

C.A. de Santiago

Santiago, doce de abril de dos mil veinticuatro.

**Vistos y teniendo presente:**

**PRIMERO:** Que, comparecen las abogadas María Isidora Calaf Albagés y Paula Abugattas Nazal, en representación de **MARÍA SOLEDAD LARACH NAZAL**, factor de comercio, y deducen acción de protección en contra de **METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A.**, y en contra de la **COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO**, debido a los actos arbitrarios e ilegales en que incurrir —la primera— al rechazar la indemnización del siniestro N° 18.1830 relativo a la póliza de seguro de salud N°114210022784, por el diagnóstico de escoliosis degenerativa de la actora; y la segunda, al rechazar la impugnación interpuesta contra dicho rechazo de cobertura de siniestro.

Exponen que con fecha 18 de junio de 2021, la demandante de protección contrató una póliza de seguro de salud N°114210022784 con MetLife Chile Seguros de Vida S.A. Luego, con fecha 28 de septiembre de 2022, fue diagnosticada con escoliosis degenerativa, por lo que su médico tratante le recomendó intervención quirúrgica, que fue realizada en dos ocasiones, cuyo costo total ascendió a la suma de \$49.586.892.-.

Se indica que luego de gestionar las respectivas coberturas de salud con Isapre Banmédica, quedó un copago por la suma de \$34.022.927.- que debía ser cubierto por la aseguradora. Habiendo efectuado la denuncia del siniestro y acompañando todos los antecedentes médicos necesarios, con fecha 27 de junio de 2023 MetLife rechazó la liquidación de reembolso de gastos por cuanto en la póliza de seguros que posee la recurrente, las enfermedades preexistentes se encuentran excluidas, decisión que se basa en una consulta médica ambulatoria, anterior a la contratación del seguro, a la que asistió la asegurada producto del padecimiento de dolor lumbar. Agregan que dicha decisión fue impugnada por la actora mediante carta de 3 de julio del presente año, toda vez que se encontraba en absoluto desconocimiento de la patología que padece, la que fue diagnosticada sólo el 28 de septiembre de 2022, fecha posterior a la entrada en vigencia del seguro contratado.

Hacen presente que la pretensora de protección ingresó un requerimiento a la Comisión para el Mercado Financiero, N° 2146386, pero con fecha 15 de septiembre de 2023 dicha entidad recurrida contestó indicando que MetLife insiste en su determinación.



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

Código: BKKKXMSXRHX

Alegan que la aseguradora recurrida se empeña en sostener una preexistencia fundamentada en una consulta médica donde no se entregaba un diagnóstico fidedigno, sino que corresponde más bien a una dolencia, no siendo sostenible concebir una relación de causalidad entre la supuesta preexistencia y el siniestro.

Afirman que se han afectado las siguientes garantías constitucionales establecidas en el artículo 19 de la Constitución Política:

- a) Numeral 9, vulneración del derecho a la libre elección del sistema de salud, toda vez que la negativa de la aseguradora a darle cobertura la intervención quirúrgica a la que fue sometida la accionante, previa patología diagnosticada por especialista, vuelve inútil el derecho a acceder a un sistema de salud;
- b) Numeral 1, vulneración al derecho a la vida y a la integridad física y psíquica, ya que el seguro complementario de salud contratado con la aseguradora recurrida, opera de forma similar al contrato de salud, en cuanto al bien jurídico asegurado;
- c) Numeral 24, vulneración del derecho de propiedad, ya que la negativa de la aseguradora recurrida implica una disminución concreta y efectiva en el patrimonio de la demandante, quien al no poder acceder a las coberturas médicas convenidas en la póliza de seguro pactada, debe soportar una injustificada carga derivada del mayor costo.

Por lo expuesto, solicitan se acoja la acción de protección deducida, ordenando a la aseguradora recurrida pagar el monto por concepto de copago, por la suma total de \$34.022.927.-, de acuerdo a lo establecido en la póliza de seguro N°114210022784, con expresa condena en costas.

**SEGUNDO:** Que, evacuando informe por la recurrida **MetLife Chile Seguros de Vida S.A.**, comparece el abogado Marcelo Nasser Olea, quien solicita el rechazo de la acción de protección, con costas.

En primer término, alega la extemporaneidad de la acción de protección, pues fue presentada el 26 de septiembre de 2023, y la propia actora señala que el informe de liquidación mediante el cual se rechazó la cobertura solicitada le fue enviado el 27 de junio de 2023, decisión que habiéndose impugnado por ésta, se le otorgó una respuesta definitiva el 11 de julio de 2023, de lo que se sigue que tenía como máximo el 11 de agosto para interponer la acción de protección.



En segundo término, y aseverando que la pretensión constitucional de protección no constituye la instancia de declaración de derechos, refiere que la mera existencia de un contrato de seguro en la cual sea beneficiaria, no le da un derecho inherente a cobrar la prestación pactada en caso de siniestro, sino que lo anterior requiere un proceso de liquidación previo, el cual ha dado como resultado la exclusión de cobertura, por una causa que es imputable exclusivamente a la contratante, pues con motivo de la documentación acompañada por la actora, se pudo constatar que desde el 9 de junio de 2021, ésta se encontraba ya en estudio respecto de la enfermedad denunciada como siniestro, condición que no fue informada por la recurrente durante la etapa de contratación del seguro, con lo cual no existe ilegalidad ni arbitrariedad en la decisión adoptada por la aseguradora.

En tercer término, indica que los derechos alegados por la pretensora deben ser declarados jurisdiccionalmente por un tribunal, en el procedimiento especialmente establecido en la ley N° 20.667 de 2013, conforme lo dictamina el artículo 543 del Código de Comercio.

En cuarto término, reitera que la actora no informó al asegurador situaciones conocidas respecto de su salud, las que son relevantes para la apreciación del estado de riesgo del seguro contratado, fallando la contratante en su deber de sinceridad en la declaración de salud, y, por ende, dicha preexistencia no declarada deberá quedar fuera de cobertura.

Por lo expuesto, solicita tener por evacuado informe, y, en definitiva, rechazar el recurso de protección deducido, con costas.

**TERCERO:** Que, evacuando informe por la recurrida **Comisión para el Mercado Financiero**, comparece el abogado Fernando Pérez Jiménez, quien solicita el rechazo de la acción de protección, con costas.

Señala que con fecha 20 de julio de 2023, se recibió reclamo presentado por la actora en contra de MetLife Chile Seguros de Vida S.A., objetando el rechazo de un siniestro de seguro de salud, indicando que con anterioridad a la contratación del mismo, no tenía conocimiento de las patologías que motivaron su intervención y que originaron los gastos médicos cuyo reembolso solicitó con cargo al seguro contratado.

Explica que mediante Oficio Ord. N° 82387 de 7 de septiembre de 2023, requirió información a la aseguradora, y tras la respuesta recibida, se informó a la reclamante por Oficio N° 85186 de 15 de septiembre de 2023,



que la compañía reiteró el rechazo del siniestro, por aplicación de lo dispuesto en el artículo 7 de las Condiciones Generales de la póliza.

Sostiene que el libelo deducido es improcedente y resulta inadmisibles, primero, porque no se indica en forma clara y precisa el acto u omisión que, emanado de la Comisión para el Mercado Financiero, ha producido agravio a los derechos constitucionales de la asegurada, por el contrario, el razonamiento de la demandante discurre respecto de un acto emanado de MetLife Chile Seguros de Vida S.A., lo cual es razón suficiente para descartar la procedencia del recurso contra su representada.

En segundo lugar, alega falta de legitimación pasiva, pues la recurrente pretende fundar su pretensión afirmando que su representada *«rechazó la impugnación contra el rechazo a cobertura del siniestro N°181830, dictado con fecha 11 de julio de 2023, por MetLife Chile Seguros de Vida S.A.»*, desconociendo que la liquidación de siniestro corresponde a un procedimiento regulado por el D.S. N°1055, de 2012, careciendo la Comisión de atribuciones para intervenir en su desarrollo o modificar las conclusiones del liquidador o de la compañía de seguros.

En tercer lugar, indica que la acción es extemporánea, pues consta de los antecedentes que la propia pretensora acompañó, que al menos desde el mes de julio de 2023 tuvo conocimiento del rechazo de la aseguradora y su fundamento.

En cuarto lugar, refiere que los hechos descritos en la pretensión de protección y, en particular, sus peticiones, exceden las materias que deben ser conocidas por el recurso incoado, atendida su naturaleza, teniendo presente que las dificultades tienen su fuente en una controversia o conflicto de orden contractual, que deben ser resueltos por las partes en conformidad a los mecanismos de resolución de conflictos del contrato de seguro, según el artículo 543 del Código de Comercio.

En quinto lugar, explica que la petición formulada por la actora no es materia susceptible de resolver por la vía del recurso de protección, toda vez que existe un recurso específico —reclamo de ilegalidad— y de tramitación tan expedita ante una Corte de Apelaciones como lo es el recurso de protección, para resolver sobre la legalidad de los actos de la Comisión.

Finalmente, concluye que no existe acto arbitrario o ilegal alguno, toda vez que su representada ha dado cumplimiento a sus atribuciones dentro de las facultades comprendidas en el Decreto Ley N° 3.583, Ley Orgánica de la



Comisión para el Mercado Financiero, la cual regula el marco de su actuación.

Por lo expuesto, solicita tener por evacuado informe, y rechazar el recurso de protección deducido, por ser inadmisibles e improcedentes, con costas.

**CUARTO:** Que, la acción constitucional de protección de garantías fundamentales establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, constituye jurídicamente una acción para tutelar el legítimo ejercicio de las garantías y derechos preexistentes que en esa misma disposición se enumeran, mediante la adopción de medidas de resguardo o providencias urgentes para restablecer el imperio del Derecho y asegurar la debida protección del afectado ante un acto u omisión arbitrario o ilegal que prive, perturbe o amenace su ejercicio.

Conforme a lo anterior, para la procedencia del recurso de protección se requiere la concurrencia copulativa de los siguientes requisitos o condiciones de fondo: a) legitimación activa y pasiva; b) se compruebe la existencia de una acción u omisión reprochada; c) se establezca la ilegalidad —esto es, contrario a la ley— o arbitrariedad —sin sustento racional o razonable intersubjetivo— de esa acción u omisión; d) que de aquellas se cause un directo e inmediato atentado —esto es, privación, perturbación o amenaza— contra una o más de las garantías constitucionales invocadas y protegibles por esta vía; e) que la Corte esté en situación material y jurídica de brindar la protección; y f) que se ejerza dentro del plazo fatal previsto por el Auto Acordado de la Corte Suprema que regula el Recurso de Protección.

De lo anterior se sigue que se trata de un procedimiento extraordinario, de emergencia, cuyo objetivo inmediato la conservación o salvaguarda de los derechos constitucionales mediante la acción jurisdiccional de remediar pronta y eficazmente los efectos lesivos de cierta conducta ostensiblemente contraria al ordenamiento jurídico o carente de fundamento o caprichoso, reparándose así la afectación provocada a los derechos y libertades derivadas de situaciones ciertas y definidas y, por ello, con resguardo constitucional preferente. Todo ello sin perjuicio de los demás derechos que puedan hacerse valer ante la autoridad o los Tribunales correspondientes.

**QUINTO:** Que, respecto a la extemporaneidad de la acción constitucional, alegada por las recurridas, de los antecedentes recabados se



tiene que no hay discusión respecto a: la demandante de protección contrató una póliza de seguro de salud N° 114210022784 con MetLife Chile Seguros de Vida S.A.

Que la actora fue operada, y producto de ello se originó un saldo de deuda de de \$34.022.927. La liquidación del seguro de MetLife, de fecha 27 de junio de 2023 rechazó la liquidación de reembolso de gastos.

Aquel rechazo fue reclamado por la actora ante la empresa por carta de 3 de julio del 2023, siendo respondida y rechazada el 11 de julio del mismo año.

Con fecha 20 de julio de 2023 se recibió un reclamo de la actora de marras, mediante requerimiento N° 2146386, en la Comisión de Mercado Financiero, con respecto al rechazo a la liquidación de reembolso de gastos por médicos MetLife.

Con fecha 15 de septiembre de 2023, mediante el Oficio N° 85186 se le notificó a la demandante que la Compañía reiteró el rechazo del siniestro.

Finalmente, que la acción de protección constitucional fue interpuesta el 26 de septiembre de 2023.

**Sexto:** Que, de acuerdo a los hechos asentados, aparece que entre el 11 de julio y el 26 de septiembre, ambos de 2023, ocurrió algún hecho que o bien empezara a contar el plazo, o interrumpiera el plazo de 30 días para interponer la acción de protección, y que tiene que ver con la virtualidad o eficacia para dichos efectos del requerimiento de la actora efectuado ante la Comisión de Mercado Financiero.

**Séptimo:** Que respecto al conteo del plazo, el actor señala en su libelo de protección (pág. 7) que sólo con la respuesta de la Comisión para el Mercado Financiero se enteró de la privación de su derecho, fecha desde la cual debería contarse el plazo de caducidad de los 30 días del numeral 1 del Auto Acordado de la Corte Suprema contenido en el Acta 94-2015, que dispone: *«dentro del plazo fatal de treinta días corridos contados desde la ejecución del acto o la ocurrencia de la omisión o, según la naturaleza de éstos, desde que se haya tenido noticias o conocimiento cierto de los mismos, lo que se hará constar en autos.»*

Sin embargo, es el propio libelo de protección el que señala los hitos relevantes. Es así que el libelo señala que el 27 de junio de 2023 la aseguradora rechazó la liquidación de los gastos médicos, tomando conocimiento de ello la actora, al decir: *«que la asegurada rechazó la*



*liquidación de reembolsos de gastos médicos, pues en la póliza de seguros que posee nuestra representada, las enfermedades preexistentes se encuentran excluidas.» (pág. 5).*

Agrega el mentado libelo, que reclamó administrativamente de dicho rechazo por carta de 3 de julio del 2023, (pág. 5), pero lo que omitió en tal página, fue algo que expresó previamente, de que había reclamado del rechazo de 11 de julio de 2023 de MetLife, ante la Comisión para el Mercado Financiero. Así señala el libelo de protección en la pág. 2, que la acción es en *«contra de la resolución ordinaria N°85186, dictada por la Comisión para el Mercado Financiero, con fecha 15 septiembre de 2023, dictada por don Juan Eduardo Reyes Rubio, jefe de división de reclamaciones, por medio de la cual rechazó la impugnación contra del rechazo a cobertura del siniestro N°181830, dictado con fecha 11 de julio de 2023, por MetLife Chile Seguros de Vida S.A.,»*, dando cuenta de que el reclamo fue por el rechazo de la cobertura, de acuerdo con el acto de la recurrida de fecha 11 de julio de 2023, de manera que expresa el conocimiento del acto de rechazo de tal fecha, respecto de la cual la actora reclama. De lo anterior, se desprende que la actora tomó conocimiento del acto impugnado por la protección a más tardar el 20 de julio de 2023, que es la fecha en que interpuso su reclamo administrativo ante la Comisión para el Mercado Financiero.

Por lo tanto, de conformidad al numeral 1 del Acta 94-2015, el recurso se interpondría fuera del plazo de caducidad, al 26 de septiembre de 2023.

**Octavo:** Que, respecto a que el plazo de caducidad se interrumpa con la reclamación con la Comisión de Mercado Financiero, y su respuesta comunicada el 15 de septiembre de 2023, en virtud del artículo 54 de la Ley de Procedimiento Administrativo, requiere revisar la existencia de un procedimiento y competencia que habilite aquello.

El objetivo legal de la Comisión para el Mercado Financiero lo constituye, según el artículo 1 inciso segundo del decreto ley N° 3538, tiene un sentido primordialmente sistémico de velar por el buen funcionamiento del sistema financiero. De esta forma, señala dicho inciso que el ejercicio de sus potestades son para *«velar por el correcto funcionamiento, desarrollo y estabilidad del mercado financiero, facilitando la participación de los agentes de mercado y promoviendo el cuidado de la fe pública. Para ello deberá mantener una visión general y sistémica del mercado, considerando los*



*intereses de los inversionistas, depositantes y asegurados, así como el resguardo del interés público.».*

Y en tal línea, es que la ley le atribuye la potestad de fiscalización de las entidades sometidas a ella, al señalar el inciso tercero del mismo artículo: *«le corresponderá velar porque las personas o entidades fiscalizadas cumplan con las leyes, reglamentos, estatutos y otras disposiciones que las rijan, desde que inicien su organización o su actividad, según corresponda, hasta el término de su liquidación; pudiendo ejercer la más amplia fiscalización sobre todas sus operaciones.».*

En tal sentido, la ley no pone dentro de la competencia de la Comisión para el Mercado Financiero para la resolución de controversias entre las partes, esto es, la entidad aseguradora y el asegurado, respecto a la interpretación de los contratos, su aplicación y su cumplimiento, así como la determinación de la indemnización y su monto. Así también lo ha interpretado administrativamente la propia Comisión, en tanto convierte en un hecho público sus limitaciones, al informarlo en tal sentido al público en su página web, bajo el apartado *reclamos en contra de entidades de seguros ante la CMF* (<https://www.cmfchile.cl/portal/principal/613/w3-article-1244.html>); en aquélla indica precisamente esa restricción de competencia, esto es, que si las *«diferencias o controversias con una entidad fiscalizada respecto a la interpretación, aplicación y cumplimiento de las estipulaciones o condiciones de los contratos, o de la determinación y cuantificación económica de eventuales daños o perjuicios, su conocimiento y resolución corresponderá a los tribunales competentes».* Igualmente, es ésta la forma en que se lo ha respondido al actor, según documento respuesta acompañado en estos autos, en orden a que carece de dicha competencia.

Ratifica lo expuesto el que la ley N° 20.667 del año 2013, modificó el artículo 543 inciso primero Código de Comercio entregando la competencia de tales controversias —esto es, sobre interpretación, aplicación o cumplimiento de los contratos, y aun de la procedencia y monto de las indemnizaciones— a los tribunales arbitrales, al señalar la norma: *«Solución de conflictos. Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, 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».* Es decir, hay una coincidencia entre la restricción de la potestad administrativa y la atribución legal de competencias a los tribunales arbitrales.

En tal línea, entonces, debe entenderse la restricción de competencias del artículo 5 N° 2 del decreto ley N° 3538 que expresa: « *La Comisión está investida de las siguientes atribuciones generales, (...) 2. Absolver las consultas y peticiones e investigar las denuncias o reclamos formulados por accionistas, inversionistas, asegurados, depositantes u otros legítimos interesados, en materias de su competencia, determinando los requisitos o condiciones previas que deban cumplir para conocer de ellas.*». Es decir, que las atribuciones o potestades sólo se pueden enmarcar dentro de su objetivo legal, pero dentro del marco de su competencia, el que ya se ha expuesto. Lo anterior se realiza, además, con las limitaciones —esto es, requisitos y condiciones— que el propio órgano administrativo determine. Todo lo cual, de acuerdo a lo razonado se entiende excluido de las cuestiones controvertidas sobre las materias contractuales ya indicadas previamente.

**Noveno:** Que, la doctrina, de la mano del prof. R. GUASTINI, señala que las normas de procedimiento disciplinan las modalidades de ejercicio de una competencia normativa, esto es, las que «determinan el procedimiento de formación del tipo de fuente al que se refieren» (*Sintaxis del Derecho*, Marcial Pons, trad. A. Núñez, 2016, p. 109), y la competencia, según el prof. L. PAREJO ALFONSO legitima o habilita a los órganos para actuar en el cumplimiento de la tarea o función (*Lecciones de Derecho Administrativo*, Tirant Lo Blanch, 8ª edic., p. 201). De esta forma, el procedimiento se encuentra en una relación de racionalidad instrumental respecto de la competencia asignada por las normas jurídicas al órgano respectivo.

Entonces, al carecer de la competencia la Comisión de Mercado Financiero para pronunciarse sobre dichas controversias, el procedimiento de reclamación que contempla el decreto ley N° 3538, no está configurado legalmente para dicho tipo de cuestiones, desde que la Comisión no está habilitada para pronunciarse sobre el fondo de tales controversias. Por lo que, tanto la reclamación como el procedimiento administrativo no se encuentran a disposición del público afectado por tales cuestiones contractuales.



**Décimo:** Que, la respuesta de la Comisión para el Mercado Financiero a la actora, María Larach Nazal, en el ordinario 85186, de 15 de septiembre de 2023, es concordante con lo razonado, en orden a que señala en lo pertinente: *«Se ha recibido en esta Comisión la presentación del antecedente, mediante la cual usted manifiesta disconformidad con el proceder y determinación de la compañía respecto del siniestro que denunciara con cargo a la póliza. (...)*

*En consecuencia, considerando que el rechazo del siniestro se fundó en las disposiciones de la póliza, este Servicio no está en situación de dar solución al problema planteado por la vía de una reclamación administrativo.*

*Con relación a la reclamación administrativa, cúpleme informar que, en el ejercicio de las facultades otorgadas en el D.L. N° 3.538, de 1980, este Servicio tiene la función de absolver las consultas y peticiones e investigar las denuncias o reclamos formulados por los legítimos interesados en materia de su competencia, y que si la situación que motiva la presentación se refiere a diferencias o controversias con una entidad fiscalizada respecto a la interpretación, aplicación y cumplimiento de las estipulaciones o condiciones de los contratos, o de la determinación y cuantificación económica de eventuales daños o perjuicios, su conocimiento y resolución corresponderá a los tribunales competentes.».*

De la respuesta de la Comisión se aprecia que efectivamente se recurrió ante ella por la actora, respecto del cumplimiento de la póliza y, en particular, sobre la procedencia del reembolso proveniente del contrato de seguro, expresado en la póliza correspondiente. La respuesta de la Comisión, además, aparece como coherente con la negación de competencia y signar a los tribunales como los competentes.

**Undécimo:** Que, bajo tal entendimiento legal acerca de las competencias y procedimientos de reclamación acerca de las controversias sobre cumplimiento de los contratos de seguro, y el establecimiento de la procedencia de las indemnizaciones derivadas del seguro, es que la reclamación administrativa al no estar a disposición del reclamado, éste no estaba habilitado, legalmente, para hacer uso de ella.

En consecuencia, careciendo de competencia, y no habiendo procedimiento para el ejercicio de aquélla, no podía operar el artículo 54 de la Ley de Procedimiento Administrativo para interrumpir legalmente el plazo de 30 de la acción constitucional de protección.



**Duodécimo:** Que, de conformidad a lo razonado desde el 20 de julio de 2023, —fecha en que se presume que pudo recibir la carta de la aseguradora de rechazo definitivo—, y el 15 de septiembre del mismo año— fecha en que se interpuso el recurso de protección transcurrieron 57 días, fecha que supera con creces los 30 días corridos del numeral 1° del Acta 94-2015 de la Corte Suprema.

**Décimo tercero:** Que, existen una serie de condiciones cuya presencia, son o bien habilitadoras, o impeditas, para que el órgano jurisdiccional pueda dictar sentencia sobre la pretensión echa valer en juicio o fondo del asunto u objeto del proceso. Es así que ante su falta (si son positivas), o ante su existencia (si son negativas), sólo es posible dictar una sentencia que resuelva formalmente el proceso, absolviendo de la instancia, sin pronunciarse sobre el fondo del asunto o la demanda misma; las primeras se denominan “presupuestos procesales”, las segundas “impedimentos procesales”. Como señala G. CHIOVENDA son «las condiciones para que se consiga un pronunciamiento cualquiera, favorable o desfavorable, sobre la demanda», y añade si faltase «una de estas condiciones, no nace la obligación del juez de resolver sobre el fondo» (*Instituciones de Derecho Procesal Civil*, v. I, Valetta, 2005, pp. 75 y 80). En el caso de los impedimentos, su presencia, por ejemplo, la litispendencia, el beneficio de excusión, bloquean pasar o arribar a la sentencia de fondo.

En el caso sub lite, el plazo de 30 días corridos fijados por el Auto Acordado sobre Tramitación y Fallo del Recurso de Protección, constituye un plazo de caducidad, que como tal constituye, un impedimento procesal, que al producirse bloquea el pronunciamiento de fondo de la demanda de protección.

**Décimo cuarto:** Que, por las razones expuestas, al haberse interpuesto la acción de protección con creces fuera del plazo normativo de 30 días, es que procede desechar la presente demanda de protección constitucional.

Por estas consideraciones y de conformidad con lo que dispone el artículo 20 de la Constitución Política de la República de Chile y el Auto Acordado sobre Tramitación y Fallo del Recurso de Protección de Garantías Constitucionales, **se rechaza, sin costas**, el recurso de protección deducido



en favor de **María Soledad Larach Nazal**, en contra de **MetLife Chile Seguros de Vida S.A.**, y de la **Comisión para el Mercado Financiero**.

Acordada con el voto en contra de la ministra suplente Zúñiga Alveyay, quien fue de parecer de rechazar la alegación de extemporaneidad y entrar al fondo del asunto teniendo para ello presente:

1.- Que, constituye requisito indispensable de procedencia de la acción cautelar de protección la constatación de la existencia de un acto ilegal, esto es, contrario a la ley, o arbitrario, producto del mero capricho de quien incurre en él, que provoque alguna de las situaciones que se han indicado y que afecte, además, una o más de las garantías constitucionales protegidas por el citado artículo 20 de la Carta Fundamenta, debiendo interponer dicha acción en el plazo que establece el Auto Acordado de la Excm. Corte Suprema dictado al efecto.

2.- Que, son hechos que constan del proceso y no se encuentran discutidos los siguientes:

1. Con fecha 26 de septiembre de 2023 María Soledad Larach Nazal interpone el recurso de protección en contra MetLife Chile Seguros S.A y la Comisión para el Mercado Financiero.
2. Con fecha 27 de junio de 2023 la Compañía de Seguros da respuesta al siniestro denunciado, negando la cobertura por razones que -a su juicio-, ameritan la exclusión por preexistencia.
3. Que el acto que aduce como arbitrario e ilegal es el Oficio N° 85186 dictado por la CMF con fecha 15 de septiembre por el jefe de la división de reclamaciones donde se le indicó que esa repartición tiene como función absolver las consultas y peticiones e investigaciones de denuncias o reclamos contra las empresas fiscalizadas, pero no puede resolver las controversias respecto a la interpretación del contrato, pues aquello es competencia de los tribunales.

3.- Que en relación a la oportunidad para interponer este recurso, el artículo 1 del Auto Acordado sobre Tramitación y Fallo del Recurso de Protección de las Garantías Constitucionales dispone "*1°.- El recurso o acción de protección se interpondrá ante la Corte de Apelaciones en cuya jurisdicción se hubiere cometido el acto o incurrido en la omisión arbitraria o ilegal que ocasionen privación, perturbación o amenaza en el legítimo ejercicio de las garantías constitucionales respectivas, dentro del plazo fatal*



*de treinta días corridos contados desde la ejecución del acto o la ocurrencia de la omisión o, según la naturaleza de éstos, desde que se haya tenido noticias o conocimiento cierto de los mismos, lo que se hará constar en autos”.*

4.- Que, en cuanto a la alegación de extemporaneidad intentada por las recurridas es dable señalar que corresponde desestimarla, pues tal como lo reconoce la CMF, dentro de su normativa artículo 3 del DL N° 3528, se establece -entre otras funciones- la fiscalización de las empresas aseguradoras y reaseguradoras, por lo que la carta enviada con fecha 20 de julio del año en curso por la recurrente, cuya respuesta le fue entregada el 15 de septiembre del año 2023, solo le expresan que dicha repartición no puede avocarse a la interpretación de los contratos suscritos entre las partes, lo que no es posible por la vía administrativa de esa reparación, vía que además debe estar agotada para recurrir a la vía jurisdiccional.-

5.- Que, en consecuencia, del tenor del propio recurso de protección como del informe evacuado por la recurrida se desprende que el recurrente, en la fecha señalada, esto es 15 de septiembre de 2023, presentando el recurso el 26 del mismo mes y año, lo hace dentro del plazo del 30 días corridos que indica el Auto Acordado, lo que permite colegir que el presente arbitrio se planteó dentro de plazo, toda vez que se intentó dentro de los treinta días a que se refiere la norma citada anteriormente.

6.- Que lo antes señalado nada tiene que ver con la falta de legitimación pasiva que la Comisión alega, lo que se debió abordar en el fondo del recurso.

**Regístrese, comuníquese y archívese, en su oportunidad.**

Redacción del Abogado señor Gandulfo.

**N°Protección-14982-2023.**

Pronunciada por la **Séptima Sala** de la Itma. Corte de Apelaciones de Santiago, presidida por la Ministra (S) señora María Teresa Quiroz Alvarado e integrada por la Ministra (S) señora Isabel Zúñiga Alvayay y por el Abogado Integrante señor Eduardo Gandulfo Ramírez. No firman la Ministra (S) señora Quiroz por haber terminado su suplencia ni el Abogado Integrante señor Gandulfo por encontrarse ausente.



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

Código: BKKKXMSXRHX



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

Código: BKKKXMSRHX

Proveído por la Presidenta de la Séptima Sala de la C.A. de Santiago.

En Santiago, a doce de abril de dos mil veinticuatro, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.



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

Código: BKKKXMSRHX