

Santiago, ocho de marzo de dos mil veintidós.

Al folio N° 15678: estese al mérito de autos.

VISTOS:

En estos autos Rol C-32.163-2017 del Octavo Juzgado Civil de Santiago, caratulados “Troncoso Otero, Mario con Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.”, sobre cumplimiento forzado de contrato de seguro, mediante sentencia de veintiuno de noviembre de dos mil dieciocho se acogió la demanda, con costas.

Apelado el fallo por la demandada, en pronunciamiento de siete de enero de dos mil veinte la Corte de Apelaciones de esta ciudad lo confirmó.

En contra de esta última determinación, la misma parte interpone recurso de casación en el fondo.

Se trajeron los autos en relación.

CONSIDERANDO:

PRIMERO: Que la nulidad de fondo se fundamenta en la vulneración de los artículos 1545 y 1546 del Código Civil y los artículos 512, 513 letra a) y t), 517, 518 N°4, 521, 524 N°1, 525 y 591 del Código de Comercio, “así como las normas reguladoras de la prueba”, acusando que la sentencia prescinde de la legalidad del contrato que vincula a las partes, desatiende su esencia y sus efectos naturales y deja de aplicar las normas atinentes a esa relación contractual.

Para explicar semejantes desaciertos, la recurrente enuncia las obligaciones que adquiere la asegurada en virtud de la póliza, las condiciones generales aplicables al contrato y la norma contenida en el artículo 512 del Código de Comercio, concluyendo que son obligaciones correlativas del contrato de seguro y, en consecuencia, recíprocas y equivalentes, la transferencia del riesgo que hace el asegurado al asegurador y la prima que el primero debe pagar al segundo para que éste asuma ese riesgo durante un periodo de tiempo. Prima y riesgo deben ser equivalentes a fin de mantener el equilibrio de las prestaciones de las partes y ello se logra en la medida que el asegurado exponga sinceramente el riesgo que pretende transferir al asegurador para que éste pueda aplicar la tarifa acorde al riesgo y a su probabilidad de ocurrencia, en los términos que prevén los artículos 513 letra t), 521, 518 N°4 y 524 N° 1 del Código de



Comercio, preceptos que, en consecuencia, son transgredidos en el fallo que acoge la demanda de autos.

Informa asimismo que la sentencia se equivoca al calificar la preexistencia como un elemento de la esencia del contrato e infringe el artículo 591 del mencionado código mercantil, que la reconoce como una causal de exclusión de cobertura al estatuir que aun cuando se declare sinceramente por el asegurado una enfermedad preexistente, igualmente carecerá de cobertura bajo la póliza.

Precisa que en la especie su parte no rechazó el siniestro por una preexistencia sino por reticencia y su efecto de incidir en la falta de equilibrio del contrato y que los jueces transgreden la mencionada disposición al limitarse a considerar la pseudoartrosis como el foco de la controversia para concluir en una preexistencia, desestimando sin embargo que el asegurado conocía su condición real de salud antes de la contratación del seguro y que su reticencia alteró los elementos de la esencia del contrato y sus efectos, admitiendo el juzgador que el silencio de los asegurados y la deslealtad con su asegurador se imponga para prevalecer una prima inferior e insuficiente para responder a la probabilidad cierta de siniestro.

En su opinión, el sentenciador reconoció la reticencia del asegurado al establecer que éste no declaró su estado de salud al tiempo de celebrar el contrato, aunque reprueba que se estime que no procedía la exclusión por preexistencia de la pseudoartrosis al haber sido diagnosticada con posterioridad a la fecha de contratación del seguro, conclusión que altera la ley del contrato, sus elementos esenciales y sus efectos naturales regulados en las mencionadas disposiciones legales.

Añade que la sentencia también vulnera el artículo 1546 del Código Civil y los artículos 524 N°1 y 525 del Código de Comercio al resolver el conflicto desatendiendo el principio de la buena fe contractual, pues los jueces no formulan reproche a la mencionada omisión del actor y solo atienden a la circunstancia que la pseudoartrosis no podía considerarse como enfermedad preexistente en los términos del artículo 591 del Código de Comercio, soslayando sin embargo el deber de lealtad que el asegurado debe mantener con su asegurador, particularmente al declarar la real extensión del riesgo, declarando su accidente sufrido en el mes de junio de



2015, las dos operaciones realizadas en distintas clínicas a su rodilla derecha en julio y agosto de ese año, el tiempo que permaneció postrado en su caso con mucho dolor, el tratamiento que estaba cursando antes de la contratación del seguro, el hecho de no estar trabajando y que pidió el crédito bancario de consumo al que se asocia el seguro de autos para financiar los gastos del tratamiento de su rodilla. Agrega que se prescinde además de la declaración de su médico tratante de 21 de agosto de 2015, que diagnosticó la pseudoartrosis que sufría el actor antes de la contratación del seguro.

Sobre los artículos 517, 524 n°1 y 513 letra a) del Código de Comercio, aduce que son vulnerados cuando el fallo concluye que “la falta de declaración de enfermedades, en el contexto de la suscripción de un contrato de seguro colectivo, definido como aquellos que mediante una sola póliza cubren contra los mismos riesgos, a un grupo determinado o determinable de personas, y en circunstancias que el tomador del seguro y el asegurado no son la misma personas, no configura necesariamente la reticencia invocada por la demandada”.

Esa aseveración, afirma, olvida que en el acápite “Declaración Personal de Salud” contenido de la solicitud de seguro que suscribió el actor, este declaró no presentar enfermedades, en circunstancias que se le requirió informar sinceramente acerca de “todas aquellas circunstancias relativas a mi estado pasado y actual de salud que puedan afectar el riesgo que asumirá la Compañía y que pueda constituir una restricción, limitación o exclusión de cobertura”. Es decir, consta que se le solicitó que expusiera e informara las condiciones de salud bajo las cuales contrataba el seguro y no sobre la existencia de enfermedades diagnosticadas o conocidas por él, lo que es relevante aun si se trata de un seguro colectivo.

De este modo, el dictamen infringe el artículo 524 N°1 del Código de Comercio, puesto que restringió sus exigencias y contenido y le dio aplicación solo para los seguros individuales, efectuando una distinción que la norma no considera y, asimismo, viola el artículo 517 del mismo texto legal que regula los contratos colectivos, ya que además de establecer que estos contratos colectivos no requieren la declaración del asegurado -conclusión que no es posible desprender de ese precepto- obvió que la



misma disposición establece que “Este tipo de contratos de seguro (colectivos), la indemnización de los siniestros cede en favor del asegurado afectado por ellos...” , incorporando el fallo una condición al contrato que la ley no contempla, contraviniendo el texto legal que reconoce expresamente que en estos seguros el asegurado es el sujeto de riesgo y en su favor cede la indemnización, como por lo demás así lo define el artículo 513 letra a) del Código de Comercio, no obstante que el tomador o contratante del mismo sea una persona diferente.

Tocante a la infracción de las normas reguladoras de la prueba, arguye que la sentencia no aplica las máximas de lógica, ciencia, técnicas y experiencias propias de la sana crítica.

Señala que habiendo quedado establecido que el asegurado no había declarado su estado de salud, las posteriores conclusiones de los juzgadores contienen errores probatorios que inciden en lo decisorio, vulnerando la razonabilidad que la sana crítica exige al fallar el asunto controvertido.

Así sucede, por ejemplo, con la decisión de no otorgar mérito probatorio a los documentos acompañados por la actora por no haber sido reconocidos en juicio, entre los cuales se cuentan los informes médicos referidos a la pseudoartrosis, antecedentes que demuestran que fue diagnosticada el 31 de marzo de 2016 y que se refieren a la evolución del estado de salud del actor por el accidente sufrido. No obstante, el fundamento vigésimo segundo se refiere a la preexistencia sobre la base de “los documentos de los profesionales médicos que tuvo a la vista”, contraviniendo lo declarado en el basamento quinto. Otro tanto acontece en el considerando vigésimo quinto, que otorga pleno valor probatorio al informe del doctor Juan Proaño del 26 de Julio de 2016 para establecer que la pseudoartrosis se diagnosticó después de la contratación de la póliza y rechazar que se haya diagnosticado en julio del año 2015, lo que declara que “no resulta efectivo”, pese a que ambas partes habían acompañado al juicio el mismo documento que demuestra que la pseudoartrosis habría sido diagnosticada en agosto del año 2015, antes de la contratación de la póliza. Existiendo claridad en ambos litigantes respecto de la validez y del contenido de aquel documento, conforme a las normas de la lógica y de la



experiencia, solo cabe dar por probado tal hecho y al no hacerlo así, la sentencia deviene en arbitraria.

Aduce, en fin, que esa falta de racionalidad, de lógica y máximas de experiencia también se manifiesta en el hecho de no advertir que la Superintendencia de Pensiones informó al tribunal que la invalidez del actor no se produce por pseudoartrosis sino que por gonartrosis y diabetes mellitus, información que exigía considerar las razones de la ciencia y técnica que enseñan que gonartrosis y pseudoartrosis son enfermedades distintas y que, por consiguiente, no cabía atribuir invalidez a la pseudoartrosis.

En definitiva, la sentencia recurrida omitió aplicar la racionalidad que exige la sana crítica por evitar la arbitrariedad y con ello ponderó equivocadamente la prueba, arribando a calificaciones jurídicas también equivocadas.

SEGUNDO: Que en cuanto es de interés para la acertada resolución del recurso recién enunciado debe señalarse que en estos autos Mario León Troncoso Otero demandó a Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. de cumplimiento del contrato de seguro colectivo, denominado póliza de seguro de desgravamen simple –póliza N° 487- al que se incorporó al suscribir con el Banco Santander un contrato de mutuo por \$23.230.000, pagadero en 60 cuotas. El seguro de vigencia anual y renovación automática comprendía todo el período previsto para el servicio del crédito que va desde el 29 de diciembre de 2015 hasta el 5 de enero de 2021 y fue financiado con una única prima con cargo al crédito que el demandante mantiene con el Banco Santander.

La cobertura del seguro está prevista en las condiciones generales de la Cobertura por Invalidez Permanente 2/3 (CAD 2 2013 0151), cuyo articulado está registrado en el depósito de pólizas que lleva la Superintendencia de Valores y Seguros. Conforme a ella, la aseguradora se obligó a cubrir el saldo insoluto de la deuda vigente que el asegurado mantuviera con el Banco Santander, beneficiario de la póliza, a la fecha de la declaración de invalidez 2/3 del asegurado, suponiendo un servicio regular de la deuda.



Refirió el demandante que el 21 de agosto de 2015 acudió a la Clínica Alemana a atenderse con el traumatólogo David Figueroa debido a un intenso dolor que padecía en su rodilla y pierna derecha producto de haber sido víctima de un atropello de un vehículo en junio de ese año, accidente por el cual había sido operado insertándole placas y pernos para contener la fractura y herida producida, informándosele que evolucionaba favorablemente. El médico Figueroa programó un aseo quirúrgico para el 25 de agosto de 2015, el cual se llevó a cabo sin contratiempos y luego de permanecer internado por tres días, recibió el alta médica con indicación de reposo absoluto y controles post-operatorios, los que cumplió cabalmente con evolución satisfactoria. Sin embargo, el 31 de marzo de 2016 asistió a un control con tomografía axial computarizada y el examen constató la presencia de una pseudoartrosis de platillo externo, con falta de stock óseo, patología que fue ingresada a la ficha clínica ese mismo día. A contar de ese momento su salud mermó paulatinamente, al punto que el 1 de junio de 2017 la Comisión Médica de la Superintendencia de Pensiones declaró su invalidez definitiva total a contar del día 17 de abril de 2017, estableciendo un menoscabo de la capacidad de trabajo en un 83.0, cifra superior a los dos tercios de incapacidad o invalidez total.

Efectuó la denuncia del respectivo siniestro a la aseguradora y mediante carta de 10 de agosto de 2017, ésta le remitió el informe de liquidación que rechazaba otorgar cobertura a la póliza colectiva, rechazo que se fundó en que su parte no habría dado cumplimiento a las disposiciones de los artículos 3 y 4 del Condicionado General (CAD 2 2013 0151), por haber informado en la Declaración Personal de Salud que no padecía ninguna enfermedad o accidente preexistente al momento de suscribir la póliza, acompañando además un informe del traumatólogo Figueroa, de 28 de julio de 2017, de acuerdo al cual se habría constatado, según el informe de liquidación, que el actor “fue diagnosticado de pseudoartrosis platillo externo rodilla derecha el 21 de agosto del año 2015”, hecho que el demandante niega, cuestionando además la interpretación que de ese documento realiza el informe de liquidación.

Impugnó el informe de liquidación y la aseguradora requirió un nuevo informe al traumatólogo Figueroa, quien mediante documento de 19



de octubre de 2017 precisó que el diagnóstico de pseudoartrosis se efectuó el 31 de marzo de 2016, es decir, tres meses después de haber contratado el seguro. No obstante, igualmente la aseguradora rechazó reconsiderar su decisión.

Solicitó el cumplimiento del contrato de seguro y que se ordene a la demandada cubrir el saldo insoluto de la deuda vigente que mantiene con el Banco Santander, a contar de la fecha de la declaración de invalidez permanente en adelante, más una indemnización por los perjuicios sufridos.

La demandada instó por el íntegro rechazo de la demanda, explicando que el asegurado incumplió su obligación de declarar sinceramente su condición de salud al momento de contratar el seguro o incorporarse a una póliza colectiva, declaración que debe efectuarse al tenor de lo consultado por la aseguradora, sin perjuicio de la buena fe con la que el asegurado debía cumplir su obligación, principio que informa al contrato de seguro en conformidad con las normas del Código de Comercio que reseñó. Acusó que el demandante no declaró que en el mes de junio de 2015 había sido víctima de un accidente que le afectó la rodilla y pierna derecha, que había sido operado y que desde el 21 de agosto de 2015 contaba con diagnóstico de pseudoartritis en la rodilla derecha y que luego de la hospitalización del 25 de agosto de 2015 se le practicó un tratamiento médico a través de antibióticos, informaciones todas que proporcionó su médico tratante.

Nada de ello fue declarado por el asegurado pese a que se le consultó acerca de padecimientos en su estado de salud. No reveló ninguna enfermedad o condición de salud y aparentó frente a la aseguradora estar en un estado pleno de salud, sin inconvenientes ni aumentos de probabilidad de siniestralidad por invalidez, incumpliendo sus obligaciones legales y contractuales e impidiendo al asegurador evaluar correctamente el riesgo asegurado, provocando un desequilibrio en las prestaciones de las partes.

TERCERO: Que la sentencia dejó asentados los siguientes hechos:

1.- El actor sufrió un atropello en el mes de junio de 2015. Debió concurrir a un servicio de salud y fue intervenido quirúrgicamente en su rodilla.



2.- Las partes celebraron un contrato de seguro el 29 de Diciembre del 2015 en virtud del cual la demandada se obligó a cubrir el saldo insoluto vigente del crédito de consumo obtenido por el actor del Banco Santander, éste último en calidad de beneficiario del referido seguro. La cobertura se haría efectiva ante la ocurrencia de los siniestros especificados en la póliza y sus cláusulas adicionales, dentro de las cuales se encuentra la invalidez permanente de 2/3. El seguro estaría vigente desde el día de su suscripción hasta el 5 de enero de 2021 y el demandante no declaró enfermedades.

3.- El 1 de junio de 2017, la Superintendencia de Pensiones declaró la invalidez definitiva total del actor a contar del día 17 de abril de ese año.

4.- Con fecha 10 de agosto de 2017 la demandada comunicó su decisión de negar cobertura al siniestro sufrido por el asegurado. Este apeló la decisión el 16 de agosto de ese año y mediante carta de 26 de octubre de 2017 fue desestimada la impugnación, en razón de concurrir una preexistencia.

5.- La póliza determinó que quedan excluidas de cobertura las situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 5° de las Condiciones Generales, artículo que reseña que situación o enfermedad preexistente es cualesquiera enfermedad, dolencia o situaciones de salud que afecte al asegurado y que haya sido diagnosticada o conocida por el asegurado o por quién contrata a su favor, con anterioridad a la fecha de incorporación a la póliza.

6.- La demandada no acreditó que el actor fue diagnosticado con pseudoartrosis antes de la celebración del contrato, pues solo el 26 de julio de 2016 -casi siete meses después de que entrara en vigencia la referida convención- se consideró la posibilidad de la existencia de esa enfermedad.

CUARTO: Que sobre la base de los mencionados hechos, los juzgadores expresan que la falta de declaración de enfermedades, en el contexto de la suscripción de un contrato de seguro colectivo en el que tomador y asegurado no son la misma persona y una sola póliza cubre los mismos riesgos de un grupo determinado o determinable de personas, no configura necesariamente la reticencia invocada por la demandada.



Advierten, en el mismo sentido, que si bien la convención define como situación o enfermedad preexistente cualquier enfermedad, dolencia o situación de salud que afecte al asegurado y que haya sido diagnosticada o conocida por éste o por quién contrata a su favor, con anterioridad a la fecha de incorporación a la póliza, *“no puede concluirse que el actor haya omitido declarar una enfermedad o situación sobre la que tenía conocimiento, máxime cuando no se invoca un diagnóstico previo como antecedente”*. Así, tal omisión no configura necesariamente una de las causales de exclusión de cobertura previstas por el contrato, *“toda vez que, y en estricta aplicación del artículo 542 del Código de Comercio que establece el carácter imperativo de las normas que rigen el contrato de seguro, salvo en aquellas disposiciones más favorables al asegurado, habrá que estarse a la definición legal de enfermedades y dolencias preexistentes, contenida en el artículo 591 del mismo código, que establece que sólo podrán considerarse preexistentes aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado, conocimiento que correspondía acreditar a la compañía para eximirse del cumplimiento de sus obligaciones”*.

Manifiestan que el atropello que sufrió el actor en el mes de junio de 2015 y que le ocasionó una fractura no puede encuadrarse en la definición del mencionado artículo 591 sino más bien *“una condición transitoria de salud respecto de la cual fue conferida el alta médica luego de la respectiva cirugía y cuyas posteriores complicaciones en la recuperación del trauma escapan al curso normal y esperable de los acontecimientos, aun cuando las complicaciones ocurridas sean propias de éste tipo de intervenciones”*, añadiendo que el inevitable conocimiento que tuvo el actor sobre la ocurrencia del accidente no lleva a concluir que éste tuviera conocimiento sobre una dolencia o enfermedad preexistente, ni tampoco era previsible, como pretende la demandada, que se materializara en un trastorno de salud permanente, como ocurrió en la especie.

Entonces, descartado que el accidente constituya una dolencia o enfermedad preexistente, la omisión de informarlo al contratar el seguro *“no configura una reticencia en el cumplimiento de su obligación de declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador*



para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos”, máxime si el formulario respectivo no contiene solicitud de información alguna sobre accidentes u otras dolencias agudas que pudieren haber afectado al asegurado.

Y como además quedó establecido que la pseudoartrosis que invocó la demandada para negar cobertura al siniestro no había sido diagnosticada a la época de contratación del seguro –conclusión a la que se arriba además al tenor de lo previsto en el artículo 591 del Código de Comercio y lo establecido por la jurisprudencia, en orden a que es un requisito que exista un diagnóstico médico fidedigno que determine con certeza la preexistencia de la enfermedad; que ésta esté directamente relacionada con el siniestro por el cual se pide cobertura, y, además, que el asegurado esté en cabal conocimiento del diagnóstico preciso, antes de la suscripción del contrato de seguro- concluyen que no es posible determinar que era exigible al asegurado proporcionar una información de la que carecería, en los términos que la ley lo dispone, por lo que semejante falencia no puede servir a la aseguradora como excusa para negarse a indemnizar el siniestro materializado, considerando además que al haberse incorporado una cláusula que autoriza a la compañía aseguradora para requerir los antecedentes médicos del asegurado, sobre ella recaía el deber de verificar las declaraciones del asegurado a este respecto, especialmente si se considera que dicha declaración personal se encuentra en las condiciones del seguro colectivo, figura contractual caracterizada por la adhesión del asegurado.

Expresan, por último, que la alegación de que a la data de celebración del contrato el actor habría sufrido la enfermedad de diabetes mellitus que tampoco fue declarada, reticencia que justificaría su negativa a dar cobertura al siniestro, no puede prosperar, tanto porque se formuló en etapas posteriores de la discusión, cuanto porque no fue comprobada.

En consecuencia, declaran que la demandada incumplió su obligación resarcitoria al negar dar cobertura al siniestro fundándose en la supuesta preexistencia que aquejaba al actor, justificación que no se ve amparada en causa legal o contractual alguna al no haberse acreditado que el demandante fuere diagnosticado con pseudoartrosis u otra dolencia de



forma previa a la suscripción del seguro colectivo cuyo cumplimiento se solicita.

En definitiva, considerando que si bien el actor ostenta un interés de carácter patrimonial en el cumplimiento del contrato, este no cede en su beneficio directo, los jueces ordenan hacer efectiva la cobertura de la póliza N° 487 y condenan a la demandada a solucionar el crédito impago vigente que el actor mantiene con el Banco Santander más una indemnización de perjuicios consistente en el reembolso de todas las cuotas pagadas por el demandante a la mencionada institución bancaria Santander y devengadas desde el día 4 de julio de 2017, fecha en que quedó ejecutoriado el Dictamen de Invalidez del actor y hasta que la sentencia quede ejecutoriada, con costas.

QUINTO: Que el artículo 772 del Código de Enjuiciamiento Civil, en armonía con lo previsto en los artículos 764 y 767 del mismo cuerpo legal, permite, como sustento de la nulidad de la sentencia impugnada, el quebrantamiento de una o más normas legales contenidas en la decisión. Es imprescindible entonces que el recurrente cumpla con esa exigencia y exprese circunstanciadamente en qué consisten el o los errores de derecho de los que adolece la sentencia recurrida y el modo en que han influido sustancialmente en lo dispositivo de la sentencia que se trata de invalidar, ya que el agravio que debe manifestar y soportar quien interpone el arbitrio es una de las varias exigencias que singulariza el recurso de casación de los otros recursos en general.

En este orden de ideas, tanto la jurisprudencia como la doctrina hacen consistir esos yerros en aquellos que pudieron originarse por haber otorgado los sentenciadores un alcance diferente a una norma legal al establecido por el legislador, ya sea ampliando o restringiendo el mandato de sus disposiciones, por haber aplicado una ley a un caso no previsto en ella, o, por último, por haber dado aplicación a un precepto legal en una situación ajena a la de su incumbencia.

Ello es así porque el recurso de casación en el fondo persigue instar por un examen del juicio conclusivo de la cuestión principal, desplegado en la sustancia misma de la sentencia definitiva o interlocutoria que se persigue anular, cuyos desaciertos jurídicos sólo autorizarán una sanción procesal de



esa envergadura en la medida que hayan trascendido hasta la decisión del conflicto, definiéndolo en un sentido distinto de aquel que se imponía según la recta inteligencia y aplicación de la normativa inherente al caso.

Entonces, ni aun bajo los parámetros de desformalización y simplificación que caracterizan a este arbitrio desde la entrada en vigencia de la Ley N° 19.374, se exime a quien lo plantea de cumplir con las exigencias ya mencionadas.

SEXTO: Que al enfrentar lo recién expuesto con el recurso en análisis debe concluirse que la pretensión anulatoria no reúne los requerimientos legales exigibles para su interposición pues, como ya ha quedado de manifiesto, el asunto que somete a la decisión de este tribunal dice relación, en último término, con la interpretación del contrato de seguros a la luz de las disposiciones que lo regulan, algunas de las cuales han sido mencionadas por la recurrente, la procedencia de una acción de cumplimiento de contrato con indemnización de perjuicios que la recurrente cuestiona, entre otras razones, porque la parte demandante habría incumplido determinados deberes que emanan de ese pacto. No obstante, no da por infringidos los artículos 1489, 1551, 1552, 1556 y 1560 del Código Civil y el 542 del Código de Comercio, disposiciones que justamente autorizan a la actora a demandar el cumplimiento de la obligación contractual que la vincula con la demandada y permiten dilucidar el contenido de los deberes que ambos contratantes asumieron en relación al contrato de la especie y que, por ende, revestían la calidad de normas decisorias del asunto litigioso.

SÉPTIMO: Que, en estas condiciones, aun cuando fuese efectivo que los sentenciadores quebrantaran las disposiciones del modo que la recurrente sugiere, la falta de cuestionamiento sobre lo concluido en relación a la precisa normativa que resulta aplicable para prestar acogida a la pretensión deducida en juicio por la actora, resta toda relevancia a las particulares inobservancias que sí acusa dicha parte.

En consecuencia, al no venir acusado en el libelo de casación el quebrantamiento de la preceptiva sustantiva básica que ya ha sido precisada y que define la controversia, el recurso pierde significado y utilidad, porque esta Corte de Casación quedaría inhibida para entrar a analizar lo que



sobre tales cuestiones viene decidido, debiendo reafirmarse, como ya se enunció, que la particularidad que singulariza su objetivo directo es que el recurso de casación en el fondo ataca la invalidación de determinadas sentencias que hayan sido pronunciadas con infracción de ley, siempre que ésta haya tenido influencia sustancial en su parte resolutive o decisoria.

Semejante connotación esencial de este medio de impugnación se encuentra claramente establecida en el artículo 767 del Código de Procedimiento Civil, que lo instituye dentro de nuestro ordenamiento positivo y se traduce en que no cualquier transgresión de ley resulta idónea para provocar la nulidad de la sentencia impugnada -pues la nulidad no se configura en el mero interés de la ley- sino sólo la que haya tenido incidencia determinante en lo resuelto por aquélla, esto es, la que recaiga sobre alguna ley que en el caso concreto ostente la condición de ser decisoria litis. Y en tal sentido, esta Corte ha dicho que las normas infringidas en el fallo para que pueda prosperar un recurso de casación en el fondo han de ser tanto las que el fallador invocó en su sentencia para resolver la cuestión controvertida, como aquellas normas decisoria litis que dejó de aplicar, puesto que en caso contrario esta Corte no podría dictar sentencia de reemplazo, dado el hecho que se trata de un recurso de derecho estricto. (CS, 14 diciembre 1992, RDJ, T. 89, secc. 1ª, pág. 188).

OCTAVO: Que, por lo demás, el arbitrio tampoco podría prosperar porque la impugnante pretende, en definitiva, alterar la decisión sin que sea posible cambiar el presupuesto fáctico del proceso.

En efecto, los hechos fijados en una sentencia corresponden al resultado de la ponderación judicial de la prueba rendida en el juicio y esta actividad de análisis, examen y valoración del material probatorio se encuentra dentro de las facultades privativas de los sentenciadores, concerniendo a un proceso racional del tribunal, por lo que no está sujeto al control del recurso de casación en el fondo, salvo que se haya denunciado de modo eficiente la vulneración de las leyes reguladoras de la prueba que han permitido establecer el presupuesto fáctico que viene asentado en el fallo.

Si bien la recurrente asevera que el fallo infringe las “normas reguladoras de la prueba”, tampoco estima quebrantado el artículo 543 N°



4, que justamente prevé la manera en que debe ser analizado el material probatorio para la solución de los conflictos que puedan surgir entre el asegurado y el asegurador, incurriendo en la misma inobservancia que ya fue enunciada en los fundamentos que anteceden.

NOVENO: Que se aprecia que la infracción al estatuto especial que en la especie el legislador ha instaurado para asentar el presupuesto fáctico de la causa, es explicada por la recurrente sobre la base de la particular opinión que manifiesta sobre el mérito probatorio que debía asignarse a los elementos que menciona, labor que, como se sabe, escapa del control de este tribunal de casación. Asimismo, no es admisible analizar esa materia si el alegato se funda en supuestas inobservancias de determinados antecedentes o razonamientos que se estiman contradictorios, aspectos ambos que podrían constituir un defecto de orden formal pero no una infracción sustantiva, como se pretende, sin perjuicio de que tampoco dice relación con la incorrecta aplicación de las reglas previstas para la ponderación de la prueba.

En procedimientos como el que se examina se consagra la potestad del tribunal de apreciar la prueba de acuerdo a las reglas del correcto entendimiento contingentes y variables, con relación a la experiencia del tiempo y del lugar, que son estables y permanentes en cuanto a los principios lógicos en que debe apoyarse la decisión, lo que significa que para dar o no valor probatorio a los elementos producidos en juicio, los sentenciadores deben razonar con sujeción a las reglas de la lógica, las máximas de experiencia y los conocimientos científicamente afianzados. En tales circunstancias, la impugnación que denuncie haberse infringido tales reglas debe señalar concretamente y suficientemente cuáles de ellas se quebrantaron y de qué modo fueron violadas.

El recurso, sin embargo, no satisface tal exigencia. No basta con sostener que se transgreden las normas de la lógica y de la experiencia por no asentar como hecho el contenido que, a juicio de quien recurre, debía extraerse de un documento, pues justamente no existe coincidencia entre las partes sobre el tenor del informe del médico tratante del actor en lo relativo a la fecha en que habría sido diagnosticada la pseudoartrosis que padece el recurrido. Antes bien, el reproche se sustenta –ya fue dicho- en la



interpretación que de ese antecedente efectúa quien recurre. Por otro lado, no puede aducirse que se desobedecen razones de ciencia y técnica porque el tribunal no habría advertido que la gonoartrosis –una de las dolencias que originan la invalidez que declara la Superintendencia de Pensiones- y la pseudoartrosis –que sería la preexistente que afecta al demandante- son enfermedades distintas. Desde luego, la discusión versó sobre la reticencia que la demandada atribuyó a su contendora y no sobre la diferenciación que ahora alega en esta sede de casación.

En consecuencia, la recurrente no precisa, con la suficiencia que le era exigible, cuales reglas y principios de la lógica o máximas de la experiencia aparecerían vulnerados por el análisis y ponderación que de la prueba realizan los jueces, lo que torna imposible el verificar si tal conculcación se ha producido.

Y como tampoco aduce transgredido el artículo 1698 del Código Civil y el 531 del Código de Comercio –incurriendo nuevamente en una inadvertencia formal que condiciona el éxito del arbitrio- debe colegirse que la aseguradora igualmente se conforma con la asignación de las cargas probatorias que han sido definidas por los juzgadores, aspecto de suyo relevante, pues el conflicto se ha definido por la incapacidad de asentar los hechos que permitieran concluir que la declaración de salud que formuló la demandante constituya la reticencia que se le atribuyó, con los efectos que latamente describió el libelo anulatorio.

DÉCIMO: Que, siendo así, los hechos en cuya virtud se ha acogido la demanda no solo resultan inamovibles para este tribunal de casación, sino que tampoco resulta posible asentar aquellos que se avienen a la pretensión de la recurrente.

Debe recordarse que la necesidad de establecer un presupuesto fáctico acorde con el postulado de casación queda manifestado también en lo que expresamente dispone el artículo 785 del Código de Procedimiento Civil, en cuanto declara que: “Cuando la Corte Suprema invalide una sentencia por casación en el fondo, dictará acto continuo y sin nueva vista, pero separadamente, sobre la cuestión materia del juicio que haya sido objeto del recurso, la sentencia que crea conforme a la ley y al mérito de los hechos tales como se han dado por establecidos en el fallo recurrido, reproduciendo



los fundamentos de derecho de la resolución casada que no se refieran a los puntos que hayan sido materia del recurso y la parte del fallo no afectada por éste”.

UNDÉCIMO: Que, todavía a mayor abundamiento, esta Corte comparte en lo fundamental las argumentaciones que desarrollan los jueces del fondo en torno a la imposibilidad de concluir que la declaración de salud que suscribió el actor demostrara la reticencia que se le atribuye y los fundamentos que se expresan para acoger la demanda, siendo atinente advertir el tenor genérico -y en ocasiones, aún indeterminado- del formulario que debía completar el asegurado. No es dable pretender 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.

DUODÉCIMO: Que, en consecuencia, del modo en que fue formulada, la casación de fondo tampoco puede tener acogida.

Y de conformidad además con lo dispuesto en los artículos 764 y 767 del Código de Procedimiento Civil, **se rechaza** el recurso de casación en el fondo interpuesto por los abogados Nicolás Canales Pastuszyk Von Poetsch y Nicolás Poklepovic Zegers, en representación de la parte demandada, en contra de la sentencia de la Corte de Apelaciones de Santiago de siete de enero de dos mil veinte.

Se previene que la ministra señora Egnem y el abogado integrante señor Fuentes concurren a la decisión prescindiendo del fundamento Undécimo.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo de la ministra señora Egnem S.

Nº 30.451-2020.



Pronunciado por la Primera Sala de la Corte Suprema por los Ministros Sra. Rosa Egnem S., Sr. Arturo Prado P., Sr. Mauricio Silva C., Sra. Dobra Lusic N. y Abogado Integrante Sr. Raúl Fuentes M.

No firman los Ministros Sra. Egnem y Sr. Silva no obstante haber concurrido a la vista del recurso y acuerdo del fallo, por estar ambos con feriado legal.



null

En Santiago, a ocho de marzo de dos mil veintidós, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.

