

Santiago, diez de mayo de dos mil dieciocho.

VISTOS, OIDOS Y CONSIDERANDO:

PRIMERO: Que, comparece **Bastián Alfredo Contreras Correa**, chileno, con domicilio en calle Vecinal N° 5519 Block 28, departamento 42 de la comuna de San Joaquín, el que interpone recurso de protección en contra de **Euroamerica Seguros de Vida S.A.**, representada por Claudio Asecio Fulgeri, con domicilio en Avenida Apoquindo N° 3885, piso 20 de la comuna de Las Condes y en contra de **Mauricio Riesco Valdés**, defensor del asegurado, abogado, con domicilio en calle Augusto Leguía Sur N° 79, oficina 1210 de la comuna de Las Condes.

Funda su recurso en los siguientes antecedentes de hecho y de derecho que expone: señala que el día 1 de noviembre del año 2013 comenzó a trabajar en la Compañía de Seguros de Vida Security Previsión S.A, y junto con eso se adhirió a un contrato colectivo de seguro complementario de salud que mantenía su empleador, según da cuenta la Póliza POL320131599. Expresa que el día sábado 10 de septiembre del año 2016 cerca de las 02:00, sufrió una caída desde una ventana del departamento, en el cual vive con su madre y hermanos, ubicado en un cuarto piso, es decir, cayó de una altura de 10 metros, siendo trasladado al Hospital Barros Luco, después fue derivado al Hospital Clínico de la Universidad Católica, donde estuvo internado alrededor de tres meses. El diagnóstico inicial fue una fractura en la base del cráneo. Los costos de hospitalización y cuidados médicos ascendieron a la suma de \$57.072.752 de los cuales la Isapre Colmena, cubrió la suma de \$52.389.878, quedando un saldo de \$4.682.874 sin cubrir y que debió soportar el recurrente. Expresa que la Compañía de Seguros, rechazó el reembolso del siniestro el 4 de septiembre del año 2017, luego de efectuar un reclamo por el rechazo del pago, recibió una serie de respuestas parciales y de falsedades. El día 3 de octubre del año 2017 la Compañía le señaló que no se reembolsa la póliza por los resultados positivos de la alcoholemia, examen que nunca se le practicó y dicha exclusión sólo es procedente a un supuesto estado de ebriedad. Sin perjuicio de lo anterior, la recurrida le remitió copia de un documento que correspondería a la ficha de atención de urgencia, en el cual se menciona “OH+++”, lo que se interpreta como estado de ebriedad.



Sin embargo, la recurrida omitió señalar que el motivo de la consulta fue una “caída desde un cuarto piso golpeándose la zona occipital”.

Manifiesta que el defensor del asegurado, institución privada surgida por iniciática del Consejo de Autorregulación de Compañías de Seguros, tiene como objetivo resolver los eventuales conflictos o problemas que pudieran surgir para los asegurados en relación con los contratos de seguros o la prestación de servicios que se hayan convenido. El que también rechazó el reclamo presentado sólo sobre la base de un elemento probatorio, la mencionada anotación “OH+++”, haciendo presente que dicha entidad no sería competente para conocer respecto de hechos ocurridos con más de un año de anterioridad a la fecha de la presentación del reclamo.

Expresa que es ilegal y arbitrario el acto de no otorgar la cobertura de salud pactada, toda vez que, la Ley N° 18.290 señala en su artículo 111 inciso 2 que: “existe estado de ebriedad cuando arroje una dosificación igual o superior a 0.8 gramos por mil de sangre de alcohol en la sangre o en el organismo”, y al no existir el antecedente que establezca fehacientemente que el accidente fue causado a una ingesta de alcohol, éste ha infringido el contrato en virtud de lo previsto en el artículo 1545 del Código Civil.

Señala que la negativa a prestar la cobertura de salud, vulnera las garantías constitucionales establecidas en el artículo 19 N° 1, 2, 4, 9 y 24 de la Constitución Política de la República, por lo expuesto, solicita que se acoja el recurso de protección y se ordene a la Compañía a otorgar la cobertura que se obligó al momento de suscribir el contrato de seguro complementario de salud con su empleadora, incluyendo el pago de la suma de dinero no reembolsada por la Isapre Colmena.

SEGUNDO: Que, comparece Felipe Nazar Massuh, en representación de Euroamerica Seguros de Vida S.A. El que solicita el rechazo del recurso, con expresa condena en costas.

Indica que la acción constitucional que tiene por fin cautelar de derechos fundamentales no constituye la vía idónea para que el recurrente reclame el amparo de las garantías fundamentales supuestamente conculcadas, toda vez que el recurso de protección es una acción cautelar de carácter extraordinario, que tiene por finalidad reestablecer el imperio del derecho cuando éste ha sido quebrantado por actos u omisiones



arbitrarios o ilegales que hayan privado, perturbado o amenazado las garantías

Constitucionales. Esta sede de protección no puede convertirse en una instancia para conocer las discrepancias del recurrente en contra de la decisión fundada de la Compañía – al tenor de la ley del contrato y de la legislación vigente- de rechazar el siniestro denunciado. Si el recurrente considera que el rechazo de la cobertura de las prestaciones médicas solicitadas en virtud del contrato de seguro colectivo de salud, constituye un hecho antijurídico debe ejercer las acciones que correspondan ante el órgano jurisdiccional respectivo, pues Euroamerica Seguros de Vida S.A. se limitó a realizar una acción legítima que consistió en rechazar el pago de la indemnización reclamada en virtud de la ley y las estipulaciones del contrato.

En este procedimiento cautelar de derechos fundamentales esta Corte no puede abocarse a conocer acerca de la interpretación, cumplimiento o incumplimiento de una de las obligaciones emanadas del contrato de seguro, ya que, eso importa revisar los antecedentes médicos y otros medios probatorios para determinar si la decisión de la compañía se ajusta a lo establecido en el contrato de seguro. Siendo éste el objeto del asunto, corresponde estarse a lo dispuesto en el artículo 543 del Código de Comercio modificado por la Ley N° 20.667 que dispone la forma de solución de conflicto en materia de seguro estableciendo que las dificultades serán resueltas por un árbitro o por la justicia ordinaria en caso que el monto reclamado sea inferior a UF 10.000.

Para el improbable caso que se estime, que si es la vía idónea para el reclamo efectuado por el recurrente, no existe acto u omisión ilegal o arbitrario alguno, que autorice la acción constitucional interpuesta, pues su representada se limitó a ejercer su actividad comercial, en los términos amparados y previstos en la Constitución Política de la República, y en la leyes, en especial, en el DFL 251 o Ley de Seguros y en lo resuelto por el Defensor del Asegurado. En consecuencia se ajustó a las estipulaciones contractuales contenidas en la póliza N°155144-9 y las Condiciones Generales incorporadas al Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL320131599. No existe garantía constitucional alguna del recurrente que haya sido privada, ni perturbada ni



amenazada, pues los hechos denunciados no son constitutivos de vulneración a ninguno de los derechos fundamentales reclamados tales como el derecho a la igualdad del N°2 del artículo 19, el derecho a la honra del N°4 del artículo 19, el derecho a la protección de la salud del N°9 del artículo 19, ni al derecho de propiedad del N° 24 del artículo 19 de la Constitución Política de la República, toda vez que dichas garantías apuntan en sentidos diversos a los señalados por el recurrente y porque el contratante o beneficiario de un contrato de seguro solo es acreedor de la obligación eventual del asegurador consistente en indemnizar.

El recurrente reclama por esta vía de protección de las garantías fundamentales, el pago de la cobertura del seguro complementario colectivo complementario de salud, póliza N°155144, al cual se incorporó con fecha 01 de abril de 2014, fecha desde la cual comenzó su vigencia. El beneficiario del seguro es el titular don Bastián Alfredo Contreras Correa, la vigencia del contrato de seguro comenzó con fecha 1 de abril de 2014 y el siniestro denunciado con fecha 28 de agosto de 2017, fue singularizado con el N°13595361, debido a que el asegurado tuvo una caída desde un cuarto piso a las 02:00 AM, provocándole diversas lesiones. Sin embargo, se rechazó la cobertura por haber una exclusión, ya que según los antecedentes médicos del asegurado, este se encontraba con alcohol en la sangre al momento en que fue revisado en primera atención por el personal del Hospital Barros Luco. En dicha ocasión el médico tratante estableció como tipo de atención la OH+++, que en lenguaje médico significa que existe alcohol en la sangre, y no sólo eso sino que además, la cantidad de signos positivos seguidos de las letras OH implican una mayor cantidad de alcohol en la sangre, por lo que, es evidente, que el asegurado se encontraba en estado de ebriedad, ya que de otra forma el médico tratante no habría establecido dicha nomenclatura para el “tipo de atención” y menos con el énfasis realizado, ya que como señalamos la cantidad de signos positivos seguidos de las siglas OH indican una mayor cantidad de alcohol en la sangre. Por esta razón, la Compañía aplicó la exclusión contenida en el Artículo N°7 letra e) de las Condiciones Generales, que establece lo siguiente: “La presente póliza no cubre ninguno de los beneficios estipulados en ella, cuando el reembolso o el pago directo se origine por, o a consecuencia de, o complicaciones de: e) Tratamientos por adicción a



drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados.

Por estas razones, por concurrir una causal de exclusión de la póliza contratada y por ser el contrato de seguro un contrato de máxima buena fe en donde el asegurado tiene una obligación legal de ceñirse a las estipulaciones del contrato y dentro de las cuales se encuentran lógicamente las exclusiones contenidas en ella, es que desde ya solicitamos el completo rechazo del recurso y finalmente porque si se quiere discutir el asunto de manera clara, debe realizarse en un procedimiento de lato conocimiento, donde pueda oficiarse a la institución de salud el Hospital Barros Luco, para que exhiba la ficha clínica de la atención del asegurado.

Todo esto sin perjuicio de que la ley otorga la posibilidad de recurrir ante un juez árbitro o ante la justicia ordinaria en caso de que sean menos de 10.000 UF, para poder discutir la situación en un juicio de lato conocimiento.

En efecto, como se demostrará, el recurrente disponía de otros procedimientos especiales, específicos e idóneos, y contenidos en el contrato, a través de los cuales podía hacer valer sus derechos para resolver el asunto planteado relativo a un supuesto incumplimiento de las obligaciones de un contrato de seguro, pero en ningún caso, puede esta acción constitucional ser útil para exigir el cumplimiento forzado de la obligación de pagar la cobertura solicitada, si el derecho a la prestación no es indubitado, atendido el carácter condicional de la obligación de indemnizar que recae sobre la Compañía Aseguradora.

Por tanto, queda de manifiesto que la acción intentada por la recurrente versa sobre una cuestión de fondo que no debe ser resuelta por esta vía sino a través de un juicio de lato conocimiento, por mandato expreso del artículo 543 y de las normas del contrato (Artículo 23 Condiciones Generales) que otorga competencia al juez del fondo (civil o arbitral dependiendo de la cuantía), solicitando el rechazo del recurso, con expresa condena en costas.



TERCERO: Que, comparece **Mauricio Riesco Valdés**, el que evacua el informe requerido por sobre el reclamo presentado ante el Defensor del Asegurado por don Bastián Alfredo Contreras Correa , Rut 19.062.528 -1. Señalando que la información de que dispone se relaciona con el siniestro N°13595361 denunciado a Euroamérica Seguros de Vida S.A. por el señor Bastián A. Contreras Correa, con cargo a la póliza de seguro N° 155144, (Código de Registro CMF: POL 320131599), que emitió la mencionada compañía. El siniestro daba cuenta de un accidente sufrido por el asegurado, señor Contreras, relativo a una caída desde el cuarto piso de un edificio, cerca de las 02:00 horas del día 10 de septiembre de 2016. Del hecho se derivaron diversos gastos médicos cuyos montos fueron reclamados por el asegurado a la compañía como indemnización.

Ante la denuncia, la compañía procedió a asignarle al siniestro el N°13595361 y determinó la liquidación directa del mismo. Finalmente, resolvió su rechazo atendido el hecho que en la ficha de atención de urgencia del complejo asistencial Barros Luco que aportó el asegurado, se incluía la abreviatura “OH+++” bajo el título “tipo de atención”. Lo anterior, fue informado por la aseguradora a esta institución indicando que en “...la Ficha Clínica de Atención al Sr. Contreras, se puede visualizar que existe un tipo de atención OH+++ que es la abreviación médica para alcohol. Esta información no puede ser desestimada o indicar que no tiene una persona responsable de esta información ya que en el documento se describe con claridad la firma del profesional, el jefe de turno y el recaudador de la información. Por lo tanto, el documento tiene absoluta validez. Es del caso señalar que la póliza suscrita por las partes excluye en su artículo 7 letra i) número v), los daños por “lesión o enfermedad causada por: Estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente”. Como consecuencia del rechazo del pago de la indemnización por el accidente denunciado a la compañía de seguros, Bastián Alfredo Contreras Correa presentó ante a esta entidad, el 4 de enero de 2018, un reclamo en contra de EuroAmerica Seguros de Vida S.A. por el rechazo de su siniestro, cuyo monto estimó en la suma de \$4.682.874, solicitando condenar a la compañía al pago de la indemnización referida. El 22 de febrero de 2018, la Defensoría desestimó el reclamo del señor Contreras en atención a que,



con el mérito de los antecedentes reunidos no resultaba posible concluir en la procedencia del reclamo sin correr el riesgo de cometer un acto injusto. Se indicó que “...habiendo valorado la prueba en conformidad con las reglas de la sana crítica, es posible concluir que este Defensor no logra formarse la debida convicción de que el siniestro reclamado encuentra cobertura en la póliza. Dicho en otros términos, ante la debilidad de las pruebas presentadas por las partes, que impedían configurar la realidad de los hechos ocurridos, se intentó analizarlas con la mayor tolerancia y benevolencia que resultara posible, valiéndonos de las aludidas reglas de la sana crítica, aunque ni de ese modo nos fue posible resolver con equidad el caso. Pero, por otra parte, la Defensoría fundamentó también el rechazo del reclamo, en una causal objetiva, concluyente, e indiscutible como es el hecho que “...de acuerdo a nuestro Reglamento, específicamente su artículo 10 letra e), esta Defensoría no cuenta con competencia para conocer de casos “...que se refieren a hechos ocurridos con más de un año de anterioridad a la fecha de presentación del reclamo (...). En el presente reclamo, si bien el caso se ingresó a nuestra entidad el día 4 de enero de 2018, tanto el accidente como las intervenciones quirúrgicas ocurrieron durante el año 2016.

Ahora bien, la institución que preside es un ente privado, sin personalidad jurídica, cuya creación fue consecuencia de una decisión del Consejo de Autorregulación de las Compañías de Seguros -entidad igualmente privada-, con el propósito de servir a los asegurados que lo soliciten, orientándoles y buscándoles una solución a los conflictos o dificultades que pudieran surgir con motivo de la ocurrencia de un siniestro o de la prestación de otro servicio por parte de una compañía de seguros. No obstante, y como lo refleja el Reglamento, sus decisiones no son vinculantes para los asegurados que han recurrido de su servicio, quienes, si no están de acuerdo con ellas, pueden presentar su reclamo ante cualquier otra autoridad que tenga competencia. Se trata, en consecuencia, de una entidad meramente colaborativa con los asegurados en la medida que ellos estén dispuestos a aceptar nuestra ayuda. A mayor abundamiento, el Reglamento dispone en su artículo 10 letra e) que están excluidos de la competencia del Defensor, aquellos asuntos que “se refieren a hechos ocurridos con más de un año de anterioridad a la fecha de presentación del



reclamo, o que se refieran a los mismos hechos y afecten a las mismas partes que hayan sido objeto de un reclamo resuelto por el Defensor con anterioridad, o los referidos a un reclamo resuelto por la compañía con más de un año de anterioridad a la fecha de presentación del reclamo”. Y como ya fue informado más arriba, tanto el accidente como las intervenciones quirúrgicas ocurrieron durante el año 2016 y el reclamo fue presentado a nuestra entidad con fecha 4 de enero de 2018. Éste fue visto, no obstante, porque, como fue dicho en nuestra resolución de fecha 22 de febrero de 2018, “De esta situación fuimos informados erróneamente tanto por el asegurado como por la compañía, quienes entregaron fechas que sí se enmarcaban dentro de nuestra competencia”; nos referíamos a la fecha del siniestro, informada como una posterior a la real lo que sí hacía posible nuestra vista.

Que, en virtud de lo informado arriba, la Defensoría, actuando conforme a sus prerrogativas, resolvió desechar el reclamo del señor Contreras, teniendo en cuenta toda la información recibida. Más aun, habiendo valorado la prueba de conformidad con las reglas de la sana crítica, no resultó posible “formarse la debida convicción de que el siniestro reclamado encuentra cobertura en la póliza. Asimismo, cree que los argumentos presentados por el solicitante no son suficientes para resolver favorablemente la solicitud no teniendo la decisión de esa Defensoría ninguna obligatoriedad para el asegurado, no podría éste sentirse agraviado o perjudicado en sus derechos y garantías constitucionales, por lo que, el recurso de protección interpuesto carece absolutamente de todo fundamento y procedencia; en efecto, no pudo haber habido de esta parte “omisión arbitraria o ilegal que ocasione privación, perturbación o amenaza en el legítimo ejercicio de las garantías constitucionales respectivas del recurrente. En en mérito de lo expuesto y no existiendo acto arbitrario e ilegal alguno, solicita que se rechace el presente recurso de protección.

CUARTO: Que, el recurso de protección tiene por objeto el restablecimiento del imperio del derecho de quien se vea privado, perturbado o amenazado en el ejercicio legítimo de alguno de las garantías contempladas en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y es constitutivo de un instrumento cautelar destinado a resguardar de un



modo urgente aquellas que estén amagadas para restablecer así el imperio del derecho.

QUINTO: Que, para que proceda el recurso de protección, se requiere que los derechos afectados por actos que se pretenden tutelar por medio de esta acción, “deben ser preexistentes o indubitados”, por lo que, la acción de protección no es la vía idónea para constituir, declarar o reparar un derecho, sino que para garantizarlo o protegerlo frente a determinados actos. El derecho es indubitado o preexistente si es actual, establecido, y determinado, es decir, debe estar establecido al estar institucionalmente reconocido y no demandar un acto institucional declarativo de los Tribunales. Y por último, es determinado, si no es una expectativa infundada.

SEXTO: Que, además, de lo anterior, este recurso de protección, no es la vía idónea, teniendo especialmente presente que el artículo N° 23 del Contrato de seguro complementario de salud, señala la cláusula de arbitraje conforme dispone el artículo 543 del Código de Comercio, cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y la aseguradora, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria, y en tal caso el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

No obstante lo estipulado precedentemente, en las disputas entre el asegurado y la aseguradora que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a UF 10.000.- (diez mil Unidades de Fomento), el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria. El contratante, asegurado o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la aseguradora cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 unidades de



fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda del año 1931.

SEPTIMO: Que, de acuerdo a lo anteriormente expuesto, no se configuran en la especie los presupuestos exigidos para que la acción de protección prospere, esto es, que exista un acto objetado que sea ilegal o arbitrario, por lo que, el presente recurso debe desestimarse, por no ser la vía idónea establecida por las partes y por no existir un derecho indubitado, y por ende, no es necesario emitir pronunciamiento respecto de la garantías constitucionales que se denunciaron como vulneradas por el recurrente en razón de lo concluido precedentemente.

Por estas consideraciones y lo dispuesto en los artículos 19 números 2º, 10 y 24º y 20 de la Constitución Política de la República y Auto Acordado de la Excma. Corte Suprema sobre Tramitación y Fallo del Recurso de Protección, **se rechaza**, sin costas, el recurso de protección deducido por Bastián Alfredo Contreras en contra de Euroamerica Seguros De Vida S.A., representada por Claudio Asecio Fulgeri, y en contra de Mauricio Riesco Valdés, Defensor del asegurado.

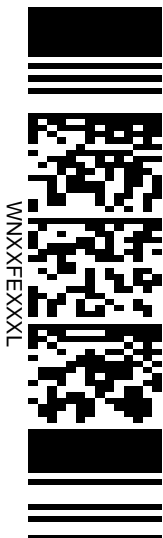
Regístrese, comuníquese y archívese en su oportunidad.

Redactada por la Ministra suplente señora González Diez.

Protección 19.354-2018.

Pronunciada por la **Tercera Sala de esta Iltma. Corte de Apelaciones de Santiago**, presidida por la Ministra señora Elsa Barrientos Guerrero, conformada por la Ministra suplente señor María Cecilia González Diez y el Abogado Integrante señor Oscar Zagal Torres.





Pronunciado por la Tercera Sala de la C.A. de Santiago integrada por Ministra Elsa Barrientos G., Ministra Suplente María Cecilia González D. y Abogado Integrante Oscar Torres Z. Santiago, diez de mayo de dos mil dieciocho.

En Santiago, a diez de mayo de dos mil dieciocho, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.

