Santiago, quince de septiembre de dos mil veintiséis.

Vistos y teniendo presente:

En estos autos Rol Corte Suprema N°19.533-2024, caratulados "[redacted] y otra con Hospital Clínico San Borja Arriarán", en juicio de indemnización de perjuicios por falta de servicio, por sentencia de veintiocho de septiembre de dos mil veintitrés, dictada por el Vigésimo Octavo Juzgado Civil de Santiago se rechazaron la demanda principal de responsabilidad contractual y la subsidiaria de responsabilidad extracontractual.

Apelada tal decisión, la Corte de Apelaciones de Santiago, por sentencia de ocho de mayo de dos mil veinticuatro, la confirmó.

En contra de esta última resolución, la demandante interpuso recurso de casación en el fondo.

Se trajeron los autos en relación.

CONSIDERANDO:

Primero: Que, como causal de nulidad sustancial, se acusa que la sentencia infringe el artículo 1698 del Código Civil y los artículos 4 y 42 Ley N°18.575 y 38 de la Ley N°19.966.

Funda su arbitrio en que se estableció en el proceso que el paciente, de 38 años, ingresa totalmente sano a realizarse la amigdalectomía, calificada de bajo riesgo según hoja de enfermería y, practicada aquella, se

XGTUCYQSXGQ

la calificó en la ficha clínica como difícil por escasa apertura bucal, lengua grande y otras condiciones del paciente, que provocan sangrado abundante. Igualmente, que se realiza el primer control de signos a las 18:30 hrs., el segundo no se realiza y alrededor de las 7:00 am del día siguiente, casi 13 horas después se avisa de sangrado activo muy abundante del paciente y compromiso moderado, que deben entubar en ciego rompiendo su dentadura para luego realizarle un nuevo procedimiento de urgencia por pseudoaneurisma de arteria lingual por lo que se realiza una embolización, no obstante lo cual el paciente fallece como consecuencia de un PARO CARDIO RESPIRATORIO/ HIPERTENSION ENDOCRANEANA / ENCEFALOPATIA HIPOXICA/ PARO CARDIACO RECUPERADO POST HEMORRAGIA EXANGUINANTE, como se consigna en el certificado de defunción.

Agrega que, de la simple lectura de la secuencia de los hechos descritos en la ficha clínica, se desprende con toda claridad que el paciente fallece a causa de un sangramiento o hemorragia que proviene de la primera operación, a causa de la rotura de un pseudoaneurisma que se encuentra en el sitio de la operación y que la sentencia, alejándose de la secuencia causal acreditada, supone que el pseudoaneurisma es previo a la intervención quirúrgica, contraviniendo la propia definición de dicha afección, así como lo indicado por la ficha clínica y los

XGTUCYQSXGQ

médicos, que explican que la hemorragia y rotura de aquél se produce en el lecho operatorio, descartando la hipótesis más lógica que la prueba le indica, esto es, que el sangramiento y rotura del pseudoaneurisma es causado por la operación e invirtiendo la carga de la prueba, al tener el actor que probar que el pseudoaneurisma se produce en la operación y no antes.

Añade que se afirma sin antecedentes que no se podía prever el pseudoaneurisma, lo que traslada su causa a un momento anterior a la operación y que el razonamiento debió ser el inverso, esto es, que si nada indica que lo tenía antes de la operación y todos los antecedentes del proceso señalan que se relaciona a la operación, todo apunta a concluir que el pseudoaneurisma se debe a que el corte de las amígdalas no se hace bien y se daña una arteria próxima.

Por lo que, establecido que un paciente ingresa sano y después de la cirugía fallece por hemorragia que proviene del lecho quirúrgico por rotura de pseudoaneurisma que está próximo al sitio operatorio, correspondía a la demandada acreditar que era previo o que su rotura no fue causada por la operación.

Alega que también se invierte la carga de la prueba al concluir que no puede establecerse un retraso en el tratamiento puesto que las indicaciones de cuidados post operatorios eran dos: verificar los signos vitales cada 8

horas y diuresis libre, pese a que la operación fue dificultosa y que, de lo primero, sólo hubo un control y de lo segundo, se constata una caída del paciente, de manera que la intervención de urgencia se hace cuando el sangrado ya es masivo.

Concluye que la alteración de la carga de la prueba se produce porque esta multiplicidad de indicios la invertían, debiendo el Hospital demandado acreditar porqué se estimó adecuado abandonar sus propias indicaciones postoperatorias, si tal intervención fue oportuna y si fue prudente o adecuado que el paciente pudiere levantarse solo para ir al baño.

Segundo: Que tales infracciones habrían influido sustancialmente en lo dispositivo del fallo recurrido, puesto que, de haberse aplicado correctamente las normas referidas, la sentencia de primera instancia, así como la de segunda debieron haber acogido la acción interpuesta, arribando a conclusiones necesariamente diversas.

Tercero: Que, para los efectos del análisis del yerro denunciado debe señalarse que la presente causa se inició por demanda de indemnización de perjuicios deducida por doña [redacted] y [redacted] en contra del Hospital Clínico San Borja Arriarán, por su responsabilidad en el fallecimiento de don [redacted], hijo y

XGTUCYQSXGQ

hermano de las actoras, por responsabilidad contractual y, en subsidio, extracontractual.

Fundaron su acción en que el paciente ingresó el 10 de enero de 2018 para realizarse una intervención quirúrgica consistente en la extirpación de sus amígdalas, debiendo quedar en observación y, al ir a buscarlo una prima al día siguiente le indicaron que estaba en urgencias por una hemorragia; luego que debió ser llevado al pabellón y posteriormente que sufrió dos paros cardio respiratorios, por lo que fue intubado, para señalarles el día 12 que estaba en coma, mismo día en la tarde en que falleció.

Explicaron que la amigdalectomía es una intervención de bajas complicaciones y casi nula mortalidad, siendo la hemorragia una de las complicaciones más serias, con importante morbilidad, cuyo mayor factor de ocurrencia es la técnica quirúrgica.

Añadieron que el paciente, en sus exámenes previos, no presentó ningún parámetro anormal y era joven y sano.

Describen el protocolo operatorio, que da cuenta de dificultades por escasa apertura bucal, lengua grande y sangrado abundante, que debió ser sometido a una nueva intervención de urgencia por una hemorragia masiva activa y PCR, con reanimación, que en su evolución presentó falta de respuesta a estímulos dolorosos, confirmándose el día 12 de enero su muerte cerebral.

XGTUCYQSXGQ

De manera que demandaron la responsabilidad contractual porque la hemorragia no fue debidamente contenida ni fue debidamente monitoreado. Y que, ante un paciente con riesgos muy bajos, sin antecedentes de salud mórbidos, quirúrgicos ni alérgicos, con una vía aérea en buen estado, al producirse una hemorragia posterior ésta o no fue debidamente contenida o no fue debidamente monitoreada. O ambas.

Agregan que en el período post quirúrgico hay una permanente mala evaluación de su estado de salud pues, aunque hubo una contención adecuada de la hemorragia operatoria, ella fue dificultosa y, no obstante, el paciente no recibe mayor cuidado que cualquier otro, siendo sólo evaluado después de ocho horas, con escasas indicaciones post operatorias.

Aseguran que la hemorragia se habría producido por una caída al ir al baño y que la mala evaluación de su condición deja esas indicaciones poco cuidadosas, con un nulo cuidado postoperatorio, sin supervisión, con una segunda intervención defectuosa. Además de un proceder inaceptable en la comunicación de fallecimiento a los familiares.

Por lo que impetraron la indemnización del lucro cesante y daño moral que detallaron.

En subsidio, demandaron la responsabilidad extracontractual.

XGTUCYQSXGQ

Cuarto: Que el tribunal de primera instancia, confirmada por la Corte de Apelaciones, rechazó la demanda principal de responsabilidad contractual al carecer las actoras de legitimidad activa, dado que comparecieron por sí y no en representación del paciente fallecido.

Al revisar la demanda subsidiaria, tuvo por acreditados los siguientes hechos:

1. El paciente [redacted], en ese entonces, de 38 años, fue objeto de evaluación preoperatoria realizada por el hospital con fecha 10 de enero de 2018, en la que se indica únicamente que ingresa para amigdalectomía, sin señalar antecedente alguno respecto a la anamnesis remota familiar y personal, u observaciones relativas a los exámenes físicos, consignándose únicamente como hipótesis diagnóstica "Amigdalitis Crónica". Fue categorizado como bajo riesgo, en el tramo de 0 a 4.

2. La amigdalectomía de 10 de enero de 2018 se llevó a cabo normalmente, sin incidentes, con sangrado abundante que se logró cohibir con electrocoagulación y puntos hemostáticos, quedando hospitalizado el paciente para manejo del dolor, sin sangrado en el postoperatorio inmediato.

3. Ya en la fase post operatoria se le traslada a pabellón e ingresa en PCR/AESP, con TOT en esófago. Se

XGTUCYQSXGQ

procede a intubación orotraqueal y se inician maniobras de reanimación, con sangrado activo en sitio quirúrgico, procediendo a hemostasia, pero sin esta última condición al finalizar el procedimiento.

4. Constan dos registros de anestesia del día 11 de enero de 2018, (segunda intervención), en el primero se consigna como diagnóstico: "sangrado post amigdalectomía" y, en el segundo, "revisión de fosa amigdalina."

5. Posteriormente, el 11 de enero de 2018 señala, a las 13:10, el paciente ingresa inestable, con sangrado activo carotideo, intubado con altas dosis de DVA (lepophed) sedado con propofol. A las 13:28, presente hipotensión severa y se observa sangrado en arteria sublingual. La complicación ocurre alrededor de 15 horas, después de finalizada la cirugía.

6. La causa del fallecimiento habría obedecido a una hemorragia masiva producto de un aneurisma de la arteria lingual facial derecha. En pabellón se visualiza pseudoaneurisma en la proximal de la arteria lingual y se realiza microcaterización selectiva en arteria lingual con embolización de pseudoaneurisma, arteria lingual distal y proximal y ACE proximal en porción occipital.

7. Se trató de una complicación descrita como una posibilidad de esa operación y como el sangrado no cedía a la hemostasia habitual se procedió a una embolización.

XGTUCYQSXGQ

La angiografía demostró la presencia de una aneurisma en una arteria muy cercana al lecho quirúrgico. Si bien la embolización fue exitosa el sangrado que se había producido anteriormente fue tan grave que determinó la muerte del paciente.

Quinto: Que, a partir de tales hechos, el tribunal destacó que el actuar de la demandada debía valorarse conforme a la *lex artis* y concluye que no es posible determinar si las intervenciones quirúrgicas y los cuidados otorgados por el Hospital demandado responden a una práctica negligente, si hubo o no tardanza en la detección del sangrado, o si responde a un procedimiento viable para tratar este sangramiento postoperatorio que presentó el paciente horas después de su intervención, al no contar con la pericia de un experto en el área.

Tampoco puede establecerse fehacientemente si hubo retraso en el tratamiento ya que si, bien en la ficha clínica se consigna que a las 18:30 horas del 10 de enero de 2018 el paciente se presentaba sin sangramiento activo, sin dolor y a las 6:45 del día siguiente se avisa de sangramiento bucal activo, no se entregó parámetro alguno que permita concluir que dicho espacio temporal resulta inadecuado o fuera de protocolo en los cuidados del paciente y que lo cierto es que a las 7:15 minutos del 11 de enero el paciente fue objeto de una cirugía que pretendía detener la hemorragia que sufrió.

XGTUCYQSXGQ

Por lo que, considerando que en materia extracontractual y de falta de servicio es el particular el que debe acreditar que el daño se produjo por una acción u omisión negligente del órgano, las actoras rindieron únicamente prueba testimonial y documental, descartando la pertinencia de los primeros al ser únicamente de oídas y sin la cualificación profesional médica para referirse a las causas del deceso del señor [redacted] y la segunda, consistente en la ficha clínica, por sí sola resulta insuficiente para acreditar la negligencia que se imputa, y no aportaron medio probatorio alguno que permita al tribunal concluir que los exámenes preoperatorios, los procedimientos y cuidados consignados en la dicha ficha que le fueron prestados hayan sido insuficientes, se haya incurrido en errores de procedimiento o infringido la *lex artis*, o hayan existido omisiones respecto al protocolo de cuidados que debió haberse otorgado al paciente.

Destacó que las obligaciones médicas comprenden, por su propia naturaleza, un factor de riesgo e impredecibilidad que escapa a la diligencia requerida y empleada en los casos concretos y no se cuenta con indicios que permitan acreditar que los métodos empleados por los facultativos y personal del Hospital San Borja Arriarán se alejen de una práctica médica diligente.

XGTUCYQSXGQ

Agrega que la explicación posible del fallecimiento es la presencia de un aneurisma, que era imposible de prever para el equipo médico, toda vez que al haberse practicado todos los exámenes de rutina para este tipo de intervenciones no existió indicio alguno de alguna complicación en el paciente.

Por lo que estimó no acreditada la falta de servicio, denegando así la acción subsidiaria.

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

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

Séptimo: Que, en relación con la supuesta vulneración al artículo 1698 del Código Civil alegada, consistente en una alteración de la carga de la prueba, debe descartarse que la sentencia haya incurrido en dicha infracción puesto que lo que señala, de manera correcta,

XGTUCYQSXGQ

es que correspondía a las actoras acreditar que el daño se produjo por una acción u omisión negligente del órgano, lo que no hicieron, puesto que fue precaria la prueba que aportaron para establecer la insuficiencia de los exámenes preoperatorios, o de los procedimientos y cuidados consignados en la ficha clínica, así como la concurrencia de errores de procedimiento o infracciones a la *lex artis*, como tampoco que hayan existido omisiones respecto al protocolo de cuidados que debió haberse otorgado al paciente.

Es decir, la sentencia que se impugna determinó que no se justificó que antes del procedimiento, durante el mismo y con posterioridad a aquél la demandada haya incurrido en una falta de servicio, correspondiendo a las actoras la carga de establecer aquello, al tratarse de un régimen de responsabilidad que así lo requiere. En parte alguna del fallo que se impugna se establece que debían probar que el pseudoaneurisma no se habría producido antes de la operación y tampoco que su rotura ocurriera en el lecho operatorio, como se afirma por las recurrentes.

En cuanto a la existencia de una multiplicidad de indicios que darían cuenta de que los cuidados posteriores a la intervención hayan sido inadecuados, no sólo no se han establecido aquellos sino que tal aserto no puede configurar una alteración de la carga

XGTUCYQSXGQ

probatoria, como se pretende en el arbitrio en análisis, sino que eventualmente una vulneración a otras normas reguladoras de la prueba que no indica, de lo que se sigue que el recurso no ha sido correctamente formulado, al no señalarse las que pudieran haber sido omitidas por la sentencia cuestionada.

Octavo: Que, como se advierte, no se configuran las vulneraciones alegadas por los actores, por lo que el arbitrio interpuesto no puede prosperar.

Por estas consideraciones, y de conformidad, además, con lo dispuesto en los artículos 764, 767 y 782 del Código de Procedimiento Civil, **se rechaza** el recurso de casación en el fondo, deducido en lo principal de la presentación de veintisiete de mayo de dos mil veinticuatro, en contra de la sentencia del día ocho del mismo mes y año, pronunciada por la Corte de Apelaciones de Santiago.

Regístrese y devuélvase.

Redacción a cargo del Ministro (s) Sr. Contreras.

Rol N°19.533-2024.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sr. Jean Pierre Matus A., Sr. Gonzalo Ruz L., Sr. Roberto Contreras O. (s), Sra. Dobra Lusic N. (s) y Sr. Juan Mera M. (s) No firman, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo de la causa, los Ministros Sr. Matus por estar con feriado legal y Sra. Lusic por haber cesado en funciones.

XGTUCYQSXGQ

GONZALO ENRIQUE RUZ LARTIGA
MINISTRO
Fecha: 15/09/2026 12:42:17

JUAN CRISTOBAL MERA MUÑOZ
MINISTRO(S)
Fecha: 15/09/2026 13:00:22

ROBERTO IGNACIO CONTRERAS OLIVARES
MINISTRO(S)
Fecha: 15/09/2026 12:52:59

XGTUCYQSXGQ

En Santiago, a quince de septiembre de dos mil veintiséis, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.

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

XGTUCYQSXGQ