendido en psicoterapia a ██████████, hija del actor, desde marzo de 2016 hasta agosto de 2017, asistiendo a 13 sesiones y que, presentaba un síndrome por déficit



Foja: 1

atencional y sintomatología ansiosa reactiva a circunstancias familiares altamente estresantes. Dos de sus hermanos padecen una grave enfermedad con frecuentes descompensaciones y hospitalizaciones, además de dificultades económicas importantes a nivel familiar, todo lo cual le generaban dificultades académicas en sus estudios universitarios.

Que, conjuntamente con lo anterior, se acompañó informe médico de fecha 19 de agosto de 2022, emitido por la psiquiatra doña Alejandra Valenzuela Stockmayer, en que se certifica haber atendido a don [REDACTED], hijo del actor, en que señala que [REDACTED] fue derivado por psicólogo tratante para evaluación y tratamiento por haber cursado sintomatología ansiosa y depresiva que afectaba su desempeño habitual familiar, social y académico durante el año 2020. Que, [REDACTED], recibe apoyo psicológico desde el año 2017 a fin de acompañarle en sus diferentes etapas con una mejor aceptación y adaptación a su patología de base y el manejo que implica. El año 2020 cursó un cuadro adaptativo con sintomatología ansiosa y depresiva reactiva a el ingreso a la universidad, descompensación de Fibrosis Quística al no recibir el fármaco "Orkambi", tratamiento que recibía regularmente los últimos 3 años y que le habían permitido una franca disminución de complicaciones secretoras y por ende de hospitalizaciones para manejo de dichas complicaciones, el estresor generado ante el miedo a padecer Covid y ser un paciente de alto riesgo y el estresor económico ante altos gastos familiares en salud por patologías de su hermana y las propias. Inicialmente, [REDACTED] mostró síntomas ansiosos reactivos a la contingencia por pandemia, el riesgo que implicaba su enfermedad, la inseguridad que le generaba no recibir el tratamiento Orkambi regularmente, los gastos económicos generados por su enfermedad y el temor a no ser capaz de rendir académicamente. Señala que el paciente retoma universidad en marzo y evoluciona presentando sintomatología depresiva luego de hospitalización en abril de 2021 (estuvo 2 meses sin recibir tratamiento Orkambi). Presentó sintomatología caracterizada por desánimo y ánimo depresivo persistente, labilidad emocional, sentimientos de desesperanza, tristeza, angustia. Señala que, congeló semestre académico y se exploró diferentes esquemas de tratamientos farmacológicos a fin de lograr un mejor manejo de su cuadro ansioso, depresivo y del déficit atencional. Nuevamente sufre descompensación de Fibrosis Quística y nueva hospitalización en octubre de 2021. Finalmente, logra estabilizarse en enero de 2022, recuperando sus motivaciones, propósitos y ánimo para realizarlos. Cursa el año 2022 con nuevas hospitalizaciones, relacionadas a las pausas en tratamiento Orkambi, con importante decaimiento físico y emocional, decidiendo no cursar ese año académico. Destaca la dificultad para encontrar un tratamiento que no presente efectos adversos a su estado nutricional y



Foja: 1

de baja de peso en momentos de hospitalización y que sean bien tolerados por José Joaquín. Señala como diagnostico Actual: Trastorno Depresivo Moderado en tratamiento; Trastorno de Déficit Atencional predominio déficit atencional; Fibrosis Quística homocigota Delta F 508; Estresores: inestabilidad del tratamiento Orkambi; altos gastos económicos familiares en salud.

Que, asimismo, el actor ha rendido prueba testimonial referida en el considerando noveno, en que declaró el testigo don **Andrés Vita Haeussler**, quien señaló que tiene claro los perjuicios en salud mental de [REDACTED] y de los integrantes de la familia de [REDACTED]. Que [REDACTED] al principio de la terapia, no presentaba indicadores de algún trastorno de salud mental, él asistía para pedir apoyo en la adaptación a su enfermedad, para poder aceptar las limitaciones y adecuaciones que significaban para la vida de un adolescente y la existencia de sostener el tratamiento junto con los deberes escolares. En el transcurso de la terapia comenzó a abordarse la ansiedad, angustia, desanimo, problemas para dormir que empezó a sentir [REDACTED] por los problemas que estaban presentando sus padres con la Isapre. Y al mismo tiempo su preocupación por la salud de sus padres, a los que percibía, en el caso de su madre, con sintomatología depresiva y con un estrés alto y al padre con un cuadro, muy ansioso, muy angustioso por los problemas financieros que le estaban significando la dificultad de costear el tratamiento de sus dos hijos con fibrosis quística. En el año 2020, [REDACTED] ya presentaba sintomatología suficiente para hablar de un episodio depresivo mayor. Que, además, evaluó a los padres para evaluar la pertinencia de derivarlos a atención psicológica y efectivamente sugirió a la madre y al padre solicitar apoyo psiquiátrico y psicológico.

Que, además, ha comparecido la testigo doña **Marisol Del Pilar Bustos Fajardo**, quien declaró que existen perjuicios psicológicos que afectan a toda la familia se ve afectada cuando no hay cumplimiento por parte de la institución de salud y que, al no realizar el tratamiento profesional de un kinesiólogo respiratorio la fibrosis quística tiene un avance muy rápido y un deterioro a nivel pulmonar.

Que, teniendo en consideración los antecedentes probatorios aportados por la actora, es dable concluir que si bien no se da cuenta de un sufrimiento directo del demandado, este tribunal no puede desconocer que la angustia y sufrimiento que el actor sufre con motivos de las diversas dolencias que afectan sus hijos y cónyuge. Que, en este sentido, no es posible ignorar los sentimientos de impotencia y angustia que sufre el actor, desde el punto de vista de un padre de familia, al ver por una parte el padecimiento físico de sus hijos por no recibir las atenciones que corresponden a su enfermedad, el sufrimiento psicológico que no solo experimenta el actor, sino que también de la



Foja: 1

impotencia al ver el sufrimiento de su grupo familiar. Que, junto a lo anterior, tampoco se puede desconocer los diversos problemas, inconvenientes, angustia e incertidumbre sufrido por el actor con motivo de los constantes atrasos en las respuestas solicitadas a la Isapre y la demora en los reembolso de los honorarios de la kinesióloga que atendía a sus hijos, que ha significado un obstáculo en el tratamiento permanente que deben recibir sus hijos.

Que, en atención a lo razonado previamente, es posible tener por acreditado la existencia de un daño moral sufrido por el actor, por lo que, en consecuencia, se hará lugar a este rubro demandado y su monto se determinará en la parte resolutive de la presente sentencia.

TRIGÉSIMO NOVENO: Que, finalmente, para que proceda la indemnización de perjuicios, la doctrina ha señalado que debe existir la **relación de causalidad** entre el hecho imputable y los perjuicios efectivamente causados a raíz de ese hecho, es decir, para que una persona quede obligada a indemnizar un perjuicio no basta que éste exista y que haya habido un acto culpable o doloso suyo; es preciso, además, que el daño sea por causa directa y necesaria del hecho del autor, de manera que sin éste no se habría producido.

Que, sobre este punto es relevante para este tribunal tener en consideración la prueba documental rendida por la actora y previamente referida, consistente en certificado de atención psicológica de fecha 21 de julio de 2020, emitido por doña Alejandra Larraín, en que se indica las aflicciones de doña [REDACTED] cónyuge del actor, dicen relación en parte con los retrasos en los reembolsos por parte la Isapre, que aumentaban aún más la carga de estrés ella; certificado de atención psicológica de fecha 23 de julio de 2020, emitido por doña Alejandra Larraín, en que se señala haber atendido en psicoterapia a [REDACTED], hija del actor, quien presentaba un síndrome por déficit atencional y sintomatología ansiosa reactiva a circunstancias familiares altamente estresantes, entre ellas las dificultades económicas importantes a nivel familiar, que además le generaban dificultades académicas en sus estudios universitarios; e informe médico de fecha 19 de agosto de 2022, emitido por la psiquiatra doña Alejandra Valenzuela Stockmayer, en que se certifica haber atendido a don [REDACTED], hijo del actor, en que señala que [REDACTED] presentó un cuadro adaptativo con sintomatología ansiosa y depresiva reactiva, en parte, al estresor económico ante altos gastos familiares en salud por la patologías sufrida por su hermana y por él.

Que, asimismo, es trascendental tener en cuenta la prueba testimonial rendida por la actora, esto es, declaración del testigo don **Andrés Vita Haeussler**, quien señaló que [REDACTED] hijo del demandante, presentó ansiedad, angustia, desanimo, problemas para



Foja: 1

dormir por los problemas que estaban presentando sus padres con la Isapre, en parte, por los problemas financieros que le estaban significando la dificultad de costear el tratamiento de sus dos hijos con fibrosis quística, así como las dificultades que presentaban los padres por los continuos conflictos que los padres sostenían con la Isapre Consalud. Que, además, compareció la testigo doña **Marisol Del Pilar Bustos Fajardo**, quien declaró que existen perjuicios psicológicos que afectan a toda la familia que se ve afectada cuando no hay cumplimiento por parte de la institución de salud porque había un retraso en los reembolsos de las boletas de kinesiología y que, al no realizar el tratamiento profesional de un kinesiólogo respiratorio la fibrosis quística tiene un avance muy rápido y un deterioro a nivel pulmonar.

Que, conforme a los antecedentes antes referidos, es dable concluir que efectivamente **se configura la relación de causalidad entre los daños sufridos y alegados por la actora y los hechos en que se funda la presente demanda, que fueron acreditados en estos autos.**

CUADRAGÉSIMO: Que, conforme se ha razonado en estos autos, esto es, que concurren los requisitos para la procedencia de la acción de indemnización de perjuicio en sede contractual se acogerá la demanda, solo en cuanto que se declara que no se ha dado un cumplimiento íntegro al contrato de afiliación a Plan de Salud suscrito entre la actora y la Isapre demandada y se condenará a la demandada solo a la indemnización de perjuicios por daño moral, lo que se determinará en lo resolutivo del presente fallo.

CUADRAGÉSIMO PRIMERO: Que, por último, la actora en su demanda solicita al tribunal que se declare que la Isapre es responsable contractualmente de los hechos que se describen en la demanda, lo que ya ha sido resuelto, y que, asimismo, la Isapre se encuentra obligada a cumplir el contrato denominado “Contrato de Afiliación” (plan A 20 978 719 50 978).

Que, sobre este punto, sin perjuicio que la demandada no señala nada en su contestación ni réplica, es necesario señalar que conforme consta de los antecedentes aportados por la Isapre, referidos en el considerando octavo, consistentes en copia de certificado de cotizaciones pagadas del demandante emitido por Isapre Consalud, de fecha 12 de noviembre de 2022, consta que el actor dejó de pagar sus cotizaciones desde diciembre de 2019 en adelante. Que, asimismo, se acompañó copia de certificado de desafiliación del demandante emitido por Isapre Consalud, de fecha 12 de noviembre de 2022, en que se indica que don [REDACTED], se encuentra desafiliado de la institución desde el 31 de octubre de 2020, con sus siguientes cargas:

1.- [REDACTED]; 2.- [REDACTED]



Foja: 1

[REDACTED]; 3.- [REDACTED]; 4.- [REDACTED]
[REDACTED]; y 5.- [REDACTED].

Que, de esta forma, no es posible declarar que la Isapre demandada se encuentra obligada a dar cumplimiento a un contrato que ya se encuentra terminado en consideración al incumplimiento de las obligaciones propias del contrato de afiliación, fundado en la falta de pago de las cotizaciones respectivas.

Que, conforme a lo anteriormente expuesto, se negará lugar a la solicitud de cumplimiento de contrato, por haber terminado el presente contrato con anterioridad por no pago de las obligaciones propias del mismo, como lo son el pago de las respectivas cotizaciones.

CUADRAGÉSIMO SEGUNDO: Que, las demás pruebas rendidas y no analizadas en forma pormenorizada en nada alteran lo previamente razonado.

Por lo expuesto y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1437, 1438, 1439, 1489, 1545, 1546, 1547, 1551, 1552, 1556, 1698, 2492, 2514 y 2515 del Código Civil; 160, 170, 254, 341, 432 y 433 del Código de Procedimiento Civil; 197 del D.F.L. N° 1, del 2005 del Ministerio de Salud, **se declara:**

I. En cuanto a la objeción de documento:

Que se niega lugar a las objeciones de documentos formuladas por la demandada, conforme a lo expresado en el punto I.

II. En cuanto al fondo:

1.- Que, se acoge la excepción de prescripción parcial por los hechos ocurridos con anterioridad al 23 de octubre de 2015, conforme se ha expuesto en el considerando décimo séptimo;

2.- Que, se acoge la excepción de contrato no cumplido, solo en cuanto al periodo de tiempo en que se efectuaron los incumplimientos por parte de la actora, esto es, desde diciembre de 2019 en adelante, conforme se ha expuesto en el considerando vigésimo primero; y

3.- Que se acoge la demanda de indemnización de perjuicios en sede contractual interpuesta por don [REDACTED], en contra de **Isapre Consalud S.A.**, representada legalmente por don Rodrigo Medel Samacotiz, o por doña Carolina de las Mercedes Torres Gaete, jefa de oficina de Quinta Costa, todos ya individualizados, solo en cuanto se condena a la demandada pagar a la actora la suma de **\$40.000.000.-**, por concepto de daño moral, cuyos reajustes e intereses comenzarán a correr, desde que la presente sentencia se encuentre firme y ejecutoriada, hasta la fecha de su pago efectivo.



III. En cuanto a las costas.

Que, atendido lo resuelto, cada parte soportará sus costas, por no haber sido la demandada totalmente vencida.

Regístrese, notifíquese y archívese en su oportunidad.

Rol N° C-3261-2020.

Dictada por doña **Cecilia Sagredo Olivares**, Juez Titular.

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. en Viña del Mar, seis de Febrero de dos mil veinticuatro



Cecilia Andrea Sagredo Olivares
Juez
PJUD
Seis de febrero de dos mil veinticuatro
11:34 UTC-3



