

Santiago, catorce de noviembre de dos mil veinticinco.

Visto:

En estos autos Rol N° 14.462-24, caratulados "ASOC CHILENA DE SEGURIDAD / SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL", en autos sobre acción ordinaria de cobro de pesos, se ha interpuesto recurso de casación en el fondo por la demandada en contra de la sentencia de veintinueve de febrero de dos mil veinticuatro dictada por la Corte de Apelaciones de Santiago que confirmó el fallo de primera instancia que acogió la demanda de autos.

Se trajeron los autos en relación.

Considerando:

Primero: Que, previo al análisis del recurso de nulidad sustancial, es menester tener presente que la presente causa se ha iniciado por demanda de cobro de pesos interpuesta por la Asociación Chilena de Seguridad en contra de los Servicios de Salud del país individualizados en autos, en razón de aquellas atenciones o prestaciones médicas que han otorgado a pacientes, que no corresponden a accidentes o enfermedades laborales.

En su libelo, explica la demandante que en virtud de lo señalado en los artículos 77 bis de la Ley N° 16.744 y en los artículos 71 y 72 del Decreto N° 101 que aprueba el Reglamento para la aplicación de la Ley N° 16.744, los Servicios de Salud deben reembolsarle las



sumas involucradas en las prestaciones médicas que hayan sido entregadas en relación a padecimientos cuyo origen sea, en definitiva, común y no laboral. Así también, aquellas llamadas "primeras prestaciones", es decir, con un paciente recién llegado directamente a sus instalaciones, sin una calificación del origen de su afección; y, por último, por prestaciones médicas que sean de padecimientos de origen común que correspondan a exámenes indagatorios.

Alegó que, aun cuando la obligación de pago se encuentra normada, y que diversas autoridades administrativas han emitido diversos pronunciamientos que confirman su derecho al pago, como se aprecia en la Circular N° 2229 de la Superintendencia de Seguridad Social, el Protocolo administrativo de la gestión de cobros de prestaciones del Subsecretario de Redes Asistenciales de 17 de agosto de 2005 y el Acuerdo de Colaboración suscrito entre la misma subsecretaría, FONASA y la ACHS, hasta la fecha los Servicios de Salud han incumplido de manera sistemática su obligación al pago, sea mediante negativa directa e injustificada, o sencillamente sin responder siquiera las cartas de cobranza despachadas conforme la ley.

En vista de lo anterior, solicitó que se ordene el pago, detallando las sumas en cuestión según Servicio de Salud y período cobrados.



Segundo: Que, al contestar, los Servicios de Salud, representados por el Consejo de Defensa del Estado controvirtieron la versión de los hechos en que se funda la demanda y las consecuencias jurídicas que de ellos se derivan, expresando que, tratándose de un juicio de cobro de pesos, para su procedencia deberá probar todos los extremos de su acción, desde la efectividad de haber realizado las prestaciones en cuestión, como la causa legal que les dan origen.

Tercero: Que, el tribunal de primera instancia acogió la demanda de la Asociación Chilena de Seguridad, declarando que apreciada en conjunto la prueba rendida por la parte demandante, documental, testifical y pericial, cabe establecer que los elementos probatorios allegados a los autos son suficientes e idóneos para acreditar la existencia de la obligación pretendida, habiéndose acreditado además, que en las cartas de cobranza enviadas por la demandante se dio cabal cumplimiento a lo establecido en la legislación vigente para la procedencia de su pago, y que los montos pretendidos fueron debidamente acreditados mediante el informe pericial evacuado por Jaime Acevedo Silva, perito contable.

Se destacó también en el fallo del tribunal de primera instancia *"que los servicios demandados no han aportado probanza alguna a fin desvirtuar lo establecido*



precedentemente o que la deuda de autos se encuentre pagada, y la instrumental acompañada por estos, corresponden a las instrucciones a seguir para el cobro de las prestaciones objeto del juicio, las que como se consignó en los motivos que anteceden, fueron cumplidas por la demandante".

Cuarto: Que, conociendo la Corte de Apelaciones de Santiago de los recursos de casación en la forma y de apelación presentados en contra de dicha sentencia, se resuelve rechazar ambos, confirmando, en definitiva, lo obrado en primera instancia.

De la lectura de la sentencia se aprecia que los falladores realizaron un acabado estudio de los antecedentes, examinando los antecedentes normativos de lo demandado en autos y reiterando en sus considerandos 29° a 34° la importancia de la amplia prueba documental, testimonial y pericial rendida en autos, expresando que en el examen practicado a esta última prueba, el informe pericial, el reproche efectuado por las demandadas se configura más bien en torno a discrepancias en la apreciación de dicha evidencia, en circunstancias que el informe contable impresiona a los sentenciadores como serio, claro y fundado.

Quinto: Que, en ese contexto se deduce el libelo de nulidad sustancial en análisis, en el que se denuncian



cuatro capítulos de nulidad de la sentencia dictada por la Corte de Apelaciones de Santiago.

En primer lugar, señala que en la sentencia se ha aplicado erróneamente lo dispuesto en los artículos 77 y 77 bis de la Ley N° 16.744, en relación con lo expresado en los artículos 71 y 72 del D.S. N° 101, el reglamento de la misma ley, al aplicarlos a una hipótesis no prevista en dichas normas. Declara que las "primeras atenciones" no están comprendidas en la norma, por lo que su cobro adolece de falta de basamento legal, y en consecuencia, se ha determinado en infracción legal la orden de su pago.

A continuación, argumenta que se han infringido las normas reguladoras de la prueba, específicamente aquellas contenidas en los artículos 1698, 1702, 1703, 1704, 1706, 1709, 1710 y 1711 del Código Civil, en los artículos 346, 384 y 425 del Código de Procedimiento Civil, y lo establecido en los artículos 77 y 77 bis de la Ley N° 16.744, en este caso por falsa aplicación de ley.

Al respecto, denuncia que al accederse a las prestaciones demandadas no se respetaron los requisitos exigidos para su procedencia según la Circular N° 2229 de 17 de agosto de 2005 de la SUSESO, ya que no fue acompañada la documentación descrita y necesaria para la pertinencia del pago a la causa. Señala que las cartas de cobranza acompañadas por la demandante son de un número



muy menor a las valoradas luego en el informe pericial, y que son, en cualquier caso, documentos privados sin mayor valor, de los que no consta su recepción. Añade que sólo algunas fueron acompañadas a la causa y que el resto fue abordado en una audiencia de percepción documental, limitada, sobre la cual descansa el peritaje. En suma, considera que no se ha satisfecho la exigencia legal probatoria, tanto como prueba documental como, en consecuencia, del peritaje, el que a su juicio, corresponde a una mera sumatoria de supuestas cartas emanadas de la propia parte demandante sin valor probatorio, en el que no se verificó la concurrencia de los requisitos necesarios para que sea procedente su cobro.

Finalmente, como último capítulo de casación, manifiesta que en el fallo se produjo infracción a las normas de interpretación de la ley, en relación con la infracción a las normas reguladoras de la prueba denunciadas en el capítulo anterior, contenidas en los artículos 19, 20, 21, 22 y 23 del Código Civil. Alega que al dar la sentencia por probadas las obligaciones sin atenderse a las normas reguladoras de la prueba, se incurre también una errada interpretación de dichas normas reguladoras, infringiendo también de los referidos artículos 77 y 77 bis de la Ley N° 16.744.



Sobre la base de lo anterior, solicita la nulidad del fallo, y la posterior dictación de una sentencia de reemplazo en la que se rechace la demanda de autos.

Sexto: Que, para la resolución del primer vicio de nulidad denunciado, debe traerse a colación lo dispuesto en la Ley N° 16.744, que Establece Normas Sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Laborales.

En dicha ley se establece, en su artículo 1, un seguro obligatorio, llamado Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que cubre, como contingencias cubiertas, según el Título II de la ley, los accidentes del trabajo, definidos en el artículo 5 de la misma como *"toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte"*, y las enfermedades laborales, que, de conformidad con el artículo 7 de la ley, es aquella *"causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte"*.

Luego, en el Título V, Prestaciones, se enumeran las prestaciones que cubre el seguro, que van desde prestaciones médicas, hasta prestaciones económicas, para casos de invalidez, supervivencia o muerte, entre otros. En el caso de las prestaciones médicas, contenidas en el artículo 29 de la Ley N° 16.744, corresponden a aquellas a las que una víctima de accidente de trabajo o



enfermedad profesional tiene derecho de forma gratuita, consistentes en atenciones médicas, hospitalizaciones, medicamentos, prótesis, rehabilitación y traslado.

La misma ley regula la cotización y financiamiento de este seguro, señalando en su artículo 8, en cuanto a su administración, que aquella *"estará a cargo del Instituto de Seguridad Laboral o de las mutualidades de empleadores, según corresponda"*. En el mismo sentido, el artículo 11 dispone que *"el seguro podrá ser administrado, también, por las Mutualidades de Empleadores, que no persigan fines de lucro, respecto de los trabajadores dependientes de los miembros adheridos a ellas"*, siendo la demandada, la Asociación Chilena de Seguridad, una de dichas mutualidades.

De las normas expuestas, se evidencia que las mutualidades, en tanto administradoras del seguro establecido en la Ley N° 16.744, se hallan obligadas a las prestaciones que de él se deriven, es decir, aquellas vinculadas a accidentes o a enfermedades de origen laboral.

Séptimo: Que, el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744 señala en su inciso tercero, en relación a prestaciones por enfermedades o accidentes laborales en contraposición a aquellas de origen común o no laboral, que *"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".

En otras palabras, y tal como ha señalado la Superintendencia de Seguridad Social en el Ordinario N° 13.249 de 2003, *"el financiamiento de la atención médica y exámenes practicados a un trabajador debe correr por cuenta de la entidad que ha debido otorgar la cobertura, según la naturaleza del accidente o enfermedad"*, y esto procederá no sólo cuando se trata de una situación específicamente consignada por el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744, sino también cuando *"no ha habido reposo o licencia médica y en forma ambulatoria se han otorgado prestaciones"*, criterio reiterado en el Dictamen N° 16.051 de 2010. Aún más, en el Compendio de Normas del Seguro Social y Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, en *"Situaciones que no se encuentran reguladas por el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744"* en



su título IV del Libro II, se establece que en esos casos, el cobro se realiza en términos nominales.

Octavo: Que, en consecuencia en vista de lo expuesto se concluye que el vicio denunciado no concurre, desde que las primeras atenciones practicadas a un paciente que, en definitiva, no sufrió de un accidente o padeció una enfermedad laboral, no se encuentran amparadas por la cobertura del seguro administrado por la demandante, siendo procedente, entonces, que conforme a la ley, *"debe correr por cuenta de la entidad que ha debido otorgar la cobertura"*, en palabras de la Superintendencia de Seguridad Social.

Así, habiendo decidido en tal sentido el fallo reclamado, será rechazado el segundo capítulo de nulidad de la recurrente.

Noveno: Que, las dos últimas causales de nulidad se analizarán en conjunto, ya que han sido planteadas bajo los mismos argumentos: controvertir el valor probatorio que los sentenciadores han concedido a la prueba documental y testimonial de la demandante y al informe pericial que obra en autos.

Al respecto, resulta necesario recordar que las cartas de cobranza, cuya falta de pago da origen al presente juicio, se encontraban reguladas, hasta el año 2016, por la Circular N° 2.229 de la Superintendencia de Seguridad Social, que *"Imparte 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 la calificación de patologías y aplicación del artículo 77 bis de la Ley N° 16.744".

En esta circular se establece un procedimiento de reclamo, en el caso que exista disconformidad con la calificación del origen de la enfermedad o accidente, y también, normas para el reembolso. En el número 3.a de la circular, se señala *"si se resuelve que las prestaciones han debido otorgarse con cargo a un régimen previsional distinto conforme al cual se concedieron, el organismo respectivo (SEREMI de Salud, Servicio de Salud, Instituto de Normalización Previsional, Mutualidad de Empleadores, CCAF o ISAPRE) deberá reembolsar en un plazo no superior a los 10 días el valor de aquéllas a la entidad que las proporcionó, el que se contará desde el requerimiento de ésta"*. Posteriormente, en el punto 4.e, detalle que a las cartas de cobranza se deberá acompañar 1) un informe reservado con la especificación detallada de la patología en estudio y el diagnóstico, 2) un detalle de las prestaciones otorgadas con su fecha, 3) los antecedentes médicos fundantes de la patología, y 4) copia del DIAT y DIEP si la hubiere.

Son estas cartas y dichos antecedentes los relacionados con la alegación de la parte recurrente, pues manifiesta que no fueron acompañados en su



totalidad, o bien, que aquellos que sí se allegaron a los autos, lo hicieron sin timbre de recepción o sin los antecedentes requeridos por la norma para su validez. Esta carencia, a juicio de la recurrente, tendría relevancia tanto en cuanto prueba documental en sí, como por constituir el sustrato fáctico del peritaje de autos.

Décimo: Que, como lo ha reconocido reiteradamente esta Corte, se entienden vulneradas las normas reguladoras de la prueba, fundamentalmente, cuando los sentenciadores invierten el onus probandi, rechazan las pruebas que la ley admite, aceptan las que la ley rechaza, desconocen el valor probatorio de las que se produjeron en el proceso cuando la ley les asigna uno determinado de carácter obligatorio o alteran el orden de precedencia que la ley les diere. Asimismo, se ha resuelto que ellas constituyen normas básicas de juzgamiento, que contienen deberes, limitaciones o prohibiciones a que deben sujetarse los sentenciadores. Luego los jueces del fondo son soberanos para apreciar las probanzas, dentro del marco establecido por las normas pertinentes.

Undécimo: Que, en este caso, no se encuentra discutido por la demandada que la actora haya acompañado los documentos fundantes de su acción al juicio, sino que discute su valor probatorio, en tanto se trataría de instrumentos privados que emanan de la parte que los



acompaña, desconoce su recepción, y alega que las cartas de cobranza no adjuntan la documentación requerida para la procedencia de su pago que fuera ya reseñada.

A su vez, se discute la valoración concedida al informe pericial, que descansa sobre la prueba documental cuyo cuestionamiento ya fue explicado.

Duodécimo: Que, sin perjuicio de tratarse de una materia de objeción documental no susceptible de ser revisada materialmente por esta vía, se debe mencionar que se acompañaron a los autos planillas Excel y un disco duro de almacenamiento portátil de 1 TB de capacidad, la cual fue revisada íntegramente por el perito de autos, en la que constaban cartas de cobranza con timbre de recepción tanto individual como grupal, con copia de informe médico, resolución de calificación de origen de enfermedad, ficha DIAT o DIEP, y demás fichas fundantes, siendo además concordantes con el resto de la prueba rendida por la demandante.

Esta situación fáctica descarta la alegación central de la demandada, la que, por lo demás, no desplegó actividad probatoria alguna en relación a desvirtuar la de la demandante, limitándose a señalar que habría revisado algunos documentos al azar, sin encontrar la documentación que echa en falta, argumento del todo insuficiente atendido el mérito de autos.



Decimotercero: Que, por su parte, en el informe pericial cuya valoración se cuestiona, evacuado por el señor Jaime Acevedo Silva, Licenciado en Ciencias Económicas y perito contable, se lee que para ejecutar la pericia que le fuera encargada, en primer lugar cotejó el listado de planillas Excel con la individualización de todas las cartas cobradas, con la totalidad de los archivos contenidos en el disco duro, revisándose un total de 42.698 cartas de cobranza y su documentación.

Declara además que como procedimiento para carta de cobranza se verificó que el monto reclamado corresponda al monto detallado en las prestaciones médicas realizadas a un paciente en particular, y que la documentación que sustenta las prestaciones médicas estén presentes y correspondan con el mismo paciente individualizado en ellas. Señala que en el caso que alguno de estos documentos no fuera coincidente o bien derechamente falte información de respaldo de las prestaciones médicas, las cartas no fueron consideradas para el cobro, como también excluyó toda carta duplicada.

Realizada la labor de revisión, análisis y orden de la documentación, concluye en su informe las sumas adeudadas por cada Servicio de Salud.

Decimocuarto: Que, así, resulta patente que los yerros que el recurrente imputa a la sentencia reclamada no concurren, alegándose, más bien, una discordancia o



disconformidad con la forma en la cual estos medios probatorios fueron ponderados, y supuestos vicios procesales cuya revisión no corresponde a la presente instancia.

Por el contrario, aparece que el fallo descansa sobre la abundante prueba documental presentada por la demandante, cuyas objeciones fueron oportunamente denegada, y constando además que se encuentra refrendada por las declaraciones de los testigos que declararon a su respecto en la causa. Respecto del peritaje, tal como fuera señalado por los sentenciadores de la Corte de Apelaciones de Santiago, se aprecia serio y debidamente fundado.

Se debe destacar, además, que si bien el recurrente de casación denuncia que se ha infringido a su respecto la norma contenida en el artículo 425 del Código de Procedimiento Civil, no especifica suficientemente qué reglas de la sana crítica habrían sido infringidas, limitándose a realizar alegaciones genéricas que, como se dijo, dicen relación con la apreciación que los jueces han concluido de la pericia en análisis.

Decimotercero: Que, sobre la base de todo lo expuesto, serán rechazadas las causales de nulidad impetradas, al no configurarse ninguna de las infracciones de ley que han sido argumentadas por el



recurrente, siendo desestimado íntegramente el recurso de casación en el fondo planteado por la demandada.

Por estas consideraciones y lo dispuesto en los artículos 764, 765, 766, 767, 768 y 805 del Código de Procedimiento Civil, **se rechaza** el recurso de casación en el fondo interpuesto por el Consejo de Defensa del Estado con fecha dieciocho de marzo de dos mil veinticuatro en contra de la sentencia de veintinueve de febrero de dos mil veinticuatro, dictada por la Corte de Apelaciones de Santiago, la que, en consecuencia, no es nula.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo de la Ministra (s) señora Quezada.

Rol N° 14.462-2024.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Jean Pierre Matus A. y Sra. Eliana Quezada M. (s) y por los Abogados Integrantes Sr. Álvaro Vidal O. y Sr. Carlos Urquieta S. No firman, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo de la causa, los Abogados Integrantes Sr. Vidal por estar ausente y Sr. Urquieta por no encontrarse disponible su dispositivo electrónico de firma.





Autoriza el Ministro de Fe de la Excma. Corte Suprema

En Santiago, a catorce de noviembre de dos mil veinticinco, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.

