

Santiago, quince de diciembre de dos mil veintitrés.

**VISTOS:**

En autos arbitrales seguidos ante el juez árbitro mixto Sr. Joel González Castillo, caratulados [REDACTED] y otro con Zurich Santander Seguros de Vida”, por sentencia de treinta de noviembre de dos mil dieciocho, rechazó la demanda de cumplimiento de contrato de seguro, sin costas, por estimar que los demandantes tuvieron motivo plausible para litigar.

Aquella decisión fue objeto de un recurso de casación en la forma y de una apelación por la parte demandante.

Una sala de la Corte de Apelaciones de Santiago, en sentencia de cuatro de enero de dos mil veintidós, desestimó el primero, y, luego, confirmó con nuevos fundamentos la sentencia apelada.

En contra de esta última decisión, la demandante interpuso un recurso de casación en la forma y otro en el fondo.

Se ordenó traer los autos en relación.

**CONSIDERANDO:**

**I.- En cuanto al recurso de casación en la forma de la demandante.**

**PRIMERO:** Que, por su recurso de invalidación formal, los actores sostienen la concurrencia de la causal del artículo 768 N° 5 en relación con el artículo 170 N° 4 del Código de Procedimiento Civil, indicando que la sentencia de la Corte de Apelaciones comete el mismo vicio que el fallo apelado, pues ha omitido el examen, análisis y valoración de toda la prueba rendida, sin que exista coincidencia entre la conclusión histopatológica del informe de 13 de agosto de 2008 – invocado como antecedente para negar la cobertura- con aquel indicado como causa de muerte; a lo que se agrega que la Aseguradora requirió exámenes médicos idóneos a objeto de apreciar y valorar el riesgo, todos los cuales no fueron apreciados en la sentencia recurrida.

Además, no se reparó en la circunstancia que a la fecha de la suscripción de los seguros de desgravamen el asegurado haya padecido alguna de las enfermedades o padecimientos contenidos en las declaraciones de salud que la demandada ha exhibido en la causa, como consta a fojas 247 y siguientes.

Todo lo anterior, de haber sido correctamente valorado, habría llevado al sentenciador de segundo grado a revocar la sentencia apelada, evidenciándose el incumplimiento contractual de la demandada al no pagar las indemnizaciones a que se encontraba obligada a pagar en virtud del contrato de seguro.

**SEGUNDO:** Que, consta en los antecedentes que la parte demandante interpuso en contra del fallo de primer grado un recurso de casación en la forma, el que fundó en la causal del artículo 768 N° 5 en relación con el artículo 170 N° 4 del Código de Procedimiento Civil, donde sostuvo que en aquella decisión no hubo



análisis de la prueba en su totalidad, sino sólo de la declaración de salud y del diagnóstico de 2008, sin que existiese prueba sobre haber sufrido el asegurado alguna de las enfermedades contenidas en el formulario de declaración individual, y sin que exista un diagnóstico de daño hepático crónico en el año 2008, como se indicó por la demandada.

**TERCERO:** Que, al abordar el estudio del defecto formal denunciado no puede pasar inadvertido que el mismo reproche se formuló en contra del fallo de primer grado, que fue desechado en la sentencia de casación de la Corte de Apelaciones de Santiago, tanto por contener iguales alegaciones que aquellas formuladas en su recurso de apelación, y cuanto porque el fallo de primer grado contiene las reflexiones y fundamentos que posibilitaron adoptar la decisión contenida en ella, es decir, el recurrente cuestiona el pronunciamiento de la Corte que rechazó el recurso de casación en la forma interpuesto contra la decisión de primer grado.

Sobre ello, resulta pertinente recordar que el artículo 63 N°1 letra a) del Código Orgánico de Tribunales dispone que las Cortes de Apelaciones conocerán en única instancia de los recursos de casación en la forma que se deduzcan en contra de las sentencias dictadas por los jueces de letras de su territorio jurisdiccional. La palabra instancia, en este caso, está tomada en el sentido de que el fallo que resuelve el correspondiente recurso de casación en la forma no es susceptible de ningún otro recurso ni puede ser revisado, de consiguiente, por ningún tribunal superior (*Mario Casarino Viterbo, Manual de Derecho Procesal Orgánico, Quinta Edición Actualizada, Tomo I, página 161*).

Lo anterior sin perjuicio de que la sentencia de casación es tal y no una sentencia definitiva o interlocutoria que pone término al juicio o hace imposible su prosecución, ni una sentencia de segunda instancia dictada sin previo emplazamiento de la parte agraviada o sin señalar día para la vista de la causa, que son las únicas respecto de las cuales procede el recurso de casación en la forma de acuerdo al artículo 766 del Código de Procedimiento Civil.

**CUARTO:** Que, en las condiciones antes anotadas, el recurso de casación formal no puede prosperar ya que el fallo de casación de la Corte de Apelaciones no puede ser impugnado mediante el mismo recurso, toda vez que esa sentencia, por su naturaleza, no es de aquellas mencionadas en el artículo 766 del Código de Procedimiento Civil, y la ley no autoriza la casación de casación, razón por la cual, el recurso de casación en la forma de la parte demandante, será desestimado.

## **II.- En cuanto al recurso de casación en el fondo de la demandante.**

**QUINTO:** Que, la parte demandante, dedujo igualmente un recurso de invalidación sustancial por el que acusó la infracción a las normas contenidas en los artículos 556 N° 1 y 557 N° 1 del Código de Comercio, en su versión anterior a la Ley



N° 20.667 de 2013, al artículo 190 N° 6 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud, todo en relación con el artículo 1546 del Código Civil.

Señaló que en la presente causa no hubo un diagnóstico previo de la enfermedad que causó el fallecimiento del asegurado, ya que el informe del año 2008, que invocó la demanda, refiere una circunstancia distinta al daño hepático crónico que causó su deceso. No ha existido así, precisa, una enfermedad pre existente que hubiese sido diagnosticada con antelación a las declaraciones de salud suscritas para el otorgamiento de los seguros de desgravamen, sin que exista una relación de causalidad entre ambas circunstancias.

La sentencia, señala la parte recurrente, al negar lugar a la demanda, impone el deber de informar sobre una enfermedad que no ha sido médicamente establecida y ello no puede importar, como consecuencia, el sostener que el asegurado actuó con reticencia al no declarar una dolencia que desconocía y que no había sido médicamente diagnosticada.

Por último, fundó su arbitrio en sostener que la aseguradora debió requerir la información necesaria sobre el estado de salud del asegurado, para lo cual se encontraba facultada, cuestión –precisa- que también forma parte de la buena fe contractual, más aún si la demandada requirió en su momento diversos exámenes médicos al asegurado para evaluar correctamente el riesgo que decidió asumir.

**SEXTO:** Que, previo a la revisión de las infracciones normativas acusadas, conviene precisar los siguientes antecedentes del proceso:

1°.- La presente causa se inició con una petición de arbitraje de [REDACTED], para obtener el pago de cuatro seguros de desgravámenes que fueron contratados por su padre, [REDACTED] con la Compañía Zurich Santander Seguros de Vida S.A.

Se designó árbitro mixto a don Joel González Castillo, que se constituyó el 10 de agosto de 2017.

2°.- Luego, [REDACTED] como herederos de don [REDACTED] fallecido el 15 de diciembre de 2012 presentaron una demanda de cumplimiento de contrato de seguros en contra de la Compañía señalada.

Indicaron que el causante tomó en el Banco Santander-Chile varios créditos, contratando con la demandada – la Compañía Zurich Santander Seguros de Vida S.A.- cuatro seguros de desgravamen. A ese efecto, precisó la demandante, se le solicitaron exámenes médicos en el año 2010, suscribiendo las declaraciones de salud correspondientes el 2 de julio de ese año, en las que indicó no tener conocimiento de alguna enfermedad y facultó a la demandada para requerir información sobre exámenes, atenciones y tratamientos médicos.



El Banco respectivo otorgó los créditos, y conjuntamente con el servicio de la deuda, el deudor pagó las primas de los seguros.

El causante falleció a los 69 años de edad, determinándose como causa de su deceso un “daño hepático crónico”.

Se efectuó la denuncia correspondiente, a la que se asignó el número 90218; sin embargo, expresó, el 28 de mayo de 2013, la Compañía de Seguros negó la cobertura, pues se trataba de una preexistencia expresada en el artículo 5 letra h) de la póliza. Efectuado el reclamo a la demandada, aquella mantuvo su decisión, como lo expresó en comunicación de 13 de agosto de 2013.

Precisaron que los créditos alcanzaron a un total de \$348.979.259 que el Banco ha cobrado a los herederos del causante.

A juicio de los demandantes, no existió tal preexistencia y que para negar la cobertura la Compañía de Seguros consideró una biopsia anátomo-patológica de 8 de agosto de 2008, que a su juicio, sería idéntica a la causa de muerte, otorgándole a ese examen un carácter de diagnóstico definitivo, lo que no resulta efectivo ya que en aquel informe se concluye la existencia de una fibrosis en el hígado, y no de una cirrosis.

Señaló también que la Compañía de Seguros tenía el deber de informarse del estado de salud del causante conforme su edad, y para ello fue autorizada expresamente, por lo que resulta ilógico alegar, luego del siniestro, la concurrencia de una preexistencia.

Así, pidió el cumplimiento de los cuatro contratos de seguros; que se ordene el pago de la suma de \$348.979.259 más intereses y reajustes desde el incumplimiento, esto es, el 13 de agosto de 2013 o en la fecha que determine el juez árbitro; y que, en subsidio, pidió el cumplimiento del contrato y que se pague al Banco el crédito correspondiente, más intereses y reajustes. Solicitó, por último, daños extra patrimoniales por los mismos hechos, los que se reservó, conforme el artículo 173 del Código de Procedimiento Civil, más las costas de la causa.

3°.- La demandada, por su parte, solicitó el rechazo de la demanda, indicando que a la fecha del fallecimiento del causante, existió una preexistencia, pues la causa de su deceso fue diagnosticada el 8 de agosto de 2008, antes de la celebración de los contratos de seguro.

Alegó también la prescripción de la acción, ya que la cobertura fue rechazada el 28 de mayo de 2013, lo que fue reiterado el 13 de agosto de ese año; sin embargo, la demanda fue presentada recién el 1° de septiembre de 2017 y que fue notificada el 4 de septiembre de 2017, o sea, más de cuatro años desde la comunicación del rechazo.



Conforme con las disposiciones del Código de Comercio, vigentes a la fecha de los contratos y antes de las modificaciones de la Ley N° 20.667, las acciones para demandar las obligaciones emanadas de un contrato de seguros prescribían en el plazo de 4 años contados desde que la obligación se haya hecho exigible, pero que, denunciado el siniestro –como ocurre en este caso-, el plazo corre desde que el asegurador haya comunicado su decisión final sobre la procedencia y monto de la cobertura.

En subsidio, alegó falta de legitimación activa de los actores, ya que el beneficiario en este caso es el Banco Santander, como acreedor del causante, siendo el único habilitado para reclamar la indemnización del seguro; los demandantes, a su vez, no expresan la calidad en que comparecen y carecen, en consecuencia, de acción en contra de la aseguradora.

En cuanto al fondo, solicitó el rechazo de la demanda por estar en presencia de una enfermedad preexistente no declarada por el asegurado, pues, como consta en el documento médico de 8 de agosto de 2008, emitido por la doctora Gladys Smok Sahid, anatómo patóloga, donde se expresa: “**DHA/Cirrosis. Autoimmune? Fe ++?**”, siendo éste un estudio de una muestra de biopsia hepática, se diagnosticó una enfermedad colestásica crónica ductopénica, con fibrosis en puente y leve actividad hepática, con hemosiderosis hepática grado 2.

Lo señalado, a juicio de la demandada, constituye un diagnóstico preciso y definitivo de una enfermedad crónica que fue la causa principal del fallecimiento del asegurado, acaecida con anterioridad a la contratación de los seguros, lo que era de conocimiento de aquél.

Lo anterior, expresó, constituye una infracción al artículo 7 de las condiciones generales de la póliza; que no ha existido en el asegurado un deber de lealtad, afectando la buena fe contractual, lo que se evidencia en la negativa declarada sobre la existencia de cualquier enfermedad o situación de salud, no obstante que sabía que padecía de una enfermedad crónica, agregando que no corresponde aplicar el principio de indisputabilidad el que sólo se incorporó por la Ley N° 20.667, pues con anterioridad a aquella normativa ello tenía un carácter únicamente contractual, lo que no ocurrió en este caso.

Por último, indicó que no existe relación de causalidad entre los hechos y los daños extracontractuales demandados.

4.- En la réplica, la demandante controvertió la excepción de prescripción opuesta por la demandada, indicando que si bien la Compañía de Seguros rechazó otorgar la cobertura el 13 de agosto de 2013; luego de ello, el 20 de mayo de 2015 fue presentada la designación de árbitro, lo que fue notificado el 23 de junio de ese año, no completándose el plazo previsto en el artículo 2518 del Código Civil.



En cuanto al fondo, precisó que los herederos del asegurado han asumido las obligaciones de pago con el Banco Santander y que no ha existido una hipótesis diagnóstica de la enfermedad que causó la muerte al causante, sin que se haya requerido información sobre su estado de salud, estando facultada la demandada para ello.

**SÉPTIMO:** Que, la sentencia del juez árbitro, de treinta de noviembre de dos mil dieciocho, desestimó la excepción de prescripción, por cuando si bien la demandada rechazó el reclamo de los herederos del asegurado el 13 de agosto de 2013, el 13 de septiembre de 2016 aquélla fue notificada de la solicitud de designación de árbitro ante el Segundo Juzgado Civil de Concepción, el que, si bien resultó incompetente, las actuaciones verificadas ante él interrumpieron el plazo de prescripción.

En cuanto a la falta de legitimación activa de los demandantes, la desestimó igualmente, por cuanto, conforme el artículo 1097 del Código Civil, los herederos representan a la persona del causante, teniendo éstos un interés actual.

Sobre el fondo de la cuestión controvertida, expresó que los artículos 524 y 525 del Código de Comercio establecen el deber de sinceridad, y que en el proceso se determinó que la causa de muerte del causante fue un “daño hepático crónico”, que fue diagnosticado el 8 de agosto de 2008 y que el asegurado indicó en tres oportunidades que no tenía diagnóstico, negando así una afección hepática en los cuestionarios.

Conforme con ello, estimó que se encontraba justificada la negativa de la demandada a otorgar la cobertura y que la indisputabilidad no fue pactada.

En consecuencia, el árbitro rechazó la demanda, sin costas, por estimar que los demandantes tuvieron motivo plausible para litigar.

**OCTAVO:** Que, en contra de la decisión de primer grado, la parte demandante se alzó por medio de un recurso de casación en la forma, el que fundó en la causal del artículo 768 N° 5 en relación con el artículo 170 N° 4 del Código de Procedimiento Civil, indicando que la sentencia recurrida no contenía un análisis de la prueba, sino sólo de la declaración de salud y del informe de 2008 que no tuvo el carácter de diagnóstico, sin que se haya allegado prueba de que el causante padeciera alguna de las enfermedades establecidas en el formulario de declaración individual.

Además, la misma parte, formuló un recurso de apelación en contra de aquella decisión.

**NOVENO:** Que, la Corte de Apelaciones de Santiago, en sentencia de cuatro de enero de dos mil veintiuno, desestimó el recurso de casación en la forma por estimar que la sentencia recurrida sí tiene los fundamentos de su decisión, por lo que no se verifica la causal invocada; evidenciándose únicamente un desacuerdo con la posición de la parte demandante, y que, no existía perjuicio, desde que fue



presentado, con iguales fundamentos, un recurso de apelación por los mismos interesados.

En análisis del recurso de apelación, dicho tribunal confirmó la sentencia apelada, asentando como hechos, tanto el fallecimiento del causante; los créditos solicitados al Banco Santander; los seguros de desgravamen tomados y las declaraciones de salud efectuadas en el año 2010 por el causante, donde indicó no tener conocimiento o diagnóstico de enfermedad alguna, a pesar de existir una biopsia hepática de 8 de agosto de 2008.

Indicó, en sus fundamentos que, al efecto, citando la Ley de Efecto Retroactivo de las Leyes, que el estatuto antiguo del Libro II de Código de Comercio, precisaba el deber de sinceridad del asegurado, conforme el artículo 556 de aquel cuerpo legal, en relación con el artículo 1546 del Código Civil, en cuanto al deber de actuar de buena fe. Al relacionar aquellas disposiciones con lo regulado en el artículo 7 de las Condiciones Particulares de la Póliza y habiendo fallecido el causante por una afección hepática ya detectada en 2008 –que no fue declarada-, indicó que la sentencia recurrida fue ajustada a derecho y con base en antecedentes debidamente aparejados en el juicio.

**DÉCIMO:** Que, el recurso de invalidación sustantiva indicó que el yerro ocurre al obviar la circunstancia que lo que debía ser probado era que el causante [REDACTED], padecía de alguna de las enfermedades contenidas en la declaración de salud al momento de ser suscrita, sus características y su relación con la causa de muerte del asegurado.

Luego, expresó, el único antecedente destinado a resolver aquella cuestión lo constituyó una biopsia elaborada por la Dra. Smok, que no compareció al proceso, concluyendo el fallo, a partir de ello, que ha existido una preexistencia y reticencia del asegurado.

En consecuencia, el reproche formulado se refiere a la falta de conexión causal entre la enfermedad no declarada y el siniestro “muerte”, y al efecto derivado del antecedente clínico que acompañó la aseguradora sobre tal circunstancia.

**UNDÉCIMO:** Que, el artículo 556 del Código de Comercio, vigente a la época de la celebración del contrato, en su numeral 6° señala que el asegurado está obligado: “1° A declarar sinceramente todas las circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos”; luego, el artículo 557 N° 1° precisaba que el seguro se rescinde: “1° Por declaraciones falsas o erróneas o por las reticencias del asegurado acerca de aquellas circunstancias que, conocidas por el asegurador, pudieran retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial de sus condiciones”; y, por último, el inciso segundo del numeral 6° del artículo 190 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2006,



del Ministerio de Salud, que preceptúa: “se entenderá que son preexistentes aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato”.

Es un requisito, entonces, un diagnóstico médico fidedigno que determine con certeza la preexistencia de la enfermedad y que ésta aparece directamente relacionada con la patología que causó la muerte del asegurado.

**DUODÉCIMO:** Que, en los contratos de seguro, y en particular en el de desgravamen, la principal obligación del asegurador es la de pagar, previa deducción de cualquier suma que se le deba, el saldo insoluto a que se encuentre reducida al vencimiento inmediatamente anterior a la muerte de aquél.

Conforme la normativa expuesta más arriba, para la procedencia de la cobertura, la muerte del asegurado no tuvo que haberse debido a algunas de las causales establecidas en el artículo 575 del Código de Comercio, siendo la obligación de información una consecuencia de la buena fe contractual, la que se materializa en una declaración de salud surgida de las tratativas preliminares, celebrándose luego el contrato, conforme prescribe el Código señalado.

**DÉCIMO TERCERO:** Que, como precisa la sentencia recurrida, el artículo 7° de las Condiciones Generales del seguro colectivo de desgravamen: *“cualquier omisión o reticencia, declaración falsa, errónea o inexacta relativa al estado de salud por parte de un asegurado o del contratante, que pudiera influir en la apreciación del riesgo, o de cualquier circunstancia que, conocida por la compañía aseguradora hubiera podido retraer la de la celebración del contrato o de incorporar a un asegurado a la póliza o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta a la compañía aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada”*.

Luego, relacionando lo expuesto con el documento que consta a fojas 214, extendido el 8 de agosto de 2008, donde se formula como diagnóstico *“enfermedad colectásica crónica ductopénica, con fibrosis en puente y leve actividad hepática. Hemosiderosis hepática grado 2”*, concluye la verificación de la hipótesis de exclusión contenida en las bases generales al estimarla antecedente de la causa de muerte del asegurado, ocurrida el 15 de diciembre de 2012, debido a un “daño hepático crónico”.

**DÉCIMO CUARTO:** Que, conforme las normas aplicables al caso, y reseñadas más arriba, resulta evidente que los sentenciadores del fondo, concluyeron la concurrencia de los supuestos del artículo 7° de las Condiciones Generales, pero sin existir medios de prueba eficaces acerca de la relación de causalidad entre el diagnóstico entregado en 2008 y la causa de la muerte del causante, pues para ello, no basta la mera apreciación general sostenida en la sentencia recurrida, como se observa en su considerando décimo sexto.





El artículo 516 del Código de Comercio, vigente a la época de celebración del contrato, señala los elementos que debe contener una póliza, documento justificativo del seguro. Entre ellos, la cosa y la cantidad asegurada; los riesgos que el asegurador toma sobre sí y la enunciación de todas las circunstancias que puedan suministrar al asegurador un conocimiento exacto y completo de los riesgos y de todas las demás estipulaciones que hicieren las partes.

De este modo, la naturaleza y grado de peligrosidad de los riesgos que penden sobre el objeto de la cobertura se conoce con la expresión “estado del riesgo” y bajo la vigencia del Código de Comercio previo a las modificaciones introducidas por la Ley N°20.667, se vincula a las informaciones proporcionadas por el asegurado bajo el prisma de la buena fe.

Así las cosas, el riesgo y el interés asegurable, es decir lo que induce al asegurado a celebrar la convención, son elementos íntimamente ligados y constituyen la causa del contrato de seguro de manera que, acaecido el siniestro procede la cobertura del riesgo asegurado, por lo cual la relación causal entre la enfermedad no declarada y la muerte no es un elemento extraño al contrato.

De la lectura de las pólizas, que constan a partir de fojas 160 del expediente, se observa que aquéllas cubren los riesgos de fallecimiento, según las condiciones generales cuya limitación fue reseñada en el considerando anterior.

De este modo, forma parte de la interpretación contractual determinar que el “*daño hepático crónico*”, causa de la muerte de asegurado, se debe a alguna enfermedad especialmente no declarada y que tenga incidencia causal en aquélla, no resulta posible sostenerla únicamente a partir de los antecedentes que invocó la demandada, ya que el informe de 2008 no indica la existencia de una insuficiencia hepática en las condiciones de causar la muerte del causante, como se deduce del certificado médico de defunción de aquél.

**DÉCIMO QUINTO:** Que, a lo anterior, corresponde agregar que la relación de causalidad obligaba a la explicación, por parte de la demandada, del contexto en que se verificó el documento de 2008, lo que lleva a la imposibilidad de concluir que la declaración de salud que suscribió el causante demostrara la reticencia que se le atribuye, siendo atinente advertir el tenor genérico -y en ocasiones, aún indeterminado- del formulario que debía completar el asegurado, que expresa que no ha sido diagnosticada, entre otras, “enfermedades gastrointestinales como cirrosis hepática, úlcera gástrica, colitis ulcerosa...”, y no era posible que esa parte asuma el deber de declarar sinceramente todas aquellas circunstancias relativas a su estado pasado y actual de salud “que puedan afectar el riesgo que asumirá la compañía y que pueden constituir una restricción, limitación o exclusión de cobertura”, y que además informe que determinadas enfermedades que se indica –u otras que no se



mencionan - no le han sido diagnosticadas y que no tiene “conocimiento” de padecerlas, pues se le impone unilateralmente la necesidad de calificar la entidad de esas circunstancias, sin que conste que se le hubiere dado una explicación razonable y suficiente sobre el sentido y extensión de los conceptos contenidos en el cuestionario al que se le sometió.

**DÉCIMO SEXTO:** Que, de lo señalado, se concluye que los sentenciadores incurrieron en los yerros denunciados al haberse realizado una errada interpretación y aplicación del interés asegurable al contrato materia sub lite, lo que tuvo influencia sustancial en lo dispositivo del fallo, puesto que determinó que se desestimara en todas sus partes la demanda impetrada.

Por estas consideraciones y de conformidad, además, con lo que disponen los artículos 764, 767, 785 y 805 del Código de Procedimiento Civil, **se rechaza** el recurso de casación en la forma, y **se acoge** el recurso de casación en el fondo, deducidos en la presentación de fojas 359 por los abogados Ramón Domínguez Águila y Cristián Celis Bassignana, en representación de los demandantes, en contra de la sentencia de cuatro de enero de dos mil veintidós, escrita a fojas 354 y siguientes, la que se invalida y reemplaza por la que se dicta a continuación, separadamente y sin nueva vista.

**Se previene** que el abogado integrante señor Eduardo Morales Robles concurre al rechazo del recurso de casación en la forma, pero que no comparte lo razonado en el considerando tercero, ya que en su opinión el recurso debe ser rechazado porque no concurre el vicio alegado. En efecto:

1.- La recurrente no interpuso el recurso de casación en la forma en contra de la decisión que rechazó el mismo recurso de casación formal deducido en contra de la sentencia definitiva de primera instancia, sino que lo hizo en contra de la sentencia que, conociendo de la apelación, confirmó el fallo de la instancia.

En opinión del previniente, la sentencia que rechazó el recurso de casación no puede ser cuestionada por la misma vía de nulidad extraordinaria, en atención a que aquella resolución no es una sentencia definitiva ni interlocutoria que ponga término al juicio o haga imposible su continuación.

En consecuencia, la sentencia que rechaza la casación formal no es susceptible a su vez de ser objeto de un nuevo recurso de nulidad formal por su naturaleza jurídica procesal de interlocutoria que no reúne las condiciones previstas en el artículo 766 del Código de Procedimiento Civil.

2.- Tampoco es susceptible de casación formal la sentencia interlocutoria de la Corte de Apelaciones que acoge la nulidad.



En efecto, cuando el recurso es acogido por haberse incurrido en los vicios establecidos en las causales 1ª, 2ª, 3ª, 8ª y 9ª del artículo 768 del Código de Procedimiento Civil, operará la institución del reenvío.

En su virtud, la sentencia que acoge el recurso determina el estado en que queda el proceso, el cual se remitirá para su conocimiento al tribunal correspondiente. En atención a lo anterior, la sentencia que acoge el recurso por las causales apuntadas tiene la naturaleza jurídica de una interlocutoria que no pone término al juicio ni hace imposible su continuación, sino que producirá todo lo contrario.

Por su parte, la sentencia que acoge la nulidad por los vicios contemplados en las causales 4ª a 7ª del Código de Procedimiento Civil, no es una sentencia definitiva, sino que una interlocutoria de segundo grado, que debe servir de base al pronunciamiento de otra sentencia, esta vez, definitiva o interlocutoria que ponga término al juicio o haga imposible su continuación, al tenor de lo previsto en el artículo 786, inciso 3º del referido Código.

Pues bien, en este caso, en contra de la sentencia de reemplazo que dicte una Corte de Apelaciones también procederá el recurso de casación en la forma, ya que tal decisión podrá contener vicios o haber sido dictada con infracción formal de ley.

3. En el caso de estos autos, la recurrente cuestiona el fallo de la Corte de Apelaciones de Santiago que confirmó, con argumentos adicionales, la decisión de primer grado que rechazó la demanda de cumplimiento de contrato de seguros.

Siendo la decisión de la Corte de Apelaciones una sentencia definitiva, el presente recurso de nulidad formal es admisible, sin que ello signifique que deba ser acogido.

En efecto, de la lectura de ambas sentencias aparece de manifiesto que ellas están fundadas, tanto en los hechos como en el Derecho, y que resulta evidente que lo que realmente se cuestiona es el razonamiento jurisdiccional divergente con la posición de la recurrente, de donde se sigue, como necesario corolario, que no hay vicio que atacar, ni sentencia que anular.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del abogado integrante Sr. Eduardo Morales R.

Rol N° 5.439-2022

Pronunciada por la Primera Sala de esta Corte Suprema, integrada por los Ministros Sr. Arturo Prado P., Sr. Mauricio Silva C., Sra. María Soledad Melo L., y los abogados integrantes Sr. Eduardo Morales R., y Sra. Leonor Etcheberry C.

No obstante, haber concurrido a la vista de la causa y al acuerdo, no firma la Ministra Sra. Melo, por estar con permiso.





GVQNXKGXJCK

null

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

