

«RIT»

Foja: 1

FOJA: 95 .- .-

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia  
JUZGADO : 17° Juzgado Civil de Santiago  
CAUSA ROL : C-15870-2017  
CARATULADO : CARRASCO/FISCO DE CHILE

**Santiago, veintinueve de Enero de dos mil veinte**

Vistos:

Con fecha 5 de julio de 2017 a través de presentación escrita, ingresada por Oficina Judicial Virtual, subsanada el 8 de junio de 2018, comparece don Marcelo Alberto Cevas Fuentes, abogado, domiciliado en calle Bustamante N° 16, oficina 4-B, Providencia, en representación de don René Carrasco Aránguiz, empleado, domiciliado en Avenida Prieto Norte N° 50, Interior, Temuco, quien interpone demanda en contra del Fisco de Chile, representado por la Presidenta del Consejo de Defensa del Estado, persona jurídica de derecho público, doña María Eugenia Manaud Tapia, abogado, ambos domiciliados en calle Agustinas N° 1687, Santiago.

Funda su demanda en que el 30 de enero del año 2015 su representado concurrió a la AFP Habitat a fin de solicitar la tramitación de su pensión de invalidez, iniciándose ante la Comisión Médica Regional de Temuco el correspondiente proceso administrativo-legal previsto en el DL N° 3500, porque sufría desde hacía varios años diversas patologías que mermaban su capacidad de trabajo, de orden traumatológico, visual, respiratorio y cardíaco.

Relata que en una primera etapa, la Comisión de Temuco calificó como total y permanente, configurando un menoscabo a la capacidad de trabajo del 88% de acuerdo a dictamen N° 011.1671/2015 de fecha 27 de julio de 2015. Afirma que dicho Dictamen fue apelado por las compañías aseguradoras aduciendo una mala evaluación de parte de la Comisión Médica Regional, lo que dio inicio a su vez a dos reclamos posteriores: un reclamo normal de parte de su representado y un recurso de reposición posteriormente frente al dictamen de la Comisión Médica Central, el que fue visto por esta última, resolviendo someter a su representado a nuevos exámenes en la especialidad broncopulmonar, oftalmología y traumatología, disponiendo además la revisión de la ficha clínica de su última hospitalización en Temuco.

Tras exponer los resultados de estas nuevas evaluaciones, y porcentajes determinados por los médicos especialistas, provocó que la Comisión Médica Central, en una actitud arbitraria e ilegal, determinara un porcentaje mucho menor al inicial, por cuanto la patología más invalidante era un 23% y no un 35%, requisito base para poder agregar los restantes porcentajes de patologías que habrían llevado a un total de 81% como menoscabo o invalidez global final, porcentaje que no distaba mayormente del original establecido por la Comisión Médica Regional que era de un



«RIT»

Foja: 1

88%. Agrega que tampoco se consideraron ni adicionaron los “factores complementarios” que establece el Manual Técnico de Invalidez para un paciente de edad entre 51 y 55 años.

Señala que con fecha 3 de agosto del año 2016 su representado fue notificado personalmente del Dictamen Ejecutoriado de la Resolución N° C.M.C 6399/2016, dictada con fecha 13 de julio de 2016, por la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones, la cual confirmó la Resolución N° C.M.C 6947/2015, que declaraba que no procedía otorgar invalidez por cuanto su incapacidad global alcanzaba a un 23%, rechazando con ello un recurso de reposición que había sido interpuesto por su mandante en contra de esta última.

Refiere que frente a esta actuación, que califica de arbitraria e ilegal por parte de la CMC, su parte recurrió de protección en contra de la Superintendencia de Pensiones, en causa rol PRO-5659-2016 de la Ilma. Corte de Apelaciones de Temuco, que acogió la acción constitucional por sentencia de fecha 15 de noviembre de 2016, confirmada por la Excma. Corte Suprema con fecha 27 de diciembre de 2016 (rol 95045-2016). En cumplimiento de dicha sentencia, la Superintendencia emitió el 11 de enero de 2017 la Resolución N° CMC 400/2017, en orden a proceder a una nueva revisión del recurso de reposición presentado por el Sr. Carrasco, considerando todos los antecedentes, incluyendo los dos informes de los médicos interconsultores especialistas que fueron omitidos, y en atención a esta nueva revisión, constató que procedía otorgar invalidez total definitiva, por cuanto las enfermedades alegadas como invalidantes son de tal cuantía que determinan una pérdida de su capacidad de trabajo mayor de dos tercios, resolviendo dejar sin efecto la Resolución N° CMC 6497/2015, de 18 de noviembre de 2015, y la Resolución N° CMC 6399/2016, de 13 de julio de 2016, sometiendo a tramitación el recurso de reposición y confirmando lo resuelto en el dictamen N° 011.1671.2015, de la Comisión Médica Temuco, de fecha 24 de junio de 2015, que declaraba que procedía otorgar la invalidez total definitiva, con una incapacidad global de 76%, efectuándose por la AFP Habitat la correspondiente liquidación de pago de pensiones, en forma retroactiva con fecha 10 de febrero de 2017, pagándose a su representado por dicho concepto la suma líquida de \$14.768.636.- y la correspondiente pensión de invalidez en forma mensual a contar del mes de marzo de 2017, la que percibe hasta el día de hoy.

Precisa que el fundamento de su demanda es que se condene al Fisco, del cual forma parte integrante la Comisión Médica Central, a indemnizar los perjuicios que don Eduardo Carrasco Aránguiz sufrió a consecuencia del actuar arbitrario e ilegal de dicha Comisión, pues debió contratar a un profesional abogado para accionar de protección, quien le cobró como honorarios el retroactivo líquido descrito anteriormente, ascendente a la



«RIT»

Foja: 1

suma \$14.768.636.- según lo pactado en el Convenio de Prestación de Servicios Profesionales y Honorarios celebrado entre ambos por escritura pública de fecha 29 de agosto de 2016, el cual junto con la correspondiente boleta de honorarios profesionales y comprobante de la liquidación de pensión, en los que de haber actuado la Comisión ajustada a derecho no tendría por qué haber incurrido, pues en el fondo perdió parte de su pensión; más los perjuicios morales ocasionados como consecuencia del proceso, derivados de agregarle a las numerosas patologías que ya sufría una angustia tal que terminó provocándole un cuadro de trastorno depresivo mayor grave con síntomas ansiosos, del cual todavía no sale y se encuentra en tratamiento.

Arguye que lo que está detrás, no es que la decisión final de la CMC haya sido una resolución discutible en cuanto a su contenido y mérito, que podía perfectamente controvertirse desde el punto de vista médico-científico, sino que fue manifiestamente arbitraria e ilegal, según fue declarado por la judicatura de apelaciones y suprema en la sede de protección ya descrita, pues sin que haya expresado fundamento alguno en su resolución denegatoria no consideró los resultados de los exámenes que ella misma había ordenado practicar al Sr. Carrasco y que le favorecían en su pretensión, los que de hecho ni siquiera aparecían adjuntados en el expediente administrativo de calificación de invalidez correspondiente y entre los antecedentes que la Superintendencia, como recurrida, acompañó en su informe a la Corte de Temuco en lo que indica serían copias del Expediente de Calificación de Invalidez del recurrente N° 22323 de 2015, mientras que sí acompañó y tomó en cuenta los que desfavorecían su pretensión, de entre los que también habían sido ordenados por ella, arbitrariedad e ilegalidad manifiestas que se demuestran además por el sólo hecho de que la materia haya sido resuelta en sede de protección, vulnerando con dicha actuación algunos derechos fundamentales que cautela con dicha acción constitucional el artículo 20 de la Carta Fundamental, especialmente su derecho a no ser juzgado por comisiones especiales, sino por el tribunal que señala la ley y que se tiene que hallar establecido por esta con anterioridad a la perpetración del hecho, y especialmente su derecho de propiedad, entendiendo que una acción constitucional de protección procede sólo en contra de actos u omisiones ilegales y/o arbitrarios que implican privación, perturbación o amenaza de alguno de los derechos constitucionales que enumera el artículo 20 de la Carta Fundamental, y no en contra de actos que impliquen la resolución de una materia de fondo, que se encuentra dentro de las potestades de una autoridad, como es la calificación de si los posibles impedimentos de salud que sufre una persona configuran o no invalidez, como son las que tienen las Comisiones Médicas Regionales y la Comisión Médica Central, y de que la ilegalidad y/o arbitrariedad tiene que ser manifiesta, flagrante y objetiva, de manera que cualquiera pueda captarla mediante un simple análisis que



«RIT»

Foja: 1

no implique entrar en aspectos de fondo o que sean materia de un proceso de lato conocimiento, como expresamente también lo señaló la judicatura en dicho caso.

Sostiene que la conducta de la Administración, aparte de denotar abierta mala fe, o a lo menos una negligencia inexcusable, que para los efectos de la responsabilidad extracontractual tiene los mismos efectos, le acarreó perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales a su representado, ya que de haber ajustado ésta su actuación conforme a derecho y a la racionalidad de un justo proceso, debió haber obtenido la calificación de invalidez total definitiva a más tardar en el mes de julio de 2016, con el consiguiente derecho a pensión por dicho concepto, sin tener que contratar y pagar a un profesional abogado para ello, lo que al final le significó un egreso y por tanto perjuicio de \$14.768.636.- los que debió extraer de su propia pensión —de la que se le pagó en forma retroactiva— ni tener que pasar por todas las zozobras, padecimientos y trastornos emocionales que dada su precaria condición de salud se le tradujeron en claros perjuicios morales que valoriza en la suma de \$15.000.000.- ya que todo el proceso le generó un desgaste emocional importante que se agregó a las patologías de base que ya sufría, consistentes en infartos al miocardio, insuficiencia mitral moderada, bronquiectasias bilaterales que le han ocasionado numerosas hospitalizaciones, siendo oxígeno dependiente, impedimentos visuales, hipertensión y displasia de cadera, lo que finalmente se le tradujo en un trastorno depresivo mayor grave con síntomas ansiosos.

Postula que la CMC, de haber ajustado su actuación a la legalidad y sin arbitrariedad, debió entonces necesariamente haber tomado en consideración el menoscabo visual detectado por el interconsultor oftalmólogo, más el informe de traumatólogo que asignó clase III alta 35%, con lo cual el porcentaje de invalidez otorgado debió ser necesariamente superior a 2/3 —más de un 66,67%— calificando como invalidez total permanente y dando el consiguiente derecho a pensión, sin que existiera ninguna explicación en su Resolución ni en el expediente de invalidez de por qué no se consideró, lo que era arbitrario y además ilegal, agravado por el hecho de que la propia Superintendencia acompañó a la judicatura en sede de protección las copias del Expediente de Calificación de Invalidez del recurrente N° 22323 de 2015, en forma incompleta, omitiendo las copias de los resultados de los informes de los médicos interconsultores dispuestos por ella misma que lo favorecían, acompañando en cambio sólo las copias de los resultados de los informes que lo desfavorecían.

Explica que de no ser por el acto arbitrario e ilegal de la CMC, su representado debió calificar como inválido total y definitivo ya en julio de 2016, por tener un porcentaje de menoscabo superior a 66,67% lo que



«RIT»

Foja: 1

debió traducirse en el derecho a pensión consiguiente, por ser los impedimentos viduales de carácter objetivo.

En torno al derecho invocado por el actor, arguye sobre la responsabilidad extracontractual del Estado por la actuación de sus órganos o agentes fundándola en los artículos 1 inciso 4° y 5°, 5, 6, 7, 19 N° 1, N° 3, N° 18 y N° 24; 38 inciso 2° de la Constitución Política de la República; 4 y 42 de la Ley N° 18.575.

Luego, transcribe los referidos artículos, manifestando que por su parte, la Ley N° 20.255 de 11 de marzo de 2008, que establece Reforma Previsional, contempla en su párrafo quinto la creación de la Superintendencia de Pensiones, organismo público descentralizado, y por tanto con personalidad jurídica y patrimonio propio (continuadora legal de la Superintendencia de Administradora de Fondos de Pensiones). Agrega que igualmente, el Decreto Ley N° 3500 de 1980, creó las Comisiones Médicas Regionales y Central, encargadas de calificar la invalidez de los trabajadores afiliados al sistema.

Menciona que finalmente, las normas técnicas de invalidez se encuentran contenidas en las “Nuevas Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los trabajadores afiliados al Nuevo Sistema Previsional”, dictadas por la Comisión Técnica de Invalidez, publicadas en el Diario Oficial de fecha 1° de marzo de 2012 y vigentes a contar del 1° de julio de 2012, dictadas en cumplimiento de lo prescrito en el artículo 11 bis del Decreto Ley N° 3500 “Manual Técnico de Invalidez”.

Arguye que en la especie, la actuación de la CMC, fue calificada como arbitraria e ilegal por los tribunales superiores de justicia, por lo cual debió volver atrás en sus actos por orden de la judicatura, retro trayendo el procedimiento administrativo correspondiente, consistente en una calificación de invalidez, al estado de ajustar su conducta a derecho y al buen juicio, con lo cual necesariamente se produjo la consecuencia que era de esperar de la sola aplicación de los parámetros objetivos que establece el Manual de Invalidez, especialmente en lo que respecta a los impedimentos oftalmológicos, cual fue la de que la CMC finalmente terminó reconociendo la invalidez total permanente de su representada, ocasionándosele con todo este actuar, especialmente el original, un perjuicio de orden patrimonial a don Eduardo Carrasco Aránguiz, por la vía de tener que destinar parte de su pensión., nada menos que la suma de \$14.768.636.-, cantidad que demanda, correspondiente al retroactivo, a pagar un profesional abogado para que lo defendiera, así como un perjuicio de orden moral o extrapatrimonial, que su parte valoriza en \$15.000.000.- producto de agregarle a las numerosas patologías que ya sufría, una angustia tal que terminó provocándole un cuadro de trastorno depresivo mayor grave con síntomas ansiosos, del cual todavía no sale y se encuentra en tratamiento,



«RIT»

Foja: 1

configurándose con todo ello una responsabilidad extracontractual por parte del Estado en contra de un administrado, por la actuación de uno de sus órganos, lo cual debe ser indemnizado.

Luego, tras referirse a la noción de falta de servicio en el derecho chileno, postula que este tipo de responsabilidad solo requiere constatar el mal funcionamiento del servicio y la relación de causalidad, sin que sea necesario individualizar a funcionario en concreto. Agrega que en la especie, la actuación de la CMC fue defectuosa, de acuerdo con el estándar que era debido esperar a un órgano de la administración del Estado, pues fue arbitraria e ilegal, sin justificación racional alguna que ameritara actuar de la forma en que lo hizo originalmente, a consecuencia de lo cual le ocasionó perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales a un administrado, don Eduardo Carrasco Aránguiz, los que por tanto deben serle reparados. Expresa que dicha reparación debe ser completa, esto es, restableciéndolo a la misma situación patrimonial y extrapatrimonial en que se encontraría de haber actuado la administración correcta y legalmente desde un inicio.

Postula que en el caso del Fisco, por la actuación de las Comisiones Médicas de la Superintendencia de Pensiones, este responde por los daños ocasionados aun cuando dichas funciones públicas hubiesen sido ejercidas sin que hubiera malicia o negligencia de algunos de sus agentes, debido a que la víctima no tiene por qué sufrir un daño si ella se encuentra en situación completamente adecuada a derecho, esto es, en una situación jurídica que la habilita para ejercer el derecho a no ser lesionada.

Luego, señala que los requisitos de la responsabilidad del órgano estatal, por una actuación arbitraria e ilegal de la CMC, son: a) daño o perjuicio o lesión antijurídica en los derechos de la víctima; b) falta de servicio por acción u omisión, esto es, que el servicio no ha funcionado, ha funcionado mal o deficientemente o ha funcionado prematura o tardíamente y; c) relación directa de causalidad entre la falta de servicio, por acción u omisión y el daño producido. Cita jurisprudencia en apoyo de sus argumentos.

Previas citas legales, solicita tener por interpuesta demanda en juicio ordinario de indemnización de perjuicios en contra del Fisco de Chile, representado por la presidenta del Consejo de Defensa del Estado doña María Eugenia Manaud Tapia, todos ya individualizados, admitirla a tramitación, y en definitiva acogerlo, resolviendo y declarando:

1.- Que el Fisco de Chile, es responsable de los perjuicios ocasionados a don Eduardo René Carrasco Aránguiz como producto del actuar original de la CMC, órgano estatal sin personalidad jurídica ni patrimonio propio, en su proceso de calificación de invalidez, que se tradujo en la tramitación de un procedimiento viciado y en la emisión de un pronunciamiento



«RIT»

Foja: 1

declarado como arbitrario e ilegal por los tribunales superiores de justicia en sede de protección, consistente en la Resolución N° CMC 6399/2016, dictada con fecha 13 de julio de 2016 por la CMC, la cual confirmó la Resolución N° CMC 6947/2015, que declaraba que no procedía otorgar invalidez por cuanto su incapacidad global alcanzaba a un 23%, rechazando con ello un recurso de reposición que había sido interpuesto por el Sr. Carrasco en contra de esta última, revocando de dicha manera lo que había sido resuelto por la CMC mediante dictamen N° 011.1671.2015, que declaraba que procedía otorgar la invalidez total definitiva, situación que solo subsanó a partir de lo ordenado por la Ilustrísima Corte de Apelaciones de Temuco y la Excma. Corte Suprema en sede constitucional de protección.

2.- Que dichos perjuicios se traducen, en primer término, a título de daño emergente, en haber tenido que contratar el Sr. Carrasco a un profesional abogado para que lo defendiera ante los tribunales de justicia, contrarrestando el actuar arbitrario e ilegal que en principio había tenido la Administración, habiéndole tenido que pagar como honorarios por sus servicios la suma de \$14.768.636.- según lo pactado en el contrato de prestación de servicios profesionales y honorarios acompañado a la causa, y de acuerdo con la respectiva liquidación de pensión y boleta de honorarios profesionales también acompañados, egreso que tuvo que sacar de parte de su pensión, pues correspondía al monto retroactivo, gasto en el que de haber actuado la Comisión ajustada a derecho desde un principio no tendría por qué haber incurrido, o la cantidad que en definitiva se estime pertinente fijar, y, en segundo término, en un perjuicio moral o extrapatrimonial de \$15.000.000.- o la cantidad inferior que en definitiva el tribunal estime pertinente decretar, derivados de agregarle por la demora injustificada, a las numerosas patologías que ya sufría, una angustia tal que terminó provocándole un cuadro de trastorno depresivo mayor grave con síntomas ansiosos, del cual todavía no se cura, lo que hace la suma total de \$29.768.636.- o la cantidad que se estime en definitiva.

3.- Que el demandado debe ser condenado a pagar las costas de esta causa.

Con fecha 28 de agosto de 2018 se notificó la demanda a doña María Eugenia Manaud Tapia, Presidenta del Consejo de Defensa del Estado, en representación del demandado Fisco de Chile, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 44 del Código de Procedimiento Civil.

Con fecha 14 de septiembre de 2018, a través de presentación escrita ingresada por OJV comparece doña Ruth Israel López, abogado procurador fiscal de Santiago, del Consejo de Defensa del Estado, quien contestó la demanda, solicitando su rechazo, con costas.



«RIT»

Foja: 1

Tras efectuar una síntesis de la demanda, manifiesta que controvierte los hechos expuestos en la demanda, con excepción de aquellos que reconozca expresamente.

Bajo el subtítulo “en cuanto a la actuación de la CMC del DL N° 3500 de 1980, en relación con el actor”, señala que el día 30 de enero de 2015, el actor suscribió una solicitud de pensión y calificación del grado de invalidez conforme al D.L. N° 3.500 de 1980, en A.F.P. Habitat S.A., tras lo cual fue evaluado por la Comisión Médica Regional de Temuco, la que luego de requerir evaluaciones por especialistas y exámenes clínicos de apoyo, concluyó que se trataba de un trabajador de cincuenta años de edad, primera presentación, acogido a licencia médica desde el mes de mayo de 2014, con antecedentes de cardiopatía coronaria, artrosis de caderas, hipertensión arterial y bronquiectasias bilaterales.

Relata que desde el punto de vista cardiológico, la Comisión estimó que presentaba enfermedad vascular hipertensiva con compromiso retinal y retineano, que configuraba impedimento en clase II rango alto, con un 34% de menoscabo individual y cardiopatía coronaria en clase I rango alto, con un menoscabo individual de 14%; en lo oftalmológico cursaba un cuadro de ambliopía refractiva bilateral, clase II rango medio, con un menoscabo individual de 23%; en cuanto a la afección broncopulmonar, la evaluación de la especialidad concluyó en la configuración de impedimento por bronquiectasias y limitación crónica del flujo aéreo, en clase IV, rango alto, con 66% de menoscabo individual; en cambio, desde el punto de vista traumatológico los exámenes clínicos refirieron una tendinosis del supraespinoso izquierdo susceptible de ser corregida con kinesioterapia. Su cadera izquierda había sido operada, en fecha reciente, por lo que ambos impedimentos los estimó no configurados.

Indica que en suma combinada de los impedimentos, en conformidad con las normas de evaluación y calificación del grado de invalidez de los afiliados al Sistema, el actor alcanzó un 85% de menoscabo global de la persona, al que la Comisión adicionó 3 puntos porcentuales por factor complementario edad, llegando así a un total de un 88%.

Afirma que en esas condiciones, mediante Dictamen N° 011.1671/2015 de 24 de junio de 2015, la Comisión Médica Regional de Temuco declaró la invalidez total definitiva del actor, a contar de la fecha de su solicitud.

Refiere que poco después, ejerciendo el derecho a reclamar que confiere a las partes el artículo 11 del D.L. N° 3.500 de 1980, el día 20 de julio de 2015, las compañías de seguros de vida adjudicatarias del seguro de invalidez y sobrevivencia interpusieron un reclamo en contra del dictamen antes singularizado, ante la Comisión Médica Central, alegando que la





«RIT»

Foja: 1

evaluación broncopulmonar había sido insuficientemente examinada y el porcentaje de menoscabo otorgado por enfermedad vascular hipertensiva estaría sobrevalorado.

Señala que notificado al actor de la interposición del reclamo de las aseguradoras, el día 24 de julio de 2015 formuló sus alegaciones en contra de lo aseverado por éstas, solicitando la confirmación del dictamen regional.

Sostiene que luego de un análisis pormenorizado de los antecedentes médicos y de los argumentos de las partes, se acordó primeramente una nueva evaluación broncopulmonar, la que finalmente se realizó en forma domiciliaria; y precisamente, sobre la base de los hallazgos de este examen, la Comisión Médica Central concluyó que las bronquiectasias no cumplían los criterios requeridos para configurar impedimento conforme a las Normas Técnicas de Invalidez. En suma, la Comisión Médica Central corrigió la configuración de impedimentos y sólo mantuvo los valores asignados a la enfermedad vascular hipertensiva (34%), la ambliopía refractiva (25%) y cardiopatía coronaria (14%), con ello, al no tener ningún menoscabo laboral en clase III, o sobre 34%, no procedió la suma combinada de impedimentos, razón por la cual estimó que no correspondía otorgar invalidez, por cuanto las enfermedades invocadas como invalidantes le provocaban un menoscabo laboral inferior al 50%.

Expone que mediante Resolución N° CMC 6947/2015, de 18 de noviembre de 2015, la Comisión Médica Central acordó someter los reclamos a tramitación; revocar el dictamen en cuestión; y resolvió que no procedía otorgar invalidez, rechazando de ese modo la solicitud de pensión de invalidez del actor.

Manifiesta que el día 29 de diciembre de 2015, el demandante interpuso un recurso de reposición administrativo ante la Comisión Médica Central, controvirtiendo lo resuelto, principalmente en relación con sus afecciones broncopulmonares y oftalmológicas, solicitando evaluación de ambas. Señala que a su turno, estudiados los argumentos del actor con los antecedentes recabados en el expediente, la Comisión Médica Central acordó solicitar nueva evaluación cardiológica con nuevo electro y ecocardiograma; revisión de ficha clínica de la hospitalización en Temuco, a fines de 2015, por síndrome coronario, nueva evaluación broncopulmonar en Santiago con imágenes y estudio funcional que se requiriera, además de evaluaciones por traumatólogo y oftalmólogo.

Asevera que recibidos los informes y exámenes requeridos, la Comisión reunida en sesión, estudió nuevamente la calificación de invalidez del demandante y, según da cuenta el acta respectiva, la revisión de la ficha en la Clínica Alemana de Temuco mostró múltiples hospitalizaciones, la mayoría por enfermedad broncopulmonar (EPOC / LCFA), pero estimó



«RIT»

Foja: 1

que de ella no se podía desprender la severidad de un eventual impedimento ni del compromiso de las actividades de la vida diaria, sino sólo la necesidad de tratamiento farmacológico, por lo cual la evaluación por especialista permitió concluir que la afección más probable en este ámbito era un Asma Bronquial, caso en el cual el actor era susceptible de optimización de su tratamiento. Agrega que sobre esa base estimó que no configuraba impedimento en este ámbito. Indica que en cuanto a la cardiopatía coronaria, la revisión de la ficha habría descartado ese diagnóstico en las hospitalizaciones de los años 2014 y 2015.

Señala que por último, la Comisión mantuvo la configuración y menoscabo oftalmológico por ambliopía refractiva en 23% individual; modificó la configuración de impedimento por enfermedad vascular hipertensiva a clase I, rango alto, con un 14% de menoscabo individual y confirmó el 14% por cardiopatía coronaria. Consecuente con ello, rechazó el recurso de reposición, confirmó la resolución recurrida y declaró que no procedía otorgar invalidez, mediante Resolución N° CMC 6399/2016 de 13 de julio de 2016.

Dice que el actor interpuso un recurso de protección ante la Il. Corte de Temuco, acción constitucional mediante la cual controvertía derechamente la evaluación y calificación médica de la Comisión Médica Central, -que modificó la decisión de la Comisión Regional-, todo lo cual en su opinión significaba un actuar ilegal y arbitrario de la citada Comisión Médica Central.

Sostiene que la Corte de Apelaciones de Temuco en definitiva acogió la acción cautelar, por considerar que si bien la Comisión Médica requirió nuevos exámenes e informes por especialistas para resolver las alegaciones del actor en su recurso de reposición, los resultados de éstas tanto en el ámbito oftalmológico como traumatológico no estaban reflejadas en sus conclusiones, y así la Corte de Apelaciones de Temuco estimó que lo actuado por la Comisión Médica Central no era el resultado de un procedimiento legal, técnico científico, debidamente razonado a la luz de las pericias médicas y exámenes complementarios, apreciando por el contrario, un actuar voluntarioso que sobrepasaría los límites de lo que las potestades discrecionales permiten, de modo que no podía dejar de considerar ni valorar todos los antecedentes existentes y menos aún excluirlos si ella misma decidió pedirlos. Asevera que fue esta circunstancia la que llevó a la Corte de Apelaciones referida a acoger la acción de protección, determinando retrotraer la calificación del actor a la etapa de estudio y resolución del recurso administrativo de reposición.

Expresa que en cumplimiento a lo ordenado, en sesión N° 22 de 11 de enero de 2017, la Comisión Médica Central habría vuelto a estudiar los antecedentes médicos del actor, manifestando que al momento de resolver



«RIT»

Foja: 1

no había considerado los informes evacuados por los especialistas oftalmólogo y traumatólogo, debido a una omisión involuntaria, cuyos hallazgos daban cuenta de un impedimento visual configurado con un menoscabo de un 41% en lugar de 25% y la configuración de impedimento por alteración de la marcha, con un 34% de menoscabo individual, con lo cual procedía otorgar invalidez total con un menoscabo global de la persona de un 76%.

Indica que en esas condiciones, mediante Resolución N° CMC 400/2017, la Comisión Médica Central dejó sin efecto sus resoluciones anteriores y declaró que procede otorgar invalidez total definitiva a favor del recurrente.

Bajo el subtítulo “En cuanto a la normativa aplicable a la CMC del DL. 3500”, señala que ésta, junto al Reglamento DS. N° 57 de 1990, regula el derecho a pensión de invalidez de los afiliados al Sistema de Pensiones de Capitalización Individual, al igual que el procedimiento de evaluación y calificación de invalidez. Señala que dicho derecho está condicionado al hecho que presenten o sufran un menoscabo laboral permanente de a lo menos un cincuenta por ciento, para invalidez parcial y, mayor de dos tercios para invalidez total, a causa de enfermedades o debilitamiento de sus fuerzas físicas e intelectuales. Agrega que las Comisiones Médicas a que se refiere su artículo 11, deberán, frente a una solicitud de pensión de invalidez del afiliado, verificar los requisitos y emitir un dictamen de invalidez que o bien otorgará el derecho a pensión de invalidez total o parcial a contar de la fecha que se declare la incapacidad, o bien lo negará, según corresponda. Agrega que los dictámenes que emitan las Comisiones serán reclamables mediante solicitud fundada, por el solicitante afectado, por el Instituto de Previsión Social y por las Compañías de Seguros que se adjudiquen la licitación del seguro de invalidez y sobrevivencia, manifestando que en esta materia el legislador ha establecido un procedimiento médico administrativo especial, de evaluación y calificación de invalidez de doble instancia, cuya función corresponde privativamente a las Comisiones Médicas establecidas en el artículo 11 ya comentado, para lo cual gozan de autonomía, no obstante que deben actuar con estricto apego a las Normas de evaluación que el propio cuerpo legal prescribe.

Luego, tras citar los artículos 18° a 20° del DS. N° 57 de 1990, señala que a partir de estas, se concluye que las Comisiones Médicas Regionales y Central, creadas por el artículo 11 del D.L. N° 3.500 de 1980, están integradas por tres médicos cirujanos designados por el Superintendente, contratados a honorarios por la Superintendencia, pero que no dependen de ella ni son funcionarios de dicho organismo fiscalizador. Indica que los recursos humanos y físicos que conforman el apoyo administrativo y de



«RIT»

Foja: 1

secretaría, son financiados por las A.F.P. en su conjunto y por el Instituto de Previsión Social proporcionalmente y, administradas por aquéllas.

Sostiene que lo dicho es del todo relevante, puesto que si se reclama por actuaciones de una Comisión Médica, habrá que distinguir si corresponde al ámbito administrativo o médico, pues el primero corresponde a las AFP y el segundo a la propia Comisión Médica integrada, como se dijo, por los tres médicos cirujanos designados por el Superintendente, pero que en sus dictámenes de invalidez gozan de autonomía.

Bajo el subtítulo “Improcedencia de la demanda por inexistencia de responsabilidad de las Comisiones Médicas respecto los hechos que la motivan”, tras referirse a la responsabilidad del Estado por falta de servicio y sus requisitos, sostiene que para determinar la ocurrencia de este título de imputación se deben conocer tanto “el servicio”, esto es, las obligaciones y competencias que tienen los órganos públicos y sus posibilidades reales de cumplirlas, como la “falta”, es decir, la específica infracción de esos deberes, elementos no se dan en el caso de autos, especialmente en relación a la existencia de culpa y relación de causalidad respecto de los hechos objeto de la demanda.

Luego, señala que el actor demanda indemnización de perjuicios por responsabilidad extracontractual del Estado por actuaciones de la Comisión Médica Central, por haber omitido considerar exámenes e informes médicos que recabó durante el procedimiento, así como la ponderación de los mismos, en su resolución del caso particular.

Asevera que el daño patrimonial demandado carece de fundamento, primero, porque en el ejercicio de esa acción cautelar no estaba obligado a requerir el patrocinio de un abogado, y luego porque señalar que la contratación de un abogado y, como consecuencia de ella, el pago de sus honorarios, es un asunto que no empece de forma alguna a la Comisión Médica Central del D.L. 3500, toda vez que dicha convención tiene el carácter de una res inter alios acta, es decir, que se trata de un asunto entre terceros, respecto del cual no corresponde a su parte intervenir conforme el principio de efecto relativo de los contratos.

Alega por otro lado, que la existencia del daño está en duda, ya que la decisión de la Iltma. Corte de Apelaciones, ratificada por la Excma. Corte Suprema, aun cuando acogió el recurso de protección, resolvió no condenar en costas a la recurrida, estimando así dichos tribunales, que a su parte no le corresponde aportar a la defensa jurídica del demandante, la cual es absolutamente de su costo, no pudiendo entonces constituir un daño indemnizable.



«RIT»

Foja: 1

En lo concerniente al daño moral, postula que pese a que no se fundamentó correctamente, de existir no ha sido en modo alguno causado por algún acto u omisión de la Comisión Médica Central del D.L. 3500, toda vez que los antecedentes de elementos de enfermedad depresiva del actor son anteriores a la participación de este último ente en la calificación de invalidez que motivó el litigio, dado que su expediente médico refiere que en su estado emocional existen elementos depresivos no tratados, propios de los rasgos de su personalidad.

Concluye que entre el hecho denunciado como falta de servicio de la Comisión médica Central y los perjuicios descritos no existe una relación de causalidad, desde que, en el hipotético caso de existir tales daños, ellos no habrían sido causados por ésta.

Agrega que contrariamente a lo que sostiene el actor, durante el procedimiento de reclamo de las compañías de seguros y del recurso de reposición planteado por él, las decisiones de la Comisión Médica Central siempre estuvieron generadas por discusiones técnicas de las partes, como precisamente ocurrió en el último recurso, en que el demandante solicitó una nueva evaluación oftalmológica y traumatológica, acusando un impedimento adicional. Señala que fue este requerimiento el que generó las nuevas evaluaciones, cuyos resultados en definitiva configuraron la invalidez total. Finalmente, arguye que la invalidez total está determinada por estos dos últimos impedimentos y no por las patologías invocadas como principales, esto es, aquellas del ámbito broncopulmonar.

Por último, en lo relativo al pago de las costas solicitado, destaca que este sería procedente solo en caso de ser totalmente vencida, haciendo presente que los tribunales superiores al acoger el recurso de protección, resolvieron no condenar en costas a la recurrida, estimando que a su parte no le corresponde aportar a la defensa jurídica del demandante.

Con fecha 3 de octubre de 2018 a través de presentación escrita ingresada por Oficina Judicial Virtual, la parte demandante evacuó el trámite de réplica, manifestando reiterar todas las argumentaciones contenidas en la demanda, restando valor a las contra argumentaciones de la demandada.

En virtud de escrito ingresado por OJV con fecha 16 de octubre de 2018, la parte demandada evacuó el trámite de dúplica, reiterando las alegaciones y defensas expuestas en la contestación de demanda.

Consta que con fecha 24 de octubre de 2018, se recibió la causa a prueba por el término legal, rindiéndose la que consta en la carpeta electrónica.

Con fecha 26 de julio de 2019, se citó a las partes a oír sentencia.



«RIT»

Foja: 1

**CONSIDERANDO:**

**PRIMERO:** Que en estos autos comparece don René Carrasco Aránguiz, representado por el abogado Marcelo Cevas Fuentes, quien interpone, en juicio de hacienda, demanda de indemnización de perjuicios por falta de servicio en contra del Fisco de Chile, representado por la presidente del Consejo de Defensa del Estado, todos ya individualizados, a fin de que se condene a éste al pago de la suma de \$29.768.636.- por los daños materiales y morales que alega haber sufrido como consecuencia del actuar de la Comisión Médica Central en su proceso de calificación de invalidez, que se tradujo en la tramitación de un procedimiento viciado y en la emisión de un pronunciamiento declarado como arbitrario e ilegal por los tribunales de justicia conociendo de un recurso de protección interpuesto por su defensa, cuantificando el daño material en el costo que le significó la contratación de un abogado para revertir semejante dictamen, mientras que el perjuicio extrapatrimonial lo fundamenta en el agravamiento de su trastorno depresivo y ansioso a raíz de la decisión del órgano público.

**SEGUNDO:** Que el demandado Fisco de Chile contestó la demanda interpuesta en su contra, solicitando sea ésta rechazada por no concurrir en la especie los presupuestos para hacer responsable al Estado, argumentando que el daño reclamado no es tal, pues en el ejercicio del recurso de protección a que alude el actor, éste no se encontraba obligado a requerir el patrocinio de un abogado, y que en todo caso, la forma de pago y cobro de las gestiones del juicio no le empecen al órgano público conforme la relatividad de los efectos contractuales. Luego, postula que si la Corte resolvió no condenar en costas a la recurrida, significaría que no le correspondería aportar a la defensa jurídica del demandante, por lo que mal podría constituir un daño indemnizable. Por otro lado, alega que la depresión y angustia del demandado ya existía a la época de los hechos que se le imputan. Finalmente, alega la ausencia de relación de causalidad entre el hecho denunciado como falta de servicio y los perjuicios reclamados.

**TERCERO:** Que la presente controversia radica en determinar, si concurren en la especie los requisitos de la responsabilidad por falta de servicio, y en consecuencia, si procede que este tribunal civil declare que el Fisco de Chile se encuentra obligado a indemnizar el daño material consistente en el costo que le significó la contratación de un abogado para revertir la Resolución N° CMC 6947/2015 de la Comisión Médica Central, así como el perjuicio extrapatrimonial consistente en el agravamiento de su trastorno depresivo y ansioso a raíz de la decisión del órgano público.

**CUARTO:** Que en derecho, por regla general, cada cual soporta sus daños, a menos que exista una razón para atribuir a un tercero la obligación de repararlos, por lo que sólo habrá responsabilidad en la medida que se cumplan los requisitos que el propio derecho establece.



«RIT»

Foja: 1

Existe consenso en la doctrina y jurisprudencia que la razón más general para la atribución de responsabilidad en nuestro sistema jurídico, ya sea en el ámbito privado como público, es que el daño se deba a la culpa o negligencia del demandado. De este modo, el principio de responsabilidad por culpa cumple, a la vez, la función de ser el fundamento y el límite de la responsabilidad, pues sólo se responde si se ha incurrido en dolo o negligencia.

**QUINTO:** Que en lo concerniente a la responsabilidad del Estado y sus órganos, el principio general expresado anteriormente se ha concretizado bajo la institución de la falta de servicio, criterio general de atribución equivalente a la culpa o negligencia que funda la reparación de los daños extracontractuales. De aquí que la doctrina y jurisprudencia, estimen que la responsabilidad civil o patrimonial de los órganos públicos puede ser perseguida, ya sea de acuerdo a las normas de derecho público (Constitución Política de la República, Ley de Bases Generales de la Administración del Estado, etc.), como a partir de la normativa de derecho privado (arts. 2314 y ss. del Código Civil).

**SEXTO:** Que en la especie, se trata de hacer efectiva la responsabilidad civil del Fisco por un hecho de un órgano administrativo que carece de personalidad jurídica y patrimonio propios, esto es, de las Comisiones Médicas Regionales y Central reguladas en el artículo 11 del DL. 3500 de 1980 y en el Decreto Supremo N° 57 de 1990 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

En lo relativo a las Comisiones Regionales, funcionará una en cada Región, con la finalidad de verificar el cumplimiento de los requisitos para obtener derecho a pensión de invalidez por parte de un afiliado no pensionado, para lo cual emitirá un dictamen de invalidez que otorgará el derecho a pensión de invalidez total o parcial a contar de la fecha que se declare la incapacidad, o lo negará, según corresponda. La administración de las comisiones corresponderá a las Administradoras de Fondos de Pensiones y serán financiadas en conjunto por éstas y el Instituto de Previsión Social, gozando de autonomía en cuanto al conocimiento y calificación de las invalideces sometidas a su consideración (artículo 18 del Reglamento). Asimismo, estas Comisiones se encuentran integradas por tres médicos cirujanos, designados por el Superintendente de Administradoras de Fondos de Pensiones, pero no serán dependientes de la Superintendencia, entidad que además tendrá la supervigilancia administrativa de dichas Comisiones.

Que por su parte, la Comisión Médica Central se encuentra regulada en los artículos 37 y siguientes del Reglamento, tiene su sede en la ciudad de Santiago y sus miembros, al igual que en el caso de las Comisiones Regionales, son elegidos por el Superintendente y sus funciones consisten,



«RIT»

Foja: 1

entre otras, conocer de los reclamos fundados que sean presentados en contra de los dictámenes de invalidez emitidos por las Comisiones Regionales, disponiendo cuando sea necesario, la práctica de exámenes o análisis a la persona a quien afecta el reclamo. Asimismo, la CMC es administrada y financiada por las Administradoras de Fondos de Pensiones y fiscalizada por la Superintendencia.

**SEPTIMO:** Que luego, si bien la normativa legal y reglamentaria que rige a las Comisiones Médicas, no regula la responsabilidad civil que puede derivar de su actuación, tratándose de organismos públicos sin personalidad jurídica ni patrimonio propios, es el Fisco el legitimado pasivo en estos casos, tal como quedó establecido en la presente causa al acogerse la excepción dilatoria de corrección de procedimiento opuesta por la Superintendencia de Pensiones.

En consecuencia, siendo el Fisco la entidad que responde frente a los usuarios que se sientan lesionados en sus derechos por el actuar de las aludidas Comisiones Médicas, su responsabilidad es por falta de servicio conforme las normas generales, pues corresponde al criterio de atribución aplicable a toda la Administración del Estado, ya sea por la vía del derecho público (artículo 42 de la Ley N° 18.575) o bien, de acuerdo a las reglas de derecho privado (artículo 2314 del Código Civil).

**OCTAVO:** Que en este sentido, si bien es cierto la falta de servicio ha sido conceptualizada y abordada desde la perspectiva del derecho público, no lo es menos que su naturaleza jurídica no difiere sustancialmente del concepto de culpa o negligencia desarrollado por el derecho civil. En este sentido se ha pronunciado la Corte Suprema al resolver que "...la noción de falta de servicio es aplicable en las normas del derecho común, reflexión a partir de la cual a su vez es posible concluir que es irrelevante que dicho criterio de atribución de responsabilidad se aplique directamente por medio del artículo 44 (sic) de la ley N° 18.575 o, en su caso, por el artículo 2314 del Código Civil, porque el concepto de falta de servicio es invariable, por tal circunstancia lo que interesa es que se establezca [...] que el comportamiento del servicio público fue distinto al que debiera considerarse su comportamiento normal, o sea basta con probar una falta de servicio".

**NOVENO:** Que seguidamente la falta de servicio, esto es, la mala organización o un funcionamiento defectuoso de la Administración o, como se ha dicho más gráficamente, el no prestar un servicio o hacerlo en forma deficiente o tardía por parte del Estado o sus reparticiones, si bien no exige que se acredite el dolo o culpa por parte de un funcionario determinado, ello no la convierte en una institución de naturaleza objetiva, toda vez que no basta para comprometer la responsabilidad del Estado el que haya un vínculo causal entre el hecho y el daño ya que, precisamente, es necesaria la





«RIT»

Foja: 1

'falta de servicio' y, por ende, se trata de una responsabilidad subjetiva pues debe demostrarse la culpa del servicio.

**DÉCIMO:** Que en consecuencia, los requisitos de la responsabilidad civil de los órganos de la Administración del Estado dicen relación con una actuación del ente administrativo, realizada con dolo o negligencia (falta de servicio), que el demandante haya sufrido un daño y que entre la acción culpable y el daño exista una relación causal suficiente para que éste pueda ser objetivamente atribuido al hecho culpable del demandado.

**UNDÉCIMO:** Que por otro lado, de acuerdo al artículo 1698 del Código Civil, la obligación indemnizatoria, constituida por cada uno de los elementos indicados anteriormente, incumbe probarla a quien alega su existencia, carga procesal que corresponde a la actora de autos.

**DUODECIMO:** Que a partir de los dichos de las partes litigantes, se colige que no existe controversia acerca de los siguientes hechos:

1.- Que con fecha 30 de enero de 2015, don Eduardo René Carrasco Aránguiz, presentó una solicitud de pensión y calificación de invalidez conforme al D.L. N° 3500 de 1980 en AFP Habitat, de manera que tras ser evaluado por la Comisión Médica Regional de Temuco, ésta determinó a través de Dictamen N° 011.1671/2015 de 24 de junio de 2015, la invalidez definitiva del actor con un porcentaje del 88% a contar de la fecha de su solicitud;

2.- Que con fecha 20 de julio de 2015, las compañías de seguros de vida adjudicatarias del seguro de invalidez y sobrevivencia interpusieron un reclamo conforme al artículo 11 del D.L. N° 3500, en contra del dictamen mencionado en el número anterior, ante la Comisión Médica Central, fundado en que la evaluación broncopulmonar había sido insuficientemente examinada y el porcentaje de menoscabo otorgado por enfermedad vascular hipertensiva estaría sobrevalorado;

3.- Que con fecha 24 de julio de 2015, el Sr. Carrasco formuló sus alegaciones en contra del reclamo formulado por las compañías de seguro, solicitando la confirmación del dictamen regional;

4.- Que con fecha 18 de noviembre de 2015, mediante Resolución N° CMC 6947/2015, la Comisión Médica Central, revocó el dictamen en cuestión resolviendo que no correspondía otorgar invalidez, rechazando la solicitud de pensión de invalidez del actor;

5.- Que con fecha 29 de diciembre de 2015, el Sr. Carrasco interpuso un recurso de reposición administrativo ante la Resolución de la Comisión Médica Central, el cual fue rechazado mediante Resolución N° CMC 6399/2016 de 13 de julio de 2016, resolviendo confirmar la resolución recurrida, declarando que no procedía otorgar la invalidez;



«RIT»

Foja: 1

6.- Que tras esta resolución, el actor Sr. Carrasco recurrió de protección ante la Illma. Corte de Apelaciones de Temuco, el cual fue acogido por sentencia de 15 de noviembre de 2016, confirmada por la Excma. Corte Suprema con fecha 27 de diciembre de 2016, resolviendo retrotraer la calificación del Sr. Carrasco a la etapa de estudio, debiendo considerarse en dicho análisis los dos informes de los médicos especialistas que fueron omitidos involuntariamente;

7.- Que con fecha 11 de enero de 2017, mediante Resolución N° CMC N° 400/2017, la Comisión Médica Central estudió nuevamente los antecedentes, así como los informes médicos omitidos, procediendo otorgar invalidez total con un menoscabo global de la persona de un 76%, dejando sin efecto sus resoluciones anteriores y declaró que procede otorgar invalidez total definitiva a favor del recurrente.

**DÉCIMO TERCERO:** Que a fin de acreditar lo correspondiente, la parte demandante acompañó los siguientes documentos a la carpeta electrónica: 1) copia de escritura pública de Mandato Especial y Judicial de fecha 29 de agosto de 2016, celebrado entre Eduardo René Carrasco Aránguiz y Marcelo Cevas Fuentes, ante notario público de Temuco; 2) copia de escritura pública de Convenio de Prestación de Servicios Profesionales y de Honorarios otorgada entre Eduardo René Carrasco Aránguiz y Marcelo Cevas Fuentes, ante notario público de Temuco, de fecha 29 de agosto de 2016; 3) copia de Liquidación de Pago de Pensiones emitido por AFP Habitat respecto del afiliado Eduardo René Carrasco Aránguiz, por un monto pagado de \$14.768.636.- con fecha 10 de febrero de 2017; 4) copia de Boleta de Honorarios N° 00882, de fecha 10 de febrero de 2017, emitida por Marcelo Alberto Cevas Fuentes a Eduardo Carrasco Aránguiz, por un valor de \$14.768.636.-; 5) copia de fichas clínicas relativas al paciente Eduardo Carrasco Aránguiz, emitidas por la Clínica UC San Carlos de Apoquindo, Hospital Clínico de la Universidad Católica, Clínica Mayor de la ciudad de Temuco, Clínica Santa María y Clínica Alemana de la ciudad de Temuco, entre octubre de 2014 y noviembre de 2016; 6) copia de Certificado médico emitido por el Dr. Valerio González Rodríguez con fecha 13 de marzo de 2017 respecto del paciente Eduardo Carrasco Aránguiz; 7) copia de Certificados médicos emitidos por la psiquiatra Dra. Javiera Barrios Cáceres con fecha 8 de junio de 2016 y 8 de marzo de 2017, respecto del paciente Eduardo Carrasco Aránguiz; 8) copia de Certificado emitido por el psicólogo Guido Ulloa Morgenstern con fecha 22 de marzo de 2017 respecto del paciente Eduardo Carrasco Aránguiz.

**DÉCIMO CUARTO:** Que asimismo, rindió prueba testimonial en virtud de exhorto E-987-2019 del Primer Juzgado Civil de Temuco, en



«RIT»

Foja: 1

audiencias de fecha 10 y 11 de julio del año 2019, consistente en las declaraciones de doña Javiera Inés Barrios Cáceres, cédula de identidad N° 15.136.185-4, don Guido Roberto Ulloa Morgenstern, cédula de identidad N° 9.997.802-3, don Valerio Germán González Rodríguez, cédula de identidad N° 4.756.474-3 y don Wilson Arnoldo Espinoza Morales, cédula de identidad N° 9.143.651-5, quienes legalmente juramentados, sin tacha e interrogados al tenor de la interlocutoria de prueba, manifestaron en síntesis y en lo pertinente lo siguiente:

La primer testigo Sra. Barrios, declaró que el actor fue su paciente desde junio del año 2015 a agosto de 2018, que fue la última vez que lo vio. Indica que él tenía depresión y en su calidad de psiquiatra lo atendió. Acto seguido, reconoció el certificado acompañado a la carpeta electrónica, el cual tiene su firma y fecha en marzo de 2017. Explicando dicho informe, señala que el paciente estaba bastante desanimado y ansioso producto de que estaba en el trámite de solicitud de invalidez y se le había otorgado un 88% de invalidez, y que luego se le hizo una reevaluación en Santiago, rebajándola a un 23%, lo que generó que se agudizara su sintomatología depresiva y sus episodios de ansiedad, teniendo que ajustar el esquema farmacológico ya que prácticamente no estaba durmiendo. Finalmente, expresa que el Sr. Carrasco sufrió hospitalizaciones por la descompensación de sus patologías de base que eran insuficiencia respiratoria y cardiopatía.

El segundo testigo Sr. Ulloa, manifestó en su calidad de psicólogo atendió al Sr. Carrasco, ya que se encontraba depresivo, con trastorno del sueño y ansiedad, que eran los síntomas más relevantes de ese momento en julio de 2016 a marzo de 2017. Acto seguido, reconoce el informe acompañado a la carpeta electrónica, el cual lleva su firma, manifestando respecto de aquel, que al momento de elaborarlo el actor estaba en tratamiento psiquiátrico, tomando medicamentos y focalizado en trabajar la sintomatología de ansiedad, mediante técnicas de relajación. Indica que en ese periodo, Eduardo estaba tramitando su pensión de invalidez, lo que le tomó bastante tiempo, y se le acentuaron los síntomas de su patología de base. Agrega que en marzo de 2017 eso se había resuelto lo cual se reflejó en los síntomas que presentaron una leve mejoría.

El tercer testigo, Sr. González, declaró que es médico broncopulmonar de adultos, y en tal calidad conoció a su paciente el Sr. Carrasco hace cinco años aproximadamente. Acto seguido, reconoce como suyo el informe o certificado acompañado a la carpeta electrónica, manifestando que certifica que el Sr. Carrasco presenta una enfermedad bronquial obstructiva mixta, o sea, asma bronquial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), producida por haber tenido hábito tabático. Señala que en dicho certificado consta además que una larga tramitación de su pensión por incapacidad laboral solicitada agravó sus trastornos ansiosos



«RIT»

Foja: 1

depresivos que acompañan a su patología respiratoria, dificultando la recuperación de sus exacerbaciones respiratorias, y obligándolo a numerosas hospitalizaciones.

El cuarto y último testigo, Sr. Espinoza, manifestó que conoció al actor cuando éste requirió sus servicios de asesor previsional para la tramitación de pensión de invalidez, la cual fue concedida en primera instancia por la Comisión Médica Regional, por invalidez total, sobre un 75%. Relata que ésta fue apelada por las compañías de seguro con el argumento que no presentaba hospitalizaciones, no obstante que tenía más de veinte hospitalizaciones que constaban en el expediente de invalidez. Agrega que la Comisión Central le quitó la invalidez, ya que la rebajó a un 34%, por lo que repusieron solicitando se sumaran las patologías visuales evaluadas por las propias comisiones regionales y centrales, diagnósticos que habían sido evaluados por las comisiones por un 41% por sí sola, y a pesar de eso la comisión central la volvió a rebajar a un 20% aproximadamente. Por otro lado, afirmó que el trámite normal dura entre dos y tres meses y finalmente se resolvió casi en dos años, sin que el señor Carrasco haya recibido ingreso alguno, fue demandado por deudas en ese periodo, incluida alimentación para los hijos, lo cual lo derrumbó psicológicamente y quien lo derivó al psicólogo y al psiquiatra, teniendo también un deterioro físico visual, respiratorio y cardíaco, lo que lo llevó a estar hospitalizado varias veces, y los tratantes lo derivaron al psiquiatra. Agrega que tuvo que contratar abogado, para obtener judicialmente que la comisión médica central agregara las patologías evaluadas que se habían ocultado. Indica que al no tener recursos el arreglo con el abogado fue un pago de las pensiones retroactivas si se llegaba a buen término.

**DÉCIMO QUINTO:** Que en cuanto al primer requisito de la responsabilidad civil reclamada en autos, esto es, la existencia de una actuación del ente administrativo que pueda catalogarse como constitutiva de falta o culpa del servicio, el actor sostiene que la Comisión Médica Central incurrió en un acto arbitrario e ilegal —declarado así por los tribunales superiores de justicia— al rechazar su solicitud de pensión de invalidez, por no considerar los resultados de los exámenes que la misma Comisión había ordenado practicar al Sr. Carrasco y que le favorecían en su pretensión, mientras si lo hizo respecto de aquellos que lo perjudicaban.

**DÉCIMO SEXTO:** Que cabe reiterar que la falta de servicio constituye el criterio de atribución de responsabilidad aplicable a toda la Administración del Estado, y como tal, exige la comprobación de un funcionamiento anormal del organismo estatal, ya sea por no haber obrado debiendo hacerlo, o cuando lo hace de manera imperfecta o tardía. Por su parte, la doctrina y jurisprudencia sostienen que el incumplimiento de



«RIT»

Foja: 1

deberes de conducta establecidos en la ley o reglamentos, constituye per se, una acción culposa bajo la forma de funcionamiento anormal del servicio.

**DÉCIMO SÉPTIMO:** Que en concreto, el artículo 38 del Reglamento contenido en el Decreto Supremo N° 57 de 1990, señala que la Comisión Médica Central en cumplimiento de sus funciones propias, conocerá los reclamos presentados en contra de los dictámenes de invalidez emitidos por las Comisiones Regional, para lo cual, entre otras cosas, solicitará los antecedentes e informes necesarios para la calificación del origen de la invalidez.

Luego, el artículo 41, al regular el procedimiento a seguir, prescribe que recibido el reclamo y los antecedentes que sirvieron de base para su pronunciamiento, la Comisión Médica Central, emitirá su fallo con los resultados de los exámenes o análisis requeridos o los informes y antecedentes solicitados, según corresponda.

**DÉCIMO OCTAVO:** Que sobre el particular, aun cuando ninguna de las partes acompañó a la carpeta electrónica copia de las sentencias tanto de la Iltma. Corte de Apelaciones de Temuco y la confirmatoria de la Excma. Corte Suprema en lo relativo al recurso de protección deducido por el Sr. Carrasco, ambos litigantes reconocieron que el aludido recurso fue acogido, declarándose arbitrario e ilegal el actuar de la Comisión Médica Central al emitir la Resolución N° CMC 3947/2015 la cual revocó el Dictamen N° 011.1671/2015 de la Comisión Médica Regional de Temuco, dejándolo sin efecto y resolviendo no acceder a la solicitud de pensión de invalidez del actor.

**DÉCIMO NOVENO:** Que en el derecho administrativo chileno, la Ley N° 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado, prescribe en su artículo 2° que sus disposiciones *“serán aplicables a los ministerios, las intendencias, las gobernaciones y los servicios públicos creados para el cumplimiento de la función administrativa.”*

Que el artículo 3°, establece que *“Las decisiones escritas que adopte la Administración se expresarán por medio de actos administrativos”*, entendiéndose por tales, *“las decisiones formales que emitan los órganos de la Administración del Estado en las cuales se contienen declaraciones de voluntad, realizadas en el ejercicio de una potestad pública.”*

En seguida, *“Las resoluciones contendrán la decisión, que será fundada”*, según reza el inciso cuarto del artículo 41, sin olvidar el denominado principio de imparcialidad consagrado en el artículo 11, que obliga a la Administración a actuar con *“objetividad y respetar el principio de probidad”*, *“tanto en la substanciación del procedimiento como en las decisiones que adopte.”*



«RIT»

Foja: 1

Por otro lado, resulta importante destacar en esta materia que *“Los hechos y fundamentos de derecho deberán siempre expresarse en aquellos actos que afectaren los derechos de los particulares, sea que los limiten, restrinjan, priven de ellos, perturben o amenacen su legítimo ejercicio, así como aquellos que resuelvan recursos administrativos”*.

**VIGESIMO:** Que conforme a lo asentado anteriormente, se colige que efectivamente existió una conducta de parte del ente administrativo que puede ser catalogada como falta de servicio, al no haber obrado adecuadamente en el procedimiento de revisión de calificación de invalidez del Sr. Carrasco, pues la Comisión Médica Central no consideró los informes médicos que favorecían su solicitud pero sí los que le perjudicaban, infringiendo con ello los citados artículos 38 y 41 del Decreto Supremo N° 57 de 1990.

Que en este sentido, se trata de un acto que no encontró justificación razonable dentro del procedimiento de calificación de invalidez, y que además, según reconocieron ambas partes litigantes, fue declarado como arbitrario e ilegal por los tribunales superiores de justicia.

**VIGESIMO PRIMERO:** Que en efecto, esta juez disiente de la defensa fiscal en cuanto a sostener cierta normalidad en los efectos propios de las instancias de revisión que consigna el ordenamiento jurídico, amparándose en que el cambio de calificación se originó por un reclamo o impugnación por parte de la compañía aseguradora, que llevo a revisar la situación del administrado, puesto que no es ello lo que se cuestionó en sede constitucional, sino que se le reprochó al órgano publico la falta de fundamentación necesaria para arribar a una conclusión que lesionaba los intereses y derechos del actor.

**VIGÉSIMO SEGUNDO:** Que en consecuencia, de acuerdo a lo razonado en los motivos anteriores, queda configurado en la especie el primer requisito de la responsabilidad que se atribuye al Fisco, de manera que en lo sucesivo corresponde analizar la existencia y cuantía de los daños reclamados por el actor, y la circunstancia de que estos son una consecuencia directa y necesaria de la falta de servicio comprobada en autos.

**VIGÉSIMO TERCERO:** Que sobre el particular, el actor alega haber sufrido perjuicios patrimoniales por la suma de \$14.768.636.-, que corresponde a los honorarios que habría tenido que pagar al abogado que contrató para defender sus derechos frente al actuar arbitrario e ilegal de la Administración, y por otro lado, la cantidad de \$15.000.000.- a título de daño moral derivado de la angustia, ansiedad y trastorno depresivo que a la fecha aún mantiene, y que se habrían generado por el hecho de la demandada.



«RIT»

Foja: 1

**VIGÉSIMO CUARTO:** Que en primer lugar, cabe precisar que el daño emergente, se conceptualiza como un atentado al patrimonio del particular perjudicado con el hecho dañoso —constituido en este caso por la falta de servicio—, que tiene por efecto la disminución o empobrecimiento efectivo de aquel.

**VIGÉSIMO QUINTO:** Que ahora bien, la existencia del referido daño patrimonial estará probada cuando conste en el proceso que la falta de servicio generó para el actor una mengua efectiva en su patrimonio, de acuerdo a los antecedentes concretos que hayan acompañado legalmente al juicio.

Que por otro lado, la prueba del monto o quantum del daño material deviene en una exigencia o necesidad procesal para el actor, toda vez que la indemnización de perjuicios debe representar el equivalente exacto a la disminución patrimonial que afectó al demandante.

**VIGÉSIMO SEXTO:** Que a fin de acreditar la existencia del daño emergente, el actor acompañó copia de escritura pública de Convenio de Prestación de Servicios Profesionales y de Honorarios otorgada entre Eduardo René Carrasco Aránguiz y Marcelo Cevas Fuentes, ante notario público de Temuco, de fecha 29 de agosto de 2016, copia de escritura pública de Mandato Especial y Judicial de fecha 29 de agosto de 2016, celebrado entre Eduardo René Carrasco Aránguiz y Marcelo Cevas Fuentes, ante notario público de Temuco, copia de Liquidación de Pago de Pensiones emitido por AFP Habitat respecto del afiliado Eduardo René Carrasco Aránguiz, por un monto pagado de \$14.768.636.- con fecha 10 de febrero de 2017 y copia de Boleta de Honorarios N° 00882, de fecha 10 de febrero de 2017, emitida por Marcelo Alberto Cevas Fuentes a Eduardo Carrasco Aránguiz, por un valor de \$14.768.636.-

**VIGÉSIMO SEPTIMO:** Que a partir de la prueba rendida en autos, se tiene por acreditado que con fecha 29 de agosto de 2016, el actor Sr. Eduardo Carrasco Aránguiz y el abogado Marcelo Alberto Cevas Fuentes, celebraron un convenio de prestación de servicios profesionales y de honorarios, al igual que mandato especial y judicial, a fin de que este último realizara todas las gestiones judiciales y extrajudiciales que sean necesarias y a que haya lugar para obtener la calificación de invalidez total o parcial de parte de la Comisión Médica Regional y/o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. Asimismo, los contratantes establecieron que el precio por dicho encargo sería el equivalente al 100% del monto preliminar o retroactivo de la eventual pensión de invalidez que se obtenga, sea esta invalidez parcial o invalidez total, esto es, entre la fecha de inicio del trámite de pensión de invalidez y la fecha del primer pago efectivo de pensión, dejando constancia además, de que el cliente pagó un honorario a todo evento de \$400.000.- en dinero



«RIT»

Foja: 1

efectivo. Finalmente, las partes dejaron constancia de la suscripción de mandato y poder especial irrevocable a favor del abogado Sr. Cevas, para cobrar, retirar y percibir a su nombre el monto de la pensión preliminar o retroactiva que se obtenga, sea en dinero efectivo, cheque a la orden, nominativo, cuenta a la vista o por cualquier otro documento o medio de pago que diga relación con dicha pensión, debiendo emitirse en consecuencia el documento de pago de la mencionada pensión retroactiva que se obtenga, de parte de la correspondiente AFP, a nombre del mandatario Sr. Marcelo Cevas, para que este lo cobre directamente.

Luego, también se tiene por acreditado que con fecha 10 de febrero de 2017, AFP Habitat efectuó liquidación de pago de pensiones por invalidez definitiva asociada al afiliado Eduardo René Carrasco Aránguiz, por pensiones retroactivas que van desde el 1 de enero de 2015 al 28 de febrero de 2017 por un valor total de \$1.277.985.-, documento en que también consta que fue pagado al receptor/apoderado Marcelo Cevas Fuentes. Asimismo, esa misma fecha, el abogado Sr. Cevas, emitió boleta de honorarios N° 0082 a nombre de Eduardo Carrasco Aránguiz, por la suma de \$14.768.636.- cuyo detalle expresa “Recurso de protección rol 5659-2016 y 95.045-2016 (Corte Temuco y Corte Suprema), caratulado “Carrasco con Superintendencia de Pensiones”.

**VIGÉSIMO OCTAVO:** Que conforme a lo asentado en el motivo anterior, cabe concluir que el Sr. Carrasco pagó al abogado Sr. Cevas la suma de \$14.768.636.- equivalente al 100% del valor de las pensiones de invalidez retroactivas conforme a la liquidación practicada por la AFP Habitat con fecha 10 de febrero de 2017, todo ello en virtud de convenio de honorarios celebrado con fecha 29 de agosto de 2016.

**VIGÉSIMO NOVENO:** Que ahora bien, teniendo a la vista lo que el demandante ha logrado acreditar en autos como se dejó asentado en los motivos anteriores, conviene precisar que para configurar la obligación indemnizatoria no basta la existencia de un hecho negligente de la demandada, ni siquiera el hecho que el demandante haya sufrido perjuicios, sino que es menester que entre ambos elementos exista una relación de causa a efecto, por una parte y que por otra, los referidos daños puedan ser objetivamente imputables al hecho de la demandada.

Que en efecto, en el derecho de la responsabilidad civil —ya sea de derecho público como de derecho privado— si bien el principio de reparación integral obliga a indemnizar todo el daño sufrido por la víctima conforme al artículo 2329 del Código Civil, ello tiene como limitación el requisito de la relación de causalidad, por lo que solo serán reparables los daños que sean una consecuencia directa y necesaria del hecho del demandado. De aquí que se dice que en materia de responsabilidad civil solo se indemnizan los daños directos.





«RIT»

Foja: 1

**TRIGÉSIMO:** Que sobre este último punto, la doctrina y jurisprudencia, al momento de establecer los requisitos del daño reparable, refiere que éste debe ser directo en el sentido que entre la falta de servicio y los perjuicios experimentados por el actor debe existir una relación de causalidad. Pese a que el Código Civil no la menciona explícitamente, siguiendo lo expresado por MAZEAUD Y TUNC, que el perjuicio sea directo deviene en la aplicación de los principios generales de la responsabilidad civil, que se enlazan con la necesidad de un vínculo de causalidad (MAZEAUD, Henri y León, TUNC, André, Tratado teórico y práctico de la responsabilidad civil delictual y contractual, tomo II. Vol. II, Ediciones Jurídicas Europa-América, Buenos Aires, Argentina, pág. 275).

**TRIGÉSIMO PRIMERO:** Que por otro lado, a fin de establecer la relación de causalidad, tampoco resulta aconsejable la sola aplicación de la teoría de la equivalencia de las condiciones dada su excesiva amplitud, pues lo que se trata es que entre los acontecimientos que han participado en la realización de un daño, únicamente deben ser considerados como “causas” de ese daño, en el sentido jurídico de la palabra, aquellos cuyo papel ha sido suficientemente importante. De ahí que, entre toda la secuela de perjuicios sucesivos, el autor de la culpa inicial no deba reparar sino aquellos de que su culpa ha sido la causa, en el sentido exacto de la palabra, y no aquellos de los que no ha sido sino la ocasión.

**TRIGÉSIMO SEGUNDO:** Que atendido lo razonado precedentemente, y considerando la naturaleza del perjuicio reclamado por el actor, es dable concluir que éste tiene la calidad de “indirecto” en relación con el hecho imputable a la demandada. En efecto, la consecuencia directa y necesaria de la falta de servicio en que incurrió el Fisco —emisión de una resolución administrativa arbitraria e ilegal por parte de la Comisión Médica Central— fue la privación al actor de la obtención de su pensión de invalidez y los correspondientes pagos asociados a ésta, mas no los gastos derivados por la defensa jurídica que contrató.

**TRIGÉSIMO TERCERO:** Que tal como las partes litigantes reconocieron, la sentencia dictada por la Iltma. Corte de Apelaciones de Temuco, confirmada por la Excma. Corte Suprema, no condenó a la parte demandada a pagar al Sr. Carrasco una serie de pensiones de manera retroactiva, ni siquiera calificó la invalidez de aquel, limitándose únicamente a estimar que durante el proceso de calificación habían existido irregularidades al haberse prescindido de ciertos exámenes médicos del actor.

Que a mayor abundamiento, en este nuevo proceso de calificación de invalidez, la Comisión Médica Central si bien arribó a la conclusión de que se trataba de una invalidez definitiva, no lo hizo en el mismo porcentaje de



«RIT»

Foja: 1

la inicial, estableciéndose sólo en ese momento la cuantía de la pensión de invalidez y su pago retroactivo al Sr. Carrasco.

**TRIGÉSIMO CUARTO:** Que de otro lado, el hecho que el Sr. Carrasco haya contratado a un abogado a fin de que este defendiera sus derechos e intereses en juicio, tal disposición patrimonial no corresponde a un perjuicio directo y necesario de la falta de servicio que se imputa al Fisco, pues ello corresponde a una eventualidad que podía o no ocurrir dado que la interposición del mismo, podía incluso serlo sin el patrocinio de abogado. Luego, más allá de las consideraciones que pueda tener esta sentenciadora en lo concerniente al elevado monto de los honorarios establecidos por las partes, lo cierto es que dicha convención fue celebrada con el consentimiento de ambas partes, en el marco de una relación contractual privada, y que en nada se relaciona a la falta de servicio acreditada en autos.

**TRIGÉSIMO QUINTO:** Que a mayor abundamiento, el perjuicio directo originado al actor, esto es, la privación de su calificación de invalidez y el consecuente pago de las pensiones de manera retroactiva, fue reparado por aquél según consta en el documento de liquidación y pago de pensiones acompañado a la carpeta electrónica, y que fuera efectuado al mandatario del actor Sr. Cevas.

Que en consecuencia, no se trata de un detrimento patrimonial proveniente de la falta de servicio del Fisco, sino de una disposición de dinero que efectuó voluntariamente el actor, institución que incluso se encuentra regulada por el derecho procesal civil bajo la fórmula de pago de las costas asociadas a la causa, y que como tal, no puede ser considerada como una consecuencia directa y necesaria, razón por la cual se rechazará lo pedido por daño emergente como se dirá en lo resolutive.

**TRIGÉSIMO SEXTO:** Que en lo relativo al daño moral o extrapatrimonial reclamado por el Sr. Carrasco, éste lo hace consistir en la angustia, ansiedad y trastorno depresivo que a la fecha aún mantiene, y que se habrían generado por el hecho de la demandada cuantificándolo en la suma de \$15.000.000.-

**TRIGÉSIMO SEPTIMO:** Que se ha dicho que el daño moral o extrapatrimonial consiste en la aflicción o dolor que experimenta una persona como consecuencia de un hecho ilícito, y que no puede ser objeto de una reparación en naturaleza, en razón de que el dolor físico o la imposibilidad de realizar las actividades cotidianas no lo permiten, siendo más bien una compensación a la víctima por el mal recibido que no estaba obligada a soportar.

Reiteradamente ha resuelto la jurisprudencia de los tribunales de justicia, que si bien todo daño ocasionado por dolo o culpa, obliga a su



«RIT»

Foja: 1

autor a la correspondiente indemnización, dicha reparación queda supeditada, en todo caso, a la prueba de su existencia, principio probatorio al cual no escapa el daño moral o extrapatrimonial. En este sentido, quien alega haber padecido un perjuicio moral como consecuencia de un hecho ilícito, debe acreditar a lo menos el hecho de haberlo efectivamente padecido, pues ante todo, la indemnización debe comprender la compensación satisfactoria de un perjuicio real y determinado, lo cual se logra a través de los medios de prueba legales, en particular declaración de testigos, informes periciales, etc.

**TRIGÉSIMO OCTAVO:** Que a fin de acreditar lo correspondiente, el actor acompañó a la carpeta electrónica una serie de fichas clínicas por las atenciones médicas recibidas los últimos años y certificados e informes médicos los cuales fueron ratificados en juicio por sus emisores, quienes no fueron tachados y dieron razón de sus dichos, todo lo cual fue reseñado en los motivos 13° y 14°.

**TRIGÉSIMO NOVENO:** Que a partir de la prueba rendida por el actor, se desprende que si bien con anterioridad a la resolución de calificación de invalidez que revirtió la original que le otorgaba una pensión definitiva por dicho concepto, ya presentaba una serie de patologías de salud de mediana a alta gravedad, tales como infartos al miocardio, insuficiencia mitral moderada, hipertensión y displasia de cadera, lo cierto es que desde la perspectiva emocional sufrió un agravamiento, desestabilizándolo en su estado de ánimo, generándole incluso crisis de pánico, todo ello según dan cuenta los informes y certificados médicos a raíz del estrés sufrido durante todo el periodo de incertidumbre respecto de si se le otorgaría o no la pensión definitiva.

Que en concreto, la psiquiatra Dra. Javiera Barrios, quien atendió al Sr. Carrasco desde junio de 2016 a agosto de 2018, manifestó que éste vio agudizada su sintomatología depresiva y sus episodios de ansiedad. Por su parte, el psicólogo Sr. Guido Ulloa, señaló que su labor fue trabajar sus síntomas de ansiedad mediante técnicas de relajación, ya que todo el periodo de calificación de invalidez le produjo un desgaste emocional importante.

**CUADRAGÉSIMO:** Que en razón de lo anterior, corresponde tener por acreditado el daño moral o extrapatrimonial, considerándose además que éste se encuentra en directa relación con la falta de servicio imputable a la demandada, pues es lógico concluir que la angustia, ansiedad y desgaste emocional sufrido por el Sr. Carrasco, derivó necesariamente del hecho de haber sido rechazada su solicitud de pensión de invalidez, y expuesto a la incertidumbre de percibir determinados ingresos, lo que resulta como una consecuencia natural para toda persona situada en un contexto similar, considerando sus patologías, edad y demás condiciones psicológicas.



«RIT»

Foja: 1

**CUADRAGÉSIMO PRIMERO:** Que lo anterior, constituye eminentemente una vulneración a la integridad psíquica a que toda persona tiene derecho, y cuya vulneración constituye un daño moral indemnizable, debiendo ser avaluado será de manera prudencial por esta sentenciadora habida consideración de los antecedentes personales y médicos del actor y que ya fueran latamente reseñados, su edad y especialmente las repercusiones emocionales que estos experimentaron como consecuencia de la falta de servicio de la demandada, perjuicio que debe ser compensado satisfactoriamente, estimándose por esta sentenciadora, en prudencia y equidad, la cantidad solicitada en la demanda, esto es, la suma de \$8.000.000.- (ocho millones de pesos).

**CUADRAGÉSIMO SEGUNDO:** Que el resto de la prueba, pormenorizada pero no analizada en lo particular, en nada altera las conclusiones arribadas.

**CUADRAGÉSIMO TERCERO:** Que por no haber resultado enteramente vencido el demandado, cada parte pagará sus costas.

Por estas consideraciones, y visto además lo dispuesto en los artículos 170, 254, 342, 346 N° 1, 356, 385, 409, 426, y 427, del Código de Procedimiento Civil, artículos 1437, 1698, 2314 y 2329 del Código Civil; arts. 6, 7 y 38 de la Constitución Política de la República, arts. 4 y 42 de la Ley N° 18.575, art. 11 del DL N° 3500 de 1980, arts. 18, 37, 38 y 41 del D.S N° 57 de 1990, y demás disposiciones legales aplicables, se declara:

I.- Que se acoge parcialmente la demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad por falta de servicio de fecha 5 de julio de 2017, subsanada el 8 de junio de 2018, sólo en cuanto se condena al Fisco de Chile a pagar al demandante la suma de \$8.000.000.- a título de daño moral, rechazándose la demanda respecto del daño emergente reclamado;

II.- Que la cantidad indicada se reajustará según la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor aplicado desde el último día anterior al mes en que quede ejecutoriada la sentencia y hasta el último día del mes anterior al de su pago efectivo, y la suma así reajustada devengará intereses corrientes aplicados desde la fecha en que la sentencia quede ejecutoriada y hasta la época del pago efectivo;

III.- Que cada parte pagará sus costas.

Regístrese, notifíquese y en su oportunidad archívese.



«RIT»

Foja: 1

DICTADA POR DOÑA ROCIO PEREZ GAMBOA, JUEZ  
TITULAR. AUTORIZA DOÑA MARIELLA RISOPATRON  
CERNA, SECRETARIA SUBROGANTE.

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162  
del C.P.C. en **Santiago, veintinueve de Enero de dos mil veinte**



Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en <http://verificadoc.pjud.cl> o en la tramitación de la causa.

A contar del 08 de septiembre de 2019, la hora visualizada corresponde al horario de verano establecido en Chile Continental. Para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar 2 horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>