Santiago, diez de noviembre de dos mil veinticinco.

Vistos y teniendo presente:

Primero: Que en estos autos Rol N° 25.803-2025, caratulados "Carrasco con Hospital Regional Rancagua", sobre juicio ordinario de indemnización de perjuicios, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 782 del Código de Procedimiento Civil, se ha ordenado dar cuenta del recurso de casación en el fondo interpuesto por la demandada en contra de la sentencia de la Corte de Apelaciones de Rancagua, que confirmó la del 1° Juzgado Civil de esa ciudad, que rechazó la excepción perentoria de falta de legitimación pasiva y acogió la demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad extracontractual y condenó al demandado, a indemnizar a los actores, por concepto de daño moral, las siguientes sumas:

i. $30.000.000 al cónyuge sobreviviente de doña Patricia Guajardo Díaz, don Daniel Enrique Carrasco Valenzuela.

ii. $20.000.000 para cada uno de los hijos de doña Patricia Guajardo Díaz.

iii. $40.000.000 en favor de la comunidad hereditaria a título de indemnización de los perjuicios propios de la víctima.

Todas las sumas con reajustes e intereses de acuerdo con lo que se señala en el fallo.

GFMGBXOKXFR

Segundo: Que, como primera causal de nulidad sustancial, se alega la infracción al DFL N° 1 de 2005 del Minsal, texto refundido, coordinado y sistematizado del DL N° 2763 de 1979, y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469, así como su reglamento orgánico N°38; a la Ley N°19.937; y a la Ley N°18.575 en concordancia con los artículos 19 y 20 del Código Civil.

Explica que, si bien con Ley N°19.937 hay un evidente interés por mejorar eficiencia y calidad en la gestión, creando los Hospitales Autogestionados, dotándolos en esencia de un funcionamiento desconcentrado, con una mayor autonomía organizacional, administrativa y presupuestaria, esto implica sólo una autonomía jurídica para cumplir con su fin asistencial. Por lo que los Servicios de Salud no dejan de detentar la legitimación pasiva en las acciones de responsabilidad por falta de servicio y titularidad jurídica para responder patrimonialmente por las indemnizaciones compensatorias de perjuicios.

Agrega que, si bien el artículo 36 inciso final del DFL N°1 delega la representación judicial y extrajudicial en el Director, solo lo hace con respecto al ejercicio de las atribuciones contenidas en dicha norma, es decir, únicamente para atribuciones de tipo administrativo, financiero, presupuestario y no así para comparecer en juicios indemnizatorios en materia de responsabilidad

GFMGBXOKXFR

sanitaria, ya que son facultades limitadas al desarrollo de los fines de la institución, ámbito al cual claramente escapa la responsabilidad por falta de servicio.

Por lo que Hospital carece de legitimación pasiva.

Tercero: Que, como segundo vicio de casación de fondo, se alega la infracción al artículo 43 de la Ley N°19.966 que establece un régimen de garantías en salud, en relación al cumplimiento de la exigencia de mediación previa respecto del perjuicio sufrido por la paciente doña Patricia Guajardo Díaz.

Indica que se condenó al Hospital a pagar los perjuicios propios sufridos por la paciente por la falta de servicio, en este caso en favor de la comunidad hereditaria, por $40.000.000. Y que, para efectos de deducir acciones reparatorias civiles en materia sanitaria se requiere cumplir con el trámite previo de mediación.

Afirma que, en consecuencia, los actores no podían acceder a esta indemnización porque en la mediación realizada nada se dijo del daño de la paciente, como consta del certificado respectivo, que da cuenta que los 6 demandantes actuaron como víctimas por repercusión, vicio que, según sostiene, debió declararse de oficio, aunque no hubiese sido alegado por las partes.

Cuarto: Que, para el análisis de los vicios denunciados, resulta necesario indicar que la presente

GFMGBXOKXFR

causa se inicia por demanda en juicio ordinario interpuesta los señores Daniel Enrique Carrasco Valenzuela, Paula Alejandra Pino Guajardo, Juan Patricio Pino Guajardo, Daniel Benjamín Carrasco Guajardo, Camila Graciela Carrasco Guajardo, Nicolás Guillermo Carrasco Guajardo en contra del Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins.

Fundaron su acción en que son cónyuge e hijos de doña Patricia Guajardo Díaz, fallecida el 31 de julio de 2017 en el Hospital demandado, quien ingresó a Urgencia de dicho Centro el día 28 de abril de 2017, aquejada de un fuerte dolor abdominal, vómitos, hinchazón, con un diagnóstico, de acuerdo con el Dato de Atención de Urgencia (DAU), de ictericia obstructiva y, luego de los desaciertos y malos procedimientos realizados por el Hospital, falleció el 31 de julio de 2017, de una "*Falla multiorgánica/shock séptico punto partida abdominal/colangitis aguda*", como consta en el certificado de defunción.

Por lo que demandaron la indemnización por el daño moral propio y, además, por aquellos sufrimientos de la paciente, los que avaluaron en $50.000.000 respecto de la señora Guajardo Díaz y $60.000.000 para cada uno de los demandantes.

Quinto: Que, la sentencia de primera instancia tuvo por establecidos los siguientes hechos:

GFMGBXOKXFR

1. Los demandantes son hijos de la causante y cónyuge sobreviviente.

2. Doña Patricia Del Carmen Guajardo Díaz ingresó a la Unidad de Emergencia del Hospital Regional de Rancagua el día 28 de abril de 2017, consultando por dolor abdominal, hinchazón, y sin poder eliminar gases, lo que se había prolongado por dos semanas.

i. Tenía 58 años de edad, con antecedentes de Colecistectomía (extracción de Vesícula Biliar), hipertensión arterial y diabetes mellitus, lo cual fue informado al funcionario médico a su ingreso.

ii. Señaló haber presentado Coluria (orina de color muy oscuro por contener Bilirrubina Conjugada o Directa, signo propio de la Obstrucción de Vía Biliar) y Acolia (heces muy claras que se producen al no existir eliminación de Bilis por la Vía Biliar hacia el Intestino).

iii. La médico Marisol Donoso diagnostica dolor abdominal e ictericia obstructiva (cuando la Bilis, producida en el Hígado, retorna hacia el torrente sanguíneo, debido a alguna obstrucción en la Vía Biliar).

iv. Se solicita Exámenes de Laboratorio, TAC Abdominal y Pelvis, y Evaluación por Cirujano; Dr. Edison Salazar Ortiz indica Colangioresonancia, la que debe practicarse de forma particular por la paciente, al no tener disponibilidad el centro de salud, pues solo se toma

GFMGBXOKXFR

con hora asignada, no de urgencia. Previo a esta evaluación, se le administró Furosemida (diurético) repetidas veces. El resultado de los exámenes no es inmediato, por lo que no fueron considerados antes del envío a su domicilio, el que se produjo el mismo día.

3. Doña Patricia Del Carmen Guajardo Díaz acudió nuevamente a la Unidad de Emergencia del Hospital Regional de Rancagua el 30 de abril de 2017, consultando nuevamente por dolor abdominal, hinchazón, y sin poder eliminar gases.

i. Médico Fernando Chaparro le diagnosticó Abdomen Agudo (síndrome caracterizado por dolor abdominal, generalmente asociado a manifestaciones de compromiso peritoneal, que hace considerar la posibilidad de una acción terapéutica de emergencia, por existir riesgo inminente para la vida del paciente).

ii. Se deja constancia de que su ictericia se remontaba a dos semanas de evolución y que presenta sensación febril por las noches.

iii. Exámenes evidenciaron aumento de parámetros inflamatorios. Se envía a domicilio el mismo día.

4. Doña Patricia Del Carmen Guajardo Díaz acudió por tercera vez a la Unidad de Emergencia del Hospital Regional de Rancagua el 01 de mayo de 2017, consultando por ictericia y dolor abdominal. Se le diagnostica cólicos abdominales e ictericia obstructiva, se solicita exámenes

GFMGBXOKXFR

incluyendo TAC Abdominal, evaluación por Medicina y se hospitaliza.

5. La causante se sometió a cirugía de exploración por laparoscopía el 02 de mayo de 2017, con diagnóstico preoperatorio de Colangitis aguda (infección de la bilis al interior de la Vía Biliar).

i. El cirujano Ángel Alava no logró visualizar adecuadamente el Hilio Hepático o Vía Biliar, para lograr visualizar el Colédoco y drenarlo. Puncionó con aguja 21 sin lograr salida de bilis y/o pus. Visualizó proceso inflamatorio más fibrina que involucra el mesocolon transverso sin identificar perforación. Realizó aseo de la cavidad.

ii. Como diagnóstico postoperatorio señaló Peritonitis Difusa de Probable Origen Diverticular.

iii. Se trasladó a UCI luego de la operación, ingresando con diagnóstico de Sepsis de origen abdominal (sin señalar causa u origen), enfermedad renal crónica reagudizada, Diabetes mellitus tipo II NIR e hipertensión arterial.

6. El 03 de mayo de 2017 se consideró por los médicos realizar Drenaje Endoscópico de la Vía Biliar, pero de manera no urgente por regresión de patrón colestásico y disminución de parámetros inflamatorios. Al día siguiente presentó episodios de desaturación.

GFMGBXOKXFR

7. El 05 de mayo de 2017 se entregó el resultado de la Tomografía Computarizada de abdomen y pelvis tomada el 28 de abril de 2017, donde el médico radiólogo Rodrigo Román Salgado indica entre sus hallazgos "vía biliar de calibre aumentado con un cálculo de 1,3 cm en el colédoco distal" y señala como impresión "Dilatación de la vía biliar; Coledocolitiasis; Ateromatosis aortica y Derrame peritoneal escaso."

8. El 10 de mayo de 2017 se realizó el Drenaje Endoscópico de la Vía Biliar, considerado el 03 de mayo, encontrándose vía biliar dilatada alitiásica y fístula biliar.

9. El 13 de mayo de 2017 se controló nuevamente por Cirugía, quienes sugieren realizar nuevo TAC Abdominal, con la finalidad de evaluar estado de Colección Peribiliar y plantean la posibilidad de completar estudio con EDA (Endoscopía Digestiva Alta), para descartar úlcera péptica como causa de Peritonitis al ingreso.

10. El 17 de mayo de 2017 la paciente presentó aumento de los parámetros inflamatorios más inestabilidad hemodinámica, se sometió nuevamente a una exploración quirúrgica realizada esta vez por el médico Aquiles Cornejo, quien encuentra absceso intrabdominal con lesión de Colédoco medio y Bilioma. Drenó la Vía Biliar, dejando Sonda Kehr y Drenaje de Jackson-Pratt al lecho subhepático.

GFMGBXOKXFR

11. El 18 de mayo de 2017 se observan signos de Infección (flogosis) en el antebrazo derecho.

12. El 24 de mayo de 2017 ingresó nuevamente a pabellón para corregir evisceración, realizándose aseo y sutura, y comprobándose drenajes y sonda in situ, los cuales funcionan bien. Procedimiento realizado por el médico Maximiliano Figueroa. Se inició diálisis por falla renal. Se observó en brazo derecho signos de flogosis más ulcera con fondo purulento y necrótico compatible a Fascitis necrotizante.

13. El 02 de junio de 2017 se practicó Traqueostomía y nuevo Aseo Quirúrgico abdominal, por el médico Héctor Almau, que revela medio litro de material purulento que se drena más bilioma. No se dejó constancia si el cirujano comprobó o vio o no, que la sonda estaba in situ y funcionando correctamente.

14. El 09 de junio de 2017 se desplazó la traqueostomía, produciendo enfisema de piel, por lo que se retira. Consta que había buena tolerancia con saturación de 100%. Se intubó al día siguiente.

15. El 11 de junio de 2017 existió filtración de traqueostomía, se comprobó existencia de "falsa vía", por lo que se intubó, y reinstaló traqueostomía al día siguiente por el doctor Carlos Jaspe.

GFMGBXOKXFR

16. El 14 de junio de 2017 la causante ingresó nuevamente a pabellón, para aseo quirúrgico de la infección cutánea de su antebrazo derecho, que fue observado el 18 de mayo. Operó el cirujano Aquiles Cornejo.

17. Se trasladó la paciente a la UTI, con los diagnósticos de Sepsis de Foco Abdominal Tratada (Peritonitis de Probable Origen Diverticular); Fístula Biliar (Vía Biliar Dilatada Alitiásica); Bacteremia por Klebsiella pneumoniae; Enfermedad Renal Crónica Reagudizada; Hipernatremia Leve f. DM Tipo II IR; Hipertensión Arterial; e Infección de Piel y Tejidos Blandos. Fasceitis Necrotizante Antebrazo Derecho.

18. El 16 de junio de 2017 se planteó dejar aspirativo continuo en drenaje para mejor evacuación de líquido biliar que escurre por la sutura, pero el cirujano lo descarta.

19. El 21 de junio de 2017, el resultado de un TAC reveló colección abdominal, por lo que se indicó drenaje percutáneo por Radiólogo Intervencionista.

20. El 05 de julio de 2017 se realizó un nuevo Aseo Quirúrgico del Antebrazo Derecho, por la Dra. Patricia Cornejo. La Sra. Patricia continuó evolucionando en forma tórpida, con alzas febriles, y sin control de su cuadro.

GFMGBXOKXFR

21. El 18 de julio de 2017, se encontró Neumotórax y Derrame Pleural Derecho, por lo que se instaló Pleurostomia por el Dr. Carlos Jaspe.

22. El 19 de julio de 2017, se reinstaló catéter percutáneo para drenar colecciones abdominales por el Dr. Alexis Morales.

23. El 26 de julio de 2017, se realizó un control en Radiología, de drenaje percutáneo instalados en Colecciones Retrogástricas, el cual se retira debido a disminución significativa de las mismas, por el Dr. Alexis Morales. La paciente continuó con compromiso multisistémico.

24. El 27 de julio de 2017 se realiza reunión con los familiares

25. La paciente falleció el 31 de julio de 2017, a las 07:22 horas, cuya causa de muerte fue falla multiorgánica/ shock séptico punto Partida abdominal/colangitis aguda.

Sexto: Que, a partir de tales hechos, el tribunal revisó bibliografía acerca de las patologías biliares y, en especial, de las que aquejaron a la paciente, concluyendo que un cuadro prolongado como el de aquella sin el tratamiento adecuado podía complicarse a otras afecciones más graves, por lo que los médicos que la atendieron debieron solicitar los exámenes adecuados (ecotomografía

GFMGBXOKXFR

abdominal) y realizar las intervenciones quirúrgicas de urgencia necesarias, lo que no hicieron.

Por lo que el tribunal a quo concluyó que no se siguieron los protocolo médicos exigible según la patología o condiciones que aquella presentaba, atenciones que fueron deficientes, defectuosas y erradas, configurando una falta de servicio de la demandada.

A continuación, revisó los daños solicitados, teniendo por acreditado el perjuicio moral sufrido por la paciente, habida consideración de las diversas patologías que se desencadenaron como consecuencia de las faltas a la lex artis de los profesionales, unidos a los malos manejos físicos, todo lo cual necesariamente le produjo dolor y angustia. Igualmente, tuvo por acreditados los perjuicios sufridos por su familia, por lo que acogió la demanda, en la forma ya señalada en el fundamento primero.

Séptimo: Que, recurrida tal decisión, la Corte de Apelaciones de Rancagua desestimó la alegación de la demandada referida a la circunstancia de haber acogido la sentencia la petición de los actores relativa al daño de la causante, a pesar de no haber éstos cumplido el trámite previo de mediación, por no haber sido planteada al contestar la demanda ni durante el juicio, resultando improcedente hacerlo al interponer el recurso de apelación,

GFMGBXOKXFR

el que sólo puede referirse a las cuestiones debatidas durante el proceso.

Y compartió lo razonado por el a quo en relación con las demás alegaciones.

Octavo: Que resulta pertinente recordar que, según dispone el artículo 767 del Código de Procedimiento Civil, el recurso de casación en el fondo procede en contra de sentencias que se hayan pronunciado con infracción de ley y siempre que dicha infracción haya influido substancialmente en lo dispositivo del fallo.

Por su parte, para que un error de derecho pueda influir de manera substancial en lo dispositivo del fallo, como lo exige la ley, aquél debe consistir en una equivocada aplicación, interpretación o falta de aplicación de aquellas normas destinadas a decidir la cuestión controvertida, situación que no ocurre en este caso.

Noveno: Que el primer vicio denunciado por el recurso debe descartarse, pues, como resulta de una jurisprudencia que ha pasado a ser constante –cuyo origen está en la sentencia de esta Corte Suprema de 3 de abril de 2020, Rol N° 2.881-2019–, en el campo de la responsabilidad hospitalaria la víctima puede demandar indistintamente tanto al hospital autogestionado de que se trate como al servicio de salud del que depende.

GFMGBXOKXFR

Esta jurisprudencia obedece a la singularidad del diseño institucional creado por la Ley N° 19.937, también llamada "Ley de autoridad sanitaria".

En efecto, los denominados "establecimientos autogestionados en red" son órganos funcionalmente desconcentrados del respectivo servicio de salud –cuyo es el caso del Hospital Regional de Rancagua con respecto al Servicio de Salud del Libertador Bernardo O'Higgins–, en cuanto se corresponden con la figura genérica de la desconcentración funcional prevista en el artículo 33 de la Ley N°18.575 (que la identifica con "*la radicación por ley de atribuciones en determinados órganos del respectivo servicio*"). De este modo, el hospital autogestionado solo cuenta con competencias o potestades, pero no con la personalidad jurídica propia de la institución mayor a la que pertenece, vale decir, del servicio de salud respectivo, personalidad jurídica de la que deriva, por regla general, la capacidad procesal, que en lo que interesa importa la aptitud legal para ser demandado.

Con todo, disposiciones legales expresas consideran que "*la representación judicial y extrajudicial del servicio de salud respectivo se entenderá delegada*" –y "*para todos los efectos legales*"– en el director del establecimiento autogestionado (DFL N°1, artículo 36, inciso final). A su turno, la ley prevé que este personero

GFMGBXOKXFR

deberá poner la demanda "*en conocimiento personal del Director del Servicio de Salud correspondiente, quien… podrá intervenir como coadyuvante en cualquier estado del juicio*" (misma regla). De este diseño se deduce que la ley acepta que el hospital actúe como demandado en el pleito, vale decir, que tenga la calidad de legitimado pasivo, como ocurre en el presente caso con el Hospital Regional de Rancagua.

Décimo: Que, en cuanto al segundo yerro invocado, relativo a la ausencia de mediación con respecto a los perjuicios sufridos personalmente por la víctima directa, esta Corte comparte el criterio postulado por la sentencia recurrida, en cuanto se trata de una alegación nueva que no fue planteada oportunamente por la parte demandada durante la litis, sino esgrimida por primera vez en la apelación, lo que impidió su adecuada discusión por la contraparte, por lo que fue correctamente rechazada por la Corte de Apelaciones y no puede servir de fundamento a un arbitrio como el de la especie.

Undécimo: Que, en consecuencia, sólo cabe concluir que el recurso de casación en el fondo no puede prosperar y debe ser desestimado, por adolecer de manifiesta falta de fundamento.

Por estas consideraciones y de conformidad además con lo dispuesto en los artículos 767 y 782 del Código de

GFMGBXOKXFR

Procedimiento Civil, **se rechaza** el recurso de casación en el fondo deducido por el demandado en su presentación de diecinueve de junio de dos mil veinticinco, en contra de la sentencia del día tres, del mismo mes y año, dictada por la Corte de Apelaciones de Rancagua.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Abogado Integrante Sr. Valdivia.

Rol N° 25.803-2025.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sra. Adelita Ravanales A. Sr. Diego Simpértigue L. y Sr. Roberto Contreras O.(s) y por los Abogados Integrantes Sr. José Valdivia O. y Sr. Álvaro Vidal O.

ADELITA INES RAVANALES ARRIAGADA
MINISTRA
Fecha: 10/11/2025 10:02:42

DIEGO GONZALO SIMPERTIGUE LIMARE
MINISTRO
Fecha: 10/11/2025 12:36:49

ROBERTO IGNACIO CONTRERAS OLIVARES
MINISTRO(S)
Fecha: 10/11/2025 10:02:43

ALVARO RODRIGO VIDAL OLIVARES
ABOGADO INTEGRANTE
Fecha: 10/11/2025 14:53:08

GFMGBXOKXFR

JOSE MIGUEL VALDIVIA OLIVARES
ABOGADO INTEGRANTE
Fecha: 10/11/2025 10:02:44

GFMGBXOKXFR

En Santiago, a diez de noviembre de dos mil veinticinco, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl o en la tramitación de la causa. En aquellos documentos en que se visualiza la hora, esta corresponde al horario establecido para Chile Continental.

GFMGBXOKXFR