«RIT»

Foja: 1

FOJA: 105 .- .-

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia
JUZGADO : 1º Juzgado Civil de Rancagua
CAUSA ROL : C-2841-2021
CARATULADO : CARRASCO/HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

Rancagua, once de Octubre de dos mil veintitrés

Vistos:

Demanda. – El 30 de junio de 2021 comparece don **Felipe Humberto Rojas González**, abogado y mandatario judicial, domiciliado en Juan Nicolás Rubio N°285, oficina 406, comuna y ciudad de Rancagua, en representación convencional de: **Daniel Enrique Carrasco Valenzuela**, obrero, domiciliado en Pasaje 5 N°0230, comuna de Rancagua, **Paula Alejandra Pino Guajardo**, labores de hogar, domiciliada en Pasaje 5 N°284, comuna de Rancagua; **Juan Patricio Pino Guajardo**, obrero, domiciliado en Pasaje Mónica Solar N°3506 villa La Dehesa, comuna de Rancagua; **Daniel Benjamín Carrasco Guajardo**, obrero, domiciliado en Pasaje 5 N°0236, comuna de Rancagua; **Camila Graciela Carrasco Guajardo**, paramédico, domiciliada en Pasaje 5 N°0236, comuna de Rancagua; y **Nicolás Guillermo Carrasco Guajardo**, obrero, domiciliado en Pasaje 5 N°0236, comuna de Rancagua, interponiendo demanda de indemnización de perjuicios en contra del **Hospital Regional Libertador Bernardo O´Higgins**, Organismo autogestionado, representado por su Director (S) don **Carlos Bisbal Malig**, médico, ambos con domicilio en Avenida Salvador Allende N°350, Rancagua.

Expone que los hechos de la demanda versan sobre la muerte, debido a una colangitis aguda, de la señora Patricia Del Carmen Guajardo Díaz, ocurrida el día

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

31 de julio del año 2017. Señala que la causante ingresó a Urgencia del Hospital Regional de Rancagua, el 28 de abril de 2017, con un fuerte dolor abdominal, vómitos, hinchazón y con una evidente ictericia.

Refiere, a modo descriptivo para el Tribunal, que la ictericia hace que la piel y las partes blancas de los ojos se pongan amarillas; el exceso de bilirrubina causa la ictericia, siendo ésta una sustancia química color amarillo que contiene la hemoglobina, sustancia que transporta el oxígeno en los glóbulos rojos.

Indica que según lo dispuesto en el Dato de Atención de Urgencia Folio 2286645, de 28/4/2017, la paciente ingresó con un diagnóstico de ictericia obstructiva, ordenándose exámenes de laboratorio, y un TAC (Scanner) de abdomen y pelvis. El TAC arrojó la existencia de un cálculo en el colédoco, que estaba tapando el flujo de las secreciones biliares al duodeno (coledocolitiasis, esto es presencia de cálculos o “piedras” en los conductos biliares). Esto técnicamente se denomina colestasis, que se define como la dificultad u obstrucción, total o parcial, del flujo biliar entre el hepatocito y el duodeno, en este caso provocada por un cálculo. Y no sólo mostraba aquello sino también una dilatación de la vía biliar, y un "escaso" derrame peritoneal (derrame en la cavidad abdominal). En suma, la paciente necesitaba una atención inmediata.

Sostiene que hasta ese momento, el Hospital cumplió con lo indicado en la lex artis ad hoc, sin embargo, lo que debía hacerse en este caso, conociendo la causa, era darle un tratamiento específico para extraer el cálculo y evitar complicaciones. Así, *“Ante la presencia de colestasis, se debe determinar si su naturaleza es extra o intrahepática. Si la ecografía hepática no muestra dilatación de la vía biliar ni lesiones ocupantes de espacio, se debe iniciar el estudio de una colestasis intrahepática. Si la obstrucción de la vía biliar extrahepática es cuestionable o la probabilidad de intervencionismo terapéutico es baja, se debe completar el estudio mediante colangio-pancreatografía-RM (CPRM). Si la probabilidad de intervencionismo es alta, se debe realizar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) o colangiografía transparieto-hepática (CTPH)”*

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

Perez Fernandez, T. et al. Abordaje diagnóstico y terapéutico del síndrome colestásico. Rev. esp. enferm. dig. [online]. 2004, vol.96, n.1 [citado 2021-06-17], pp.60-73.

Arguye que, sin perjuicio de lo expuesto, con un cálculo en el colédoco de 1.3 cm., el Hospital Regional de Rancagua, no sólo no siguió un curso de acción de los indicados en el párrafo anterior, sino que la dio de alta, curso de acción fue reiterado dos días después, cuando la paciente volvió a la urgencia ya con el antecedente de un ingreso anterior, con un TAC ya indicando una colestasis por obstrucción del colédoco por un cálculo. Agrega que uno de los riesgos de la situación descrita es el surgimiento de un cuadro denominado colangitis, la cual es una condición patológica que cursa con una inflamación y/o infección de los conductos hepáticos y el colédoco, la que para que se produzca, es necesario que coexista una infección de la bilis por bacterias y una obstrucción de los conductos biliares, con incremento de la presión en su interior. Refiere que la coledocolitiasis (presencia de cálculos o “piedras” en los conductos biliares) representa la causa más frecuente de obstrucción biliar y colangitis aguda. Los síntomas que pueden presentar estos pacientes son dolor abdominal, fiebre y coloración amarillenta de la piel (ictericia), pudiendo asociarse hipotensión, confusión y desorientación en los casos graves.

Menciona que en este caso, la paciente vuelve a ingresar el día 1 de mayo de 2017, nuevamente con un diagnóstico de ictericia obstructiva. Se hace un nuevo TAC, como consta en el Dato de Atención de Urgencia Folio 2292615, quedando recién en este momento hospitalizada. Ingresa a quirófano el día 2 de mayo de 2017, con un diagnóstico de colangitis aguda (consistente con el TAC de 28 de abril de 2017), y sale de la operación con un diagnóstico de "peritonitis difusa de origen diverticular" [Los divertículos de colon son herniaciones de porciones de la parte interna -mucosa- de la pared de este órgano, que emergen a través de su capa muscular, formándose como pequeños globos o dilataciones en la pared del intestino grueso. (Aller De La Fuente, R. Enfermedad diverticular del colon. Rev.

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

esp. enferm. dig. [online]. 2005, vol.97, n.6 [citado 2021-06-16], pp.458-458)]. Es decir, por alguna razón que se desconoce, el problema que era hepático biliar, pasa al intestino grueso, sin dar razón suficiente de tal vuelco.

Sostiene que en la Epicrisis de la Unidad de Cuidados Intensivos, indican con signo de interrogación los diagnósticos de colangitis y la peritonitis de origen diverticular. Por lo que, en presencia de dos patologías potencialmente mortales, ya con dos ingresos previos y una intervención quirúrgica, todavía el diagnóstico es puesto en duda; además, urge la duda de ¿Dónde está el cálculo de 1.3 cm. que se encontró en un conducto que no tiene un diámetro de más de 7 milímetros?

Señala que, 15 días después, la paciente fue sometida a otra intervención, una laparoscopía, esto es un procedimiento realizado con un laparoscopio (instrumento parecido a un tubo delgado, con una luz y una lente para observar), insertado a través de la pared abdominal, para examinar el interior del abdomen, y cuyo diagnóstico pre-operatorio fue "coledocolitiasis (un cálculo) y peritonitis difusa", más allá que de la enfermedad diverticular nunca más se supo, se constató una lesión de 1 cm en el colédoco (Orificio de salida del cálculo), y finalmente el cálculo nunca se extrajo.

En consecuencia, dispone que teniendo un diagnóstico de imágenes el día 28 de abril de 2017, de colestasis provocada por un cálculo en la vía biliar que ya estaba dilatada, el Hospital con su mal servicio, dejó un cuadro en el cual el cálculo que estaba en el ducto biliar y con un derrame peritoneal escaso, escalase a un colédoco perforado, una infección generalizada producto de una colangitis, y un cálculo que nunca fue habido y extraído; siendo precisamente ese curso causal el que provocó la muerte, como consta en el propio certificado de defunción que señala como causa de muerte "Falla multiorgánica/shock séptico punto partida abdominal/colangitis aguda".

Expresa que, lejos de terminar la mala atención en esto, además se infligieron daños a la paciente en un procedimiento que, junto con ser tardío, además se hizo

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

mal, pues el día 24 de mayo de 2017, la paciente es nuevamente intervenida por una "evisceración completa por laparoscopia previa", la que se define como *"Hernia incisional en el abdomen que se produce antes de la cicatrización de la piel, de manera que algunas vísceras intrabdominales (sobre todo el intestino delgado) salen al exterior o quedan cubiertas solo por la piel (evisceración cubierta). Ver hernia incisional"* (Diccionario Médico Clínica Universidad de Navarra), que en castellano simple significa que las vísceras de la paciente se salieron por la incisión de la laparoscopía. Luego, se hace la siguiente pregunta ¿Esta es una complicación frecuente de este tipo de intervenciones? La verdad que como señala un estudio de más de 10.000 casos relativos a colecistectomía laparoscópica (extracción de la vesícula biliar), las complicaciones que requieren reintervención son escasas y de una entidad distinta a la evisceración que se constató en este caso. (Roque Gonzalez, Rosalba et al. Reintervenciones por complicaciones después de realizada colecistectomía laparoscópica. Rev Cubana Cir [online]. 2011, vol.50, n.3 [citado 2021-06-17], pp.302-311.); no apareciendo la evisceración como complicación en ninguno de los casos analizados, ello porque el procedimiento laparoscópico busca ser mínimamente invasivo. Indica que una evisceración, en algunos casos, involucra que los orificios por los cuales se hizo el procedimiento no se hicieron de buena manera y/o que el post operatorio no fue llevado a cabo de manera correcta, pues la evisceración es una complicación frecuente en procedimientos de laparotomía, esto es una cirugía que se hace con el propósito de abrir, explorar y examinar para tratar los problemas que se presenten en el abdomen, riesgo que precisamente se trata de evitar con el uso de una técnica menos invasiva.

Menciona que, además, la paciente sufrió una lesión en el brazo del todo evitable, ya que en pacientes con escasa movilidad, éstos pueden sufrir escaras, las que se definen como áreas de piel y tejidos dañados provocadas por una presión continua (por lo general, de una cama o silla de ruedas) que reduce la circulación de la sangre hacia las áreas vulnerables del cuerpo. Refiere que, para evitar este tipo

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

de heridas existen protocolos específicos que involucran la evaluación del riesgo del paciente, y la aplicación de medidas concretas como moverlo periódicamente o la utilización de colchones anti escaras; sin embargo, en la ficha clínica no hay evidencia de evaluación de riesgo de escaras, y menos que se hayan adoptado las medidas adecuadas para evitarlas. Señala que el 24 de mayo de 2017, es decir, más de tres semanas desde el ingreso del paciente, aparece en la ficha una anotación de dermatología que da cuenta de una lesión en el antebrazo de 7 días de evolución, examen supondría que el Hospital tomara medidas al respecto, sin embargo, el día 14 de junio de 2017, se debe proceder a una resección de escara (Operación quirúrgica que consiste en separar total o parcialmente uno o varios órganos o tejidos del cuerpo.). Y ya el día 5 de julio de 2017, la paciente presentaba "lesión con pérdida de sustancia de tejido subcutáneo en región interna de antebrazo de aproximadamente 20 x 12 cm comprometiendo el 70 % circunferencia en tercio proximal".

Argumenta que resulta perturbador que la evolución de la lesión haya llegado al tamaño ya señalado, en una zona (el antebrazo) expuesto a la vista de cualquiera persona que observara al paciente. Es más, claramente desde la evaluación dermatológica hasta la intervención del día 14 de junio, se verifica un agravamiento de la lesión, llegando a una escara a lo menos grado III, siendo conservadores, pudiendo afirmar por la descripción de la carta operatoria, que en dicha fecha ya la escara tenía grado IV. Sin embargo, el cuadro siguió agravándose, y el paciente presentó un cuadro de fascitis necrosante, la cual es una rara, progresiva y potencialmente fatal infección que produce necrosis del tejido subcutáneo y de la fascia, a menudo respetando músculo y piel, cuya mortalidad descrita en la literatura puede exceder el 30%.

En suma, sostiene que la paciente terminó siendo la protagonista de una verdadera película de terror. Ya que, primero, no es atendida oportunamente, pasando una colestasis a una colangitis (Anotación en la ficha de día 4 de mayo, y anotaciones posteriores confirman este aserto), siendo esta la causa de muerte

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

del paciente (cuestión consignada por el mismo Hospital y registrada en el certificado de defunción). Segundo, aplicándose tratamiento, no se realiza de manera adecuada, resultando en complicaciones en las cuales literalmente las vísceras se salieron al exterior por las incisiones realizadas, y por último, la paciente debe soportar una escara grado IV, que derivó en una fascitis necrosante producto de la no adopción de las medidas adecuadas para evitarlas. En conclusión, un servicio tardío y deficiente.

En cuanto al derecho, primeramente se refiere a la legitimación activa, para lo cual sostiene que los demandantes actúan en dos calidades; en primer lugar, en nombre propio, para demandar su perjuicio provocado por rebote o repercusión, cuestión que resulta de común ocurrencia, pues don Daniel Enrique Carrasco Valenzuela, es cónyuge sobreviviente de la víctima, y los demás son hijos de aquella. En segundo lugar, estas mismas personas también tienen la calidad de herederos de la paciente. A este respecto, señala que la paciente sufrió durante la hospitalización detrimento en su integridad psíquica y física que en su momento devengaron un crédito a su favor. Refiere que la responsabilidad extracontractual (en este caso del Hospital Regional de Rancagua), constituye una fuente de las obligaciones, que hace nacer dicha obligación en el momento en que concurren los requisitos que la constituyen, y que son, el daño, la falta de servicio (no prestación del servicio y prestación deficiente o tardía) y el vínculo de causalidad entre ambos. Por lo tanto, al momento de la muerte de la paciente, ya existe un crédito a su favor, siendo el posterior proceso judicial meramente declarativo. Dicho crédito ya existe en el patrimonio de la sucesión, siendo su acción ejercida por esta en el presente líbelo.

En segundo lugar, se refiere a la legitimación pasiva, para lo cual señala que el legitimado pasivo es el Hospital Regional de Rancagua, no el Servicio de Salud de O'Higgins, como usualmente se excepciona el referido Hospital; pues si bien es cierto que el artículo 22 del DFL N°1/2005 MINSAL dispone que el Director del Servicio de Salud respectivo reviste la calidad de Jefe Superior del Servicio y que

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

a éste corresponde su representación judicial y extrajudicial, dicha disposición debe interpretarse armónicamente con lo dispuesto en el artículo 36 del citado cuerpo legal. Agrega que de conformidad a lo dispuesto en los artículos 25 A y F de la Ley N°19.937, artículo 1° del Decreto N°140 de 2005 MINSAL y, artículos 21 y 22 del DFL N°1/2005 MINSAL, en las acciones intentadas en contra de los Establecimientos Autogestionados en Red, corresponderá al Director del establecimiento asumir la representación judicial e impetrar la defensa respectiva. Sostiene que el demandado Hospital Regional de Rancagua como entidad de Autogestión en Red, es un órgano desconcentrado que goza de recursos, bienes y de un presupuesto propio destinado al cumplimiento de las funciones que la ley les encomienda, por lo que cabe reconocerlo como centro de imputación jurídica para efectos de emplazarlo en juicio y responda por los daños que pudieren causar a los particulares por falta de servicio, en el marco del otorgamiento de las acciones de salud que se encuentra llamado a ejecutar; lo que se reafirma al tenor de lo dispuesto en el Decreto N°47 MINSAL sobre Reglamento de Mediación, que reconoce a los Establecimientos Autogestionados como parte en los procedimientos de mediación que se siguen por reclamos en contra de prestadores institucionales públicos, que se desarrollan ante el Consejo de Defensa del Estado.

En tercer lugar, se manifiesta sobre el desarrollo de los elementos de la responsabilidad civil en el caso en comento, respecto a los cuales la Excelentísima Corte Suprema ha señalado: *"Para que nazca la responsabilidad en materia sanitaria deben concurrir copulativamente los requisitos establecidos expresamente en el artículo 38 de la Ley Nº 19.966: a) la existencia de falta de servicio del respectivo Servicio de Salud; b) que haya causado un daño; y c) que éste sea imputable al mismo. Corresponde al demandante probar que el daño se produce por una acción u omisión del órgano, actuando con la señalada falta de servicio; acreditado lo anterior, toca al demandado aportar las probanzas relativas a eventuales exenciones de responsabilidad o causales de justificación de su*

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

conducta". (Sentencia Corte Suprema, de 13 de noviembre de 2017, Rol: 99898-2016). En este sentido, el letrado pasa a analizar y alegar su concurrencia.

I. Falta de servicio. Indica que según se ha resuelto repetidamente por la jurisprudencia la responsabilidad en comento, la denominada por la doctrina "responsabilidad por falta de servicio", se produce cuando los órganos o agentes estatales no han actuado, debiendo hacerlo, o cuando su actividad es tardía o deficiente, ocasionando un daño a los beneficiarios del servicio público. Así, tal falta de servicio tiene como sustento legal los artículos 6º y 7º de la Constitución Política de la República, el artículo 38 del cuerpo constitucional citado en relación con el artículo 4º de la Ley Nº 18.575, sobre Bases Generales de la Administración del Estado y el artículo 42 de la Ley mencionada. Agrega que, en lo que respecta a los servicios sanitarios, el artículo 38 de la ley 19.966 dispone que "Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio"; "El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio", por lo que, aplicando estos principios, la Corte Suprema ha entendido que para que nazca la responsabilidad en materia sanitaria deben concurrir copulativamente los requisitos establecidos expresamente en el artículo 38 de la Ley Nº 19.966: a) la existencia de falta de servicio del respectivo Servicio de Salud; b) que haya causado un daño; y c) que éste sea imputable al mismo. Corresponde al demandante probar que el daño se produce por una acción u omisión del órgano, actuando con la señalada falta de servicio. (Corte Suprema 27 de febrero de 2018 Rol: 21599-2017)

Refiere que la falta de servicio como tal, se engarza en la función administrativa del Estado, que comprende la prestación de servicios destinados a la satisfacción de necesidades públicas, los cuales se deben realizar de manera regular y continua, construyéndose dentro de ese contexto, la noción de falta de servicio como un incumplimiento de un deber. Señala que el contenido de dicha actuación se debe desprender del mandato legal y de las circunstancias concretas del

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

hecho; y establecido el contenido específico de la conducta esperada, se debe proceder a contrastar dicha conducta con los hechos probados. Si se comprueba que la administración no cumplió con la expectativa normativa, se entiende que hubo falta de servicio. (Barros Bourie Enrique, Tratado de Responsabilidad Extracontractual, Santiago, Editorial Jurídica de Chile, año 2011, p. 507). En concreto, sostiene, la falta de servicio se traduce en que los órganos o agentes estatales no han actuado, debiendo hacerlo, o cuando su actividad es tardía o deficiente, ocasionando un daño a los beneficiarios del servicio público. (C.S. 14 de enero de 2015 Rol: 1468-2013). Agrega que la configuración de la responsabilidad de la administración debe, en este caso, necesariamente vincularse a la naturaleza de la obligación médica que se trata de una de medios, esto es, el profesional actuante debe ajustar su conducta a la lex artis médica, no debe necesariamente curar o sanar al paciente, sino desplegar su actividad cumpliendo estándares de conocimiento, prudencia y diligencia. En efecto, en materia de responsabilidad médica se contraen obligaciones de acuerdo a la lex artis.

Indica que esto, en concreto, se traduce en lo siguiente: el servicio debió ejecutarse según la lex artis, en la especie, supone en primer lugar el examen del paciente. Este presentaba ictericia, dolor abdominal, hinchazón y vómitos, a lo que se agregó desorientación en el ingreso del día 28 de abril de 2017. A partir de allí se ordenaron los exámenes pertinentes, esto es un TAC y exámenes de laboratorio. Con un diagnóstico claro del TAC, que daba cuenta de una obstrucción de la vía biliar por un cálculo, el hospital debió haber iniciado de inmediato el curso terapéutico para solucionar el problema, como indica el protocolo diagnóstico de colestasis. Sin embargo, con un diagnóstico así de preciso, es dada de alta no otorgando servicio alguno hasta el día 1 de mayo de 2017, fecha en que la paciente es hospitalizada. Lo que queda de manifiesto en el desarrollo posterior de los acontecimientos es que el día 28 de abril de 2017, se sabía la existencia de un cálculo de 1.3 cm., el cual nunca más fue habido, y que

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

claramente perforó el colédoco, como quedó en evidencia posteriormente. Y tanto es así que, con fecha 4 de mayo, en la ficha médica se consigna que el cuadro de colestasis derivo en colangitis. Sostiene que, de haberse procedido de manera inmediata, el cálculo pudo haber sido extraído, como se desprende de la inmediata laparoscopía que se practicó a la paciente el 2 de mayo de 2017. En dicha laparoscopia no se da cuenta de la existencia del cálculo y el 17 de mayo de 2017, se constató la perforación del colédoco. De los antecedentes anteriores se desprende que el cálculo habría perforado el colédoco en una fecha que corre desde el 28 de abril hasta el 17 de mayo de 2017, siendo la época más probable de dicho incidente precisamente en los días en que la paciente fue reiteradamente enviada a su casa. Lo cual implica una falta de servicio, porque la paciente careció de una atención oportuna.

A su vez, alega que otro tanto se desprende del incidente de la evisceración, pues, como ya señaló, en un estudio de más de 10.000 casos de laparoscopía biliar, en ningún caso se produjo un caso de evisceración. Y la razón es simple, el procedimiento involucrado busca ser poco invasivo, por lo que el tamaño de las incisiones es pequeño, y por lo tanto de fácil manejo. Es por esto que, debe entenderse que existe falta de servicio, por el hecho que dicha complicación no solo no es esperada según el estado del arte actual, sino que se aplica para evitar procedimientos invasivos que como ya vimos, tienen en la evisceración su principal riesgo. Argumenta que en estos casos resulta aplicable una doctrina que en nuestro país es conocida como de presunción de culpa por el hecho propio, y que en el derecho anglosajón se conoce como el principio res ipsa loquitur (Los hechos hablan por sí mismos). En virtud de este principio, se atribuye responsabilidad cuando la experiencia indica que el daño provocado en tales circunstancias se debe a culpa o dolo de quien lo causa.

Finalmente, indica que el caso de la escara resulta aún más claro, pues este tipo de lesiones se produce por presión, causa conocida y absolutamente dentro del ámbito del personal sanitario, al punto que existen protocolos para evaluar el

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

riesgo de este tipo de lesiones y medidas concretas para prevenirlas. Resulta aún más decidor el hecho que la ubicación de la escara está en un lugar que permanentemente se encuentra a la vista del personal médico por una razón simple. La vía que normalmente se le instala a los pacientes, se coloca en el brazo. De la misma forma los aparatos que se usan para tomar la presión se colocan en el brazo, y los exámenes de saturación se hacen con un aparato que se coloca en un dedo. Estos dos últimos elementos son un hecho público y notorio, salvo que una persona nunca haya recibido una prestación de salud ambulatoria. Es por eso que, una lesión en un antebrazo haya evolucionado al punto de tener que hacer una resección de tejidos, y se haya desarrollado una infección potencialmente mortal, en una zona que está a la vista de todo el personal médico resulta no solo impresentable, sino indicador de una situación general de abandono del paciente, que por cierto implica falta de servicio por ser este deficiente.

II. Daño. Refiere que en este caso los daños provocados tienen un carácter eminentemente moral, e indica que respecto del daño moral, nuestra jurisprudencia ha señalado que *"consiste en el dolor psíquico y aun físico, o sea sufrimientos que experimenta una persona a raíz de un suceso".* (Sentencia de la Corte de Apelaciones de Santiago de fecha 30 de septiembre del año 1997 G.J. Nº 207 pp. 190). Por su parte, el profesor Arturo Alessandri Rodríguez, definía el daño moral como *"el que consiste única y exclusivamente en la molestia o el dolor que sufre una persona en su sensibilidad física o en sus sentimientos, creencias o afectos"* (Alessandri, Rodríguez Arturo, La Responsabilidad Extracontractual en el Derecho Civil Chileno, Santiago, Nacimiento, año 1943. pp. 225.). Esta lesión en los sentimientos y afectos se denomina en doctrina se denomina pretium doloris. Y la doctrina más reciente, la ha definido como *"…la lesión a los intereses extrapatrimoniales de la víctima…"* (Diez Schwerter, José Luis, El Daño Extracontractual. Jurisprudencia y Doctrina, Editorial Jurídica de Chile, primera reimpresión 2012, pp. 88 y ss.). Por su parte, la profesora Domínguez Hidalgo

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

entiende que el daño moral (Domínguez Hidalgo, Carmen, El Daño Moral, Tomo I, Editorial Jurídica de Chile, 2000, pp. 84 y ss.), está constituido por el menoscabo de un bien no patrimonial que provoca una lesión en un interés moral por una persona que se encontraba obligada a respetarlo. Por su parte, la Corte Suprema, siguiendo esta doctrina, ha señalado que el daño moral es un concepto que se refiere a la lesión o menoscabo que el hecho dañoso ocasione o pueda ocasionar en un derecho o interés de quien es titular y que se encuentra en la esfera extrapatrimonial del individuo (Corte Suprema, Rol 1.956-2002). Refiere además, que el carácter de daño moral de este detrimento, se encuentra reconocido de manera expresa en la Ley 19.966 que señala que *"La indemnización por el daño moral será fijada por el juez considerando la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado con el daño producido, atendiendo su edad y condiciones físicas."*

Señala que en el caso de marras se estaría en presencia tanto de una hipótesis de pretium doloris, como de daño a la integridad física y psíquica. Del primer tipo sería el daño por repercusión sufrido por la familia de la víctima, y el daño sufrido por la víctima sería de ambos tipos. Respecto del perjuicio propio de los demandantes, indica que se debe comprender que muchas veces, los sentimientos de angustia pesar o dolor emocional, salvo que deriven derechamente en trastornos psiquiátricos, no deja huella documental.

Arguye que la sustancia del daño moral es eminentemente subjetiva y dice relación con padecimientos que en definitiva son soportados por el afectado, no existiendo en la mayoría de los casos signos externos de ellos. Por ello, es que en estos casos, la prueba suele girar en torno a las circunstancias del demandante, para a partir de dichas circunstancias, presumir el daño moral, lo que es claro en materia de daño moral por pérdida de parientes. Agrega que en estos casos, el daño moral se presume de la relación de parentesco, y de hechos que demuestran la existencia de un lazo de afecto. (Sentencia de la Corte Suprema de 8 de agosto del año 1985 RDJ Tomo 80, Sec 2ª, pp. 90, considerando 7. Corte Suprema de 17

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

de enero del año 1985 RDJ sec 4ª pp 11 considerando 62. Corral Talciani Hernán, Lecciones de Responsabilidad Civil Extracontractual, Santiago, editorial Jurídica de Chile año 2003 p. 155).

Sostiene que en este caso, la única forma de demostrar el daño moral es probar las circunstancias en que se produjo, de tal forma que el Tribunal pueda presumir la existencia de los sentimientos de angustia y vulnerabilidad derivados del incumplimiento de la demandada, pues sólo poniendo al Tribunal "en los zapatos" del afectado es posible generar prueba del daño moral. Indica que en la especie, los demandantes tienen una relación de cónyuge en un caso, y en el otro de hijos, quienes estuvieron involucrados en el seguimiento de los aciagos hechos, como consta en la propia ficha clínica, en la cual el 26 de julio del año 2017, prestan su consentimiento a la limitación del esfuerzo terapéutico, muriendo la víctima 5 días después; decisiones que se toman con una información tanto de la situación del paciente como de los esfuerzos terapéuticos realizados. Sostiene que el sufrimiento que esta familia padeció, tanto en proceso del desarrollo de los hechos, como con su desenlace, resulta palmario, tanto por la relación de parentesco existente, como por su conocimiento de primera mano de los acontecimientos. Por otra parte, ese sufrimiento se vio agravado al constatar que no existe constancia que se haya aplicado algún tratamiento paliativo al sufrimiento de la víctima.

En cuanto a la víctima, alega que el cuadro clínico de ingreso era una colestasis provocada por un cálculo alojado en el colédoco, que derivó en una colangitis y una peritonitis, los cuales provocan intensos dolores abdominales que están dentro de la sintomatología de dichos cuadros, como consta en el registro de los tres ingresos a urgencias que registro la víctima. Por otra parte se registra una perforación en el colédoco, y lesiones físicas reconocibles como son la evisceración y el desarrollo de escaras. Además el sufrimiento de las múltiples intervenciones que soporto la victima antes de morir, agregan dolor al curso de la enfermedad. Finalmente, la paciente estuvo sometida a un stress psicológico

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

evidente. Refiere que todo lo anterior terminó provocando un daño a la integridad física y psíquica, derechos que se encuentran protegidos en la constitución (artículo 19 N°1) y en los tratados internacionales de derecho humanos vigentes en Chile, lo que tiene un rango constitucional por aplicación del artículo 5 de la inciso segundo de la carta fundamental. Agrega que ese detrimento no sólo se tradujo en dolor y sufrimiento para la occisa, sino también para su familia.

III. Vínculo de causalidad. Sostiene que nuestra doctrina y jurisprudencia esta conteste en la vigencia de la teoría de la equivalencia de las condiciones; la que como bien sabe, supone que una condición es causa de un daño en la medida qué realizando un proceso de supresión mental hipotética, la ausencia de dicha condición supone la ausencia de daño. En este mismo orden de ideas se sostiene que un hecho es condición necesaria de un cierto resultado cuando de no haber existido ésta, el resultado tampoco se habría producido. Señala que la doctrina nacional distingue dos elementos que son integrantes de la relación de causalidad: el elemento natural, en virtud del cual se puede establecer que un hecho es condición necesaria de un cierto resultado cuando de no haber existido la condición, el resultado tampoco se habría producido; y el elemento objetivo, para cuya configuración es indispensable que el daño producido pueda ser imputado normativamente al hecho ilícito. Así, una vez determinada la causalidad natural, se debe proceder a verificar si el daño puede ser atribuible a la conducta desplegada.

Respecto de la causa de muerte, señala que está indicada en el certificado de defunción, el cual se realiza con el Certificado Médico de Defunción, el cual consigna la causa de muerte, y emana del centro asistencial donde se produjo el deceso, en este caso el demandado. Indica que en este caso, la falta de servicio aumentó la probabilidad e intensidad del riesgo existente, en este caso la colestasis. (Barros ob.cit. p. 401). En el caso de la evisceración, expresa que la imputación objetiva se construye sobre la base si se ocupa un determinado procedimiento para evitar determinados, y precisamente son esas complicaciones las que sobrevienen, es que el procedimiento no se hizo correctamente, es decir,

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

si se hace un laparoscopia para evitar los riesgos de una cirugía invasiva, y se producen las complicaciones de una cirugía invasiva (evisceración), no cabe sino afirmar que el resultado se debe imputar a su mala realización. En el caso de la escara del brazo derecho, menciona que se aplica el mismo criterio que el consignado respecto de la colestasis, pues el riesgo de escaras en un paciente es un riesgo conocido por el hospital, y al no adoptar la medidas para evitar su concreción, la falta de servicio aumentó la probabilidad e intensidad del riesgo existente, que se tradujo en una escara de 20 cm. Es por esto que a su juicio debe ser reparado el daño moral provocado.

Por tanto, conforme con los hechos expuestos, las normas legales citadas y las que resulten aplicables; solicita tener por interpuesta demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad extracontractual en juicio ordinario de mayor cuantía, en contra del Hospital Regional de Rancagua, acogerla y, en definitiva declarar:

1.- Que la demandada incurrió en falta de servicio por los hechos relatados.

2.- Que la muerte de la paciente tuvo como causa la antedicha falta de servicio.

3.- La existencia de un perjuicio moral, en los términos descritos en el cuerpo de la demanda.

4.- El daño moral de la paciente, el que se avalúa en $50.000.000 de pesos, o la suma que el tribunal estime pertinente de acuerdo al mérito del proceso.

5.- El daño por repercusión que sufrió cada uno de los demandantes, por el sufrimiento provocado por tanto por los hechos que derivaron en la muerte, como de la muerte misma, y que se avalúa en $60.000.000 para cada uno, o la suma que el tribunal estime pertinente de acuerdo al mérito del proceso.

6.- Se condene a la demandada a pagar las antedichas cifras o las que determine V.S., con los intereses corrientes desde que se fije definitivamente la indemnización, ya sea en sentencia de primero o segunda instancia.

7.- Que se condena en costas a la demandada.

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

En subsidio de la acción principal, deduce demanda de indemnización de perjuicios en contra del Hospital Regional Libertador Bernardo O´Higgins, ya individualizado, por lo que se ha denominado "perdida de una oportunidad", que se traduce en este caso en la privación a la víctima de la posibilidad de haber luchado dignamente por su vida. Funda la presente acción en las siguientes consideraciones de hecho y derecho. En cuanto a los Hechos, da por reproducida íntegramente la relación de los hechos de la demanda principal.

En lo que respecta al Derecho, el punto de partida de esta demanda es la existencia de falta de servicio, esto es, que un Servicio Público que no presta el servicio al que está obligado por Ley, lo presta tardía o deficientemente. En este caso, los argumentos y el análisis de la falta de servicio aplicada a este caso, es la misma que se desarrolló en la demanda de lo principal, razón por la cual da por expresamente reproducidas todas las consideraciones realizadas a este respecto.

En cuanto al daño, arguye que la perdida de una oportunidad se desarrolla a partir de considerar un daño como cierto. A su juicio, como se desarrolló en lo principal de este escrito, los daños aparecen de manera clara como consecuencia de la falta de servicio, al punto que el riesgo de la oportuna atención se concreta en el resultado, causado precisamente por una colangitis y una peritonitis originada por la perforación del colédoco. Lo mismo puede afirmar de la evisceración y la escara producida. Sin embargo, sostiene que si S.S., considera que no existe certeza en los daños descritos, resulta del todo patente que al menos se privó a la víctima de la posibilidad de luchar dignamente por su vida. (Sentencia Corte Suprema 26 de diciembre de 2017 Rol: 11526-2017). Lo anterior no es solo una formula explicativa sino que se hace carne en el trato poco digno que se le dio al paciente durante su estadía en el hospital.

Por otra parte, indica que respecto de la pérdida de la chance o pérdida de oportunidad, la doctrina extranjera ha referido, según enseñaba Cazeaux, que *"entre lo actual y lo futuro, lo cierto y lo incierto, lo hipotético y lo seguro, hay zonas limítrofes o zonas grises, como las llama la doctrina*", y tal es el caso de la

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

"chance". Y que el mismo autor añadía *"Se trata de una situación en que hay un comportamiento antijurídico que ha interferido en el curso normal de los acontecimientos, de manera que ya no puede saberse si el afectado por ese comportamiento habría o no obtenido cierta ganancia o evitado cierta pérdida. Es decir, que para un determinado sujeto había probabilidades a favor y probabilidades en contra de obtener o no cierta ventaja patrimonial, pero un hecho cometido por un tercero le ha impedido tener la oportunidad de participar en la definición de esas probabilidades"* —Félix Trigo Represas—.

Agrega que entre nosotros, se ha sostenido que *"La pérdida de una chance se encuentra entre estas últimas hipótesis (cuando no se sabe lo que habría ocurrido en el futuro de no haberse cometido el hecho ilícito), esto es, incide en la frustración de una expectativa de obtener una ganancia o de evitar una pérdida. Pero, a diferencia del daño eventual, en los casos de pérdida de una oportunidad puede concluirse que efectivamente la víctima tenía oportunidades serias de obtener el beneficio esperado o de evitar el perjuicio, tal como ya se ha mencionado"*, destacando enseguida que se trata del caso de *"una víctima que tenía oportunidades de obtener un bien "aleatorio" que estaba en juego (ganar un proceso, recobrar la salud, cerrar un negocio, acceder a una profesión, etcétera) y el agente, al cometer el hecho ilícito, destruyó ese potencial de oportunidades (olvidó apelar, no efectuó un examen, omitió certificar un documento, lesionó al postulante, etcétera). La víctima en todos estos casos se encontraba inmersa en un proceso que podía arrojarle un beneficio o evitarle una pérdida (tratamiento médico, apelación de una sentencia, preparación de un examen, etcétera), y el agente destruyó por completo con su negligencia las chances que la víctima tenía para lograr tal ventaja"* —Mauricio Tapia Rodríguez—" (Sentencia Corte Suprema Rol: 21599-2017, 27 de febrero de 2018).

Expone que, en la especie, la oportunidad perdida está dada por el hecho que al ingreso, la paciente fue objeto de los exámenes de rigor, cuyos resultados claros daban certeza para iniciar un curso terapéutico. Dado el peligro que involucraba

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

una complicación del cuadro, la no hospitalización de la paciente, y su envío (dos veces) al domicilio, evitó que el cálculo fuera extraído (nunca fue hallado), y que se hubiera extendido una peritonitis que se encontraba en ciernes. El no recibir ayuda oportuna, impidió a la paciente acceder a tratamientos que pudieron haber salvado su vida, o al menos permitir que luchara dignamente por ella.

En cuanto al daño en este caso, alega que estos tienen un carácter eminentemente moral, por lo que reitera los argumentos y el análisis aplicados a este caso, en la demanda de lo principal, y se dan por expresamente reproducidas todas las consideraciones realizadas a este respecto. No obstante, señala que en este caso, estima el daño en la cifra de $30.000.000.- por cada uno de los demandantes, totalizando un monto de $180.000.000.-, o la suma de dinero que V.S. estime pertinente conforme al mérito del proceso.

Por tanto, solicita tener por interpuesta demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad extracontractual en juicio ordinario de mayor cuantía, en contra del Hospital Regional de Rancagua, acogerla y, en definitiva declarar:

1. Que la demandada incurrió en falta de servicio por los hechos relatados.

2. Que la falta de servicio impidió que la paciente accediera oportunamente a prestaciones que pudieron salvarle la vida, o permitirle luchar dignamente por ella.

3. Que dicha perdida de una oportunidad, significó un daño moral de $30.000.000por cada demandante, totalizando la cifra de $180.000.000 de pesos, o la suma que S.S. determine conforme al mérito del proceso.

4. Que se condene a la demandada a pagar las antedichas cifras, con los corrientes desde que se fije definitivamente la indemnización, ya sea en sentencia de primero o segunda instancia.

5. Declarar que se condena en costas a la demandada.

Notificación. – El 09 de agosto de 2021 (folio 10), se notifica personalmente la demanda de conformidad a lo dispuesto en el artículo 44 del Código de Procedimiento Civil.

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

Excepción dilatoria. – El 26 de agosto de 2021 (folio 11), la parte demandada opone la excepción dilatoria del articulo 303 N°6 del Código de Procedimiento Civil, por falta de legitimidad pasiva.

- El 07 de octubre de 2021 (folio 14 cuaderno de Excepciones Dilatorias), se rechaza la excepción dilatoria deducida.

Contestación. – El 20 de octubre de 2021 (folio 17), el demandado Hospital Regional del Libertador General Bernardo O'Higgins, debidamente representado por su apoderado, viene en interponer la excepción perentoria por falta de legitimidad pasiva del Hospital Regional Libertador Bernardo; y en subsidio, en contestar la demanda principal deducida en su contra, solicitando su total rechazo, con expresa condenación en costas. Además, contesta la demanda subsidiaria, solicitando su total rechazo.

Réplica. – El 28 de octubre de 2021 (folio 22), se tiene por evacuado el trámite de la réplica.

Dúplica. – El 08 de noviembre de 2021 (folio 25), se tiene por evacuado el trámite de la dúplica.

Conciliación. – El 07 de diciembre de 2021 (folio 27), tiene lugar la audiencia de conciliación decretada por el tribunal, con la presencia de la parte demandante, representada por el abogado señor Vicente Álvarez Norambuena y, en rebeldía de la parte demandada.

Llamadas las partes a conciliación, esta no se produce, atendida la rebeldía antes anotada.

Interlocutoria de prueba. – El 09 de diciembre de 2021 (folio 28), se recibe la causa a prueba, la cual se modifica agregando un nuevo punto de prueba en folio 37 y al eliminarse el punto N°6, según orden de la Iltma. Corte de Apelaciones en folio 98.

Citación a oír sentencia. – El 20 de abril de 2023 (folio 113), se cita a las partes a oír sentencia.

Considerando:

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

A. Respecto a las tachas.

Primero: Que a folio 60 el apoderado de la parte demandada, deduce la tacha del articulo 358 N°7 del Código de Procedimiento Civil respecto a la testigo de la parte demandante, doña Ana María Cerda Freire, fundada en que de la declaración ha quedado de manifiesto la íntima amistad que tiene la testigo con los demandantes, lo cual se puede desprender en su reconocimiento de que ha participado en actividades importantes de índole familiar, como es el cumpleaños de la señora Patricia Guajardo, como indico, señalando que en dichas actividades participaron sus hijos, los cuales individualizó en la declaración. Por tanto, a la luz de la norma indicada, la testigo le acusa una inhabilidad para declarar, por lo que se solicita que la tacha sea acogida.

Segundo: Que al evacuar el traslado, el apoderado de la parte demandante señala que la causal del artículo 358 N°7 del Código de Procedimiento Civil supone que la amistad y enemistad debe manifestarse por hechos graves, que el Tribunal deberá calificar según las circunstancias. A este respecto, señala que el solo hecho de que la testigo comparta actividades sociales con la víctima, en la cual no solamente participan, como es de público conocimiento, personas cercanas, sino meros conocidos, hace que la sola asistencia a dichas actividades no sea razón suficiente para señalar que existe una amistad íntima; a mayor abundamiento, la testigo señala en repetidas ocasiones que compartía con la víctima actividades de carácter eclesial, que explicarían de manera razonable tanto la participación en eventos sociales como el conocimiento de la identidad de los hijos de la víctima. Finalmente, indica que la testigo señaló que la familia de la víctima ha sido vecina de ella desde la adolescencia, razón por la cual tenía mero conocimiento de la identidad de los vecinos, lo que no la convierte en amiga íntima. En suma, señala que los hechos invocados por la contraria resultan equívocos, no revistiendo el carácter de gravedad exigido por el artículo en comento, pues la contraria confunde una amistad íntima con el vínculo por el cual el testigo va a dar razón de sus dichos.

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

Tercero: Que de los dichos de la testigo se desprende primeramente, que fue amiga de la causante y no de alguno de los demandantes; y que si bien mantenían una amistad, esta no revestía la calidad de intima, pues de su declaración se desprende que mantenían una relación propia de vecinas, de conocidas que se reunían en un mismo lugar para desarrollar sus aficiones, mas aquello no demuestra la existencia de un vínculo más estrecho entre ellas que permita al Tribunal calificar la gravedad de tales hechos para tener por acreditada la tacha; además, tampoco se desprende que entre ella y los demandantes exista una amistad íntima y menos, que los hechos o actos que expone en sus respuestas sean manifestación positiva o inequívoca de una íntima amistad entre ellos; es así, que no concurre en la especie la causal de inhabilidad invocada por la demandada, y los hechos en que se fundó su interposición no afectan la imparcialidad del testigo, ni impiden considerar su testimonio, por lo que la tacha deberá ser rechazada.

B. Respecto a las objeciones documentales.

Cuarto: Que a folio 58, el apoderado de la parte demandada deduce objeción documental respecto a los documentos señalados en los numerales 8 y 9 de folio 47, denominados “Protocolo Patología Biliar en Urgencia”, emitido por el Servicio de Salud de Aconcagua, y “Protocolo Referencia y Contrarreferencia “Colelitiasis”, emitido por el Servicio de Salud de Osorno, por inexactos, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 342 N°3 del Código de Procedimiento Civil. Alega, en primer lugar, que su inexactitud radica en que no cumplen con las solemnidades legales para ser considerados como públicos, las que en este caso radican en 2 situaciones: no constan las firmas de las personas que supuestamente los generaron (competente funcionario) y por otra parte, no constan los actos administrativos sancionatorios que los aprueban en ambos casos, en este sentido, se debe tener presente que las decisiones escritas que adopte la Administración se expresarán por medio de actos administrativos que son las decisiones formales que emiten los órganos de la Administración del Estado en las cuales se contienen

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

declaraciones de voluntad, realizadas en el ejercicio de una potestad pública. (Art° 3 de la ley 19.880 que establece las bases de los procedimientos que rigen los actos de la administración del estado). Dicho ello, ambos documentos no cumplen con los requisitos legales para ser considerados como prueba válida en el pleito.

Quinto: Que la parte demandante no evacuó el traslado a la objeción documental.

Sexto: Que es necesario precisar que los instrumentos públicos son aquellos están descritos en el artículo 1699 del Código Civil, el cual señala: *"Instrumento público o auténtico es el autorizado con las solemnidades legales por el competente funcionario.*

Otorgado ante escribano e incorporado en un protocolo o registro público, se llama escritura pública".

En este sentido, si bien el demandado alega que el documento no cumple con las solemnidades legales para ser considerados como públicos, pues no constan las firmas del competente funcionario, además de no constar los actos administrativos sancionatorios que los aprueban, lo cual es efectivo, también es cierto que los documentos objetados corresponden a copias de los instrumentos originales y no a los originales propiamente tal, por lo que la demandada debió alegar y probar, para efectos de configurar la causal de objeción que señala, en qué consistiría la pretendida inexactitud, en términos tales que se hiciera necesario cotejarlos con sus originales, ya que esta no es posible de apreciar a simple vista; y no vislumbrándose como esto afecta el objeto del juicio, no queda más que rechazar la objeción planteada.

Séptimo: Que a folio 86, el apoderado de la parte demandada objetó los documentos exhibidos en audiencia de percepción documental de folio 80 y acompañados en folio 64, que figuran custodiados en la letra "C", consistentes en un set de 3 fotografías, por falsedad, puesto que en primer lugar no tienen fecha cierta, y por otro lado tampoco han sido validados por ministro de fe ya sea notario u otro tercero, ni confrontados por otros medios de prueba de acuerdo a lo establecido en el artículo 1702 y 1706 del Código Civil.

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

Octavo: Que a folio 94, el apoderado de la parte demandante evacua el traslado conferido, solicitando el rechazo a la objeción de documentos, toda vez que acompañaron estas en su oportunidad, las que fueron percibidas por el Tribunal, con asistencia de las partes, en la respectiva audiencia de percepción documental, certificándose lo siguiente: "Primera fotografía corresponde al brazo sin lesiones visibles. Segunda fotografía se ve que ya hay lesiones en la piel y se ve engrosado, y Tercera fotografía se nota el brazo negro y la piel café marrón." Alega que la objeción deducida, es vacía en sí misma, ya que no precisa cual es la falsedad o en que consiste aquella; pues respecto de la fecha son fotografías que corresponden al período en que estuvo interna la occisa, pero más allá de la data de las fotografías, no se añade nada más por el Hospital Regional, ¿Qué es lo falso?, ¿la omisión de fecha?, ¿Qué correspondan a la víctima?, o ¿Qué las lesiones son irreales? Agrega además, que el legislador en el artículo 348 bis del Código de Procedimiento Civil estableció el procedimiento para verificar la objeción planteada, siempre que haya mérito para acceder a aquello; más la objeción planteada no cumple con los requisitos de seriedad y verosimilitud que se exigen, por lo que aparenta ser un incidente sin fundamentos fácticos que respalden sus nimios asertos.

Noveno: Que cabe hace presente que la falsedad dice relación con la veracidad del instrumento que se presenta, lo que difiere de la veracidad en cuanto a los dichos, hechos o situaciones que en él se exponen, toda vez que esto último dice relación con el valor probatorio de un instrumento, facultad exclusiva del Tribunal; por lo que se entiende entonces, que lo realizado por la demandada respecto a las imágenes señaladas no se refiere a una objeción documental propiamente tal, sino a meras observaciones al valor probatorio de estas. Dicho lo anterior, se rechaza la objeción intentada.

C. En cuanto a la excepción de falta de legitimidad pasiva.

Décimo: Que previo a contestar la demanda, la parte demandada opone la excepción perentoria de falta de legitimidad pasiva, para lo cual señala que los

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

Establecimientos de autogestión en red, creados por ley N°19.937, se establecen como órganos desconcentrados funcionalmente del correspondiente Servicio de Salud, conforme lo dispone el artículo 31 de la mencionada ley, en relación con el artículo 33 de la ley 18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado. Aclara que la desconcentración funcional constituye una forma de reparto de potestades administrativas que opera entre órganos que integran una misma persona jurídica pública- que puede ser centralizada o descentralizada, y que consiste en la transferencia permanente por ley de competencias de un órgano superior a otro inferior de la misma entidad, que actúan en el mismo ámbito territorial y cuyo objetivo es mejorar la gestión del Servicio Público sin alterar la línea jerárquica de dependencia entre el órgano superior y el inferior desconcentrado; en virtud de lo mencionado indica que se debe entender que el Hospital Autogestionado es un órgano "funcionalmente desconcentrado" del Servicio de Salud en los términos referidos, por lo que a este último debe imputarse jurídicamente las consecuencias de los actos ejecutados por aquel en ejercicio de sus atribuciones – como por ejemplo, aquellos constitutivos de una falta de servicio en la prestación asistencial. Es así que la desconcentración implica asignar atribuciones decisorias a determinados órganos de la administración, que, sin embargo, actúan bajo la personalidad jurídica y patrimonio del Estado, y del servicio público al que pertenecen, sometidos a un control jerarquizado porque forman parte de la administración, siendo el Hospital Regional un órgano funcionalmente desconcentrado y no descentralizado, es decir, el hospital Regional Libertador Bernardo O´Higgins no cuenta con personalidad jurídica ni patrimonio propio respecto de la representación en procesos judiciales en materia de responsabilidad sanitaria, toda vez que la ley no se lo otorga, careciendo así de la capacidad de representación judicial, la que corresponde en este caso al Servicio de Salud O'Higgins.

Refiere que el artículo 36 inciso final del D.F.L N°1 de 2005 del Ministerio de Salud, si bien delega la representación judicial y extrajudicial de los

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

establecimientos asistenciales de autogestión en red en el director mismo, ello es solo para el ejercicio de las atribuciones contenidas en dicho artículo, es decir en su creación se establece una delegación de representación judicial y extrajudicial en el Director del Establecimiento Autogestionado, solo para atribuciones de tipo administrativo, financiero, presupuestario y no así para comparecer en juicios indemnizatorios en materia de responsabilidad 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 en la que pueda incurrir el establecimiento, como ocurre en la presente causa.

Sostiene que, de la interpretación armónica de las normas citadas, es dable concluir que el Hospital Regional Libertador Bernardo O´Higgins, carece de legitimación pasiva para ser objeto de la presente acción, puesto que si bien es un órgano Autogestionado para sus fines propios, es dependiente del Servicio de Salud O´Higgins, como órgano desconcentrado, que en caso alguno le otorga personalidad jurídica y patrimonio propio, para ser parte en este litigio. En este sentido, sostiene, la autogestión dice relación con la complejidad técnica en el desarrollo de las especialidades, en la organización administrativa y en el número de prestaciones que otorga, siendo la única autonomía que le concede la autogestión y solo en estos aspectos representa judicialmente al Director del Servicio de Salud.

Argumenta que la doctrina nacional mayoritaria en la actualidad ha optado por seguir la tesis que posiciona como legitimado pasivo al Servicio de Salud respectivo y no al Establecimiento Autogestionado, en virtud de la personalidad jurídica de que se encuentra dotado, pues cuando se dice que la ley concibió a los hospitales integrando la persona jurídica del Servicio de Salud, “dotándolos a la vez de personalidad jurídica delegada”, se incurre en una contradicción en sus propios términos; ello porque se tiene personalidad y, por lo mismo, se es independiente; o no se tiene, y, en consecuencia, se actúa en el marco de personalidad jurídica del órgano que la tiene. Además, se incurre en un grave error

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

conceptual cuando se afirma que se “dotó” a los establecimientos de “personalidad jurídica delegada”, sobre interpretando la norma del artículo 36 del D.F.L Nº que simplemente consignó la representación del Servicio.

A su vez, hace presente que si bien, la ley de Autoridad Sanitaria al crear los Hospitales Autogestionados les dotó de un patrimonio de afectación propio y les asigno un presupuesto propio, distinto del aprobado por la ley de Presupuestos para el Servicio de Salud, se debe tener presente que el ordenamiento chileno contempla otras afectaciones patrimoniales similares, sin que por ello se haya entendido que el órgano descentralizado pierde la legitimación pasiva. Así las cosas, en lugar de un patrimonio propio, se trata de un patrimonio del Servicio que se destina a una determinada función que se desconcentra. Lo anterior, es concordante con lo consignado en la Historia de la Ley N°19.937, específicamente en lo expuesto por el Ministro de Salud, Sr. Artaza, al señalar que “existe voluntad del Ejecutivo para que los Hospitales Autogestionados mantengan la calidad de tales durante un período determinado, otorgándoles, además, algún grado de manejo presupuestario, pero con un patrimonio perteneciente al Servicio de Salud respectivo.”

Finalmente sostiene que se debe tener presente el criterio asentado por nuestra Corte Suprema, en causa “Triviño con Servicio de Salud de Reloncaví”, donde el Servicio de Salud interpone recurso de casación esgrimiendo que carece de legitimidad pasiva, y esta en cambio la detenta el Hospital de Puerto Montt, que mantiene su calidad de Autogestionado en Red, desde el año 2010, recurso que es rechazado estableciendo su postura en contra; y que el mismo criterio se mantiene en los fallos de la Excelentísima Corte Suprema en las causas que cita.

Décimo primero: Que la parte demandante al momento de evacuar el trámite de la réplica, se refiere a la excepción perentoria de falta de legitimidad pasiva, reiterando los argumentos señalados a este respecto en su libelo, y transcribiendo, además, lo resuelto por este mismo Tribunal en causa Rol C-3510-2020. Luego, refiere que el Hospital Regional de Rancagua, bajo el Rut: 61.602.138-9, registra

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

en el portal mercado público más de 1.200 licitaciones en las cuales el hospital contrata con terceros, además de registrar 14 causas en el tribunal de contratación administrativa por diversas licitaciones, lo que demuestra que la incapacidad para comparecer ante Tribunales no existe.

Finalmente, señala que aun asumiendo la pretendida taxatividad de las facultades de representación del director, se debe tener presente que lo que se está alegando como factor de imputación de daños es la falta de servicio, es decir, no haber cumplido con el deber legal impuesto al hospital de haber tendido de manera oportuna y correcta a la víctima. Concluye, en primer lugar, que la Ley otorga frente a las demandas que reciba el Hospital, la posibilidad de asumir la calidad de tercero y no de parte al Servicio de Salud O'Higgins, debiéndose defender el Hospital por sí mismo. Por otra parte, el Hospital registra una nutrida cantidad de relaciones contractuales realizadas a su nombre, y ha comparecido en otros Tribunales por dicha actividad; y tercero, la falta de servicio, se relaciona directamente con las facultades del artículo 36 del DFL 1 ya citado, por cuanto el director es responsable de la coordinación y vigilancia del hospital, y de perseguir la responsabilidad administrativa de sus funcionarios, ambos temas directamente relacionados con los aspectos normativos que constituyen la falta de servicio.

Décimo segundo: Que, si bien el artículo 25 A de la Ley N°19.937, reconoce a los "Establecimientos de Autogestión en Red" la calidad de órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, lo cierto es que, a diferencia de estos últimos, por expresa disposición del artículo 1 del Decreto N°140 de 2005 MINSAL "son organismos estatales funcionalmente descentralizados y están dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines", los Hospitales Autogestionados no son organismos personificados y se encuentran bajo el alero de la personalidad jurídica del Servicio de Salud a cuya red asistencial pertenecen.

A su vez, el artículo 21 DFL N° 1/2005 MINSAL, pone de cargo del Director del Servicio de Salud, la organización, planificación, coordinación y control de las

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud, disponiendo seguidamente en su artículo 22 que el Director será el jefe superior del Servicio y tendrá su representación judicial y extrajudicial. Ahora, si bien dicha última norma citada ha de interpretarse armónicamente con lo dispuesto en el artículo 25 F de la Ley N°19.937, cuyo inciso final establece que *"Para todos los efectos legales, la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud respectivo se entenderá delegada en el Director del Establecimiento, cuando ejerza las atribuciones señaladas en este artículo. Notificada la demanda, deberá ponerla, en el plazo de 48 horas, en conocimiento personal del Director del Servicio de Salud correspondiente, quien deberá adoptar las medidas administrativas que procedieran y podrá intervenir como coadyuvante en cualquier estado del juicio"*, aquello puede llevar a reconocer a los Hospitales Autogestionados en Red como centros de imputación jurídica, en términos tales que intentada la demanda en su contra, corresponderá al Director del establecimiento asumir la representación judicial e impetrar la defensa respectiva, siendo el Hospital el llamado y facultado para litigar, pero siempre bajo el alero de la personalidad jurídica del órgano al cual representa en virtud de la delegación que la ley ha contemplado.

Lo relativo entonces a la legitimación pasiva en esta clase de juicios, no pasa por la determinación del órgano que goza de personalidad jurídica - que siempre será el Servicio de Salud respectivo, sea directamente o a través del Hospital Autogestionado a quien se ha delegado su representación -, sino por la causa u origen de los daños que se reclaman en materia de salud. En efecto, la falta de servicio de la Administración surge del incumplimiento o del cumplimiento tardío o defectuoso de un deber u obligación que la ley ha puesto a cargo de un órgano administrativo determinado, lo que en materia de prestaciones de salud se traduce en que todo daño que pueda imputarse a la defectuosa ejecución de los programas y acciones de salud; a problemas relativos a la organización interna del

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

Establecimiento Autogestionado o en la asignación de tareas; o en la ejecución misma de las acciones o prestaciones de salud que allí se dispensan a los pacientes, todas funciones que la ley ha encomendado al Director del Establecimiento Autogestionado y para cuyo cumplimiento ha dotado al mismo de recursos propios, en términos tales que las consecuencias derivadas de sus actuaciones administrativas no comprometerán el patrimonio del Servicio sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de los fines propios del Establecimiento, única forma en que pueda comprenderse la delegación que respecto de dichas materias hace la ley al Director del Hospital Autogestionado de la “representación judicial y extrajudicial del Servicio”; la demanda debe dirigirse en dichos casos en contra del Establecimiento Autogestionado, quien deberá arbitrar su defensa en juicio y responder con su patrimonio de afectación en caso de sentencia desfavorable, de allí que la ley le reconozca la calidad de parte directa y en cambio, al Servicio de Salud, la posibilidad de intervenir como “tercero coadyuvante”. Los Hospitales Autogestionados en Red, a la luz de la organización que en materia sanitaria nos rige, si bien carecen de personalidad jurídica propia, constituyen o tienen a su disposición un patrimonio de afectación que legítimamente puede y debe ser perseguido por los particulares que hayan reportado daño con ocasión de una eventual falta de servicio, y precisamente por ello cabe calificar a estos establecimientos como organismos susceptibles de imputación jurídica.

En el caso de marras, la imputación por falta de servicio que sirve de sustento a la pretensión indemnizatoria, corresponde a una acción y/u omisión presuntamente constitutiva de falta de servicio y que ha causado la muerte de doña Patricia De Carmen Guajardo Díaz, situación que generó daños a su cónyuge y sus hijos, que se verificó en un Establecimiento Autogestionado en Red, con ocasión de prestaciones asistenciales cuya ejecución, inspección y control corresponde precisamente a dicho establecimiento, por lo que en este caso correspondía dirigir

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

la demanda en contra del Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins y traer a juicio como sujeto pasivo a dicho establecimiento.

Así las cosas, en mérito de lo expuesto, no queda más que rechazar la excepción perentoria de falta de legitimidad pasiva alegada por el demandado Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins.

D. En cuanto al fondo.

Décimo tercero: Que los demandantes deducen demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad extracontractual y subsidiaria de indemnización de perjuicios por responsabilidad extracontractual por perdida de una oportunidad, en contra del Hospital Regional del Libertador Bernardo O ´Higgins, solicitando, respecto a la demanda principal, que se declare en definitiva: 1.- Que la demandada incurrió en falta de servicio por los hechos relatados; 2.- Que la muerte de la paciente tuvo como causa la antedicha falta de servicio; 3.- La existencia de un perjuicio moral, en los términos descritos en el cuerpo de la demanda; 4.- El daño moral de la paciente, el que se avalúa en $50.000.000 o la suma que el tribunal estime pertinente de acuerdo al mérito del proceso; y 5.- El daño por repercusión que sufrió cada uno de los demandantes, por el sufrimiento provocado por tanto por los hechos que derivaron en la muerte, como de la muerte misma, y que se avalúa en $60.000.000 para cada uno, o la suma que el tribunal estime pertinente de acuerdo al mérito del proceso; y respecto a la demanda subsidiaria, que se declare en definitiva: 1.- Que la demandada incurrió en falta de servicio por los hechos relatados; 2.- Que la falta de servicio impidió que la paciente accediera oportunamente a prestaciones que pudieron salvarle la vida, o permitirle luchar dignamente por ella; 3.- Que dicha perdida de una oportunidad, significó un daño moral de $30.000.000por cada demandante, totalizando la cifra de $180.000.000 de pesos, o la suma que S.S. determine conforme al mérito del proceso; y en ambos casos, que se condene a la demandada a pagar las antedichas cifras, con los corrientes desde que se fije definitivamente la indemnización, ya sea en sentencia de primero o segunda instancia y que le se

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

condene en costas. Todo, en base a los fundamentos de hecho y de derecho expuestos latamente en lo dispositivo de esta sentencia.

Décimo cuarto: Que al contestar la demanda principal, el apoderado de la parte demandada, en primer lugar, niega y controvierte formalmente los hechos en que se funda la demanda y las consecuencias jurídicas que de ellos se derivarían, como también el monto y naturaleza de los perjuicios demandados, con excepción de los hechos que se aceptan expresamente. A su vez, sostiene que la Carga de Probar los elementos que constituyen la Responsabilidad Civil por Falta de Servicio, corresponde al actor de conformidad al artículo 1.698 del Código Civil, estrechando la regulación normativa a la ley especial que regula el marco regulatorio en materia sanitaria, resultando necesario referirse a la ley N°19.966 (Ley GES). Lo expuesto, queda demostrado al citar el inciso segundo del artículo 38 de la ley N°19.966, que manifiesta lo siguiente: “El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio”. Arguye que la norma es imperativa, por lo que la actora no puede prescindir del mandato expreso que realiza la ley, para configurar los elementos expuestos en su demanda de indemnización de perjuicios.

En cuanto a los hechos, expone que la paciente Patricia Guajardo Díaz (Q.E.P.D) ingresó al Servicio de Urgencia del Hospital Regional el día 28 de Abril de 2017 a las 15:07 horas, acompañada por familiar, en donde expone como motivo de la consulta: dolor de estómago, vómitos e hinchazón. A la toma de signos vitales, estos arrojaron los siguientes registros, Presión Arterial 143/63, Saturación 95%, Frecuencia Cardiaca 84, Temperatura Axilar 38,4, Eva 9/10, siendo categorizada para priorización de atención como C3. Posteriormente, al examen físico y anamnesis, se indicó como primera hipótesis diagnóstica: Dolor Abdominal, e Ictericia Obstructiva, lo cual motivó como medidas clínicas: la toma de sedimento para Urocultivo, tomar exámenes de sangre para identificar eventual PCR Reactivo y test de lipasa y amilasa (este último para ver posible alteración pancreática), se le indica suero fisiológico en dosis de 2000 cc endovenosa más

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

Metroclopramida, Ranitidina 100 endovenosa y Dipirona, y se solicita examen de Tac de Abdomen y Pelvis sin contraste para confirmación o no diagnóstica.

A las 19:52 horas del mismo día, se vuelven a tomar signos vitales, los cuales evidenciaron mejora en sus parámetros clínicos: Saturación: 96%, Frecuencia Cardiaca 85, Temperatura Axilar 37,4 Eva 6/10, y se mantiene vigilancia. Luego a las 21:15 se toman los exámenes de laboratorio solicitados que revelan hiperbilirrubinemia de predominio directo, y leve aumento de parámetros inflamatorios, pero con Amilasa en rango normal. A las 21:30 se indica nuevamente metroclopramida en 20 mg y suero fisiológico 250 cc endovenoso, a las 22:12 horas se vuelve a indicar metamizol en 500 cc y suero fisiológico, lo cual se reitera 23:50 horas.

A las 00:15 horas, se vuelven a controlar signos vitales en donde se constata baja de temperatura corporal a parámetros afebril 36,4° y se le indica por médico de turno tratamiento medicamentoso con furoseramida (diurético) en 20 mg, manejo que se mantiene a las horas posteriores, 01:18 horas, 1:20 horas, 2:20 horas, manteniendo vigilancia. Se toman nuevamente signos vitales esto a las 03:00 horas del día 29 de Abril de 2017, los que arrojaron: Presión arterial 124/65, saturación 100% temperatura axilar 36,6° grados eva 0/10, manteniéndose manejo con metamizol en 500 cc y suero fisiológico, y vigilancia. Finalmente a las 06:30 horas se avisa a cirujano de turno para nueva evaluación física quién observa abdomen blando, sin reacción peritoneal, en donde se le indica además colangioresonancia magnética, como así consta en Dato de Atención de Urgencia N°2286645, examen que se debe tomar de forma ambulatoria dado su estabilización en la condición.

El día 30 de Abril de 2017 ingresa a las 0:11 horas, en donde se le toman signos vitales los cuales arrojan registros: P/A 142/79, saturación 96%, temperatura Axilar 36,6 (sin fiebre), en que acusa que luego de tres días comienza con dolor abdominal leve y difuso, tipo cólico y con constipación que se hace de mayor intensidad, que se acentúa en epigastrio e hipocondrio derecho que se irradia a

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

tórax posterior. Se acompaña desde anoche con vómitos y sensación febril. Al examen médico se observa abdomen blando depresible sensible a la palpación, blumbeng (-), se diagnostica abdomen agudo, indicándose suero, se piden examen de laboratorio, cultivo, ketorolato y colangioresonancia Magnética ambulatoria dándosele el alta por mantener buena condición general y se le indica control SOS en caso de persistir malestar.

Lugo vuelve a reingresar al día 01 de Mayo de 2017, en donde acusa dolor abdominal, se le toman signos vitales, y se decide hospitalización solicitándose nuevo TAC Abdominal el que le es tomado el día de 02 de Mayo de 2021. Luego ante baja en condición se le somete a una laparotomía exploratoria. Luego ingresa a unidad de Tratamiento Intensivo para tratamiento con diagnóstico Preoperatorio: Colangitis Aguda, Diagnóstico Postoperatorio: Peritonitis difusa de probable origen diverticular. Hallazgos: importante proceso adherencial entre epiplón mayor y pared abdominal, adherencias de antro y duodeno a cara inferior del hígado, no se visualiza hilio hepático, se punciona dicha estructura sin dar salida a bilis ni contenido purulento, a nivel de colon transverso hacia la derecha se constata proceso inflamatorio y fibrina que involucra el mesocolon transverso, sin identificar perforación, se realiza aseo de cavidad. Se decide mantener terapia antibiótica con cobertura para gram (-) y anaerobios, volemización y titular drogas vasoactivas, apoyo con ventilación mecánica invasiva y exámenes de control y cultivos. Paciente evoluciona hemodinámicamente estable, sin requerimientos de drogas vasoactivas, afebril, se rescatan hemocultivos (+) para Streptococcus pneumoniae se cambia terapia antibiótica a ampicilina + sulbactam completandose 10 días de tratamiento.

El 03-05-17 fue evaluada por cirugía digestiva con indicación de ERCP, pero de manera no urgente por regresión de patrón colestásico y disminución de parámetros inflamatorios. El 10-05-17 acude a ERCP evidenciando vía biliar dilatada alitiásica y fístula biliar. El 12-05-17 se extuba sin incidentes. El 13-05-17 fue evaluada por cirugía quien sugiere nuevo control de TAC de abdomen y pelvis

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

con contraste para verificar estado y volumen de colección biliar. Se sugiere además Endoscopia Digestiva Alta para descartar úlcera péptica como causa de peritonitis al ingreso. El 17-05-17 paciente presenta aumento de parámetros inflamatorios asociado a inestabilidad hemodinámica iniciándose vasoactivos, se discute caso con cirugía por la posibilidad de foco infeccioso intraabdominal. Ingresa a pabellón 17-05-17 realizándose laparotomía exploratoria observándose absceso intraabdominal + lesión colédoco medio y bilioma, se instala sonda de kehr + jackson pratt. El 18-05-17 se observa signos de flogosis en brazo derecho con clínica de celulitis, se inicia tratamiento antibiótico con vancomicina ajustado a función renal + tazonam por hemocultivo (+) a pseudomona y se decide completar 14 días de tratamiento. El 24-05-17 es llevada a pabellón por evisceración y aseo quirúrgico sin complicaciones. Además presenta disminución progresiva de la tasa de filtración, se decide terapia de sustitución renal tipo hemodiálisis que se realiza sin complicaciones. Lesión de brazo derecho evoluciona a fascitis necrotizante. El 02-06-17 se realiza traqueostomía abierta sin incidentes + laparotomía exploratoria para aseo quirúrgico que evidencia 500 cc de líquido seropurulento libre en cavidad + biloma. El 14-06-17 Se decide realizar limpieza quirúrgica de antebrazo derecho. Se completan 14 días de antibiótico con ertapenem por klebsiella multirresistente. El 21-06-17 se realiza nuevo aseo quirúrgico de lesión de antebrazo derecho. El 21-06-17 se traslada a UTI para continuar manejo en unidad de menor complejidad.

La paciente evoluciona en condiciones estables cursando infección de foco urinario y cutáneo en tratamiento antibiótico. Sepsis de foco abdominal resuelta pero se mantiene colección (bilioma) que se drena de forma percutánea por radiólogo intervencionista. Se realiza de forma periódica y programada hemodiálisis por IRC reagudizada. Se mantiene con aseos programados de infección cutánea (fascitis necrotizante de antebrazo derecho) y tratamiento antibiótico completando 21 días. El 06-07-17 evoluciona con neumonía de manejo médico ajustándose tratamiento antibiótico que ya estaba recibiendo por fascitis

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

necrotizante. Evaluada por equipo de Infectología. El 17-07-17 se evidencia desplazamiento de drenaje percutáneo por lo que se solicita TAC de Abdomen y Pelvis para evaluar colocación de nuevo percutáneo. Se revisan imágenes por equipo de cirugía donde se evidencia que persiste colección retro gástrica pero con disminución de líquido periesplénico. Se solicita evaluación por Radiología Intervencionista. Reinstalándose drenaje percutáneo el 19-07-17. El 24-07-17 Paciente con mayor compromiso de conciencia y febril, sin compromiso hemodinámico. Evoluciona en malas condiciones generales. El 25-07-17 Evaluada por equipo de Infectología donde se decide no iniciar tratamiento antibiótico y esperar resultados de cultivos, dado que ha usado antibióticos de tercera línea. Se solicitan exámenes de control.

El 26-07-17 se retira drenaje ya que la colección líquida es de menor tamaño. 26-07-17, se informa a familia condición de la paciente y que no existe solución quirúrgica ante nueva bacteria. Familia solicita limitación de esfuerzo terapéutico e indicación de no reanimar (Firmas de Esposo e Hijos). Manteniéndose medidas de soporte vital, En ficha 27-07-17 Desde el punto de vista quirúrgico se registra que no tiene indicación de aseo quirúrgico. Se mantienen medidas de soporte. El 31-07-17 a las 07:23 hrs. paciente presenta Paro Cardiorrespiratorio. Se constata fallecimiento.

Luego, señala el marco jurídico aplicable a la responsabilidad civil del Hospital Regional Libertador Bernardo O´Higgins, en materia sanitaria, que es una responsabilidad subjetiva. Precisa que la legislación aplicable al caso de autos corresponde a la norma especial contenida en la Ley N°19.966, que establece un Régimen de Garantías en Salud (que denominaremos en adelante Ley GES), cuyo título III, se denomina “De la responsabilidad en materia sanitaria”; y que hasta antes de dicha ley, la responsabilidad del Estado en materia sanitaria se regía exclusivamente conforme las normas generales aplicables al sector público, que se encuentran básicamente en la Constitución Política de la República y en la Ley N°18.575 sobre Bases Generales de Administración del Estado.

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

Menciona que Ramón Domínguez, se refiere al estatuto jurídico de los Servicios de Salud u hospitales públicos, señalando *"Desde luego, la ley N°18.575 contempla un sistema de responsabilidad del Estado y sus órganos distinto de la responsabilidad civil. Pero es en la ley N°19.966 donde esto es patente, pues el legislador asume una posición concreta y dicta una regulación de la responsabilidad sanitaria".* Específicamente, en el inciso primero del artículo 38 de la Ley N° 19.966 (Ley GES), se establece: *"Artículo 38.- Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio"*. Asimismo, se regla en armonía con el artículo 4° de la Ley de Bases, que señala *"El Estado será responsable por los daños que causen los órganos de la Administración en el ejercicio de sus funciones, sin perjuicio de las responsabilidades que pudiera afectar al funcionario que los hubiere ocasionado"*; y el artículo 44 de la Ley de Bases, que indica *"Los órganos de la Administración serán responsables del daño que causen por falta de servicio. No obstante, el Estado tendrá derecho a repetir en contra del funcionario que hubiere incurrido en falta personal";* lo que es refrendado por la jurisprudencia a contrario sensu, según queda de manifiesto en el considerando tercero de la sentencia que emana de la Corte Suprema, en "Oyarzo con Servicio de Salud de Chiloe".

Hace presente que la responsabilidad civil que pretende imputar la contraria en contra de su representada tiene un carácter eminentemente "subjetivo", y destaca que la parte demandante debe cumplir con la carga probatoria establecida en el artículo 38 de la ley 19.966 (Ley GES), lo que fue considerado por el primer Juzgado de Letras en lo Civil de Rancagua, en el considerando décimo tercero, de la sentencia definitiva, en juicio civil ordinario de responsabilidad civil sanitaria, por falta de servicio, caratulado "Carvacho con Hospital Regional Libertador Bernardo O´Higgins Rancagua y Otro", que dice "*Que, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 38 inciso segundo de la Ley 19.966, para que la acción intentada pueda prosperar, es menester que la demandante acredite que el daño se produjo por la*

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

acción u omisión del órgano, mediando falta de servicio, o en otras palabras, que de las prestaciones de salud que le fueron proporcionadas se han seguido daños hacia su integridad física o psíquica." A mayor abundamiento y en relación a la falta de servicio, esgrime que el actor debe probar *"la culpa del Servicio en relación a la especie de falta de servicio."*

En cuanto al derecho, refiere que en base a todo lo señalado, y consecuente con las guías clínicas y protocolos internos, el actuar médico del hospital fue acorde a lo que indica, y para ello se debe entender que el actuar médico es de medios y no de resultados. En este orden de ideas y respecto a lo que entiende la parte por Lex Artis, expresa que su infracción se configura por el actuar contra la buena práctica médica, y se ha definido como *"la forma de proceder de un profesional idóneo, profesional que está con su título reconocido legalmente por los organismos universitarios acreditados y que tiene la formación y los conocimientos necesarios para estar ejerciendo. Dicho profesional se encuentra enfrentado a un enfermo que precisa atención médica oportuna y eficaz, basada en la aplicación de medidas terapéuticas que en términos estadísticos corresponde al actuar médico normalmente aceptado, este actuar se circunscribe a lo que es comúnmente aceptado en la comunidad médica nacional e internacional, lo que habitualmente se recomienda hacer en casos similares. Tomando en cuenta el lugar geográfico en la cual se realiza la prestación, los apoyos tecnológicos que se tenga y la oportunidad en que se prestó la atención".* (Carrasco Tapia, Francisco. "Responsabilidad Profesional Médica". Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. 2005.)

Sostiene que la lex artis es un concepto eminentemente temporal, circunscrito a un determinado espacio o lugar, y respecto a la situación concreta que enfrenta el profesional médico; que depende de una serie de elementos como son: el cuadro clínico compatible, las características del propio médico (especialidad, experiencia), el desarrollo del área profesional de que se trate, la complejidad del

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

acto médico, la disponibilidad de elementos, el contexto económico del momento y las circunstancias específicas de cada enfermedad y cada paciente.

Arguye que en materia de responsabilidad por “falta de servicio”, la actuación del órgano del estado debe ser evaluada de acuerdo a las circunstancias existentes al momento de su prestación, considerando las exigencias medias existentes adaptadas a la realidad local. Al respecto, invoca expresamente el artículo 41 inciso final de la ley 19.966, que dispone: *“No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieren podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquéllos”*. Por lo que, en consecuencia, insiste en que el Hospital Regional Libertador Bernardo O´Higgins puso a disposición de la paciente todas las herramientas y medios existentes en el centro asistencial para la debida atención del paciente.

En relación a la supuesta responsabilidad de su representado, hace presente las consecuencias de la falta de relación de causa efecto entre el dolo o culpa y el daño. Señala que la falta de esta relación de causalidad lleva a la exención de responsabilidad cuando el daño no es imputable a su representado; y que la inexistencia de culpa, el actuar conforme a las reglas de la Lex Artis, siendo éste el caso, hace desaparecer total o parcialmente la relación de causalidad y exime de responsabilidad o, cuando menos, la atenúa.

Respecto a la pretensión económica de los demandantes, rebate la avaluación de perjuicios efectuada por los actores, la cual no sólo no encuentra fundamento en parámetro alguno, sino que además desconoce completamente lo dispuesto en el artículo 41 inciso primero de la ley 19.966, que establece los elementos que se deben considerar para la regulación del daño moral en esta clase de materias. Asimismo, indica que es un requisito básico para considerar tales pretensiones, el probar por parte de la contraria la efectiva concurrencia de los hechos indicados, la relación de causalidad y el daño, que de la manera que ha explicado y anotado,

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

no existe ni concurre, por lo que al Hospital Regional Libertador Bernardo O ´Higgins, no se le puede imputar un actuar negligente.

No obstante lo anterior, y para el improbable evento que se estime por el Tribunal que su representado haya podido tener algún grado de responsabilidad en el resultado dañoso demandado, formula lo siguiente:

El daño moral demandado, al igual que todo otro daño, debe acreditarse por los medios legales de prueba que consagra nuestro ordenamiento jurídico; no se puede presumir el perjuicio moral, sin que la parte que lo alegue le entregue los medios que lo acreditan, no puede sentenciar extra proceso, sin violar el artículo 160 del Código de Procedimiento Civil, que obliga al Órgano Jurisdiccional a fallar conforme al mérito del proceso. Por otra parte, agrega que la responsabilidad civil no puede ser nunca fuente de enriquecimiento sino una estricta indemnización satisfactoria de los perjuicios causados, vale decir, reemplazar mediante el dinero un bien o valor destruido, pues el derecho reconoce la necesidad de una indemnización satisfactoria pero rechaza convertir la responsabilidad civil en una fuente de incremento patrimonial.

En cuando a la prueba y la existencia de los daños, argumenta que si estos existiesen, nuestros tribunales consideran que el que alega haber sufrido un daño moral debe acreditar su existencia y debe aplicarse el principio contenido en el artículo 1698 del Código Civil, esto es, debe acreditarlo tanto en su existencia, su extensión, como en su valuación, conforme ya se ha referido en extenso.

Respecto a los intereses y reajustes, indica que estos no pueden aplicarse sino desde la fecha que constituya un derecho establecido a favor del actor por fallo ejecutoriado, fijando una indemnización. Antes es una mera expectativa, y por tanto, no puede generar reajustes e intereses desde que se manifieste la expectativa, sino desde que tal expectativa se materialice o concrete en un fallo ejecutoriado que lo acoja. Señala que la existencia de la obligación de indemnizar y el monto de ella sólo nace con la sentencia definitiva, la que sólo podría cumplirse a partir de la fecha en que ella quede firme o ejecutoriada.

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

Respecto de las costas, alega que no es factible la condenación en costas, ya que hay motivo más que suficiente para exigir que el actor acredite en el proceso todo lo que ha sostenido, en especial respecto de los daños alegados, en todas sus dimensiones, desde su existencia en calidad de imputable al establecimiento hospitalario que representa, hasta su valuación, lo que controvierte expresamente, esto es, el vínculo causal del cual derivaría la imputabilidad al Hospital, como la valuación y fundamento de los daños alegados, especialmente la controvertida valuación del daño moral.

En definitiva, precisa además, que la jurisprudencia en reiteradas ocasiones ha señalado que necesariamente debe existir relación de causalidad entre el obrar del agente y los daños causados, lo que debe probarse suficientemente por los medios de prueba legal, que nuestra legislación contempla al efecto, en lo que a responsabilidad civil extracontractual se refiere.

Décimo quinto: Que el apoderado de la parte demandada, en subsidio de lo anterior, contesta la demanda subsidiaria solicitando su total rechazo. Estima que en el evento improbable de que Usia estime que hubo falta de servicio de su representado, se debe tener presente el examen vinculado a la relación de causalidad sobre los hechos que se imputan como configurativos de falta de servicio, para ello cobra importancia ponderar la multiplicidad de causas, que resultan responsables en la situación de la paciente. Considerando, como principal causa de ello, la patología y el cuadro complejo que en sí marcó el destino de la paciente, cuadro de por sí de alta mortalidad, por lo cual, cualquier omisión o acción médica que eventualmente estime como constitutiva de falta de servicio no es exclusivamente responsable en el resultado de muerte en la paciente. Todo lo contrario, la acción u omisión médica forma parte de una cuota de responsabilidad completamente inferior y bajo respecto la enfermedad que invadió la salud de la víctima. En consecuencia, la perdida de chance se ajusta a los fundamentos antes planteados. Defiende lo anterior, ya que la finalidad de la atención médica es salvar la vida y no otra, y por ello sus descuidos pueden causar la disminución de

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

chances, pero es injusto para su representada, que se acuse una responsabilidad directa. Ello, nace de la lógica, que si aún la paciente hubiese permanecido en el hospital, los riesgos en cualquier momento podrían haberse manifestado y el resultado del daño habría sido el mismo; situación jurídica, que permite validar la pérdida de chance aplicable para el caso en estudio de forma subsidiaria.

Refiere respecto a la reducción de la valoración del daño moral, de conformidad a la teoría de la pérdida de chance, que aplicar un nexo causal entre la eventual falta de servicio y la pérdida de chance de sobrevivir, implica una consecuencia directa en la valuación del daño moral; ya que, debe guardar una proporción al aumento de los riesgos y no con el fallecimiento del paciente.

Señala que Álvaro Luna, en consideración a la dificultad de valorizar los daños conforme la pérdida de oportunidad, concluye "*La imposibilidad de establecer un nexo causal entre negligencia médica y el perjuicio final supone que el responsable de una pérdida de oportunidad de curación o supervivencia no pueda ser condenado a la reparación de los totales perjuicios sufridos por el paciente (esto es, la muerte, el daño corporal, etc.) sino sólo por el valor de las expectativas de supervivencia o curación destruidas (Compensación proporcional)*".

En este sentido, menciona que el considerando décimo sexto de la sentencia de remplazo en Vásquez y otros con Hospital Carlos Van Buren, dice *"Que en lo que atañe a la regulación del monto de la indemnización a cuyo pago será condenado el demandado, cabe destacar que, como se ha dicho, la 'doctrina en este sentido es unánime. La oportunidad es lo que se debe indemnizar, y no lo que estaba en juego. Si es que se debe reparar la pérdida de la oportunidad de sobrevivir, (…) el juez no puede condenar al médico a pagar una indemnización igual a la que se debería si él hubiera realmente matado al enfermo'. Por eso se ha dicho que la indemnización o el valor es parcial, pues nunca debe ser igual a la ventaja esperada o a la pérdida sufrida (Ríos Erazo y Silva Goñi, op. cit. Pág. 268)".*

Respecto a la jurisprudencia reciente en la materia, hace presente a que en el

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

juicio civil de indemnización de perjuicios, caratulado “Carvacho con Hospital Regional Rancagua y Servicio de Salud O´Higgins” tramitado ante este Tribunal, la Excma. Corte Suprema (ROL Ingreso Corte N°43.002-2017), mediante dictación de sentencia de remplazo, del 22 de mayo 2018, aplicando la teoría de perdida de chance (considerandos 11° y siguientes), condenó al Servicio de Salud O´Higgins, a pagar a modo indemnizatorio por la privación de oportunidad de recibir tratamiento oportuno respecto a una madre y su hija por nacer, la suma de $10.000.000 (diez millones de pesos).

Décimo sexto: Que al evacuar el trámite de la réplica, el apoderado de la parte demandante realiza una somera relación de los hechos sucedidos al ingreso de la paciente, para luego señalar que la contraria reconoce de manera expresa en las páginas 12 y 13 de la contestación los siguientes hechos: i. El ingreso; ii. La existencia de los síntomas; iii. El diagnostico de ingreso; y iv. La realización del TAC de abdomen, sin indicar sus resultados. Y que por otra parte, reconoce en las páginas 13 y 14 de su contestación, la existencia de dos nuevos ingresos, los días 30 de abril y 1 de Mayo; de lo que se desprende que el Hospital siguió un curso causal distinto al indicado en los protocolos, lo que fue latamente explicado en la demanda. Concluye que la paciente tuvo que haber quedado hospitalizada, y no enviada a su casa como la demandada reconoce que hizo.

En cuanto a la causa de muerte, menciona que la demandada reconoce en la página 14 que el diagnostico de colangitis estuvo contemplado; por lo que, tomando en consideración que el mismo Hospital consigna como causa de muerte la colangitis, todo el relato que hace no hace más que confirmar el aserto que actuó con falta de servicio al no diagnosticar oportunamente y tratar el problema de salud que aquejaba a la víctima.

En cuanto a la escara en el brazo derecho, alega que en la contestación reconoce la existencia de fascitis necrotizante, la cual fue el estadio último de dicha escara. Al respecto, reitera que esta afección es una infección rara, progresiva y potencialmente fatal que produce necrosis del tejido subcutáneo y de la fascia, a

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

menudo respetando músculo y piel. La mortalidad descrita en la literatura puede exceder el 30%.

En cuanto al derecho, refiere que la contraria realiza una exposición confusa de la falta de servicio como factor de imputación de daños. Al respecto, indica que la falta de servicio se concreta en un defecto de gestión o de organización en por el cual este no cumple con su cometido de satisfacción de las necesidades de los administrados, ya sea por no prestar el servicio o prestarlo tardía o deficientemente. Agrega que la prestación continua, esencial según la definición del artículo 25 de la Ley de Bases Generales de la Administración del Estado, y estando una persona dentro de un centro asistencial, el darla de alta sin la adecuada atención atenta precisamente en contra de dicha continuidad. Por otra parte, arguye que el defecto de gestión u organización no es necesario que se impute a persona determinada, pudiendo ser la ausencia de servicio simplemente anónima, y es por esta última razón que aplicar criterios de imputación personal como la culpa o negligencia como lo hace la contraria resulta incorrecto, siendo la aplicación de las normas del Código Civil, rechazada desde hace décadas por la doctrina y jurisprudencia nacionales. (Cordero Vega Luis, Responsabilidad Extracontractual de la Administración del Estado, Santiago, Ediciones Der, año 2018, pp. 34 y siguientes). En otras palabras, la falta de servicio no es más que la frustración de una expectativa normativa de actuación, un incumplimiento. (Cordero ob.cit. pp. 66 y 67).

Décimo séptimo: Que el apoderado de la demandada al evacuar el trámite de la dúplica, junto con ratificar y reiterar todos los hechos como el derecho descritos en la contestación, señala que las atenciones médicas brindadas a la paciente a la luz de cómo evolucionó su cuadro de salud desde su primer ingreso al Servicio, se encuentran dentro de las que comprende la lex artis médica, considerando los antecedentes de base, y al evolución de la patología que padeció. En este sentido, expone y agrega que:

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

1. La paciente a su primer ingreso el día 28 de Abril de 2017 con dolor de estómago, vómitos e hinchazón, se le practica la toma de signos vitales, siendo categorizada para priorización de atención como C3. Posteriormente, al examen físico y anamnesis, se indicó como primera hipótesis diagnóstica: Dolor Abdominal, e Ictericia Obstructiva, lo cual motivó como medidas clínicas: la toma de sedimento para Urocultivo, tomar exámenes de sangre para identificar eventual PCR Reactivo y test de lipasa y amilasa, se le indica suero fisiológico en dosis de 2000 cc endovenosa más Metroclopramida, Ranitidina 100 endovenosa y Dipirona, y se solicita examen de Tac de Abdomen y Pelvis sin contraste para confirmación o no diagnóstica. Todas estas acciones son propias y pertinentes a adoptar respecto de un paciente en las condiciones que ya se indicaron considerando la categorización C3 para priorización de atención (Situación que de hecho reconoce como tal en su libelo).

2. La contraria, indica que según su condición a la paciente correspondía darle un tratamiento específico, para extraer un cálculo y evitar complicaciones. Respecto de este punto, la parte demandada señala que al momento de su ingreso cuando se indica ictericia obstructiva se hace a la luz de una “hipótesis diagnóstica”, es decir, un cuadro preliminar que implica hacer estudios de confirmación, para eso es determinante la realización de exámenes de sangre y de imágenes medidas que si se cumplieron como consta en autos en tiempo forma. Agrega además, que para tratar toda patología asociada a un abdomen agudo que en este caso fue una Coledocolitiasis (Tac de fecha 28 de Abril de 2017), primeramente se debe tener un diagnóstico claro con las diferentes pruebas de imágenes, primeramente un TAC (Tomografía Axial Computada), y además para visualizar una mayor y mejor visión espacial de la vía biliar, una colangioresonancia. En relación a esto último, refiere que consta en Dau de Ingreso del 28 de Abril de 2017, que a la paciente se le indicó la realización de una Colangioresonancia, examen que debía tomarse en forma ambulatoria pero de urgencia en otro centro, ya que el servicio de urgencia del Hospital Regional demandado no contaba con dicha prestación sino solo de

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

forma programada en Servicio de Imagenología (esto significa que con agenda lo cual no era lo recomendable dado la sospecha diagnostica), y con su resultado debía regresar a fin de que se pudiera adoptar una decisión en base a confirmación diagnóstica, por lo que, en razón de ello, nunca se le dio el alta definitiva como mal lo indica la contraria. Lo anterior se evidencia en el propio dato de atención de urgencia N°22866645 del 28 de Abril de 2017.

3. En relación a atención realizada el día 30 de Abril de 2017, como consta en DAU N° 2289283 la paciente ingresó a las 00:11 minutos (menos de 24 horas desde el último registro de atención anterior), en donde a la toma de signos vitales tomados a las 00:18 minutos se observa a una paciente sin taquicardia, sin fiebre, que tiene HGT elevado en contexto de diabetes mellitus conocida, al examen físico presenta ictericia (coloración amarilla de la piel), y al examen físico abdominal no presenta signos de irritación peritoneal (Blumberg negativo descrito en ficha). Se evalúa posteriormente con exámenes, resultando no tener alteraciones en los leucocitos, Protina C reactiva levemente alterada (16) y bilirrubina directa menor de 4. Se indica suero, se piden examen de laboratorio, cultivo, ketorolato y Colangioresonancia Magnética ambulatoria nuevamente dándosele el alta por mantener buena condición general y se le indica control SOS en caso de persistir malestar. Esto a las 05:20 horas del día 29 de Abril de 2017.

4. Al ingreso del 01 de Mayo de 2017 a las 19:04 horas, la paciente acusa dolor abdominal, se le toman signos vitales en donde se evidencia sin fiebre, con tendencia a la hipotensión, al examen físico se observa dolor abdominal sensible a la palpación, se indican exámenes de laboratorio, y mientras tratamiento con metronidazol y ketorolaco, y además se pide nuevo TAC el cual es tomado a las 00:55 horas del día 02 de Mayo de 2017, pidiéndose evaluación por especialista en medicina. A las 00:12 horas, se reciben resultados de laboratorio en donde se evidencia un aumento de los parámetros inflamatorios, amilasa y lipasa con discreta elevación, taquicárdica y con posible acidosis metabólica, diagnosticándose con dicho cuadro colangitis aguda, lo cual lleva a indicar

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

hospitalización de la paciente. Ingresa a las 03.30 horas a servicio de medicina, en estado de autovalencia (por si misma) con diagnóstico de ser hipertensa, y padecer Diabetes Mellitus tipo 2. Es operada y posteriormente derivada a UCI para manejo postoperatorio. En cuanto al diagnóstico de Colangitis Aguda, solo en esta atención se pudo constatar su hallazgo en forma precisa y no en las atenciones anteriores, en este sentido la contraria yerra en su libelo al indicar que ese día al ingresar al quirófano ya era conocido el diagnóstico de patología el cual se había confirmado previamente con el TAC del 28 de Abril de 2017. A mayor abundamiento, sostiene que al tenor de su detalle no arrojó ese diagnóstico sino dilatación de la vía biliar y coledocolitiasis, por lo tanto, solo al ingreso del 01 de Mayo de 2017, al tener los resultados de los exámenes de laboratorio se constató la patología, ordenando la hospitalización siendo el manejo pertinente en ese momento.

5. En cuanto a las atenciones posteriores, las complicaciones asociadas al cuadro en relación a los procedimientos realizados son propios de su etiología, la fascitis necrotizante a la que refiere la contraria fue tratada de acuerdo a los protocolos aplicables a ello.

Décimo octavo: Que, a fin de acreditar sus asertos, la parte demandante rindió la siguiente prueba en juicio, consistente en:

I. Documental. Aparejada en folios 47 a 50 y 56 no objetada en contrario, consistente en: **1.-** Certificado de matrimonio de don Daniel Enrique Carrasco Valenzuela, emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación; **2.-** Certificado de defunción de doña Patricia del Carmen Guajardo Díaz, emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación; **3.-** Certificado de nacimiento de doña Paula Alejandra Pino Guajardo, emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación; **4.-** Certificado de nacimiento de don Juan Patricio Pino Guajardo, emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación; **5.-** Certificado de nacimiento de don Daniel Benjamín Carrasco Guajardo, emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación; **6.-** Certificado de nacimiento de doña Camila Graciela Carrasco

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

Guajardo, emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación; **7.-** Certificado de nacimiento de don Nicolás Guillermo Carrasco Guajardo, emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación; **8.-** Protocolo Patología Biliar en Urgencia, emitido por el Servicio de Salud de Aconcagua; **9.-** Protocolo Referencia y Contrarreferencia “Colelitiasis”, emitido por el Servicio de Salud de Osorno; **10.-** Protocolo clínico de referencia y contrarreferencia cirugía adulto Colecistolitiasis no GES, emitido por el Servicio de Salud de Atacama; **11.-** Protocolo diagnóstico de la colestasis, C. Calviño-Suárez*, D. de la Iglesia y J.E. Domínguez-Muñoz, extraído del link que indica; **12.-** Anatomía quirúrgica del conducto colédoco: revisión de la clasificación topográfica, publicado en Revista Chilena de Cirugía Cir. 2017;69 (1):22---27; **13.-** Coledocolitiasis y Colangitis Aguda, contenido en “Cirugía en medicina general: manual de enfermedades quirúrgicas”, elaborado por la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile; y **14.-** Copia de ficha médica de doña Patricia del Carmen Guajardo Díaz, emitida por la demandada, Hospital Regional de Rancagua.

A su vez, a folios 51 y 56, solicitó la diligencia de exhibición de documentos consistentes en: **1.-** Protocolos de tratamiento en caso de urgencia de coledocolitiasis, Colangitis Aguda o denominaciones similares, patología biliar o abdomen agudo, sea que estos protocolos se los haya entregado el Ministerio de Salud, el Servicio de Salud de la Región de O´Higgins o sean de elaboración propia, que estaban vigentes al 31 de julio del año 2017; **2.-** Copia íntegra de la ficha médica de doña Patricia del Carmen Guajardo Díaz, resguardada en el Hospital Regional de Rancagua; y **3.-** Protocolos para el control de ulceras por presión, utilizados por el demandado, ya sean estos de elaboración propia o directrices del Ministerio de Salud, o protocolos de otro origen; Los que si bien no se exhibieron en las audiencias respectivas, fueron acompañados por la demandada en folios 82 y 89.

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

Además, acompañó un archivo de audio y un set de 3 fotografías a folio 64, custodiados bajo la letra “C”, que fueron objeto de la diligencia de percepción documental el 14 de octubre de 2022 (folio 80).

II. Testimonial. A folio 61 presentó los testimonios de Ana María Cerda Freire, Yessenia Alejandra Chávez Carrera y de Melisa María Méndez Cabrera quienes legalmente examinadas y sin tachas declaran contestes que: Recuerdan que doña Patricia ingresó a la Urgencia del Hospital Regional de O’Higgins con mucho dolor al estómago, con color de piel amarillo, con el abdomen abultado, y ahí estuvo mucho tiempo, hasta que la devolvieron a la casa, con el mismo dolor, por lo que volvió a ir unas horas después. Agregan que en esta segunda consulta le dieron una orden a doña Patricia para que se hiciera un examen fuera del hospital. Indican que en estas dos consultas de urgencia le brindaron medicamentos a la vena, la revisaron, le tocaron el abdomen y la mandaron a hacerse el examen. Señalan que luego la dejaron hospitalizada por un fuerte dolor de estómago y que cada vez que llamaban a las hijas, estas les comentaban que el estado de salud de doña Patricia se complicaba más, que como familia tuvieron muchos problemas para verla, porque no los dejaban y no tenían mucha información.

Refieren que desde que la hospitalizaron fueron tres meses impactantes, de mucha incertidumbre, porque día a día se deterioraba más, porque día por medio la entraban a pabellón, su familia estaba impactada, en shock; la hija les mandó una foto del brazo de su madre, que era una mole, dos brazos en uno y negro, respecto del cual le brindaron atenciones (medicas), que incluso el doctor de turno le había dicho a la hija que posiblemente le amputarían el brazo, lo cual no ocurrió porque falleció.

III. Informe pericial. A folio 108, emitido por el perito designado en autos y propuesto de consuno por las partes, don Juan Roberto Cullen Fernández, Médico Cirujano, quien, considerando la Revisión exhaustiva de los Antecedentes Médicos del paciente registrados en Ficha Clínica de Hospital Regional de

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

Rancagua, la Revisión de los Exámenes correspondientes a la paciente, y de la Revisión de la Literatura y del Expediente on-Line, concluye que:

“La atención de esta paciente fue un completo desacierto, empezando por su primera consulta en Mayo 28, en que presentando signos, síntomas, historia y todo lo que corresponde a Colangitis Aguda Purulenta, no se hizo el Diagnóstico y menos el tratamiento, y lo que es peor, se devolvió a domicilio, en espera de exámenes que en ese momento resultaban irrelevantes. Esta cadena o cascada de acciones incorrectas, sigue en su segunda consulta, en la que, habiéndose diagnosticado un Abdomen Agudo, no se actuó en consecuencia, y nuevamente fue enviada a domicilio. La cadena de desaciertos, continúa con una exploración, en que el Cirujano es incapaz de disecar adecuadamente el Hilio Hepático, para llegar al Colédoco y proceder a su drenaje. Luego de esto, y de haber drenado un litro de pus abdominal, se busca mañosamente otras causas de esta peritonitis, planteándose Divertículo Perforado, Ulcera Péptida Perforada, y olvidando por completo la causa o motivo de consulta, que aún no había sido resuelta. Sin mencionar que la operación realizada no fue la correcta ni la clínicamente indicada, ya que se debió drenar la Vía Biliar y dejar una Laparostomía Contenida, como ya se ha mencionado.

Y para agregar algo más, la paciente cursa con una Infección Severa de Antebrazo Derecho, producto de manejo inadecuado.

En el manejo de esta paciente, hubo un completo incumplimiento de la Lex Artis por parte de algunos de los Profesionales involucrados, sin contar con situaciones de posibles Negligencias, de Impericia, Imprudencia Temeraria, Incompetencias, Ignorancia y de Desconocimiento de las Patologías a que se enfrentaban, etc. al punto que hacen dudar de su formación y validez de Títulos Profesionales.

La causa de la muerte fue Falla Multisistémica, causada por un Shock Séptico Irreversible, el que a su vez se inicia por una Sepsis Abdominal, secundaria a una Colangitis Aguda Purulenta, no diagnosticada ni tratada oportunamente, pese a que la Clínica era muy categórica para poder concluir dicho Diagnóstico. Además,

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

debemos destacar que se agrega un nuevo foco infeccioso en Antebrazo Derecho, producto de una Fasceitis Necrotizante, no relacionada con su cuadro abdominal de Vía Biliar. No se logra entender, cual ha sido el razonamiento de quienes han atendido a esta paciente, quienes, haciendo caso omiso a principios clásicos y básicos del ejercicio de la Medicina, desviaron el manejo hasta las consecuencias ya conocidas.

En ningún caso se puede considerar este desenlace como un evento imprevisto, ya que como latamente se ha explicado, ha sido la consecuencia de hechos erróneos y conductas impropias de la Lex Artis y del quehacer médico, de incompetencias, de impericias, y por sobre todo, de desconocimiento de la Medicina y de principios básicos de Semiología y de Cirugía por parte de algunos involucrados.

En esto, no hay protocolos Ministeriales ni Guías Clínicas involucradas, sino la simple aplicación de principios básicos, que en este caso, no se respetaron. En el manejo de esta paciente, no hubo el razonamiento elemental, necesario para plantear un diagnóstico Médico o definir una línea de estudio.

En efecto, no se consideró la Historia Clínica que traía la paciente, no hubo un adecuado análisis del Examen Físico ni de los hallazgos del mismo. No se evaluaron adecuadamente los Exámenes de Laboratorio, y lo que es peor, no se planteó un Diagnóstico y se indicó medicamentos para manejo de los síntomas, sin pensar en la causa. Y no era un caso complejo o de diagnóstico difícil, con varias alternativas, al contrario, se trataba de un cuadro de Litiasis Biliar, algo de muy alta frecuencia en el país. En Chile existe una alta prevalencia en comparación al resto del mundo tanto en autopsias como en población viva. Se ha demostrado una frecuencia de 38,5% y 17,2% en mujeres y hombres mayores de 20 años, respectivamente. A partir de los 50 años, la frecuencia de colelitiasis es tan alta como 60% en mujeres y cercana al 50% en hombres. Con estas cifras de Litiasis Biliar en el país, es inaceptable que un médico, de la especialidad que sea,

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

no sea capaz de diagnosticar o al menos sospechar un cuadro de esta naturaleza o sus complicaciones.”.

Décimo noveno: Que a su vez, la parte demandada a fin de acreditar sus dichos y desvirtuar los de la contraparte, se vale de la siguiente prueba documental aparejada en folios 65 a 67, no objetada en contrario, consistente en: **1.-** Dato de Atención de Urgencia Folio N°2286645 del 28 de Abril de 2017 asociado a la paciente D. Patricia Guajardo Díaz; **2.-** Dato de Atención de Urgencia Folio N°2289283 del 30 de Abril de 2017 asociado a la paciente D. Patricia Guajardo Díaz; **3.-** Dato de Atención de Urgencia Folio N°2292615 del 01 de Mayo de 2017 asociado a la paciente Patricia Guajardo Díaz; **4.-** Ensayo “Ictericia Obstructiva de Origen Maligno” de Sergio Rubel C. y Camila Inostroza M.; **5.-** Hoja de Historia y Evolución Clínica correspondiente a la paciente D. Patricia Guajardo Díaz del 26 de Julio de 2017; **6.-** Hoja de Historia y Evolución Clínica correspondiente a la paciente D. Patricia Guajardo Díaz del 27 de Julio de 2017; **7.-** Hoja de Registro de atención en hospitalización del 17 de Mayo de 2017 de la paciente Patricia Guajardo Díaz; **8.-** Historia y Evolución Clínica correspondiente a la paciente D. Patricia Guajardo Díaz del 29 de Junio de 2017; **9.-** Artículo “Infecciones Necrosantes de Tejidos Blandos de Revista Medicina Interna de México 2022”; y **10.-** Artículo “La Legitimación Pasiva de la Administración Médico- Sanitaria en la Era de Los Establecimientos Autogestionados en Red” de la Revista Chilena de Derecho, vol.45 N° 2. Pp 479-503 año 2018.

Vigésimo: Que respecto a la procedencia de la falta de servicio que alega el demandante, cabe señalar que la ley N°19.966 del año 2004 sobre Régimen de Garantías en Salud (GES), instauró un sistema de responsabilidad civil para los agentes del Estado en materia sanitaria y cuyo núcleo se radica en lo previsto por el artículo 38 inciso primero de la citada norma, que en lo pertinente, señala que: *“los órganos de la administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio”;* Luego,

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

la mentada ley en caso alguno define que´debe entenderse por falta de servicio en materia sanitaria, de ahí que tanto la doctrina como la jurisprudencia hayan ido configurado su noción y contenido, entendiendo entonces por falta de servicio a aquella deficiencia o mal funcionamiento del servicio en relación a la conducta normal y esperable respecto de él, lo que acontece cuando aquél no funciona debiendo hacerlo o cuando funciona de manera irregular o tardía, resultando este el factor de imputación que genera la consecuente responsabilidad indemnizatoria del agente estatal.

Vigésimo primero: Que, bajo la lógica del sistema de responsabilidad de los órganos del Estado por Falta de Servicio, la imputación que se hace es que la función pública se ha desplegado o proporcionado de manera defectuosa o deficiente, de manera que es el Estado quien responderá por el hecho propio, pues a través de sus funcionarios no es sino el Hospital mismo el que se ha materializado. En este sentido, resulta incuestionable que el Estado debe responder por los daños causados en el ejercicio de sus funciones, y para ello debe determinarse la existencia efectiva de la falta de servicio en que éste, mediante el Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins demandado, ha incurrido, puesto que este requisito es indispensable para poder atribuir la correspondiente responsabilidad al ente estatal, por lo que no se trata de una situación de responsabilidad objetiva, sino que, debe acreditarse la falta de servicio para que opere la responsabilidad estatal, tal como lo exige la norma citada.

Vigésimo segundo: Que, en este caso, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 38 inciso segundo de la Ley N°19.966, para que la acción intentada pueda prosperar, es menester que los demandantes acrediten que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando falta de servicio, en otras palabras, que de las prestaciones de salud que le fueron proporcionadas se han seguido daños hacia su integridad física o psíquica, sea porque ha existido en ellas una infracción a la lex artis médica y/o porque los facultativos y demás

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

dependientes del servicio se han apartado de los protocolos o guías que rigen el funcionamiento y proceder al interior de los establecimientos públicos de salud, revelando así que el servicio no ha sido prestado porque no se ajusta a la patología o condiciones que presentaba el paciente o que el mismo lo fue de manera defectuosa o tardía. Así, resulta aplicable la regla del artículo 1698 del Código Civil, la que dispone que incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquellas o estas, por lo que en la especie la carga de la prueba recae sobre los actores.

Vigésimo tercero: Que, en consecuencia, para que pueda hablarse entonces de responsabilidad civil por falta de servicio, habrán de concurrir los elementos copulativos para que esta se configure, es decir: i. La falta de servicio como criterio de imputación, que no pasa de ser sino aquella deficiencia en la organización o un defecto en el funcionamiento del servicio; ii. La existencia del daño, o sea, un menoscabo efectivo en la condición y/o calidad de vida del paciente; y iii. La necesaria relación de causalidad entre la actividad del servicio y el daño provocado, y que esta´ dado por ser los daños padecidos, una consecuencia directa e inmediata de la conducta desplegada de manera defectuosa o tardía, o derechamente no desplegada por el servicio sanitario.

Vigésimo tercero: Que del mérito de autos y de la ponderación de la prueba rendida por las partes, en especial consideración al informe pericial emitido por el perito médico cirujano Juan Roberto Cullen Fernández, y contrastado con los demás antecedentes, se puede tener por acreditados los siguientes hechos:

1.- Que los demandantes, Paula Alejandra Pino Guajardo, Juan Patricio Pino Guajardo, Daniel Benjamín Carrasco Guajardo y Camila Graciela Carrasco Guajardo, son hijos de la causante Patricia Del Carmen Guajardo Díaz; y el actor Daniel Enrique Carrasco Valenzuela, es su cónyuge sobreviviente, según consta del mérito de los certificados de nacimiento y matrimonio emitidos por el Servicio de Registro Civil aparejados.

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

2.- Que 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 medico 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. Medico 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).

iii. 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 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.- Que 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).

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

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.- Que 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 incluyendo TAC Abdominal, evaluación por Medicina y se hospitaliza.

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

i. 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 diagnostico 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.- Que 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.

7.- Que 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 medico radiólogo Rodrigo Román Salgado, indica entre sus hallazgos “vía biliar de

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

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.- Que 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.- Que 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.- Que 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 medico 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.

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

12.- Que 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 medico 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.- Que el 02 de junio de 2017 se practicó Traqueostomía (abertura en frente del cuello que se hace a fin de formar una vía respiratoria para las personas que no pueden respirar por sí mismas, que no pueden respirar bien, o que tienen una obstrucción que afecta su respiración) y nuevo Aseo Quirúrgico abdominal, por el medico Héctor Almau, que revela medio litro de material purulento que se drena

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

más bilioma. No se dejó constancia si el cirujano comprobó o vio o no, que la sonda estaba in situ y funcionando correctamente.

14.- Que 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.- Que el 11 de junio de 2017 existió filtración de Traqueostomía, se comprobó existencia de Falsa Vía (creación de un Trayecto Anómalo a través de tejidos blandos, al instalar una sonda, un catéter, o bien una traqueostomía, la que en adultos suele suceder por impericia del operador), por lo que se intubó, y reinstaló Traqueostomía al día siguiente por el doctor Carlos Jaspe.

16.- Que 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.- Que 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.- Que 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 descarta dejar drenaje aspirativo.

19.- Que 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.- Que 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.

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

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

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

23.- Que 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.- Que el 27 de julio de 2017 se realiza reunión con los familiares,

25.- Que 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.

Vigésimo cuarto: Que, para efectos de determinar la procedencia de la indemnización de perjuicios alegada, hay que verificar primeramente si existió falta de servicio por parte del demandado. En cuanto a este punto, para verificar su procedencia debemos estar a si la causa de muerte de la causante, madre y cónyuge de los demandantes, se debió a la falta de servicio del Hospital Regional de O'Higgins, entendiendo por tal, a que los servicios prestados por la institución de salud no fueron en tiempo y forma, además de no ajustados a la lex artis médica y/o que los facultativos y demás dependientes del servicio se apartaron de los protocolos o guías que rigen el funcionamiento y proceder al interior de los establecimientos públicos de salud, sin ajustarse los diagnósticos y procedimientos realizados, a la patología o condiciones que presentaba la paciente, es decir, que las mismas fueron prestados de manera defectuosa o tardía.

Vigésimo quinto: Que de la lectura de la bibliografía técnica relativa a las patologías biliares aportados por ambas partes, y a los Protocolos relativos a la Patología Biliar o Colelitiasis, se puede apreciar que este tipo de cuadros se manifiestan desde un cólico biliar simple, que consiste en un dolor abdominal ubicado en hipocondrio derecho o epigastrio irradiado al dorso, que puede transformarse en prolongado, es decir, que subsiste en el tiempo a pesar del

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

tratamiento con antiespasmódicos; y que puede sufrir complicaciones, como la infección de las vías biliares, la perforación de la vesícula, la formación de abscesos y fistula de la vesícula y el árbol biliar, entre otros, como la Coledocolitiasis, que consiste en la presencia de cálculos en el colédoco, o a lo largo de toda la vía biliar; que a su vez se puede manifestar en un cuadro de Colestasis extrahepática (falta de drenaje de la bilis) o de Colangitis aguda, que consiste en la infección de la vía biliar, frecuentemente secundaria a una coledocolitiasis; y hasta un cáncer de vesícula biliar o pancreatitis aguda, que se produce por emigración de los cálculos que pasan del conducto biliar común al pancreático, o por reflujo de fluidos duodenales o biliares hacia este conducto del páncreas.

Según señalan los Protocolos aparejados, el cuadro clínico de la Coledocolitiasis se presenta con la coexistencia de dolor, ictericia y fiebre, pero que en la mayoría de los pacientes solo se presenta uno o dos de estos síntomas, incluso puede ser asintomática; además, se indica que la tasa de incidencia es mayor en mujeres y aumenta con la edad, y puede presentarse como un cólico asociado a ictericia o como una complicación grave (Colangitis o Pancreatitis aguda). Por su parte, el cuadro clínico de Colangitis se presenta con dolor en el hipocondrio derecho, ictericia y fiebre, acompañada por escalofríos; y que de su evolución a las pocas horas, aparece un compromiso hemodinámico que evoluciona hacia el shock séptico y alteraciones de conciencia que pueden llevar al coma.

Ahora, de la ficha clínica de la causante y en especial de los datos de atención aparejados, consta que la paciente ingresó el día 28 de abril de 2017 a la Urgencia del Hospital Regional de Rancagua presentando los siguientes síntomas: dolor abdominal, hinchazón, sin poder eliminar gases, acolia y coluria; los cuales manifestaba tener hace más de dos semanas. Con el conocimiento de dichos síntomas, contrastados además con los antecedentes por ella aportados, y el resultado de los exámenes de laboratorio, los que revelaron hiperbilirrubinemia de predominio directo y leve aumento de parámetros inflamatorios, el profesional

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

médico debió inferir que se trataba de un cólico biliar prolongado que coincidía con los criterios de la Colelitiasis y que sin tratamiento podría sufrir complicaciones tales como la Coledocolitiasis, Colestasis extrahepática o Colangitis aguda, por lo que, dado además el tiempo por el que la paciente presentaba el dolor abdominal, debió solicitar una ecotomografía abdominal a fin de verificar la presencia de cálculos, pues según los protocolos médicos aquel es el paso a seguir en dichos casos. No obstante, los profesionales que la atendieron solicitaron Exámenes de Laboratorio, TAC Abdominal y Pelvis, y Evaluación por Cirujano; quien indica una Colangioresonancia, que debía ser practicada de forma particular, dada su indisponibilidad en el centro de salud; quedando pendiente el resultado del TAC Abdominal y de Pelvis. Sin perjuicio de ello, y pese a diagnosticarse dolor abdominal e ictericia obstructiva, síntomas claros de Coledocolitiasis, se omitió el solicitar y practicar la ecotomografía de rigor, y se le dio el alta.

Luego, consta que ingresó a la Urgencia del mismo centro de salud al día siguiente, con los mismos síntomas, diagnosticándole el profesional Fernando Chaparro, Abdomen Agudo, cuadro clínico 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. Es decir, aquello, en conjunto con el diagnóstico previo realizado el día anterior, se condecía totalmente con algún cuadro de patología biliar que debía ser tratado inmediatamente por vía quirúrgica, más el profesional nuevamente omitió solicitar la ecotomografía abdominal para confirmar o descartar la existencia de un cuadro de coledocolitiasis, y resolvió enviarla a su hogar, con el solo tratamiento de la sintomatología, obviando el tratamiento de la causa basal de los mismos.

Cabe señalar, que según flujograma de proceso de Atención de Colelitiasis, si el examen clínico y físico es sugerente de Colelitiasis –que lo era- se debía practicar una Ecotomografía abdominal, y si esta resultaba positiva para presencia de cálculos, se debía derivar a cirugía para tratamiento quirúrgico, consistente en una

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

colecistectomía u otra cirugía a fin (puesto que la paciente contaba con antecedentes de Colecistectomía previa), destinada a la eliminación de los cálculos, ya sea por cirugía clásica (abierta) o por laparoscopía, la cual es conveniente realizarla pronto, pues una espera prolongada aumenta la probabilidad de complicaciones graves. Se debe tener presente, además, que dada la alta tasa de cáncer vesicular que presenta Chile –según se señala en la bibliografía y protocolos adjuntos- la recomendación actual es que todo paciente que tiene colecistoliasis debe operarse, ya sea mediante cirugía abierta o laparoscopia, siendo el tratamiento estándar para este tipo de cuadros.

De lo expuesto se infiere entonces, que dados los antecedentes con que contaban los profesionales de la salud que atendieron a la causante, ya sea en su primera como en su segunda intención de Urgencia, estos no siguieron el protocolo medico exigible según la patología o condiciones que presentaba la paciente, toda vez que, pese a que los síntomas que esta presentaba y el resultado de los exámenes de laboratorio indicaban la existencia de una patología biliar coincidente con la coledocolitiasis, no practicaron el examen pertinente, que es la Ecotomografía abdominal, el que vendría a confirmar o descartar dicho diagnóstico. Así las cosas, y en un primer momento, se puede tener por acreditado que la atención entregada por el Hospital Regional de Rancagua fue deficiente, ello al no ajustarse a los protocolos médicos, y al no efectuar un diagnóstico claro pese a contar con los antecedentes e instrumentos necesarios para hacerlo.

Vigésimo sexto: Que si bien la tercera vez que la paciente asistió al Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Rancagua -presentando los mismos síntomas- fue ingresada y hospitalizada, lo cierto es que solo se sometió a cirugía al día siguiente, sin practicarse, nuevamente, la Ecotomografía abdominal de rigor, y sin tener a mano los resultado del TAC de Abdomen y Pelvis realizado el día 28 de abril. No obstante, el diagnostico pre-operatorio era el de Colangitis Aguda, por lo que el medico encargado de dicha cirugía, Ángel Alava, debía manejar la infección con antibióticos endovenoso y la obstrucción biliar con descompresión y drenaje.

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

Consta de la ficha clínica que se recetó antibióticos endovenosos para el manejo de la infección, pero no existió la descompresión y drenaje de la vía biliar, toda vez que el profesional, al momento de realizar la cirugía laparoscópica, no logró visualizar el Hilio Hepático o la vía biliar, por lo que si bien realizó punciones con aguja 21, esta fue infructuosa, pues no logro la salida de bilis y/o pus, que era lo requerido para el manejo del cuadro clínico que sufría la paciente. Además, consta que visualizó un proceso inflamatorio que involucra el mesocolon transverso, realizó aseo de la cavidad, cerró la incisión y finalmente diagnosticó que el cuadro se trataba de una Peritonitis difusa de probable origen diverticular, sin señalar como llego a ese diagnóstico, a pesar de que todos los antecedentes que se manejaban hasta ese instante sugerían Colangitis Aguda.

Cabe señalar, que el 05 de mayo de 2017 se obtuvieron los resultados del TAC Abdominal y de Pelvis, en el cual se encontró *"vía biliar de calibre aumentado con un cálculo de 1,3 cm en el colédoco distal"*, señalándose como impresión por el radiólogo Rodrigo Román Salgado, *"Dilatación de la vía biliar; Coledocolitiasis; Ateromatosis aortica y derrame peritoneal escaso"*; es decir, confirmaba la existencia de un cuadro clínico de Coledocolitiasis al momento de la primera consulta de la paciente, el que se hubiese pesquisado si en aquella oportunidad los profesionales médicos hubiesen practicado la ecotomografía de abdomen de rigor, o en su defecto, si el resultado del TAC hubiese sido automático o por lo menos entregado con unas horas de desfase.

Aquel resultado viene en confirmar la gestión deficiente desplegada del profesional Ángel Alava respecto a la atención de la causante, toda vez que, si al 28 de abril de 2017 ya existía claramente la Coledocolitiasis, cuatro días después, la cavidad explorada debía de contar con características propias de dicho cuadro, pero agravadas, de modo tal que el profesional, al momento de la exploración, debió percatarse de la concurrencia de dicho cuadro clínico, más aun si contaba con un diagnostico preoperatorio de Colangitis Aguda.

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

En este sentido, lo que se esperaba del profesional, al momento de practicar la cirugía, es que corroborara el diagnostico preoperatorio, encontrara la vía biliar y que la drenara, pues los antecedentes con los que contaba eran más que suficientes para establecer dicho curso de acción; no obstante, las acciones desplegadas por este no fueron las adecuadas, toda vez que no logró dar con la vía biliar, alegando la existencia de un *"proceso adherencial importante entre Epiplón Mayor y Pared Abdominal, adherencias de Antro y Duodeno a Cara Inferior del Hígado. Proceso que dificulta la visualización correcta del Hilio Hepático."*, lo que radicó en que no pudo drenarla y además adujo los síntomas a una peritonitis difusa de origen diverticular, sin justificar su diagnóstico. Ahora, resulta del todo ilógico e improbable que, contando con un diagnostico preoperatorio de Colangitis Aguda y las condiciones fisiológicas de la paciente al momento de la intervención, el profesional, actuando diligentemente y en función de sus habilidades médicas, no lograra dar con la vía biliar para efectos de descomprimirla y drenarla, toda vez que, según consta de la ficha clínica, el 17 de mayo de 2017 la paciente es sometida a una nueva cirugía exploratoria, esta vez por el Dr. Aquiles Cornejo, quien, pese a existir las mismas condiciones fisiológicas de la paciente, logra encontrar la vía biliar, drenarla y dejar una sonda Kher y un drenaje Jackson-Pratt, sin manifestar problema alguno para encontrar la vía biliar y sin atribuir la infección y la dilatación de esta a una peritonitis.

Atendido lo expuesto, no queda más que presumir que la cirugía realizada por el Dr. Ángel Alava fue deficiente, y que la incapacidad de drenar la vía biliar solo se condice con la falta total de competencias o habilidad del profesional a cargo de la cirugía, quien actuó deficientemente en el área de sus funciones, brindándole una atención defectuosa y errada a la paciente, la que, además de no dar solución a su problema médico, entregó un nuevo diagnostico que infirió en los procedimientos posteriores.

Vigésimo séptimo: Que, como se señaló previamente, el 17 de mayo la paciente es sometida a una nueva cirugía exploratoria por medio de laparoscopia, por el Dr.

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

Aquiles Cornejo, quien encuentra un absceso intrabdominal con lesión de Colédoco medio y bilioma, encuentra la vía biliar, la drena y dejar una sonda Kher y un drenaje Jackson-Pratt. A este respecto, el perito judicial en la página 12 de su informe señala *"El Cálculo no aparece descrito en los Protocolos Operatorios, por lo que es posible no se haya encontrado. A este respecto, vale la pena señalar que los Cálculos Coledocianos, como es el presente caso, son de consistencia más blanda que los Cálculos Vesiculares, y menos densos Y en este caso particular, este cálculo, se encontraba en un Colédoco inundado de pus, por lo que resulta claro pensar que ese cálculo era una especie de esponja, impregnada de Microrganismos Patógenos, y donde quiera fuese a parar, produciría colecciones de pus e infección. Lo más probable, es que este cálculo migrase hacia la Trascavidad de los Epiplones (ver Imagen 05), constituyéndose en el punto de origen de los Abscesos Retrogástricos que se drenaron parcialmente por vía percutánea, en forma posterior. Fue un error el no buscar dicho cálculo en la cavidad abdominal, y de ese modo prevenir futuras colecciones infectadas. El dejarlo abandonado, solo contribuyó a empeorar la situación de la paciente, y como ocurrió, presentó nuevas colecciones retro gástricas, localizadas en la Transcavidad."*. Efectivamente, de la lectura de la ficha clínica de la paciente no consta que se hayan referido a la existencia y extracción del cálculo biliar, de lo que se desprende entonces, que en la segunda cirugía exploratoria no se puso el énfasis en encontrar el cálculo existente en el colédoco, y del cual estaban en conocimiento, puesto que este consta en el TAC de Abdomen y Pelvis cuyo resultado fue entregado el 05 de mayo; así, la tesis del perito judicial resulta del todo relevante para estos efectos, dado su conocimiento técnico y en relación con los antecedentes del caso de marras, por lo que es dable presumir entonces, que las colecciones infectadas que se encontraron con posterioridad, desde la cirugía antes señalada y hasta su lamentable deceso, tenían como fuente de origen, aquel calculo infectado que no fue extraído en su oportunidad.

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

Así las cosas, en esta segunda cirugía también se advierte una atención defectuosa realizada por el profesional de la salud, toda vez que, contando con los antecedentes necesarios para la correcta realización de la cirugía, se omite un paso primordial, como es, la búsqueda y extracción del cálculo biliar alojado en el colédoco, lo que posteriormente se tradujo en un foco de infecciones localizadas en la Transcavidad de los Epiplones (cavidad que se ubica por detrás del Estómago y su punto de entrada, se encuentra limitado por la Vía Biliar), que ayudó al desarrollo del Shock séptico, el que finalmente llevo al lamentable deceso de doña Patricia Guajardo Díaz, por una Falla Multisistémica.

Vigésimo octavo: Que cabe agregar, que además de las deficiencias en los servicios prestados por parte de los profesionales de la salud en el diagnóstico y posterior tratamiento de la Colangitis Aguda mediante las cirugías pertinentes, la paciente sufrió otros tipos de problemas relacionados, como por ejemplo al realizar la Traqueostomía, la cual fue erróneamente practicada –a criterio del perito judicial Juan Roberto Cullen-, pues presentó filtraciones, enfisema de piel y la existencia de una falsa vía, lo que llevo a que fuera extubada y luego intubada nuevamente; además sufrió una infección cutánea de su antebrazo derecho (flogosis), la cual la adquirió intrahospitalariamente, y que solo puede explicarse por traumatismo debido a algún elemento de inmovilización aplicado de modo inadecuado, lo que, sumado a la sepsis abdominal, desencadeno en una Fasceitis Necrotizante, la que agregó un nuevo foco de Infección, grave, y que necesitó numerosos aseos quirúrgicos.

Así las cosas, además de todos los desaciertos presentados respecto a la determinación del diagnóstico y en el tratamiento del cuadro clínico de Colangitis Aguda, se sumó el hecho del desarrollo deficiente y erróneo en la ejecución de procedimientos para el manejo de la paciente, lo que también es constitutivo de falta de servicio.

Vigésimo noveno: Que de lo expuesto y teniendo en consideración además el análisis técnico realizado por el perito judicial Juan Roberto Cullen, queda de

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

manifiesto la falta de servicio alegada respecto al Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins, la cual se ve acreditada con el incumplimiento de la lex-artis por parte de algunos de los profesionales involucrados, quienes, a pesar de tener a mano todos los antecedentes y herramientas necesarias, hicieron un diagnostico errado e inoportuno, lo que se tradujo en un retraso en el tratamiento correcto, el que a su vez fue realizado deficiente y negligentemente por los profesionales respectivos, y que finalmente concluyó con la muerte de doña Patricia Guajardo Díaz, debido a una falla multisistemica causada por un Shock Séptico Irreversible y que se inicia por una Sepsis Abdominal, secundaria a una Colangitis Aguda Purulenta, no diagnosticada ni tratada oportunamente. Situación que a su vez, se vio acompañada con una Infección Severa de Antebrazo Derecho, producto del manejo físico inadecuado por parte de funcionarios de enfermería del mismo recinto asistencial.

Trigésimo: Que en cuanto al segundo requisito de procedencia de la responsabilidad civil extrajudicial alegada, esto es, el daño producido, el que en el caso de marras se traduce en el daño moral sufrido tanto por la causante y paciente del Hospital demandado, como por sus hijos y cónyuge sobreviviente, en virtud de la deficiente asistencia medica brindada por la institución de salud referida, que devino en la muerte de doña Patricia Guajardo Díaz; cabe señalar que este resulta del todo acreditado. A este respecto, la doctrina y jurisprudencia nacionales han descrito al daño moral como aquel que proviene de toda acción u omisión que pueda estimarse lesiva a las facultades espirituales, a los efectos o a las condiciones sociales o morales inherentes a la personalidad humana: en último término, todo aquello que signifique un menoscabo en los atributos o facultades morales del que sufre el daño.

En este sentido, si bien no constan antecedentes que acrediten el estado mental de la causante Patricia Guajardo Díaz, o que demuestren la angustia, el dolor, el sufrimiento, la aflicción o el menoscabo sicológico que estaba sufriendo específicamente durante su internación en el centro de salud demandado, dadas

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

las situaciones descritas previamente y todos los padecimientos físicos de los cuales fue víctima durante su estadía en el Hospital Regional de Rancagua, tales como diagnósticos errados y tardíos, procedimientos realizados negligentemente y malos manejos físicos por parte de los funcionarios de enfermería del Hospital, no queda más que inferir que aquellas situaciones necesariamente debieron producir dolor y angustia en ella, toda vez que se vio sometida a múltiples consultas sin obtener un diagnóstico certero, siendo enviada a casa con los mismos dolores, lo cual ocasiona en cualquier persona miedo y angustia de no saber qué es lo que tiene y como puede subsanarlo, sin perjuicio de haber experimentado, además, los efectos de los procedimientos que le fueron mal realizados por la negligencia de los profesionales de la salud que prestan servicios al demandado, experiencia que resulta evidentemente traumática para toda persona normal, más aun si pudo tomar conciencia en un principio, de que ellos podrían desencadenar su muerte. Así, resulta debidamente acreditado el daño moral sufrido por doña Patricia Guajardo Díaz, en razón del mal servicio de salud prestado por el demandado Hospital Regional de O'Higgins.

En cuanto al daño moral sufrido por los hijos y el cónyuge sobreviviente, consta la declaración de los testigos ofrecidos, contestes en los hechos y sus circunstancias esenciales, quienes señalan que durante la hospitalización de doña Patricia, estos se encontraban en shock y con sentimientos encontrados por no tener los medios necesarios para haberle dado un mejor trato, con impotencia, todo al ver como día a día se su madre y mujer se deterioraba más; agregan que al morir doña Patricia, la familia se desintegró, el marido cayo en depresión y en el alcohol, no trabaja porque no tiene ganas, y que tanto los hijos como los nietos de ella sufrieron mucho al perderla. Señalan que ella era centro de la familia, quien los reunía a todos, por eso su perdida los afectó tanto.

Así, ponderadas conforme a lo dispuesto en la regla segunda del artículo 384 del Código de Procedimiento Civil, sus declaraciones hacen plena prueba respecto a la existencia del daño moral alegado por los demandantes, pues según conforme

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

a lo razonado precedentemente, el deceso de la madre y cónyuge de los actores, obedece, en gran medida, a la falta de servicio del centro hospitalario. A mayor abundamiento, cabe señalar que la pérdida de un ser querido como la madre constituye un detrimento o menoscabo en la esfera psicológica del individuo, considerando que se trata de la privación irrecuperable de una persona que no volverá a estar presente en la vida de los demandantes, por lo que es dable establecer que su muerte constituye por sí, un hecho notorio de angustia y dolor emocional insoslayable y de difícil ponderación.

En conclusión, resulta debidamente acreditada la existencia y naturaleza del perjuicio alegado por los actores, sin perjuicio de ello, es necesario destacar que no fue posible determinar mediante los documentos ni declaraciones realizadas por los testigos una hipotética cuantía del daño producido, toda vez que no se refieren a ella, sino que solo se observa lo pedido al respecto por los actores, por lo que no es posible valorar dicha circunstancia nicamente en mérito de lo probado.

Trigésimo segundo: Que, sin perjuicio de lo analizado, en el caso que nos convoca, no cabe duda que la causante sufrió un daño de carácter patrimonial, por un hecho imputable a falta de servicio por un órgano del Estado, como lo es el Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins, por lo que dentro del haber hereditario se encuentra entonces la obligación que la ley impone al autor de reparar los perjuicios, misma que se transmite a sus herederos, como expresamente dispone el artículo 2315 del Código Civil, que señala que el heredero puede pedir la indemnización por el daño que ha sufrido la cosa de que era dueño o poseedor su causante; esta norma ha de interpretarse en el sentido de autorizar al heredero para instar por la declaración e incorporación a la masa hereditaria de un crédito que su causante tenía derecho a reclamar. En este sentido, si los herederos o asignatarios universales en conjunto representan a la persona del causante en todos sus derechos y obligaciones transmisibles (artículo 1097 Código Civil), la acción de indemnización de perjuicios en sede

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

extracontractual deberá entablarse actuando todos ellos conjuntamente, o cualquiera de los mismos, pero a nombre y en representación de la sucesión, posición esta última (demanda solo uno o algunos de ellos) que tiene sentido ya que bien puede ocurrir que existan herederos que desconozcan su calidad de tales y cuya existencia a su vez sea ignorada por los demás, o incluso situaciones en que uno de ellos sea el autor del daño o le unan vínculos de familia con su autor, y nadie podría sostener que la acción no pudiera ejercitarse por falta de consenso de uno o más de los herederos que se encontraren en alguna de las hipótesis propuestas, máxime cuando ésta busca el beneficio de la comunidad hereditaria en su conjunto.

Así las cosas, existiendo un daño sufrido por la causante susceptible de ser reparado por el demandado, y deduciendo los actores la acción de responsabilidad extracontractual por falta de servicio en representación de la causante en su calidad de herederos de la misma, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 2315 del Código Civil, no cabe más que acoger la demanda a este respecto.

Trigésimo tercero: Que respecto al último de los requisitos de procedencia de la acción deducida, la relación de causalidad entre las acciones u omisiones del servicio constitutivas de falta de servicio y el daño causado, cabe señalar que mediante las probanzas rendidas por las partes, pormenorizadas y ponderadas precedentemente en conjunto con los hechos que se han tenido por asentados, se llega a la convicción de que existe un nexo causal entre la falta de servicio cometida por el demandado y los daños ocasionados en los demandantes, pues de haber mediado una actuación eficiente y diligente por parte de los funcionarios del Hospital Regional de O'Higgins, ya sea al realizar los exámenes pertinentes (Ecotomografía Abdominal) en la primera o segunda consulta, que habría ayudado a emitir un diagnóstico certero y oportuno, o al haber realizado las cirugías exploratorias correctamente, a fin de dar el tratamiento debido en su oportunidad, o al haber realizado un correcto manejo físico por los profesionales de la unidad

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

de enfermería durante su hospitalización, no se habría producido el deceso de la madre y cónyuge de los demandantes, o a lo menos se le habrían dado aquellos tratamientos y cuidados propendientes a mantenerla con vida en condiciones mejores a las cuales se produjo su muerte, hecho que constituye la causa basal de los perjuicios detallados precedentemente.

Trigésimo cuarto: Que habiéndose acreditado por tanto, la concurrencia de cada uno de los requisitos establecidos por la ley para que esta acción prospere, se dará lugar a ella, teniendo en consideración para efectos de fijar los montos indemnizatorios que el daño moral consistente en el detrimento, angustia, dolor, sufrimiento, aflicción o menoscabo sicológico que cualquier persona puede experimentar a raíz de la muerte de un ser querido, en este caso, la madre y cónyuge de los actores, tratándose este de aquellos de índole subjetivo, su estimación pecuniaria queda entregada a la regulación prudencial del Tribunal, adecuándose a los principios de equidad que informan nuestro ordenamiento jurídico. Así las cosas, este sentenciador regula prudencialmente el monto indemnizatorio en las siguientes sumas: i. $30.000.000 (treinta millones de pesos) al cónyuge sobreviviente don Daniel Enrique Carrasco Valenzuela; ii. $20.000.000 (veinte millones de pesos) para cada uno de los hijos de doña Patricia Guajardo Díaz; y iii. $40.000.000 (cuarenta millones de pesos) en favor de la comunidad hereditaria a título de indemnización de los perjuicios propios de la víctima, cuya acción ingresó a su patrimonio al producirse estos y, por ende, fue transmitida a sus sucesores luego de su muerte.-

Trigésimo quinto: Que las demás probanzas no pormenorizadas en la presente sentencia, en nada altera lo ya resuelto.

Y vistos, además, lo dispuesto en los artículos 38 y 41 de la ley 19.996, 6 y 38 de la Constitución Política de la República, artículo 42 de la ley 18.575, artículos 1698, 1702, 1703, 2320 y 2329 del Código Civil, y 144, 160, 169, 170, 254, 309, 342, 346, 384 N°1 y N°2, 426 y demás pertinentes del Código de Procedimiento Civil, se declara:

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

I.- Que se rechaza la tacha del numeral 7° del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, opuesta por el apoderado del demandado en folio 61, en contra de la testigo de la parte demandante doña Ana María Cerda Freire.

II.- Que se rechazan las objeciones documentales deducidas por el apoderado de la parte demandada a folios 58 y 86.

III.- Que se rechaza la excepción perentoria de falta de legitimación pasiva deducida por el demandado Hospital Regional del Libertador General Bernardo O'Higgins.

IV.- Que se acoge la demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad extracontractual deducida por don Felipe Humberto Rojas González, abogado, en representación de Daniel Enrique Carrasco Valenzuela, Paula Alejandra Pino Guajardo, Juan Patricio Pino Guajardo, Daniel Benjamín Carrasco Guajardo, Camila Graciela Carrasco Guajardo, y Nicolás Guillermo Carrasco Guajardo, en contra del Hospital Regional del Libertador General Bernardo O'Higgins, condenándose al demandado, por concepto de daño moral, al pago de las siguientes sumas:

i. $30.000.000 (treinta millones de pesos) al cónyuge sobreviviente de doña Patricia Guajardo Díaz, don Daniel Enrique Carrasco Valenzuela.-

ii. $20.000.000 (veinte millones de pesos) para cada uno de los hijos de doña Patricia Guajardo Díaz.-

iii. $40.000.000 (cuarenta millones de pesos) en favor de la comunidad hereditaria a título de indemnización de los perjuicios propios de la víctima.-

V.- Que las sumas antes señaladas deben ser pagadas debidamente reajustadas según la variación que haya experimentado el índice de Precios al Consumidor entre la fecha en que esta sentencia quede ejecutoriada y hasta la fecha de su pago efectivo. Las sumas así indexadas recibirán el interés corriente para operaciones inferiores a 5.000 UF por el mismo periodo señalado.

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN

VI.- Que se omite pronunciamiento sobre la demanda subsidiaria de indemnización de perjuicios por responsabilidad extracontractual por falta de oportunidad.

VII.- Que no se condena en costas a la parte demandada, por gozar de privilegio de pobreza.

Regístrese, notifíquese y archívese en su oportunidad.

Rol N° C-2841-2021.

Dictada por don Andrés Fraser Pinto, Juez Titular del Primer Juzgado Civil de Rancagua.

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. en **Rancagua**, **once de Octubre de dos mil veintitrés**

Andrés Antonio Fraser Pinto
Juez
PJUD
Once de octubre de dos mil veintitrés
14:10 UTC-3

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en http://verificadoc.pjud.cl

Código: XLEVXXMEDXN