

Santiago, veintitrés de abril de dos mil veintiséis.

Vistos:

En estos autos Rol N°39.109-24, caratulados "Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción / Servicio de Salud Araucanía Sur", 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 nueve de julio de dos mil veinticuatro dictada por la Corte de Apelaciones de Santiago que confirmó, con declaración, el fallo de primera instancia que acogió parcialmente 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 Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción 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 Supremo N°101 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 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, por ejemplo de urgencia, 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°3244 de 13 de septiembre de 2016 (que reemplazó la circular anterior sobre la misma materia, circular N°2229 de 17 de agosto de 2005) que dispuso instrucciones para la aplicación de las normas referidas, 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, esgrimieron, en primer término, la improcedencia del litis consorcio planteado en la causa.

Señalaron que no se cumplen los presupuestos procesales establecidos en el artículo 18 del Código de Procedimiento Civil para optar al litis consorcio pasivo, ya que no existe ni la misma causa de pedir, ni la misma cosa pedida, puesto que coexisten en la demanda, varias pretensiones, ya que cada una de las prestaciones de salud cuyo cobro se demanda constituyen una causa de pedir distinta con objeto diferente, que no emanan, por lo demás, de un mismo hecho.

En segundo término, en suma, controvertió 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.

Por último, para el caso que no se acogieren las defensas precedentes, opone excepción de prescripción



extintiva de las acciones y derechos de la parte demandante, según la fecha de cada prestación cuyo cobro se reclama.

Tercero: Que, el tribunal de primera instancia, declarando únicamente ciertas sumas pretendidas como prescritas -cuestión que no fue controvertida posteriormente en autos-, acogió la demanda.

Para rechazar el argumento de la improcedencia de la litis consorcio en esta causa, se tuvo presente que el objeto y causa dirigida en contra de cada uno de los Servicios de Salud es idéntico, solo variando la cuantía, y además considerando que se dedujo una excepción dilatoria con los mismos argumentos, los que fueron desestimados, siendo dicha decisión confirmada por la Corte de Apelaciones de Santiago.

Luego, para resolver el fondo el tribunal manifiesta que para que proceda la pretensión formulada por la Mutual, debe acreditar que dio cumplimiento a lo exigido por la Circular N°3244 de 13 de septiembre de 2016 de la SUSESO. En vista de lo anterior, detalla la prueba rendida y acoge la demanda respecto de todas las prestaciones en razón de que *"se ha acreditado que los diferentes Servicios de Salud, encontrándose en la situación de haber recibido los antecedentes para genera el pago a la parte demandante no lo hizo, pese a que se cumplieron todos los requisitos legales"*.



Cuarto: Que, conociendo la Corte de Apelaciones de Santiago del recurso de apelación presentado en contra de dicha sentencia, se resuelve su rechazo, confirmando, en definitiva, lo obrado en primera instancia, salvo en lo que respecta a la prescripción de las acciones de ciertas prestaciones, cuestión que no es motivo del presente recurso.

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 el primero de ellos, se 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, porque no se habrían acompañado antecedentes que permitan colegir fehacientemente si realmente se está en alguna de las hipótesis previstas en ellas.

En segundo lugar, argumenta que se han infringido las normas reguladoras de la prueba, específicamente aquellas contenidas en los artículos 1698, 1702, 1703, 1704, 1706, del Código Civil, en el artículo 346 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, ya que no fue acompañada a la causa la documentación descrita y necesaria para la pertinencia del pago, sino meramente documentos privados sin mayor valor, de los que no consta su recepción. En suma, considera que no se ha satisfecho la exigencia legal probatoria para dar curso a lo pretendido.

En tercer lugar, el Consejo de Defensa del Estado alega que se ha producido en el fallo recurrido una infracción a las normas que regulan la procedencia de la litis consorcio pasiva, establecida en el artículo 18 del Código de Procedimiento Civil, así como lo estipulado en los artículos 110, 134 y 141 del Código Orgánico de Tribunales. Expresa, en suma, los mismos argumentos ya reseñados en el considerando segundo de este fallo, añadiendo que no resulta atendible el argumento de evitar sentencias contradictorias mediante el litis consorcio en este caso, pues tratándose de prestaciones diferentes y únicas, nunca podrán existir sentencias contradictorias. Así, manifiesta, si se hubiese aplicado correctamente la ley, se habría llegado a la conclusión que es improcedente la litis consorcio pasiva y se habría



acogido su excepción al respecto y rechazado la demanda, atendida la consiguiente incompetencia del tribunal.

Finalmente, como cuarto y 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, infringiendo también 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 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 demandante, la Mutual de Seguridad de



la Cámara Chilena de la Construcción, 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 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 primer capítulo de nulidad de la recurrente.

Noveno: Que, las causales de nulidad números dos y cuatro 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 de la demandante.

Al respecto, resulta necesario recordar que las cartas de cobranza, cuya falta de pago da origen al presente juicio, se encuentran reguladas por la Circular N°3.244 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". Deroga y reemplaza la Circular N°2.229 de 2005.

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 IV.6 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 IV.5, detalla que a las cartas de cobranza se deberá acompañar: 1) un informe reservado con la especificación detallada de la patología en estudio o investigada y del diagnóstico, 2) un detalle de las prestaciones otorgadas con su fecha y los antecedentes médicos o de otro orden fundantes de la patología respectiva, y 3) copia del DIAT y DIEP según corresponda, y las demás declaraciones del trabajador que estén en poder del organismo.

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.

Décimo: Que, según consta del expediente digital de la causa, se acompañaron todas las cartas de cobranza cuyo pago se pretende, adjuntándose además la resolución dictada por la Superintendencia de Seguridad Social que define el origen de la patología como común, el detalle de prestaciones otorgadas al paciente, con su respectivo valor, y registro o ficha DIAT o DIEP, además de rendir



prueba testimonial en el mismo sentido, dando cuenta del procedimiento de cobro.

La parte demandada, por su parte, no rindió prueba, y según su propia declaración, revisó aleatoriamente algunas de las cartas. Contrario a ello, el tribunal de primera instancia revisó y cotejó cada una de las cartas de cobranzas y sus antecedentes, señalando en particular aquellas que no cumplían con allegar los documentos requeridos por la ley, y desechando la pretensión de cobro respecto de aquellas.

Undécimo: Que, de la lectura del libelo de nulidad sustancial resulta patente que los yerros que el recurrente imputa a la sentencia reclamada no concurren, alegando 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 denegadas, y constando además que se encuentra refrendada por las declaraciones de los testigos que declararon a su respecto en la causa.

Por último, no resulta baladí que gran parte del sustento argumental de estas causales de nulidad invocadas por la demandada se basan en la supuesta falta



de documentos adjuntos a las cartas de cobranza, o a las cartas mismas, sin que la recurrente haya realizado esfuerzo probatorio alguno al respecto, habiéndose limitado a revisar aleatoriamente escasa cantidad de cartas con su documentación en la audiencia de percepción documental, persistiendo en negar que los documentos sí se hallaban adjuntos, pese a lo señalado por el tribunal de primera instancia, y los Ministros de la Corte de Apelaciones de Santiago que conocieron de la presente causa.

Duodécimo: Que, finalmente, en relación con la tercera causal de nulidad sustancial esgrimida, aquella relacionada con la supuesta improcedencia del litis consorcio pasivo en autos, se debe tener especialmente presente que el fundamento de la demanda es el incumplimiento por parte de los Servicios de Salud demandados, de la obligación legal de reembolso establecida en los artículos 77 y 77 bis de la Ley N°16.744, y que el objeto del juicio es, precisamente, que se disponga el pago de dicho derecho a reembolso. De esta forma procede la litis consorcio pues, con independencia de que dicho pago responda a prestaciones individuales a distintos pacientes, el objeto y causa de pedir emanan de esta única obligación legal.

Adicionalmente, el establecimiento y luego la procedencia de la litis consorcio obedece a razones de



economía procesal y buen servicio, evitando el desgaste del aparato jurisdiccional y las decisiones contradictorias dentro del mismo. De entenderse la litis consorcio como pretende la demandada, debiera iniciarse, en la interpretación más extrema planteada, tantos juicios como prestaciones realizadas - decenas de miles- o, a lo menos, un juicio en contra de cada Servicio de Salud demandado, cuestión que, a la vista, pugna con los principios ya mencionados.

Finalmente, no resulta baladí el hecho que se rechazó, bajo los mismos argumentos, una excepción dilatoria opuesta por el Fisco a este respecto, la que se encuentra firme.

En suma, en razón de lo expresado se rechazará la tercera causal de nulidad impetrada por la demandada.

Décimo tercero; 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 en contra de la sentencia de nueve de julio de dos mil



veinticuatro, dictada por la Corte de Apelaciones de Santiago, la que, en consecuencia, no es nula.

Se previene que los Ministros señor Matus y señor Astudillo concurren a la decisión teniendo únicamente presente la defectuosa formalización del recurso por las razones que se expresan a continuación:

1.- En cuanto a la presunta infracción de los artículos 77 y 77 bis de la Ley N°16.744, dado que el cuestionamiento central se hace consistir en la falta de antecedentes para asentar que se esté en presencia de alguna de las hipótesis allí previstas, lo que implica contrariar los hechos que vienen fijados por los jueces del mérito, lo que implica contrariarlos sin que exista vulneración de normas reguladoras de la prueba;

2.- En lo demás, puesto que del análisis de la impugnación esgrimida por la demandada se evidencia contraposición entre sus distintos argumentos. De esta forma, plantea una excepción de prescripción respecto de los créditos cobrados en autos, cuestión abiertamente opuesta con su defensa medular, esto es, que dichos créditos no existen, sea por carencia de antecedentes o porque nunca le fueron cobrados; y

3.- Al mismo tiempo, existe una contradicción de orden formal atinente al hecho de que se insista con la idea del litisconsorcio y que al mismo tiempo se



cuestione el fondo del asunto, lo que supone aceptar que se está litigando entre quienes corresponde.

Al entender de quienes previenen, todas esas deficiencias bastan para desestimar el recurso.

Regístrese y devuélvase.

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

Rol N°39.109-2024.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sr. Jean Pierre Matus A., Sr. Omar Astudillo C., Sr. Gonzalo Ruz L. y Sra. Eliana Quezada M. (s) y por la Abogada Integrante Sra. Andrea Ruiz R. No firma, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo de la causa, la Ministra Sra. Quezada por no encontrarse disponible su dispositivo electrónico de firma.



En Santiago, a veintitrés de abril de dos mil veintiséis, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.

