

C.A. de Santiago

Santiago, veintinueve de febrero de dos mil veinticuatro.

Vistos:

I.- En cuanto al recurso de casación.

Con lo relacionado y considerando:

1°.- Que, los demandados, representado por el Consejo de Defensa del Estado, en los autos Rol C-12532-2016 del 26° Juzgado Civil de Santiago, caratulada “Asociación Chilena de Seguridad con Servicio de Salud Metropolitano Central”, plantean un recurso de casación en la forma en contra de la sentencia definitiva de 4 de marzo de 2020, misma que acogió la demanda deducida, sólo en cuanto estableció que los Servicios de Salud demandados deberán pagar a la actora las sumas de dineros que se precisan en lo resolutivo, con los reajustes e intereses señalados en su motivo duodécimo, sin condenar en costas, desestimando, en lo demás la acción intentada.

2°.- Que, se formula por la defensa fiscal de los demandados, como reproche formal, el contenido en el N° 5 del artículo 768 del Código de Procedimiento Civil, haciéndolo consistir en que la sentencia omite los requisitos enumerados en el artículo 170 de igual texto, particularmente en sus numerales cuarto y sexto, circunscritos a la falta de fundamentos de hecho como de derecho, al no registrar el análisis y valoración de toda la prueba rendida y, en un segundo aspecto, al no pronunciarse respecto de pretensiones hechas valer oportunamente en el juicio.

3°.- Que, respecto del primer capítulo de la causal, vinculado al artículo 170 N° 5 del Código de Procedimiento Civil, denominado “A” y “primer vicio”, es el no valorarse la prueba rendida conforme a derecho. A este respecto, el recurrente Consejo de Defensa del Estado, señala que no existe valoración



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

Código: PGKWXMXNXRB

alguna de los documentos aportados por su parte, de si son públicos o privados; si se tienen por reconocidos o no; si hacen plena fe y de qué hecho o circunstancia en particular.

Agrega que, exhibió documentación emanada de algunos de los Servicios de Salud que daba cuenta de la inexistencia de obligaciones, así como reclamos ante la SUSESO, cartas de cobranza con antecedentes médicos e incluso algunos que daban cuenta de pagos a la ACHS, pero en definitiva no fueron confrontados con la supuesta prueba documental de la demandante, y dichos Servicios fueron igualmente condenados.

En tanto, respecto de los documentos señalados como meros instructivos, se hizo especialmente presente al tribunal cómo la prueba rendida por la demandante no se ajustaba a lo regulado, ni se cumplían claros requisitos allí establecidos para la procedencia de una prestación.

De esta forma, no cumplió el sentenciador con, entre otras disposiciones, los artículos 1702, 1706 del Código Civil, y 342, 346, 349 y 355 del Código de Procedimiento Civil.

En lo que toca a la prueba testimonial, da cuenta de lo genérico de las declaraciones, sin asidero en las prestaciones concretas demandadas, arguyendo que no se trata en autos de la discusión y prueba de un sistema general de prestaciones, de reembolso y cobro, sino de la pertinencia de prestaciones concretas, no acreditadas cabalmente.

De esta forma a su juicio sería insuficiente y defectuoso concluir de estos documentos y testigos que con ellos se dio cabal cumplimiento de la norma para la exigibilidad y cobro de cada prestación demandada.

Se hace referencia al considerando undécimo donde se expresa que para tener por acreditada la efectividad y monto de



estas supuestas prestaciones, así como en definitiva su procedencia, se estuvo exclusivamente al informe pericial, que se aduce fue valorado conforme a las reglas de sana crítica, afirmando a dicho respecto de que si dicha valoración no se ajusta a derecho o existe vicio, no habrá en definitiva fundamentación válida en la sentencia para acoger la demanda.

4°.- Que, asimismo, se incluye en esta primera parte de la causal esgrimida como “SEGUNDO VICIO”, la falta de valoración del informe pericial que no precisa, en los términos que ordena el artículo 425 del Código de Procedimiento Civil, siendo que se trata de una mera suma aritmética de cantidades citadas en cartas emanadas de la actora, sin valor probatorio y sin haberse demostrado la verdad de su contenido, e incumple la obligación de ponderarlo debidamente; omitiendo señalar los razonamientos conforme a los cuales llegó a la conclusión de que dicha prueba tenía el valor probatorio que se le atribuye, dando entonces por acreditados hechos sin cumplir la exigencia legal y sin contrastarlo con la prueba contraria de esta parte; incumpliendo así el imperativo legal de expresar cabalmente las consideraciones de hecho y de derecho que sirven de fundamento a lo resuelto.

Alude a cartas de las cuales no consta su recepción conforme por cada Servicio, eventual negativa a recepción o respuesta, ni han sido reconocidas por sus supuestos receptores, documentos privados sin mayor valor, que a mayor abundamiento fueron objetados y observados por esta parte en repetidas oportunidades, según eran reiterados por la contraria: a fs. 927, 981, 1015, 1061, 1064, 1069, 1080, 1113, 1284 y 1634.

Y que aun aceptando sus supuestos, lo que se habría “acreditado” es que la demandante dice haber enviado cartas de cobro en su oportunidad por determinadas cantidades de dinero a



sus representados, lo que en sí carece de relevancia.

Luego continúa su cuestionamiento al peritaje, que consideró como sustrato fáctico un disco duro aportado al juicio por la demandante, que contiene estas supuestas cartas de cobranza, procediendo el perito a confeccionar una planilla Excel “con las cartas de cobranza que se encuentran contenidas en dicho dispositivo de almacenamiento”. Enseguida, el informe detalla diversas carpetas que se encuentran en el disco duro en cuestión, todas conteniendo supuestas cartas de cobranza, algunas emanadas de la propia demandante y otras de un tercero “Milano”. Estos documentos, oportunamente objetados, no emanan de esa parte en contra de quien se pretende hacerlos valer, de tal manera que no tienen valor probatorio alguno en su contra. Al no existir recepción conforme por los Servicios, tampoco tienen fecha cierta a su respecto, de conformidad al artículo 1703 del Código Civil.

Enseguida, alude a que el perito da cuenta de una reunión sostenida con apoderados de la demandante, en donde se procedió a tomar una muestra “al azar” de aproximadamente 100 cartas de cobranza del disco duro de la demandante, para luego “verificar” en el “Sistema de Contabilidad SAP” de la propia demandada, que “las cartas de cobranza corresponden al Servicio de Salud demandado y en Monto registrado en cada carta de cobranza. Ese perito pudo certificar que cada carta de cobranza seleccionada en la muestra se encuentra registrada en la contabilidad de la ACHS”. En definitiva, el peritaje da cuenta a este respecto que exploró al azar un universo muy menor de supuestas cartas de cobranza, para luego corroborarlas y darle valor mediante su supuesto cotejo con la contabilidad de la propia demandante. Contabilidad por cierto que no ha sido tampoco



acompañada o aportada en autos conforme a las normas del Código de Comercio, o Tributario, en su caso.

Destaca que el peritaje efectuado no da cuenta del necesario ejercicio de revisión de la existencia de la carta de cobranza, debidamente recibida y con los antecedentes necesarios, ejercicio que no era en todo caso posible de hacer pues las cartas en cuestión, más allá de no constar su recepción, no contienen la documentación respaldatoria que se menciona, no se indica en el informe cómo y cuándo se llega a tal correspondencia entre la supuesta carta de cobranza y todos los demás antecedentes necesarios que el propio perito señala y que omite singularizar para cada caso en el informe. Tampoco existe referencia alguna en el informe a su respecto, ni en su cuerpo ni en sus conclusiones.

En el fondo, todo el supuesto respaldo de las operaciones cubiertas por el peritaje, según en el mismo se consigna, se encuentra en los denominados anexos 3 y 4, que se singulariza como “Detalle de prestaciones realizadas por ACHS”, a los que suma un check list de cumplimiento de respaldo (“si/no”) como anexo 5 (que suponemos también elaborado por la propia demandante, al igual que los otros), pues el peritaje no da cuenta de algún procedimiento o revisión efectiva por el perito, ni reproduce uno solo de estos supuestos antecedentes.

En suma, formalmente y en el fondo, carece de todo valor probatorio.

5°.- Que, el segundo capítulo de la causal invocada del numeral quinto del artículo 768 del Código de Procedimiento Civil, ahora conectado con el artículo 170 N° 6 del mismo texto, que se denomina “B)”, por no decisión del asunto controvertido, lo que se extiende a la alegación de fondo de inexistencia de fundamento



jurídico, sin que exista pronunciamiento del tribunal a dicho extremo.

6°.- Que, en el mismo escrito de casación, se afirma que la causal esgrimida, en todas sus manifestaciones, habría influido sustancialmente en lo dispositivo del juicio, lo que se demostraría en que la sentencia dictada tuvo como resultado específico el acoger la demanda y condenar a sus representados al pago de las sumas que precisa la misma sentencia, situación que no habría acontecido de no haberse incurrido en las deficiencias de nulidad que se desarrollaron en su recurso, perjuicio sólo reparable mediante la invalidación del fallo, por lo que pide tener por deducido el presente recurso de casación en la forma, se anule el fallo impugnado y de forma separada, pero acto seguido, se dicte la correspondiente sentencia de reemplazo que rechace la demanda incoada en todas sus partes.

7°.- Que, en relación a la causal invocada de haber omitido la sentencia alguno de los requisitos consignados en el artículo 170 del Código de Procedimiento Civil, debe consignarse de manera preliminar que dicha alegación está limitada a una ausencia absoluta de motivos de hecho y derecho en el fallo en análisis, no así cuando aquellos no se ajustan a la tesis sustentada por el recurrente. Y lo cierto es que de una atenta lectura del fallo cuestionado permite verificar que en este sí se explicitan las razones que llevaron a la sentencia de primer grado a acoger la demanda, sin que por este camino de carácter extraordinario y de derecho estricto puedan homologarse cuestionamientos que se dirigen más bien a aspectos valorativos, los que corresponden a una función jurisdiccional en la que el juez del fondo es soberano, siendo que el recurso de nulidad formal



aquí interpuesto, dada su naturaleza especialísima ya referida, no permite examinar esos extremos.

8°.- Que, por otro lado, igualmente la causal y sus capítulos habrán de desestimarse desde luego, toda vez que el motivo preciso de invalidación invocado sólo se configura cuando la sentencia no contiene los razonamientos que determinan la decisión del fallo o cuando no se enuncian las normas de derecho o de los principios de equidad que informan lo resuelto. Así, en el caso de autos, la infracción anotada no concurre, ya que, a diferencia de lo postulado por la recurrente, la sentencia sí formula una fundamentación para resolver como lo hizo.

9°.- Que, en efecto, examinada la sentencia bajo estos límites y en relación a las alegaciones contenidas en el escrito de casación, precisamente en su numeral IV., denominado precisamente como “Vicios o defectos incurridos en la sentencia, en que se funda el recurso.”, en su letra A), “PRIMER VICIO”, alude que no se valoró la prueba rendida por las demandadas, de la que dicho sea de paso, no se precisa ni detalla en su denominación, ni efectos o trascendencia, aspecto deficitario que desde ya, en un recurso de carácter extraordinario y de derecho estricto no está permitido, sin que esté facultado este tribunal para subsidiar a alguna de las partes subentendiendo aspectos o argumentos que son de cargo del respectivo recurrente, que no pueden ser injertados de manera oficiosa, lo que desde ya conmina a que el presente deba ser desestimado.

10°.- Que, es más, el tribunal sí se hizo cargo de esos planteamientos el fallo, siendo que en definitiva acogió la demanda en los términos que fija en su parte resolutive, sin que el no compartir esas declaraciones importe la procedencia de este medio de impugnación.



Existe una valoración en el fallo de los antecedentes que echa en falta el recurrente, que fueron precisamente los que de todas formas le permitieron cumplir con los artículos que cita como vulnerados, pero que tampoco desarrolla debidamente en su libelo de casación formal.

11°.- Que, en cuanto a la falta de valoración del informe pericial, “SEGUNDO VICIO”, nuevamente aparecen defectos formales insalvables en el libelo anulatorio de marras, ya que no se precisan mayores detalles para su ubicación y determinación, deslizando críticas o cuestionamientos genéricos de que se trató de una mera suma aritmética de cantidades citadas en cartas emanadas de la actora, siendo que ello obedece a cuestionamientos bajo los cuales se intenta controlar aspectos de justiprecio del tribunal, en los que este es soberano. Por lo demás, el peritaje sí fue valorado, conforme se consigna en el motivo tercero, cuarto, quinto y undécimo del fallo en análisis, cuestión distinta es que no comparta el parecer del fallo a su respecto.

12°.- Que, es dable señalar que todas estas supuestas deficiencias, además de recoger más bien disconformidades respecto de los razonamientos esgrimidos por el tribunal para resolver de la forma en que lo hizo, así como la manera en que aquilató las evidencias presentadas en el presente juicio, siendo que el solo resolver en un sentido diverso al que pretendía la recurrente, no puede configurar un motivo suficiente para justificar la procedencia de un medio de impugnación como el utilizado, que sólo permite constatar la ocurrencia manifiesta de defectos formales, de manera que está vedado entrar a controlar por esta vía excepcionalísima la valoración de la prueba.



13°.- Que, el segundo capítulo de la causal invocada del numeral 5° del artículo 768 del Código de Procedimiento Civil, contenido en la letra “B)”, se conectó con el artículo 170 N° 6 de igual texto, por no decisión del asunto controvertido, lo que se extiende a la alegación de fondo de inexistencia de fundamento jurídico, sin que exista pronunciamiento del tribunal a dicho extremo.

14°.- Que, en lo que toca a la inexistencia de fundamentos jurídicos, todo lo contrario a lo que sugiere el recurrente, sí existe pronunciamiento de fondo al respecto, conforme se demuestra de la sola lectura del fallo y de su propia parte resolutive.

15°.- Que, como se aprecia, la solidez y certeza de los presupuestos que menciona el recurrente para sostener la causal intentada en cualquiera de sus capítulos, no resultan ser efectivos, lo que desde ya permite sostener que el presente libelo de nulidad formal no tiene posibilidades de prosperar, lo que ya es suficiente para su rechazo absoluto.

II.- En cuanto a la apelación.

Se reproduce la sentencia en alzada, con la siguiente modificación:

Se elimina su motivo duodécimo.

Y se tiene, además, presente:

16°.- Que, para el encuadre fáctico como jurídico de lo pretendido por la actora y discutido por la defensa de los Servicios de Salud demandados, es necesario tener presente que la primera, esto es, la Asociación Chilena de Seguridad, en adelante ACHS, conforme a su marco regulatorio constituido por la Ley N° 16.744 sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales; el Decreto Supremo N° 101 de 7 de junio de 1968, que es el Reglamento de la normativa ya citada; el Decreto



Supremo N° 109 de 7 de junio de 1968, Reglamento para la Calificación y Evaluación de los Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales y el Decreto Supremo N° 285, de 26 de febrero de 1969, Estatuto Orgánico de este tipo de organizaciones, resulta ser que la actora de autos constituye una Mutualidad de Empleadores, corporación regida por el Título XXXIII del Libro I del Código Civil, que tiene el rol de ser administradora, sin ánimo de lucro, del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales que, entre otras funciones, se encarga de recaudar las cotizaciones con que se financia ese mismo fondo, conformando uno que solventa las prestaciones médicas y pecuniarias a que tienen derecho los trabajadores y/o beneficiarios afectados por una enfermedad o infortunio laboral.

17°.- Que, a su tiempo, los demandados Servicios de Salud tienen a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, ello para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud como rehabilitación de las personas que padezcan enfermedades y/o hubiesen tenido accidentes comunes, no laborales, a través de su respectiva Red Asistencial, constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales de salud públicos, municipales o privados, dentro del territorio de su competencia.

18°.- Que, asimismo, la actual Constitución Política de la República garantiza que el Estado debe supervigilar el adecuado ejercicio al derecho de la seguridad social, estableciendo también aquel de la protección a la salud, su recuperación y rehabilitación del individuo, comprometiéndose a la ejecución de las acciones de salud, sea que ellas se presten por instituciones públicas o



privadas en la forma y condiciones que la ley determina, esto en el numeral 9° del artículo 19 de la Carta Fundamental.

19°.- Que, relevante resulta también referir, al contenido de los artículos 77, 77 bis y 78 de la Ley N° 16.744, agregada la segunda norma citada por la Ley N° 19.934, publicada el 21 de junio de 1995, las que disponen, en el caso de la primera, lo que sigue:

“Los afiliados o sus derecho-habientes, así como también los organismos administradores podrán reclamar dentro del plazo de 90 días hábiles ante la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, de las decisiones de los Servicios de Salud o de las Mutualidades en su caso recaídas en cuestiones de hecho que se refieran a materias de orden médico.

Las resoluciones de la Comisión serán apelables, en todo caso, ante la Superintendencia de Seguridad Social dentro del plazo de 30 días hábiles, la que resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior recurso.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos precedentes, en contra de las demás resoluciones de los organismos administradores podrá reclamarse, dentro del plazo de 90 días hábiles, directamente a la Superintendencia de Seguridad Social.

Los plazos mencionados en este artículo se contarán desde la notificación de la resolución, la que se efectuará mediante carta certificada o por los otros medios que establezcan los respectivos reglamentos. Si se hubiere notificado por carta certificada, el plazo se contará desde el tercer día de recibida la misma en el Servicio de Correos.”

El artículo 77 bis, señala:

“El trabajador afectado por el rechazo de una licencia o de



un reposo médico por parte de los organismos de los Servicios de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional o de las Mutualidades de Empleadores, basado en que la afección invocada tiene o no tiene origen profesional, según el caso, deberá concurrir ante el organismo de régimen previsional a que esté afiliado, que no sea el que rechazó la licencia o el reposo médico, el cual estará obligado a cursarla de inmediato y a otorgar las prestaciones médicas o pecuniarias que correspondan, sin perjuicio de los reclamos posteriores y reembolsos, si procedieren, que establece este artículo.

En la situación prevista en el inciso anterior, cualquier persona o entidad interesada podrá reclamar directamente en la Superintendencia de Seguridad Social por el rechazo de la licencia o del reposo médico, debiendo ésta resolver, con competencia exclusiva y sin ulterior recurso, sobre el carácter de la afección que dio origen a ella, en el plazo de treinta días contado desde la recepción de los antecedentes que se requieran o desde la fecha en que el trabajador afectado se hubiere sometido a los exámenes que disponga dicho Organismo, si éstos fueren posteriores.

Si la Superintendencia de Seguridad Social resuelve que las prestaciones debieron otorgarse con cargo a un régimen previsional diferente de aquel conforme al cual se proporcionaron, el Servicio de Salud, el Instituto de Normalización Previsional, la Mutualidad de Empleadores, la Caja de Compensación de Asignación Familiar o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, deberán reembolsar el valor de aquéllas al organismo administrador de la entidad que las solventó, debiendo este último efectuar el requerimiento respectivo. En dicho reembolso se deberá incluir la parte que debió financiar el



trabajador en conformidad al régimen de salud previsional a que esté afiliado.

El valor de las prestaciones que, conforme al inciso precedente, corresponda reembolsar, se expresará en unidades de fomento, interés corriente para operaciones reajustables a que se refiere la ley N° 18.010, desde dicho momento hasta la fecha del requerimiento del respectivo reembolso, debiendo pagarse dentro del plazo de diez días, contados desde el requerimiento, conforme al valor que dicha unidad tenga en el momento del pago efectivo. Si dicho pago se efectúa con posterioridad al vencimiento del plazo señalado, las sumas adeudadas devengarán el 10% de interés anual, que se aplicará diariamente a contar del señalado requerimiento de pago.

En el evento de que las prestaciones hubieren sido otorgadas conforme a los regímenes de salud dispuestos para las enfermedades comunes, y la Superintendencia de Seguridad Social resolviera que la afección es de origen profesional, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio de Salud o la Institución de Salud Previsional que las proporcionó deberá devolver al trabajador la parte del reembolso correspondiente al valor de las prestaciones que éste hubiere solventado, conforme al régimen de salud previsional a que esté afiliado, con los reajustes e intereses respectivos. El plazo para su pago será de diez días, contados desde que se efectuó el reembolso.

Si, por el contrario, la afección es calificada como común y las prestaciones hubieren sido otorgadas como si su origen fuere profesional, el Servicio de Salud o la Institución de Salud Previsional que efectuó el reembolso deberá cobrar a su afiliado la parte del valor de las prestaciones que a éste le corresponde



solventar, según el régimen de salud de que se trate, para lo cual sólo se considerará el valor de aquéllas.

Para los efectos de los reembolsos dispuestos en los incisos precedentes, se considerará como valor de las prestaciones médicas el equivalente al que la entidad que las otorgó cobra por ellas al proporcionarlas a particulares.”

Y el artículo 78 menciona que:

“La Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales estará compuesta por:

- a) Dos médicos en representación del Servicio Nacional de Salud, uno de los cuales la presidirá;
- b) Un médico en representación de las organizaciones más representativas de los trabajadores;
- c) Un médico en representación de las organizaciones más representativas de las entidades empleadoras, y
- d) Un abogado.

Los miembros de esta Comisión serán designados por el Presidente de la República, en la forma que determine el Reglamento.

El mismo Reglamento establecerá la organización y funcionamiento de la Comisión, la que en todo caso, estará sometida a la fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social.”

20°.- Que, a su tiempo, los artículos 71 y 72 del D.S. 101 que “Aprueba el Reglamento para la aplicación de la Ley N° 16.744” en su Título VI sobre Reclamaciones y Procedimientos, establece el primero que:

“En caso de accidentes del trabajo o de trayecto deberá aplicarse el siguiente procedimiento:

- a) Los trabajadores que sufran un accidente del trabajo o de



trayecto deben ser enviados, para su atención, por la entidad empleadora, inmediatamente de tomar conocimiento del siniestro, al establecimiento asistencial del organismo administrador que le corresponda.

b) La entidad empleadora deberá presentar en el organismo administrador al que se encuentra adherida o afiliada, la correspondiente "Denuncia Individual de Accidente del Trabajo" (DIAT), debiendo mantener una copia de la misma. Este documento deberá presentarse con la información que indica su formato y en un plazo no superior a 24 horas de conocido el accidente.

c) En caso que la entidad empleadora no hubiere realizado la denuncia en el plazo establecido, ésta deberá ser efectuada por el trabajador, por sus derecho-habientes, por el Comité Paritario de Higiene y Seguridad de la empresa cuando corresponda o por el médico tratante. Sin perjuicio de lo señalado, cualquier persona que haya tenido conocimiento de los hechos podrá hacer la denuncia.

d) En el evento que el empleador no cumpla con la obligación de enviar al trabajador accidentado al establecimiento asistencial del organismo administrador que le corresponda o que las circunstancias en que ocurrió el accidente impidan que aquél tome conocimiento del mismo, el trabajador podrá concurrir por sus propios medios, debiendo ser atendido de inmediato.

e) Excepcionalmente, el accidentado puede ser trasladado en primera instancia a un centro asistencial que no sea el que le corresponde según su organismo administrador, en las siguientes situaciones: casos de urgencia o cuando la cercanía del lugar donde ocurrió el accidente y su gravedad así lo requieran. Se entenderá que hay urgencia cuando la condición de salud o



cuadro clínico implique riesgo vital y/o secuela funcional grave para la persona, de no mediar atención médica inmediata. Una vez calificada la urgencia y efectuado el ingreso del accidentado, el centro asistencial deberá informar dicha situación a los organismos administradores, dejando constancia de ello.

f) Para que el trabajador pueda ser trasladado a un centro asistencial de su organismo administrador o a aquél con el cual éste tenga convenio, deberá contar con la autorización por escrito del médico que actuará por encargo del organismo administrador.

g) Sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, el respectivo organismo administrador deberá instruir a sus entidades empleadoras adheridas o afiliadas para que registren todas aquellas consultas de trabajadores con motivo de lesiones, que sean atendidos en policlínicos o centros asistenciales, ubicados en el lugar de la faena y/o pertenecientes a las entidades empleadoras o con los cuales tengan convenios de atención. El formato del registro será definido por la Superintendencia.”

El artículo 72, conmina a que: “En caso de enfermedad profesional deberá aplicarse el siguiente procedimiento:

a) Los organismos administradores están obligados a efectuar, de oficio o a requerimiento de los trabajadores o de las entidades empleadoras, los exámenes que correspondan para estudiar la eventual existencia de una enfermedad profesional, sólo en cuanto existan o hayan existido en el lugar de trabajo, agentes o factores de riesgo que pudieran asociarse a una enfermedad profesional, debiendo comunicar a los trabajadores los resultados individuales y a la entidad empleadora respectiva los datos a que pueda tener acceso en conformidad a las disposiciones legales vigentes, y en caso de haber trabajadores



afectados por una enfermedad profesional se deberá indicar que sean trasladados a otras faenas donde no estén expuestos al agente causal de la enfermedad. El organismo administrador no podrá negarse a efectuar los respectivos exámenes si no ha realizado una evaluación de las condiciones de trabajo, dentro de los seis meses anteriores al requerimiento, o en caso que la historia ocupacional del trabajador así lo sugiera.

b) Frente al rechazo del organismo administrador a efectuar dichos exámenes, el cual deberá ser fundado, el trabajador o la entidad empleadora, podrán recurrir a la Superintendencia, la que resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior recurso.

c) Si un trabajador manifiesta ante su entidad empleadora que padece de una enfermedad o presenta síntomas que presumiblemente tienen un origen profesional, el empleador deberá remitir la correspondiente “Denuncia Individual de Enfermedad Profesional” (DIEP), a más tardar dentro del plazo de 24 horas y enviar al trabajador inmediatamente de conocido el hecho, para su atención al establecimiento asistencial del respectivo organismo administrador, en donde se le deberán realizar los exámenes y procedimientos que sean necesarios para establecer el origen común o profesional de la enfermedad.

El empleador deberá guardar una copia de la DIEP, documento que deberá presentar con la información que indique su formato.

d) En el caso que la entidad empleadora no hubiere realizado la denuncia en el plazo establecido en la letra anterior, ésta deberá ser efectuada por el trabajador, por sus derechohabientes, por el Comité Paritario de Higiene y Seguridad de la empresa cuando corresponda o por el médico tratante. Sin



perjuicio de lo señalado, cualquier persona que haya tenido conocimiento de los hechos podrá hacer la denuncia.

e) El organismo administrador deberá emitir la correspondiente resolución en cuanto a si la afección es de origen común o de origen profesional, la cual deberá notificarse al trabajador y a la entidad empleadora, instruyéndoles las medidas que procedan.

f) Al momento en que se le diagnostique a algún trabajador o ex-trabajador la existencia de una enfermedad profesional, el organismo administrador deberá dejar constancia en sus registros, a lo menos, de sus datos personales, la fecha del diagnóstico, la patología y el puesto de trabajo en que estuvo o está expuesto al riesgo que se la originó.

g) El organismo administrador deberá incorporar a la entidad empleadora a sus programas de vigilancia epidemiológica, al momento de establecer en ella la presencia de factores de riesgo que así lo ameriten o de diagnosticar en los trabajadores alguna enfermedad.

21°.- Que, por otro lado, la Circular N° 2229 de la SUSESO, de 17 de agosto de 2005, vigente a la fecha de los hechos aquí discutidos, impartió instrucciones a los organismos administradores de la Ley N° 16.744 y a las entidades que participan en la administración del régimen de salud común para calificación de patologías y aplicación del artículo 77 bis de la Ley N° 16.,744 (actualmente reemplazada por la Circular N° 3244 de 13 de septiembre de 2016), que en uno de sus acápites establecía que cualquier persona o entidad interesada podrá reclamar directamente ante la SUSESO por el rechazo de la licencia o reposo médico, la que resuelve con competencia exclusiva y sin ulterior recurso, sobre la naturaleza (profesional o



común) de la afección de que se trate, sin perjuicio que al trabajador deban concedérsele las prestaciones correspondientes.

En el evento de que el organismo que otorga la prestación, estima que esta corresponde que sea solventada por uno diverso, debe emitir al efecto una carta de cobranza, adjuntando un detalle de las prestaciones otorgadas con la fecha de las mismas y antecedentes médicos fundantes de la patología, debiendo enviarse dentro de un plazo perentorio, indicándose que, si la entidad a quien se remite la carta no concuerda con la calificación de la patología como común o laboral, podrá recurrir a la SUSESO, la que resolverá el origen de la misma dentro de un plazo perentorio, disponiendo la citada Superintendencia de 30 días para resolver acerca de la calificación de la afección; estableciéndose que para el caso de los trabajadores afiliados a Fonasa, los organismos administradores del seguro de esta ley deberán requerir los reembolsos respectivos de los distintos Servicios de Salud, sin perjuicio de la facturación posterior que estos deban efectuar a dicho fondo, ello también dentro de un plazo perentorio profesional.”

22°.- Que, como se aprecia de la normativa transcrita precedentemente, se dispone de un procedimiento especial para el trabajador afectado por el rechazo de una licencia o de un reposo médico por parte de los Servicios de Salud, Instituciones de Salud Previsional o de las Mutualidades de Empleadores, basado en que la afección invocada tiene o no origen profesional, debiendo concurrir hasta el organismo de régimen previsional al que se encuentra afiliado, que no sea el que rechazó la licencia o el reposo médico, el cual estará obligado a cursarla de inmediato y otorgar las prestaciones médicas o pecuniarias que



correspondan, sin perjuicio de los reclamos posteriores y reembolsos, si procedieren, que establece el mismo artículo.

En la situación descrita cualquier persona o entidad interesada puede reclamar directamente en la Superintendencia de Seguridad Social el rechazo de la licencia o del reposo médico, debiendo ésta resolver sobre el carácter de la afección que dio origen a ella, en el plazo de treinta días contados desde la recepción de los antecedentes que se requieran o desde la fecha en que el trabajador afectado se hubiere sometido a los exámenes que disponga dicho Organismo, si éstos fueren posteriores.

23°.- Que, que tal como precisan los artículos 77 y 77 bis de la Ley 16.744, si la Superintendencia de Seguridad Social resuelve que las prestaciones debieron otorgarse con cargo a un régimen previsional diferente de aquél conforme al cual se proporcionaron, el Servicio de Salud respectivo debe reembolsar el valor de aquéllas al organismo administrador de la entidad que las solventó (ACHS), debiendo este último efectuar el requerimiento respectivo. Misma normativa que decide que el valor de estas prestaciones que corresponda reembolsar se expresará en Unidades de Fomento, según el valor de éstas en el momento de su otorgamiento, con el interés corriente para operaciones reajustables a que se refiere la ley N° 18.010, desde dicho momento hasta la fecha del requerimiento del respectivo reembolso, debiendo pagarse dentro del plazo de 10 días contados desde el requerimiento, conforme al valor que dicha unidad tenga en el momento del pago efectivo.

En el caso que ese pago se efectúe con posterioridad al vencimiento del plazo señalado, las sumas adeudadas devengan



el 10% de interés anual, que se aplicará diariamente a contar del señalado requerimiento de pago.

La solución, es mediante el reembolso de las diversas prestaciones otorgadas a los pacientes, regulando que, si en definitiva, la institución que en los hechos financió las prestaciones médicas y económicas no era la obligada a ello, debían serle reembolsadas tales prestaciones por la entidad correspondiente, ello en atención a que el Seguro Social contemplado por la Ley N° 16.744 debe financiar exclusivamente dolencias de origen ocupacional y no afecciones de origen común, cuya cobertura corresponde a una fuente de financiamiento propia y diversa de la anterior.

Misma idea refrendada por la Circular N° 2229, de 2005, tratándose en la especie de prestaciones otorgadas a cotizantes del Fondo Nacional de Salud por dolencias de etiología común y probado el pronunciamiento de la Superintendencia de Seguridad Social determinando que se trata de afecciones comunes, en caso que hubiere habido alguno.

24°.- Que, es necesario también señalar que los reembolsos o cobros que efectúan las mutuales, en este caso la ACHS, pueden ser de dos clases:

a) Las situaciones reguladas por el artículo 77 bis de la Ley 16.744, es decir, cuando existe un rechazo de reposo o licencia basado en el origen de la patología fundante de la misma, en este caso a los reembolsos se suman reajustes e intereses, y

b) Cuando no ha habido reposo o licencia médica y, en forma ambulatoria, se han otorgado las prestaciones médicas, reembolsándose el valor nominal.

En caso en que exista controversia entre instituciones acerca del origen de la afección, las entidades respectivas deben



efectuar las gestiones que estimen pertinentes y, eventualmente, requerir los antecedentes fundantes de su resolución al organismo que solicita el reembolso, a fin de decidir si se allana a la calificación efectuada o somete su conocimiento a la resolución de la Superintendencia de Seguridad Social encargándose al Servicio de Salud Metropolitano la Asesoría Jurídica a objeto de analizar la calificación efectuada por la Mutualidad respectiva y, en definitiva, la procedencia del reembolso solicitado y, si lo estima procedente, elevar los antecedentes del caso a la Superintendencia de Seguridad Social si no concuerda con la determinación como común del accidente o enfermedad que motiva dicho cobro.

25°.- Que, en consecuencia, reuniéndose los requisitos que lo hacen procedente, los Servicios de Salud demandados deberán reembolsar las prestaciones otorgadas por la demandante a los pacientes que se individualizan en la demanda, diferenciándose si la prestación se encuentra traducida a pesos, es que en ellas se hará lugar a los intereses solicitados, fundado en que tratándose de una suma de dinero se hace aplicable la Ley N° 18.010, pero sólo desde que el deudor sea constituido en mora, desde que, además, la Ley N° 16.744, en su artículo 77 bis, no contempla la aplicación de reajustes a esta situación. Por ello, se deberá pagar respecto de esas sumas sólo los intereses corrientes y desde que sea constituido en mora el deudor.

Y, por su parte, aquellas traducidas en unidades de fomento, se hará aplicable el artículo 77 bis, lo que tendrá que ser observado por el señor secretario del Tribunal al momento de la liquidación, aplicándose el interés corriente para operaciones reajustables desde la fecha del otorgamiento y hasta 10 días después del requerimiento del reembolso, tomando en cuenta el



valor a la fecha del pago efectivo, ello sin perjuicio de que al haber excedido el plazo que fija la ley se le hace aplicable además el 10% de interés anual en los términos señalados en dicho artículo, contados desde el undécimo día de la notificación de la demanda.

26°.- Que, sin perjuicio de lo anterior, la misma Superintendencia de Seguridad Social ha señalado que las prestaciones ambulatorias y sin licencia, deben cobrarse en valores nominales, tal como en el presente caso hizo ACHS al despachar las cartas requisitorias que no motivaron respuesta ni actividad alguna de los Servicios demandados.

27°.- Que, en la especie, la ACHS ha sufrido el empobrecimiento de su patrimonio debido al costo de las prestaciones económicas y pecuniarias que ha solventado y que, en definitiva, constituían obligaciones de los Servicios de Salud, considerando el origen común de las patologías y que, por otro lado, dichos Servicios de Salud se han enriquecido puesto que las enfermedades o contingencias de salud, de origen común y no laboral, no han sido costeadas por quien correspondía.

28°.- Que, como consecuencia de lo que se viene estableciendo, no existe falta de fundamento jurídico y fáctico, de tal manera que la contradicción de los hechos en que se fundaría la demanda y negando la existencia, naturaleza y monto de las supuestas obligaciones que se demandan en autos esgrimida por la defensa fiscal, carece de toda motivación.

29°.- Que, ha sido la abundante prueba documental, sumada a la testimonial de los deponentes Poblete, Marín y González, de que da cuenta el motivo tercero de la sentencia en alzada, los antecedentes de la demandada del motivo quinto, destacando las pericias evacuadas (29) por el perito judicial Sr. Christian Nino-Moris en causa Rol N° C-17.348-2013, sustanciada



ante el 20° Juzgado Civil de Santiago entre las mismas partes de autos y el Informe Pericial Contable (30) evacuado por el perito judicial Jaime Cristian Aliro Acevedo Silva en causa Rol N° C-594-2010, sustanciada ante el 8° Juzgado Civil de Santiago.

En lo que toca a este proceso, sustanciado por el 26° Juzgado Civil de Santiago, C-12.532-2016, rola pericia contable, no objetada, de Jaime Acevedo Silva, Ingeniero Comercial y Contador Auditor, en el cual es posible advertir que su objetivo fue determinar el valor de las prestaciones efectuadas a pacientes atendidos por la ACHS como prestadora de seguro de salud, en el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2014 y el 30 de abril de 2016 y si esta figura en pesos o en UF y determinado los Servicios a quienes corresponden, revisando un soporte computacional (Disco duro portátil marca Toshiba 1 TB de capacidad) con todas las prestaciones que se pretenden cobrar y aportado al proceso el 9 de agosto de 2018, validando previamente la documentación de respaldo que confirme la prestación realizada e ingresándola a una planilla Excel cada carta de cobranza con fechas y montos y su respaldo.

Se revisaron 34.041 cartas de cobranzas en pesos y 8.657 cartas de cobranzas en UF (42.698 en total), eliminando casos duplicados (4.462 quedando un total de 30.417 casos en pesos y 7.819 en UF (38.236 en total).

En conclusión, el monto total de las cartas de cobranzas que tienen respaldo de las prestaciones médicas realizadas se encuentran contenidas en el disco duro ya citado, ascendiendo a \$2.520.991.884 pesos y las en UF a 24.981,61, esto es, a valores nominales. Ahora, incluyendo reajustes e intereses ascienden a \$3.390.464.419 pesos y 35.387,34 UF, desagregándola por Servicio a fs. 19 y siguientes de la pericia.



30°.- Que, respecto de la valoración de la pericia precedente, de acuerdo al artículo 425 del Código de Enjuiciamiento Civil, debe apuntarse, en primer término, que la norma citada, prescribe que: “Los tribunales apreciarán la fuerza probatoria del dictamen de peritos en conformidad a las reglas de la sana crítica”, esto es, no le fija, como sí ocurre con otros medios de prueba permitidos por el Código de Procedimiento Civil, un valor probatorio tasado a la prueba pericial, sino que consagra la potestad del tribunal de apreciarla en conformidad a las reglas de la sana crítica, desde que, por medio de la referida disposición se conduce el análisis del sentenciador conforme a las reglas del correcto entendimiento impidiéndole apartarse del examen reflexivo del material probatorio, de modo concordante con la lógica, los conocimientos científicamente afianzados y las máximas de experiencia.

Siendo que en la especie, no se advierte una vulneración a los principios y partes del correcto entendimiento y de la lógica, de modo que el reproche de las demandadas se configura más bien a discrepancias en la apreciación de esa evidencia que consigna el fallo de primer grado.

31°.- Que, a mayor abundamiento y, siguiendo la opinión de Alsina, las reglas de la sana crítica “no son otras que las que prescribe la lógica y derivan de la experiencia, las primeras con carácter permanente, y las segundas variables en el tiempo y en el espacio” (Tratado Teórico Práctico de Derecho Procesal Civil y Comercial 1956, Buenos Aires, Ediar S.A. editores, pág. 127), las que para Couture, constituyen “reglas del correcto entendimiento humano; contingentes y variables con relación a la experiencia del tiempo y del lugar; pero estables y permanentes en cuanto a los principios lógicos en que debe apoyarse una sentencia (Estudios



de Derecho Procesal Civil, 1979, Buenos Aires, Editorial Desalma, pág. 195). En opinión de este último autor, las máximas de experiencia son normas de valor general, independientes del caso específico, pero como se extraen de la observación de lo que generalmente ocurre en muchos casos, son susceptibles de aplicación en todos los otros casos de la misma especie.

32°.- Que, como categoría intermedia entre la prueba legal y la libre convicción, la sana crítica configura una fórmula adecuada de regular la actividad del juez frente a la prueba cuyos elementos son los principios de la lógica, las máximas de la experiencia, los conocimientos científicamente afianzados y la fundamentación de las decisiones.

33°.- Que, en este orden de ideas, debe asentarse que la ponderación del informe de peritos ha de efectuarse adaptada a la sana crítica, lo que constituye un ámbito amplio e inespecífico de análisis con fidelidad a las pautas inmutables de la lógica, de los principios científicos afianzados y a las máximas de la experiencia, siendo que la pericia exterioriza suficientemente los elementos de juicio desarrollados por el profesional para arribar a las conclusiones que hace suyas, lo que impone la valoración de la probanza en los términos que la norma que se viene relacionando exige, lo que ha sucedido en la especie.

34°.- Que, en efecto, el informe contable analizado impresionó como serio, claro y fundado, siendo de gran ayuda para la correcta y debida comprensión del asunto, que por su naturaleza técnica hace necesario consultar la opinión de un entendido.

En la misma línea, la independencia e imparcialidad del informante está fuera de duda porque en el desarrollo de su



trabajo desplegó un abanico de elementos, bien razonados, que lo llevaron a una mirada de conjunto, reflejada en sus conclusiones.

En suma, por ser objetivo, veraz y de gran utilidad, el informe tuvo, en conjunto con los medios de prueba referidos en el motivo 29° del presente fallo, el valor suficiente para resolver como se viene señalando.

35°.- Que, el resto de la prueba rendida en la instancia en nada altera lo que viene siendo resuelto.

36°.- Que, por último, en cuanto a los restantes capítulos del recurso de apelación, esta Corte coincide con los fundamentos desarrollados en la sentencia recurrida para desestimarlos.

Por las consideraciones expuestas y de conformidad, además, a lo que disponen los artículos 186 y siguientes, y los artículos 776 y siguientes, todos del Código de Procedimiento Civil, se resuelve:

I.- Que, se **RECHAZA** el recurso de casación en la forma dirigido en contra de la sentencia definitiva de cuatro de marzo de dos mil veinte, dictada en el Rol N° C-12532-2016, seguidos por juicio ordinario, ventilado ante el 26° Juzgado Civil de Santiago, caratulados “Asociación Chilena de Seguridad con Servicio de Salud Metropolitano Central”.

II.- Que, se **CONFIRMA** la sentencia definitiva apelada de cuatro de marzo de dos mil veinte, dictada en el Rol N° C-12532-2016, seguidos por juicio ordinario, ventilado ante el 26° Juzgado Civil de Santiago, caratulados “Asociación Chilena de Seguridad con Servicio de Salud Metropolitano Central”, **con declaración** de que los recargos aplicables a las sumas de dinero ordenadas pagar a la actora corresponden a los establecidos en el motivo 25° de esta sentencia.



III.- Que, se **confirma**, en lo demás apelado, la referida sentencia.

Redacción del Ministro Sr. Alejandro Rivera M.

Regístrese y devuélvase con sus agregados.

Rol Ingreso Corte Civil N° 12.150-2020.



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

Código: PGKWXMXNXRB

Pronunciado por la Segunda Sala de la C.A. de Santiago integrada por los Ministros (as) Jessica De Lourdes Gonzalez T., Alejandro Rivera M. y Abogada Integrante Paola Herrera F. Santiago, veintinueve de febrero de dos mil veinticuatro.

En Santiago, a veintinueve de febrero 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: PGKWXMXNXRB