

Santiago, veintitrés de mayo de dos mil dieciocho.

Al escrito folio N° 17.039-2018: téngase presente.

VISTOS:

En estos autos Rol N° 21.593-2017, caratulados "Silva Caballero, Manuel Alejandro y otros con Servicio de Salud de Iquique y otro", sobre indemnización de perjuicios por falta de servicio, se dictó sentencia de primera instancia que acogió, con costas, la demanda deducida en contra del Servicio de Salud de Iquique, al que condenó a pagar \$25.000.000 por concepto de daño moral a Manuel Alejandro Silva Caballero; \$25.000.000, también por daño moral, a Marta del Rosario Castillo Zepeda; \$100.000.000 por daño moral a Korayma Guillermina Aedo Aedo; \$10.000.000 por el mismo concepto para cada uno de los actores Guillermo Rodolfo y Mónica Francisca, ambos de apellidos Aedo Castillo, más reajustes e intereses corrientes. Además, el fallo de primer grado rechazó la demanda solidaria deducida en contra del Hospital Regional de Iquique.

En la especie Manuel Alejandro Silva Caballero; Marta del Rosario Castillo Zepeda, quien actúa por sí y en representación de Korayma Guillermina Aedo Aedo; Guillermo Rodolfo Aedo Castillo y Mónica Francisca Aedo Castillo, dedujeron demanda de indemnización de perjuicios en contra del Servicio de Salud de Iquique y del Hospital Regional Dr. Ernesto Torres Galdames, fundados en que el 6 de enero



de 2014, a las 00:45 horas, Marta Aedo Castillo, de 36 años, conviviente de Manuel Alejandro Silva Caballero; madre de Korayma Guillermina Aedo Aedo, de 11 años de edad; hija de Marta del Rosario Castillo Zepeda y hermana de Guillermo Rodolfo Aedo Castillo y de Mónica Francisca Aedo Castillo, ingresó con aproximadamente 25 semanas de embarazo al Hospital Regional de Iquique derivada de urgencia desde el establecimiento de salud de Alto Hospicio "Dr. Héctor Reyno", a fin de consultar por "Sangrado genital profuso desde las 22 horas", establecimiento el primero en el que se habían constatado latidos cardíacos fetales.

Indican que al ingreso la matrona de turno diagnosticó que se trataba de una mujer multípara, con un embarazo de 25 semanas y óbito fetal, en tanto que el médico ginecólogo de turno diagnosticó aborto tardío, con lo que la institución señalada incurrió en una grave falta de servicio, que provocó la muerte de la referida y de su hija recién nacida Marta Silva Aedo, por cuanto el no nato aludido se encontraba con vida, lo que no fue advertido sino hasta el nacimiento. Agrega, además, que tampoco se advirtió en el diagnóstico médico de ingreso, ni durante la estadía en parto, que existía un cuadro de inserción o retención placentaria, el que sólo fue detectado con



posterioridad al nacimiento de la menor, y luego de un cuadro agudo de hemorragia.

Añaden que tampoco se advirtió que el nonato prematuro extremo se encontraba en posición podálica, y que, además, no se instruyó un examen de compatibilidad sanguínea, pese a que Marta Aedo presentaba un profuso sangramiento vaginal, por lo que podía requerir unidades sanguíneas, como efectivamente ocurrió.

Subrayan que las faltas de servicio acontecidas en la atención recibida al ingreso a la urgencia del hospital condicionaron todas las acciones de salud posteriores, y constituyen la causa directa del fallecimiento de Marta Aedo Castillo y de Marta Silva Aedo.

Así, se indujo a la primera un parto vaginal y fue mantenida en observación y con trabajo de parto, inducido químicamente, durante unas 28 horas.

Manifiestan que, producido el nacimiento, la madre sufrió un sangramiento severo causado por un acretismo o retención placentaria, que fue diagnosticado después del parto, y que, trasladada a pabellón para la extracción de la placenta, el equipo médico adoptó una conducta pasiva, en circunstancias que debió practicar una histerectomía inmediata, conforme dictaba la *lex artis*.

Indican, por fin, que luego del raspaje de placenta Marta Aedo fue enviada a la sala de recuperación con una



severa hipovolemia, falleciendo algunas horas después por un shock hipotenso conjuntamente con un shock anafiláctico, producido por incompatibilidad de la sangre transfundida.

En cuanto a Marta Silva Aedo, sostienen que su muerte se debió a un shock séptico provocado por el síndrome de membrana hialina y bronconeumonía, patologías asociadas a la falta de madurez de los pulmones en los recién nacidos prematuros extremos, de modo que la interrupción del embarazo, efectuada con infracción a la *lex artis*, en tanto no se detectó que el feto estaba vivo, provocó un grave sufrimiento fetal y que el nacimiento ocurriese a las 25 semanas de gestación, circunstancia que la predispuso a sufrir las enfermedades referidas.

Arguyen que tales hechos les causaron daño moral, cuyo resarcimiento reclaman por la presente vía, y avalúan su monto, respecto de Manuel Silva Caballero, quien era conviviente de Marta Aedo Castillo y padre de Marta Silva, en \$600.000.000; en relación a Marta del Rosario Castillo Cepeda, quien era la madre de Marta Aedo Castillo, lo cifran en \$600.000.000; en relación a Korayma Guillermina Aedo Aedo, quien era hija de Marta Aedo, lo valoran en \$600.000.000; por último, respecto de Guillermo Rodolfo y de Mónica Francisca, ambos de apellidos Aedo Castillo, quienes eran hermanos de Marta Aedo Castillo, lo estiman, para cada uno, en la suma de \$400.000.000.



Terminan solicitando que se condene a los demandados solidariamente a pagar a los actores la suma de \$2.600.000.000 por concepto de indemnización por daño moral, o la que se estime de justicia, más intereses, reajustes y costas.

Al contestar la demanda, el Servicio de Salud de Iquique solicitó su rechazo, con costas. Para ello controvirtió, en primer lugar, los hechos; enseguida opuso la excepción de falta de legitimación pasiva de su parte, fundada en que el Hospital Regional ha adquirido la calidad de Establecimiento Autogestionado en Red; en tercer lugar alegó la inexistencia de la pretendida solidaridad entre los demandados; luego, y en subsidio, sostuvo la inexistencia de la falta de servicio que sirve de base a la acción deducida; a continuación aduce que no existe responsabilidad objetiva del Estado; más adelante niega la existencia de una relación causal entre los hechos imputados al Servicio de Salud y el daño demandado y, por último, controvierte los montos de la indemnización reclamada.

Por su parte, al contestar, el Hospital Regional pidió el rechazo de la demanda, con costas. Con tal fin, controvirtió los hechos; en subsidio, afirmó la inexistencia de la falta de servicio alegada; negó, asimismo, que la responsabilidad del Estado sea objetiva; rechazó la existencia de un vínculo causal entre los hechos imputados y



el daño demandado y, finalmente, controvirtió los montos de la indemnización reclamada.

El fallador de primer grado acogió parcialmente la demanda y condenó al pago de la indemnización de perjuicios requerida al Servicio de Salud de Iquique, rechazando la referida acción respecto del Hospital Regional de esa ciudad.

Impugnado dicho fallo por el Servicio de Salud demandado y por los actores, la Corte de Apelaciones de Iquique lo confirmó con declaración de que la suma fijada por concepto de daño moral en favor de la menor Korayma Guillermina Aedo Aedo se eleva a \$120.000.000.

En contra de esta última decisión el Servicio de Salud demandado dedujo recurso de casación en el fondo.

Se trajeron los autos en relación.

CONSIDERANDO:

PRIMERO: Que el recurrente denuncia la errónea interpretación de los artículos 31, 36 inciso final, 42 y 43 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, en relación con al artículo 25 del Decreto N° 38 de 2005 de Salud, que contiene el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, y el artículo 15 transitorio de la Ley N° 19.937, de Autoridad Sanitaria y Gestión, todos ellos en



relación con el artículo 19 inciso primero del Código Civil.

Arguye que con la dictación del Decreto con Fuerza de Ley 1/2005 de Salud los Servicios de Salud, como el de Iquique, mantuvieron la condición de servicios públicos funcionalmente descentralizados, con personalidad jurídica y patrimonio propios y sujetos a la supervigilancia del Ministerio de Salud, pero dejaron de estar a cargo de la ejecución de las acciones asistenciales y fiscalización sanitaria, para cumplir una labor de articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial, atribuyendo a los hospitales autogestionados la exclusiva responsabilidad por los actos en el ejercicio de sus potestades administrativas y presupuestarias, circunstancia que en el caso del Hospital Regional de Iquique acontece a partir del 31 de enero de 2010.

Sostiene que la Ley N° 19.937, en su artículo 15 transitorio, así como el artículo 36 inciso final del DFL N° 1 de 2005 de Salud, disponen que el Hospital Regional de Iquique cuenta con un representante legal propio, de lo que deduce que es este ente específico quien debe responder con su propio patrimonio del supuesto daño demandado.

Añade que el Hospital Regional de Iquique pasó a ser un Hospital Autogestionado a contar del 31 de enero de 2010, transformándose en un órgano desconcentrado con



representación y patrimonio propio y destaca que la finalidad de la ley apunta a que estas instituciones tengan una mayor autonomía en diversos aspectos, entre ellos el presupuestario, y que sobre la base de estas mayores atribuciones asuman, además, la responsabilidad patrimonial directa.

En tal sentido subraya que a la fecha de los hechos y al tiempo de notificarse la demanda, que acaeció el 16 de noviembre de 2015, el Hospital Regional de Iquique contaba con un patrimonio y una representación distintos de aquellos correspondientes al Servicio de Salud de Iquique, señalando la propia ley, en los incisos 1°, 5° y 6° del artículo 31 del DFL N° 1 de Salud del año 2005, la forma de hacer efectiva su responsabilidad y la personería de sus representantes.

Asevera que el modelo de gestión de servicio público especializado que reguló el artículo 33 incisos 1° y final de la Ley N° 18.575, en relación con la Ley N° 19.937, delegó en esta clase de hospitales la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud, con la sola obligación de que, notificada una demanda, debe ser puesta en conocimiento del Director del Servicio de Salud en el plazo de 48 horas, para que determine si interviene como coadyuvante en cualquier estado del juicio, como se dispone en el inciso final del artículo 36, del mentado DFL N°



1/2005, a lo que añade que los mismos fueron dotados de un patrimonio de afectación propio, como surge de lo establecido en el inciso 6° del artículo 31, en relación con los artículos 42 y 43, del DFL N° 1/2005.

En tal sentido, afirma que la demanda interpuesta en autos en contra del Servicio de Salud de Iquique, fundada en supuestas actuaciones u omisiones cometidas por profesionales del Hospital Regional de esa ciudad, debió ser rechazada, desde que el Servicio de Salud de Iquique no es legitimado pasivo y no existe fuente legal alguna de la que nazca la responsabilidad para ese Servicio por actos que se imputan a otro órgano.

Destaca, asimismo, que la representación judicial de los Establecimientos de Autogestión en Red ha sido aclarada por vía reglamentaria, a través del artículo 25 del Decreto N° 38 de 2005 de Salud, norma que, en este ámbito, distingue entre los Servicios de Salud y los Establecimientos de Autogestión en Red que los integran.

SEGUNDO: Que al referirse a la influencia que tales vicios tendrían en lo dispositivo del fallo, explica que, de haberse aplicado correctamente el derecho infringido, los sentenciadores habrían concluido que el Servicio de Salud de Iquique no cuenta con legitimación pasiva para ser demandado, en tanto el Hospital Regional de esa ciudad goza de personalidad jurídica y de patrimonio propio, pudiendo



ser demandado y condenado por sus propias faltas de servicio y no un ente ajeno, como es el Servicio de Salud, razón por la que debió acogerse la excepción de falta de legitimación pasiva opuesta por su parte.

TERCERO: Que no habiéndose denunciado entre las normas infringidas aquellas que importarían una vulneración a las leyes reguladoras de la prueba, debe concluirse que los presupuestos fácticos que han sido establecidos por los jueces del fondo resultan inamovibles para este Tribunal de Casación, no siendo posible impugnarlos por la vía de la nulidad que se revisa, por lo que ha de estarse a ellos para su definición y decisión consiguiente.

CUARTO: Que los magistrados del mérito asentaron las siguientes circunstancias fácticas:

A.- La paciente Marta Aedo Castillo, de 36 años de edad, ingresó al Hospital Doctor Ernesto Torres Galdames de Iquique el 20 de noviembre de 2013 a las 10:35, por amenaza de aborto, con una hemorragia de segundo trimestre, controlándose el sangrado; luego ingresó nuevamente el 6 de enero de 2014 a las 00:45, por sangrado genital profuso desde las 22:00 horas, con diagnóstico por la matrona de turno Isabel Torres, embarazo de 25 semanas, óbito fetal y metrorragia, no existiendo registro del índice de presión arterial, pulso ni temperatura; el ingreso por el médico de turno Roberto González, ginecólogo obstetra no consigna



anamnesis, antecedentes mórbidos, evaluación de examen físico y en la ecografía no hay registro de presentación, biometría fetal ni inserción placentaria.

B.- A la 01:15 horas la paciente ingresa a sala de partos, evaluada por matrona, presenta sangrado regular, cantidad en apósito y se toman exámenes; a la 01:50 manifiesta dolor y sensación de peso genital, con sangrado escaso; a las 08:20 es evaluada por médico quien indica completar a los menos AB por 24 horas antes de decidir interrumpir el embarazo e indica su traslado a sala; a las 08:55 y 15:00 horas, es evaluada por la matrona, presentando sangrado escaso sin mal olor.

C.- El 7 de enero a las 02:05 la paciente es evaluada por la matrona, presenta cuello borrado 100% y membranas rotas; a las 02:15 horas es ingresada a la sala de parto y a las 06:19 se produce parto pretérmino en nalgas, circunstancias en las que el ginecólogo Pedro Franchi, tras un diagnóstico de óbito fetal, extrae un feto femenino vivo, que presenta movimientos y sonido respiratorio leve.

D.- A las 07:20 la paciente presente sangrado abundante con coágulos, placenta retenida, siendo trasladada a pabellón, al que ingresa con sangrado abundante, palidez generalizada y disneica; presenta abundantes rastros placentarios de difícil extracción, probable acretismo y metrorragia intensa, por lo que se



realiza legrado instrumental y se extraen rastros de tejido, se inserta sonda folley en cavidad uterina para control de sangrado y tapón vaginal con una compresa; el médico residente consigna en la ficha clínica que si hay sangrado se debe realizar una histerectomía.

E.- A las 09:05 paciente aparece pálida, sudorosa, con abdomen y útero que impresionan retraídos; consta, además, que no se aprecia metrorragia y presenta útero con secreción hemática al comienzo de la sonda; a las 09:50 continúa hipotensa, sudorosa, pálida, útero retenido, vejiga sin orina y útero con sangrado muy escaso; a las 09:45 es intubada, se coloca catéter subclavia derecho y se administra dopamina, siendo trasladada a la UTI.

F.- A las 10:45 la paciente entra a la UTI con diagnóstico de shock anafiláctico, embarazo 25 semanas post parto y placenta acreta; ingresa hipotensa, pálida, con bradicardia, presenta fibrilación ventricular y en asistolia; se realiza reanimación y compresión, recibiendo información de incompatibilidad a hemoderivados transfundidos; consta, además, que existió sangrado profuso antes, durante y después del parto, y que aparece hipotensa con distress respiratorio; se instala tubo endotraqueal para ventilación mecánica, vía venosa periférica y central y es transfundida; continúa pálida,



hipotensa con taquicardia, y sangrado profuso por vía vaginal y sitios de punción.

G.- A las 13:30 horas la paciente presenta una grave acidosis metabólica, así como una falla hepática severa, concluyéndose que existe una falla orgánica múltiple secundaria a shock, motivo por el que se determina que se encuentra fuera del alcance médico, falleciendo a las 14:25 horas.

H.- La causa de muerte de Marta Aedo Castillo fue un shock hipovolémico causado por anemia aguda en paciente con acretismo placentario y tres cesáreas anteriores.

QUINTO: Que sobre la base de estos antecedentes el sentenciador de primera instancia acogió la demanda sólo respecto del Servicio de Salud de Iquique y la desechó en relación al Hospital Regional de esa ciudad.

Para ello examinó, en primer lugar, la excepción de falta de legitimación pasiva formulada por el Servicio de Salud y decidió rechazarla fundado en que el inciso sexto del artículo 31 y los artículos 33 y 36 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del año 2006 establecen facultades limitadas al desarrollo de los fines de la institución, ámbito del que escapa la responsabilidad extracontractual en que pueda incurrir el establecimiento. Tuvo presente, además, que la delegación de la representación judicial de los Establecimientos Autogestionados en Red en su Director,



sólo se refiere al ejercicio de las atribuciones mencionadas en el citado artículo 36, esto es, aquellas referidas a la administración de los recursos entregados para el cumplimiento de sus fines en materia de acciones de salud, mas no para comparecer en juicios indemnizatorios, como ocurre en autos. Finalmente, consideró que, de acuerdo al artículo 16 del mencionado Decreto con Fuerza de Ley N° 1, el Servicio de Salud demandado es un órgano descentralizado de la Administración del Estado que debe responder de los daños causados a particulares por falta de servicio, aun cuando las prestaciones médicas se hayan efectuado por el Hospital de Iquique, en tanto su calidad de Establecimiento Autogestionado corresponde a una desconcentración que no le otorga personalidad jurídica y patrimonio propio.

Por otra parte, desestimó la acción deducida en contra del Hospital Regional de Iquique basado en que éste carece de personalidad jurídica y, por tanto, de existencia legal, de lo que se sigue que no se encuentra legitimado para actuar en juicio.

Enseguida, y en lo que atañe al fondo del litigio, el sentenciador tuvo por establecido que en la especie la *Lex Artis* aplicable obligaba al equipo médico del Hospital Regional a proceder con la debida diligencia y cuidado, mediante una evaluación obstétrica y médica completa y un diagnóstico acorde a los antecedentes que presentaba la



paciente, vale decir, un feto vivo y prematuro de 25 semanas, placenta acreta, posición podálica del feto, sangrado profuso, antecedentes todos que requerían realizar una cesárea y no un parto vaginal inducido, o bien a propender a la maduración del feto vivo en el vientre materno, de ser posible, y a un manejo diligente de la hemorragia posparto, que, ante las condiciones hemodinámicas de inestabilidad presentes, exigía la adopción de una conducta agresiva, rápida y menos expectante, realizando una laparotomía exploradora para realizar un B-Lynch o una histerectomía, conforme se establece en la Guía Perinatal del año 2015 de la Subsecretaría de Salud Pública, del Ministerio de Salud. Concluye que, en consecuencia, el equipo médico no realizó un adecuado manejo y vigilancia del trabajo de preparto, parto y postparto, lo que importó una infracción a la *Lex Artis ad hoc* y un deficiente y negligente funcionamiento de los facultativos del Servicio de Salud, que entregó un mal servicio a la paciente, primero, por el error en el diagnóstico de óbito fetal e inducción de parto vaginal con feto en posición podálica y, luego, por el incorrecto manejo de la hemorragia postparto, con infracción de los protocolos que rigen para el caso de marras, secuencia fatídica de errores médicos que causó la muerte de la madre y negó al feto la posibilidad de sobrevivida. Finalmente, el fallador tuvo por demostrado que



entre la falta de servicio establecida y el daño producido existe la necesaria relación de causalidad, toda vez que la muerte de la madre y del recién nacido se debió a la conducta descuidada y negligente con infracción de la *Lex Artis ad hoc* en la atención y manejo del Servicio de Salud, circunstancias de hecho que provocaron daño moral a los actores, cuya existencia estimó suficientemente comprobada.

A su turno, los falladores de segundo grado decidieron aumentar el monto de la indemnización que por daño moral se debe pagar a la actora Korayma Aedo Aedo, considerando la gravedad y extensión del daño y la forma cómo se desencadenaron los hechos, así como las consecuencias futuras que el actuar dañoso del demandado ha de provocar en Korayma, hija y hermana de las fallecidas, atendida, especialmente, la corta edad en que le correspondió vivir una situación tan traumática. En consecuencia, y dado que, como consecuencia del proceder negligente del demandado, la menor Korayma vio frustrado su proyecto de vida y malogrado un conjunto de expectativas en torno a su vida familiar, incrementan el monto del resarcimiento que a ella se debe pagar, regulándolo en la suma de \$120.000.000.

SEXTO: Que el examen de los antecedentes expuestos precedentemente, a diferencia de lo argüido por el recurrente, permite concluir que los magistrados del fondo no han incurrido en los yerros que se les atribuyen.



SÉPTIMO: Que al respecto es preciso consignar, en primer término, que los incisos 1°, 5° y 6° del artículo 31 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de Salud del año 2005 prescriben que: *"Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtendrán la calidad de 'Establecimientos de Autogestión en Red', con las atribuciones y condiciones que señala este Título, si cumplen los requisitos que se determinen en el reglamento a que se refiere el inciso siguiente.*

[...]

Los establecimientos que obtengan la calidad de 'Establecimiento de Autogestión en Red' serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley N° 18.575, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 1-19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, y a las normas del presente Libro.

No obstante, en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia, no comprometerán sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios a que se refieren los artículos 42 y 43".



A su vez, los incisos 1° y final del artículo 36 del mismo cuerpo legal estatuyen que: *"En el Director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente Establecimiento y en especial tendrá las siguientes atribuciones:*

[...]

Para todos los efectos legales, la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud respectivo se entenderá delegada en el Director del Establecimiento, cuando ejerza las atribuciones señaladas en este artículo. Notificada la demanda, deberá ponerla, en el plazo de 48 horas, en conocimiento personal del Director del Servicio de Salud correspondiente, quien deberá adoptar las medidas administrativas que procedieran y podrá intervenir como coadyuvante en cualquier estado del juicio".

A su turno, los incisos 1° y 3° del artículo 33 de la Ley N° 18.575, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el Decreto con Fuerza de Ley N° 1-19.653, de 2000, preceptúa que: *"Sin perjuicio de su dependencia jerárquica general, la ley podrá desconcentrar, territorial y funcionalmente, a determinados órganos.*

[...]

La desconcentración funcional se realizará mediante la radicación por ley de atribuciones en determinados órganos del respectivo servicio".



Finalmente, el artículo 2 del Decreto con Fuerza de Ley N° 29 del año 2000, que crea el establecimiento de salud de carácter experimental denominado "Hospital Padre Alberto Hurtado", prescribe en su artículo 2 que: *"El Establecimiento será un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, distinto de los Servicios de Salud a que se refiere el decreto ley N° 2.763, de 1979"*.

OCTAVO: Que como surge de la sola lectura del artículo 31 transcrito, los Establecimientos Autogestionados en Red, como es del caso del Hospital Regional de Iquique, son *"órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud"*, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley N° 18.575.

A su turno, el referido artículo 33 prescribe que la desconcentración funcional se realiza *"mediante la radicación por ley de atribuciones en determinados órganos del respectivo servicio"*.

Por la inversa, y de manera expresa, el legislador otorga la calidad de *"servicio público funcionalmente descentralizado"* al "Hospital Padre Alberto Hurtado" y lo dota de *"personalidad jurídica y patrimonio propio, distinto de los del Servicio de Salud"*.

NOVENO: Que, en tal sentido, cabe consignar que la doctrina ha sostenido que la desconcentración



administrativa debe ser entendida como "aquel sistema de organización administrativa por el cual se transfieren funciones y competencias resolutorias de un órgano superior de la administración pública a otro inferior, a través de ley, para tomar decisiones sobre ciertas materias delegadas que comprometen la personalidad jurídica y el patrimonio del órgano legatario. Bajo esta modalidad, la autoridad inferior actúa bajo la dependencia jerárquica del órgano superior, el que imparte instrucciones y puede revocar las resoluciones del órgano inferior" (Celis Danzinger, Gabriel. "Curso de derecho administrativo", Editorial Thomson Reuters, Santiago, Chile, octubre de 2011. Tomo I, página 225).

También se ha dicho que: "La desconcentración se caracteriza por:

(a) Constituir un sistema de distribución del poder público al interior de un organismo con o sin personalidad jurídica.

(b) Se traduce en la radicación legal de competencia administrativa en un organismo jurídicamente dependiente, pero que en el ejercicio de su función actúa con competencia propia. En general, todas las representaciones regionales de los servicios públicos son desconcentradas.

(c) Esta puede ser funcional (si es la función la desconcentrada) o territorial (si la desconcentración sólo



opera en un territorio determinado, por ej. los servicios de salud)" (Cordero Vega, Luis. "Lecciones de derecho administrativo". Editorial Legal Publishing Chile, Segunda Edición, Santiago, Chile, abril de 2015. Páginas 122 y 123).

DÉCIMO: Que conforme a los conceptos transcritos precedentemente, es posible concluir que, efectivamente, *"la desconcentración no es un sistema de organización administrativa, sino que constituye un mecanismo legal de transferencia de funciones administrativas que opera dentro del sistema centralizado, como en el descentralizado"* (Sandra Ponce de León Salucci. "Bases de la organización administrativa en Chile. Principios, normas y estado actual", en "Administración territorial de Chile. Estudios sobre descentralización y desconcentración administrativas". Legal Publishing Chile, primera edición, septiembre de 2015. Página 75).

DÉCIMO PRIMERO: Que un efecto evidente de semejante constatación está contenido en el inciso 6° del artículo 31 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, en cuanto establece que *"en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia [los Establecimiento de Autogestión en Red], no comprometerán sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios a que se refieren los artículos 42 y 43"*.



DÉCIMO SEGUNDO: Que el efecto descrito adquiere la mayor relevancia en relación al recurso en estudio, toda vez que incide, precisamente, en la responsabilidad que cabe al órgano al que se han entregado las atribuciones objeto de la desconcentración funcional (en la especie, el Hospital Autogestionado Dr. Ernesto Torres Galdames) y aquella que se puede exigir del superior jerárquico de este último (constituido en la especie por el Servicio de Salud de Iquique).

Sobre este particular es posible afirmar que, tratándose de un órgano descentralizado, que cuenta con patrimonio y personalidad jurídica propia, el Servicio de Salud demandado se encuentra obligado a responder pecuniariamente de los daños causados por los órganos de su dependencia, entre los que se incluyen, sin lugar a dudas, los hospitales que forman parte de la respectiva red de salud, en tanto la desconcentración de que son objeto los Establecimientos Autogestionados en Red corresponde a un sistema de organización administrativa en cuya virtud *"se transfieren funciones y competencias resolutorias de un órgano superior de la administración pública a otro inferior"* modalidad conforme a la cual *"la autoridad inferior actúa bajo la dependencia jerárquica del órgano superior, el que imparte instrucciones y puede revocar las resoluciones del órgano inferior"*.



Como consecuencia de lo expuesto, este sistema de distribución de poder público, en cuya virtud *"se transfieren funciones y competencias resolutorias de un órgano superior de la administración pública a otro inferior"*, no desliga al ente superior del quehacer de la autoridad inferior, sino que, por el contrario, en el contexto de una mayor (aunque no plena) autonomía, que permite a este último adoptar decisiones e iniciativas que de otro modo le estarían vedadas, le exige tutelar o supervigilar su actuación, permitiéndole, incluso, revocar las decisiones de este último. Esta regulación permite el ejercicio de ciertas competencias en forma autónoma, pero no totalmente desvinculada de la autoridad superior.

Una expresión de esta última facultad se halla contenida en la parte final del inciso con el que concluye el artículo 36 del DFL N° 1 de 2006, de acuerdo al cual, una vez notificada la demanda respectiva al Director del Establecimiento, éste debe ponerla en conocimiento personal del Director del Servicio de Salud correspondiente, en el término de 48 horas, quien *"deberá adoptar las medidas administrativas que procedieran"* y, además, *"podrá intervenir como coadyuvante en cualquier estado del juicio"*.

Semejante regulación demuestra de manera inequívoca que la asignación de atribuciones de que es objeto el



Establecimiento Autogestionado respectivo por el legislador, no desvincula por completo al ente superior del servicio, esto es, al Servicio de Salud, de la actividad de la unidad desconcentrada ni, mucho menos, de las consecuencias patrimoniales de su quehacer.

Por el contrario, la naturaleza de la "delegación" efectuada por el legislador de facultades de que se trata y las exigencias asociadas a la actividad jerárquica del órgano superior, permiten sostener que éste se encuentra obligado a responder de los daños causados por el Establecimiento Autogestionado, por falta de servicio.

DÉCIMO TERCERO: Que esclarecido lo anterior se hace necesario recordar que, en todo caso, la propia ley ha dotado al señalado establecimiento de un patrimonio de afectación, vale decir, de ciertos bienes que, al tenor de lo prevenido en el inciso 6° del artículo 31 del DFL N° 1 de 2006, deben ser destinados a satisfacer las obligaciones que para el mismo surgen como resultado del ejercicio de las atribuciones que la ley ha radicado en su esfera de competencia.

En efecto, el señalado inciso 6° prescribe que el Establecimiento Autogestionado en Red compromete el patrimonio de afectación que le otorga la ley sólo en aquellos casos en que ejecuta "*las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia*". Al respecto cabe



consignar que, si bien dichas facultades se pueden entender referidas, al tenor de lo estatuido en los artículos 31, 32 y 36 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, al desarrollo de acciones de salud y asistenciales, orientadas, en lo fundamental, a descongestionar al Servicio de Salud respectivo, la propia naturaleza de los Establecimientos de esta clase, el carácter de los servicios que prestan y la complejidad técnica y administrativa que los caracterizan conducen a concluir que tales atribuciones no se pueden entender limitadas a este ámbito, sino que, por el contrario, abarcan otras situaciones, en especial aquellas vinculadas con las atenciones de salud que prestan y con las consecuencias patrimoniales que, eventualmente, de ellas pudieran derivarse.

En ese sentido confirma lo expuesto lo prescrito en el inciso final del artículo 31 del citado cuerpo legal, en cuanto dispone que los *"Establecimientos de Autogestión en Red, dentro de su nivel de complejidad, ejecutarán las acciones de salud que corresponden a los Servicios de Salud de acuerdo a la ley"*; dicho precepto permite aseverar que uno de los fines propios de un Establecimiento Autogestionado en Red está configurado, precisamente, por el otorgamiento de prestaciones sanitarias y que, por lo mismo, uno de los destinos que es posible asignar a los



bienes que conforman su patrimonio de afectación consiste en el resarcimiento de los perjuicios que pueda causar a sus usuarios, en el caso de que ellos se deban a falta de servicio.

DÉCIMO CUARTO: Que este último razonamiento se ve refrendado, además, por lo estatuido en los incisos 1° y final del artículo 36 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, en cuanto establecen que: *"En el Director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente Establecimiento y en especial tendrá las siguientes atribuciones:*

[...]

Para todos los efectos legales, la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud respectivo se entenderá delegada en el Director del Establecimiento, cuando ejerza las atribuciones señaladas en este artículo. Notificada la demanda, deberá ponerla, en el plazo de 48 horas, en conocimiento personal del Director del Servicio de Salud correspondiente, quien deberá adoptar las medidas administrativas que procedieran y podrá intervenir como coadyuvante en cualquier estado del juicio".

Al tenor de dicha normativa la representación judicial del Servicio de Salud se entiende delegada por disposición legislativa en el Director del Establecimiento Autogestionado en Red, en tanto éste *"ejerza las*



atribuciones señaladas en este artículo", que, como quedó dicho, incluyen aquellas materias vinculadas, entre otras, con el otorgamiento de prestaciones sanitarias y con las consecuencias pecuniarias derivadas de tal actividad.

DÉCIMO QUINTO: Que tales predicamentos se ven confirmados, asimismo, por los lineamientos adoptados por el legislador en este ámbito.

En efecto, en aquel caso en que el legislador ha querido descentralizar funcionalmente un establecimiento hospitalario y hacer directa y exclusivamente responsable al centro asistencial de las actuaciones dañosas de su personal, lo ha señalado de manera explícita y categórica.

Así, al crear el Hospital Padre Alberto Hurtado la ley dispuso, expresamente y sin cortapisas, que dicho ente corresponde a *"un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio"*, de lo que se sigue, inevitablemente, que debe responder, siempre y en cualquier caso, con su propio peculio, de los perjuicios que su actuación ilícita pueda causar, circunstancia que difiere de aquella en que la ley dispone una delegación de funciones, según se ha hecho referencia con anterioridad.

DÉCIMO SEXTO: Que en esas condiciones forzoso es concluir que la acción indemnizatoria deducida en contra del Servicio de Salud de Iquique ha sido correctamente



dirigida, en tanto la delegación de atribuciones de que es objeto el Establecimiento Autogestionado en Red no desliga al ente superior del servicio, esto es, al Servicio de Salud, de la actividad de la unidad desconcentrada ni, mucho menos, de las consecuencias patrimoniales de su quehacer, siendo posible aseverar que éste se encuentra obligado a responder de los daños causados por el Establecimiento Autogestionado por falta de servicio.

Sin perjuicio de lo expresado, esta Corte estima necesario dejar explícitamente asentado que semejante conclusión no supone que la responsabilidad pecuniaria, derivada de la actuación con falta de servicio de un Establecimiento Autogestionado en Red, se radique exclusivamente en el Servicio de Salud respectivo, en tanto aquél cuenta con un patrimonio de afectación que puede ser destinado al mismo fin, vale decir, al resarcimiento de los perjuicios causados con motivo del otorgamiento de las prestaciones sanitarias que, por mandato legal, dicho centro asistencial debe proveer.

DÉCIMO SÉPTIMO: Que en estas condiciones, y no siendo admisible, como sostiene el recurrente, que la acción de indemnización de perjuicios deducida en autos debió dirigirse, única y exclusivamente, en contra del Hospital Regional Dr. Ernesto Torres Galdames, no han sido vulnerados los artículos 31, 36 inciso final, 42 y 43 del



DFL N° 1 de 2005; el artículo 25 del Decreto N° 38 de 2005 de Salud; el artículo 15 transitorio de la Ley N° 19.937 y el artículo 19 del Código Civil, cuya infracción acusa, debiendo concluirse, por el contrario, que los magistrados del fondo no sólo no incurrieron en los errores de derecho que se les reprochan sino que dieron debido y cabal cumplimiento a la normativa que regula la materia al desestimar la excepción de falta de legitimación pasiva opuesta por el Servicio de Salud de Iquique.

DÉCIMO OCTAVO: Que las conclusiones expuestas precedentemente son el resultado de un estudio integral de la normativa aplicable, en particular de lo estatuido en los artículos 31, 32, y 36 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de Salud del año 2005; del artículo 33 de la Ley N° 18.575, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el Decreto con Fuerza de Ley N° 1-19.653, de 2000 y del artículo 2 del Decreto con Fuerza de Ley N° 29 del año 2000, que crea el establecimiento de salud de carácter experimental denominado "Hospital Padre Alberto Hurtado", que ha llevado a estos sentenciadores a alcanzar la convicción de que la mencionada aplicación del derecho es la correcta y que, por consiguiente, conforme a ella se debe resolver el litigio sometido a su conocimiento.

DÉCIMO NOVENO: Que en razón de lo antes asentado procede desestimar la configuración de los yerros



denunciados y, en consecuencia, sólo cabe concluir que el arbitrio de nulidad en examen no puede prosperar y ha de ser desestimado.

Y de conformidad además con lo dispuesto en los artículos 764, 767 y 805 del Código de Procedimiento Civil, **se rechaza** el recurso de casación en el fondo deducido en lo principal de la presentación de fojas 440 en contra de la sentencia de veinticuatro de abril de dos mil diecisiete, escrita a fojas 436.

Regístrese y devuélvase, con sus agregados.

Redacción a cargo del Abogado Integrante señor Pizarro.

Rol N° 21.593-2017.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros Sr. Sergio Muñoz G., Sr. Carlos Aránguiz Z., y Sr. Jorge Dahm O., y los Abogados Integrantes Sr. Álvaro Quintanilla P., y Sr. Carlos Pizarro W. No firman, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo de la causa, el Ministro señor Aránguiz por estar con licencia médica y el Abogado Integrante señor Pizarro por haber cesado en sus funciones. Santiago, 23 de mayo de 2018.





RCXDFXZEMC

Autoriza el Ministro de Fe de la Excma. Corte Suprema

En Santiago, a veintitrés de mayo de dos mil dieciocho, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.

