
DOCTRINA

LEGITIMACIÓN PASIVA DE LOS HOSPITALES AUTOGESTIONADOS

Urbano Marín Vallejo ¹

Danae Frings Anadón ²

RESUMEN: *El estudio analiza el concepto y alcance de la legitimación pasiva en los juicios que tienen los hospitales autogestionados, en virtud de la Ley N° 19.937 y su reglamento. El artículo explica que, como consecuencia del cambio experimentado por los Servicios de Salud, pasaron de ser organismos ejecutores de las acciones de salud a ejercer la función de articular y supervisar la respectiva Red Asistencial. Para facilitar la actividad de los Hospitales y por el hecho de adquirir la condición de autogestionados, quedan dotados de la representación judicial y extrajudicial del Servicio, de un patrimonio de afectación y de un presupuesto diferenciado del Servicio cuya Red Asistencial integran. Los autores concluyen que es un error desconocer la legitimación activa y pasiva del hospital autogestionado y confundirla con la del Servicio de Salud.*

¹ **URBANO MARÍN VALLEJO.** Abogado y Profesor Universitario. Ex Presidente de la Corte Suprema de Justicia y actual Abogado Asesor del Comité Contencioso Administrativo del Consejo de Defensa del Estado.

² **DANAE FRINGS ANADÓN.** Abogada del Departamento de Control y Tramitaciones Judiciales del Consejo de Defensa del Estado.

ABSTRACT: *Procedural legitimization of self-managed hospitals. The study analyzes the concept and scope of the legitimization of self-managed hospitals in civil cases, under Law 19.937 and its regulations. The article explains that as a result of the change experienced by Health Services they moved from being agencies in charge of executing health actions to agencies in charge of exercising the function of articulating and supervising the correspondents Assistance Networks. To facilitate the activity of the Hospitals and due to the fact of acquiring the condition of self-managed, they are endowed with the judicial and extrajudicial representation of the Service, and with a budget differentiated from the Service whose Assistance Network they integrate. The authors conclude that it is a mistake to ignore the legitimization of the self-managed hospital and to confuse it with the one of the Health Service.*

PALABRAS CLAVES: *Hospitales autogestionados - Legitimación pasiva - Servicios de Salud.*

Aun cuando existen diversos e interesantes trabajos en esta temática, estimamos que resulta útil poder abordarlo, teniendo en cuenta algunos elementos nuevos.

I. Notas Generales

Con este propósito, cabe recordar que la legitimación pasiva es una condición esencial de una relación procesal válida ante la justicia. Mario Casarino Viterbo señaló que dicha relación consiste en “una vinculación en que tanto la actividad de las partes como la del juez está regulada por la ley y el proceso crea derechos y obligaciones para los sujetos que intervienen, siendo su misión fundamental la actuación de la ley y formándose de este modo una relación jurídica de carácter procesal autónoma y compleja, perteneciente al derecho público”.

Este autor describe la capacidad de las partes para comparecer en juicio y la observancia de las formalidades prescritas por la ley para la validez de los distintos actos que lo constituyen, cuya concurrencia es necesaria para que un juicio surta los efectos legales que le son propios y “la única manera que la relación jurídica procesal nazca válida a la vida del derecho” (1).

Asimismo, no cabe confundir la capacidad de las partes, es decir, la de actuar y ejercer derechos y contraer obligaciones y que en el ámbito procesal significa la aptitud para accionar en el pleito, haciendo uso de los derechos y asumiendo las cargas correspondientes, con la legitimación que ellas requieren poseer y que también es condición indispensable para la validez y eficacia del juicio.

A su turno, Giuseppe Chiovenda sostenía que “esta condición se puede designar con el nombre de cualidad para obrar”, sin embargo, preferimos nuestra antigua denominación de legitimario ad causam. Con ella se expresa que para que el juez estime la demanda no basta que considere existente el derecho, sino que es necesario que considere la identidad del actor en cuyo favor está la ley (legitimación activa) y la identidad de la persona contra quien se dirige la voluntad de la ley (legitimación pasiva). Con el nombre de *legitimatio ad procesum* se indica, por el contrario, un presupuesto procesal, esto es, “la capacidad de presentarse por sí o por otros” (2).

La legitimación es una característica o calidad que corresponde al titular del derecho ejercido en la relación jurídica o de la obligación controvertida en el juicio y que permite identificar a quien puede ejercer la acción y en contra de quien ella puede intentarse.

De esta manera, la legitimación corresponde a la persona que se atribuye contar con un interés propio y puede hacer valer en el juicio sus derechos (legitimación activa). A su vez, la posee la persona en contra de quien se afirma la existencia de tal interés en nombre propio y puede sostenerlo en el pleito (legitimación pasiva).

La importancia radica en que la carencia de estos atributos permite que se pueda oponer la excepción de fondo, como defensa en el juicio, y que, por lo tanto, es una cuestión que debe examinarse independientemente del asunto de orden sustantivo que se controvierte en él.

II. Condición de los Hospitales Autogestionados

Como se trata de examinar si estos establecimientos asistenciales cuentan con legitimación pasiva para ser emplazados válidamente por situaciones producidas en la atención que prestan a sus enfermos o si esa condición es propia de los Servicios de Salud a que ellos pertenecen, interesa referirse a las características de estos organismos y de tales hospitales ya las normativas a que están sujetos.

III. Servicios de Salud

Forman parte de un sistema organizacional a través del cual que el Estado lleva a cabo las funciones que le comete el N° 9 del artículo 19 de la Constitución Política vigente, que asegura a todas las personas “el derecho a la protección de la salud”.

De igual manera, el inciso cuarto de este precepto le impone el deber preferente de “garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias”.

Los Servicios de Salud son sucesores tanto de ex Servicio Nacional de Salud como del ex Servicio Médico Nacional de Empleados, que fueron fusionados y, a la vez, desmembrados con la creación de tales Servicios mediante el Decreto Ley N° 2.763, de 1979. Por tanto, son continuadores de esos organismos dentro de sus respectivos territorios, como lo declara el inciso cuarto del artículo 16 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Los hospitales que integraban los Servicios de Salud eran establecimientos dependientes de estos organismos, sin personalidad jurídica, patrimonio, ni atribuciones propias para la administración de los recursos que les fueran asignados

A raíz de las reformas impuestas por la Ley N° 19.937, de 24 de febrero de 2004, los Servicios de Salud dejaron de ser ejecutores de las acciones de salud y de control sanitario, para asumir las funciones de “articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente para la realización de acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de personas enfermas”, según lo dice el inciso primero del artículo 16 de este texto legal, que los sujeta a la supervisión del Ministerio de Salud.

Con todo, los Servicios de Salud mantienen su condición de “organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio”, conforme lo dispone el inciso segundo de la norma antes citada.

Esa descripción coincide con la que indica el inciso final del artículo 29 de la Ley N° 18.575, cuyo texto fijó el Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2000, del Ministerio Secretaría General de Gobierno, que en su inciso tercero preceptúa que estas instituciones “estarán sometidos a la supervigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio correspondiente”.

A su turno, el artículo 17 del aludido Decreto con Fuerza de Ley N° 1, del 2005, previene que “la Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales

de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2º de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población”.

IV. Caracteres de Hospitales Autogestionados

Son establecimientos que integran la red asistencial de cada Servicio de Salud, los Hospitales de Autogestión en Red, a que se refiere el Título IV del mismo cuerpo legal y que se configuraron en la citada Ley N° 19.937.

Esta calidad la poseen los “establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones”, de acuerdo con lo que señala el artículo 31 del texto legal citado.

Ella se adquiere por medio de una resolución de los Ministerios de Salud y de Hacienda, al cabo del procedimiento que consultan los artículos 12 y siguientes del Decreto Supremo N° 38, de 29 de diciembre de 2005, del Ministerio de Salud, que los denomina también “Establecimientos Autogestionados”.

De igual forma, el inciso quinto del mismo artículo 31 del cuerpo legal antes indicado dispone que los establecimientos que obtengan la calidad de autogestionados “serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley N° 18.575”.

Los hospitales autogestionados tienen características particulares, pues en su condición de órganos desconcentrados no cuentan con personalidad jurídica ni patrimonio propios y, por lo tanto, debieran operar con la personalidad y el patrimonio del Servicio de Salud cuya Red Asistencial integran, de manera que a este organismo debieran alcanzar los efectos de sus actuaciones, entre ellas, las responsabilidades por los daños irrogados dicha actividad.

Con todo, ocurre que la ley delegó en los Directores de dichos establecimientos de autogestión la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud respectivo para la aplicación de las facultades asignadas por el legislador, es decir, las referentes a la ejecución de acciones y programas de salud, celebración de actos y contratos y la administración de su dotación de funcionarios. Lo dice el inciso final del artículo 36 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, que reproduce el artículo 25 del Reglamento mencionado.

Con ello, se cumple la citada norma de la Ley N°18.575, la que previene en su inciso primero que “sin perjuicio de su dependencia jerárquica general, la ley podrá desconcentrar territorialmente y funcionalmente a determinados órganos” y en su acápite final dice que “la desconcentración funcional se realizará mediante la radicación por ley de atribuciones en determinados órganos del respectivo servicio”.

Esta situación “se presenta cuando determinados órganos de la Administración Central, sin dejar de ser centrales, son dotados por el legislador de atribuciones privativas en ciertas materias, de recursos especiales para cumplir una modalidad específica de trabajo y por excepción de personalidad jurídica”, manifestó Enrique Silva Cimma para describir esta figura (3).

Como es sabido, el artículo 24 de la Constitución Política señala que el gobierno y la administración del Estado corresponden al Presidente de la República, pero en la organización administrativa nacional existen casos en que la representación del Fisco está radicada en autoridades distintas al Jefe del Estado.

Es lo que ocurre con el Director General de Obras Públicas, a quien el artículo 12 del Decreto con Fuerza de Ley N° 850, de 25 de febrero de 1987, le atribuye la representación del Fisco para celebrar actos y contratos en cumplimiento de sus funciones, si bien la Fiscalía del Ministerio debe colaborar con el Consejo de Defensa del Estado en los juicios relacionados con el Ministerio o esa Dirección General.

Los Hospitales Autogestionados tienen la índole de desconcentrados pues les incumbe “ejecutar, dentro de su nivel de complejidad las acciones que corresponden a los Servicios de Salud de acuerdo con la ley”, en conformidad con el último inciso del artículo 31 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005.

Por su parte, el inciso sexto de la misma norma prescribe que, “no obstante, en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia no comprometerán sino los recursos y bienes afectados al cumplimiento de sus fines propios a que se refieren los artículos 42 y 43” del mismo cuerpo legal.

Los Hospitales Autogestionados representan, pues, un grado mayor de descongestión administrativa y patrimonial en la estructura del Estado, en la medida que son órganos desconcentrados de Servicios que tienen la naturaleza de descentralizados respecto del núcleo central de su Administración.

Entre las funciones y potestades que corresponden al Director de un Hospital Autogestionado están las contenidas en la letra i) del artículo 42 de dicho texto que consiste en “ejecutar y celebrar toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorporeales que hayan sido asignadas o afectadas al Establecimiento y las adquiridas por éste y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extra contractuales”.

El Director del Hospital Autogestionado cuenta, entonces, con potestades para administrar los bienes y recursos asignados al establecimiento y los adquiridos por éste. Entre ellas, posee la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud, que como lo indica el artículo 25 del Reglamento aprobado por el mencionado Decreto Supremo N°38, de 2005, del Ministerio de Salud, reiterando lo que expresa el último inciso del artículo 36 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, que previene esa personería “se entenderá delegada en el Director del Establecimiento, cuando ejerza las atribuciones señaladas en el artículo 23 de este Reglamento. Notificada la demanda, deberá ponerla, en el plazo de 48 horas, en conocimiento del Director del Servicio correspondiente, quien deberá adoptar las medidas administrativas que procedieran y podrá intervenir como coadyuvante en cualquier estado del juicio”.

V. Alcance de la Representación del Servicio de Salud

Además de consistir en una delegación amplia de facultades tanto en el plano judicial como extrajudicial, para el ejercicio de las funciones que legal y reglamentariamente están asignadas al Director del Hospital Autogestionado, ella presenta un rasgo especial.

Porque ella no se confiere por un acto administrativo revocable de la Jefatura Superior del Servicio de Salud, sino que es efecto directo e inmediato del otorgamiento de la calidad de autogestionado al establecimiento, por el solo hecho de producirse en la forma antes expuesta.

Así se infiere de la referida norma reglamentaria que no exige actuación alguna de la Dirección del Servicio ni otra autoridad, puesto que ella resulta de la investidura del hospital como autogestionado.

Por otro lado, como se manifestó, ella tiene lugar en el área de la administración de los bienes y recursos que, siendo parte del patrimonio del Servicio de Salud, están afectados a la operación del establecimiento y se produce para la realización de las funciones que debe desarrollar su Director en su gestión.

La catedrática doña Carolina Carvajal Tadres indica los tres elementos que fortalecen la autonomía operativa de los Hospitales Autogestionados: delegación de la representación del Servicio de Salud; dotación de un patrimonio de afectación y asignación de un presupuesto distinto al del Servicio (4).

Esa relativa independencia la confirma, asimismo, la disposición que encierra el artículo 35 del Título IV del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, de Salud, que indica que “el Director del Servicio de Salud no podrá interferir en el ejercicio de las atribuciones que le confiere este Título al Director del establecimiento, ni alterar sus decisiones”.

De esta manera, la delegación de la representación del Servicio regulada en la normativa antes aludida implica el traspaso de ella al delegado y que ella deja de corresponder privativamente a Dirección del Servicio de Salud respectivo.

Pese a que no hay un acto delegación formal, en la materia es útil tener presente lo que establece sobre la delegación de facultades la Ley N°18.575 porque es valedero atenerse a sus reglas, dado lo que dice el artículo 22 del Código Civil.

El artículo 41 de esa ley señala las bases de la delegación de funciones y facultades en la Administración del Estado y en su letra d) preceptúa que “la responsabilidad por las decisiones que se adopten o por las actuaciones que se ejecuten recaerá en el delegado, sin perjuicio de la responsabilidad del delegante por negligencia en el cumplimiento de sus obligaciones de dirección o fiscalización”. En su inciso segundo, la disposición dice que “el delegante no podrá ejercer la competencia delegada sin que previamente revoque la delegación”.

Estas normas disponen, en síntesis, que la autoridad delegante cesa de tener injerencia en la aplicación de las atribuciones que ha traspasado al delegado, salvo en lo que hace a sus potestades y deberes de supervisar y controlar como ellas se ejercen.

Con ese fin, las disposiciones ya señaladas prescriben que, si se notifica una demanda en contra del Hospital Autogestionado, se deberá poner en conocimiento personal del Director del Servicio de Salud a que pertenece, para los efectos que tome las medidas administrativas que procedieran, v. gr., destinar abogados de la asesoría jurídica del Servicio para intervenir en la defensa del hospital.

VI. Calidad en que puede actuar el Director del Servicio

La regla añade que podrá actuar como coadyuvante en el juicio.

El coadyuvante es uno de los “terceros” en el pleito, a que se refiere el artículo 23 del Código de Procedimiento Civil, expresando que “los que sin ser partes directas en el juicio, tengan interés actual en sus resultados, podrán en cualquier estado de él intervenir como coadyuvantes”.

De estas disposiciones queda en claro que el tercero no es parte en el juicio y que así lo entiende el aludido artículo 25 del Reglamento. De

ella se infiere, que, en su caso, la demanda debe ser dirigida contra del Hospital Autogestionado y que el Servicio de Salud sólo podría intervenir en la *litis* en la calidad de tercero coadyuvante, por decisión facultativa de su Director.

VII. Carencia de Legitimación Pasiva del Servicio de Salud

Se desprende de lo anterior que el Servicio de Salud carece de legitimación pasiva para ser demandado por situaciones ocurridas en la gestión de un Hospital Autogestionado que forma parte de su red asistencial.

Ella, como se ha anotado, corresponde al establecimiento desde que adquiere su calidad de Autogestionado, de modo exclusivo y excluyente.

Debe apuntarse que por medio de la Circular N°1, de 29 de febrero de 2008, el Ministerio de Salud dio instrucciones en lo relativo a la representación judicial de los Servicios de Salud por parte de los Hospitales Autogestionados. En estas directivas señaló que “la representación judicial de estos establecimientos corresponde por ley a su Director al que compete asumir -en su caso- las correspondientes acciones para su defensa y que en el caso de acciones judiciales dirigidas contra el establecimiento (Autogestionado), el resultado de las mismas compromete los bienes y recursos del mismo, no implicando en ningún caso los bienes del respectivo Servicio de Salud”.

En tal virtud, tampoco puede accionarse simultáneamente en contra tanto del Hospital como del Servicio de Salud, pues este último, como se ha explicado, no tiene legitimación pasiva para ser demandado válidamente en la actividad contractual y extracontractual del establecimiento hospitalario autogestionado.

VIII. Jurisprudencia Contradictoria

No existen muchos fallos relativos a la materia revisada precedentemente, pero es posible analizar algunos hallazgos que permiten identificar tendencias respecto a la temática en cuestión. Tal es el caso del trabajo realizado por el Departamento de Estudios del Consejo de Defensa del Estado y actualizado a junio de 2018 (5).

A. Sentencias que acogen la Representación del Servicio de Salud por el Director del Hospital Autogestionado

- Corte de Apelaciones de Santiago, de 6 de noviembre de 2014, relativa al juicio “Juan Naranjo Hemández con Servicio de Salud Metropolitano”, expresó que la demanda había sido correctamente notificada al Servicio, porque los hechos en que se basaba la acción se habían producido antes de que el hospital adquiriera la calidad de autogestionado.
- Juzgado de Letras del Trabajo de Puerto Montt, en el juicio de 14 de abril de 2016, en el juicio caratulado “Velásquez con Hospital de Puerto Montt, expresó que la demanda debió encaminarse en contra del establecimiento y no del Servicio de Salud al que pertenece.
- Corte Suprema, de 8 de octubre de 2015, en juicio “Briceño Montaña Myriam con Servicio de Salud de Iquique”, condenó a este servicio a indemnizar los perjuicios, solidariamente con el Fisco, por una prestación efectuada por el Hospital Regional de Iquique.
- Juzgado de Letras de San Miguel, de 23 de octubre de 2015, emitido en el pleito “Georgina Isabel Alcayaga con Servicio de Salud Metropolitano Sur”, manifestó que la demanda debería haberse presentado en contra del Hospital Barros Luco y no del servicio.
- Corte de Apelaciones de San Miguel, de 10 de junio de 2016, declaró en los autos “Mora Alvial María con Servicio de Salud Metropolitano Sur”, que la demanda debía haberse dirigido en contra del Hospital respectivo y no del Servicio de Salud.

- Corte Suprema, en sentencia de 6 de septiembre de 2006, dictada en el juicio “Garrido Troncoso contra Fisco de Chile”, señaló que como la acción de perjuicios remite a hechos ocurridos antes de que el hospital adquiriera el carácter de autogestionado, ella debía enderezarse en contra del Servicio de Salud y no del Fisco.
- Corte de Apelaciones de Santiago, de 6 de septiembre de 2018, dictada en juicio “Tolosa Lahr, Mario con Servicio de Salud Metropolitano Norte y Complejo Hospital San José”, señaló que el Servicio de Salud Metropolitano Norte carece de legitimación pasiva para responder por los hechos ocurridos en el Complejo Hospital San José, fundantes del libelo.
- Corte Suprema, de 6 de noviembre de 2017, pronunciada en los autos “Pérez Barril Marilla y otro con Servicio de Salud Osorno”, dijo que la acción de perjuicios no debía afectar al hospital autogestionado, por cuanto los hechos habían ocurrido antes que el establecimiento pasara a serlo.
- Corte Suprema, de 26 de diciembre de 2017, recaída en el juicio “Pérez Garrido Florentina y otro con Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz”, concluyó que por tener el establecimiento el carácter de autogestionado la demanda había sido dirigida correctamente en su contra.

B. Sentencias Contrarias a la Representación del Servicio de Salud por el Director del Hospital Autogestionado

- Corte Suprema, de 14 de diciembre de 2015, emitida en el pleito “Jorge Triviño Gutiérrez con Servicio de Salud de Reloncaví”, señaló que la calidad de autogestionado de un hospital no significa que pueda ser demandado como representante del Servicio.
- Corte Suprema, de 23 de mayo de 2018, dictada en el juicio “Silva Caballero Manuel Alejandro con Servicio de Salud Iquique”, sostuvo que la demanda había sido correctamente dirigida en contra del servicio, pues la delegación de atribuciones de que es objeto el Hospital Autogestionado, no desliga el Servicio de la actividad del

establecimiento, de modo que ese ente debe responder de los daños causados por el hospital por falta de servicio.

- Corte Suprema, de 5 de septiembre de 2018, dictada en el juicio “Gutiérrez Catalán Ana María y otro con Servicio de Salud Metropolitano Occidente”, señaló que el representante del demandado es su Director, aunque la situación que motivó la demanda se produjo en el Hospital Autogestionado “Félix Bulnes”.

Como puede observarse, se han dictado fallos del todo contradictorios incluso por la misma E. Corte Suprema, que en sus sentencias más recientes ha negado legitimación pasiva a los Hospitales Autogestionados, en contradicción con otras anteriores.

Pero esa circunstancia no debería llevar a desistirse de intentar nuevas defensas o recursos sobre la base de las explícitas y precisas normas que radican esa legitimación en los establecimientos y cuya transgresión es un vicio de nulidad de la relación procesal, como se indicó en un comienzo.

Por ello, en su caso, estimamos que, de mantenerse tal contradicción, procedería solicitar que la materia sea conocida por la Corte Suprema como Tribunal Pleno, en la forma prevista en el artículo 780 del Código de Procedimiento Civil.

IX. Notas Bibliográficas

- 1) Casarino Viterbo, Mario, “Derecho Procesal Civil”, Editorial Jurídica de Chile; Santiago, 1964, p. 24.
- 2) Chioventa, Guiseppe, “Instituciones de Derecho Procesal Civil”, Volumen 1, Cárdenas Editores y Distribuidores, México, 1989.
- 3) Silva Cimma, Enrique, “Derecho Administrativo Chileno y Comparado. El Servicio Público”, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 1995, p. 122.
- 4) Carvajal Tadres, Carolina, “La Legitimación Pasiva de los Hospitales Autogestionados”, Revista de Derecho Nº6, Escuela de Postgrado, Universidad de Chile, diciembre de 2014, p. 145.
- 5) Trabajo del Departamento de Estudios del Consejo de Defensa del Estado, de 13 de agosto de 2018.