FOJA: 96 .- .-

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia
JUZGADO : 28º Juzgado Civil de Santiago
CAUSA ROL : C-18176-2019
CARATULADO : [redacted]/HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARAN

Santiago, veintiocho de Septiembre de dos mil veintitrés

VISTOS:

Con fecha 3 de junio de 2019, a folio 1 comparece HÉCTOR DOUGLAS VIDELA, abogado, en representación de doña [redacted], chilena, viuda, labores, y doña [redacted], chilena, casada, labores, ambas con domicilio en [redacted], comuna de Quilpué y expone: que viene en interponer demanda de indemnización de perjuicios contractuales en contra del **HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN**, representado legalmente por su Director el Dr. Patricio Vera Cáceres, ambos con domicilio en Santa Rosa N° 1234, Santiago Centro, Región Metropolitana.

Refiere que sus representadas son madre y hermana de don [redacted] (Q.E.P.D), el cual fallece luego de una intervención quirúrgica realizada en el Hospital demandado y causa de la misma intervención deficiente y solicitan se condene a la demandada a pagar a título de indemnización de perjuicios la suma de $1.260.000.000.- o la suma que estime en justicia conforme al mérito de autos con expresa condena en las costas de la causa. Que, en subsidio de la demanda principal deduce demanda de indemnización de perjuicios extracontractuales, en razón de las mismas consideraciones de hecho y de derecho señaladas en lo principal de esta presentación (salvo las referidas al estatuto legal aplicable a la especie) y además por lo siguiente:

Con fecha 29 de noviembre de 2019, Ruth Israel López, contestó la demanda solicitando su rechazo en atención a los siguientes argumentos. Primeramente dice que controvierte la totalidad de los hechos en que se fundan las demandas, incluida la existencia de los perjuicios cuya indemnización se reclama, su naturaleza y montos. En segundo alega la falta de legitimidad activa de los demandantes en materia de responsabilidad contractual, y niega la existencia de responsabilidad, contractual, extracontractual y falta de servicio. Por

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

Código: EXXXXXFXVEE

todo lo anterior, solicita tener por contestadas las demandas en los términos anteriores y, en definitiva, acogiendo las alegaciones y defensas opuestas, negarles lugar en todas sus partes, con expresa condena en costas.

Con fecha 23 de diciembre de 2019, a folio 18, se tuvo por evacuada la réplica en rebeldía de la demandante.

Con fecha 31 de Diciembre de 2019, a folio 19, se evacua el trámite de la dúplica y reitera los mismos argumentos expuestos en su contestación.

Con fecha 15 de Enero de 2020, a folio 23, se recibió la causa a prueba, rindiéndose la que consta en autos.

Con fecha 4 de Mayo de 2023, a folio 112, se citó a las partes a oír sentencia.

CON LO RELACIONADO Y TENIENDO EN CONSIDERACIÓN:

I.- EN CUANTO A LAS TACHAS:

PRIMERO: Que con fecha 18 de Julio de 2022, la parte demandada formula la tacha del numeral 7° del artículo 358 del código de procedimiento civil, respecto de los testigos [redacted] y [redacted], fundado en que los deponentes mantendrían una amistad íntima con las demandantes, ya que ambos testigos indicaron conocer a los demandantes hace más de 10 años y que los visita regularmente.

SEGUNDO: Que, la parte demandada, evacuó el traslado y solicitó se rechacen las tachas opuestas, por falta de fundamento, ya que no hay vínculo alguno ente el testigo y las demandantes.

TERCERO: Que, en lo que respecta a la inhabilidad por causa de amistad íntima, debe tenerse en cuenta que el penúltimo inciso del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil dispone que “la amistad o enemistad deberán ser manifestadas por hechos graves que el Tribunal calificará según las circunstancias”. Ahora bien, la circunstancia de que los testigos conozcan desde largo tiempo a la persona que los presenta y visitarlas esporádicamente tres o cuatro veces al año, no son - en opinión de ésta sentenciadora – constitutivas de la amistad íntima que le inhabilita para declarar, porque este concepto comprende un recíproco conocimiento e interés por los asuntos monetarios, morales, familiares y hasta sentimentales de los presuntos amigos, hechos que no aparecen reflejados en las respuestas de los declarantes, quienes manifestaron, el primero, que no mantiene una amistad con los demandantes y que son solamente conocidos y la segunda, que el motivo de la cercanía y las visitas es que [redacted] es la bisabuela de su hija. (Vínculo de parentesco). Por estas consideraciones se rechazan, sin costas, las tachas deducidas por la demandada.

CUARTO: Que la parte demandante, viene en formular la tacha del art. 358 numera 5, del C.P.C. respecto de los testigos [redacted] y

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

Código: EXXXXXFXVEE

[redacted], por ser ambos dependientes del Hospital demandado, existiendo una relación laboral reconocida sin que exista en el proceso otro antecedente que nos indique que la relación que tiene con el Hospital demandado es de otro tipo, no encuadrarlo dentro de las causales legales señaladas sin que el testigo nos de otra precisión acerca de esta relación laboral reconocida.

QUINTO: La parte demandada evacua el traslado y expone que el numeral 5 del art. 358 del C.P.C. tiene su fundamentación en cuidar y resguardar la independencia del relato del testigo en el proceso, por tanto, para que opere la hipótesis fáctica de dicho artículo se requiere una relación de subordinación y dependencia propia de un régimen de contratación laboral privado. En este sentido cabe señalar que la relación del funcionario en cuestión de carácter estatutaria resguardándose así su régimen laboral mediante el estatuto administrativo contenido en la Ley N° 18.834, la cual regula tanto el ingreso, promoción y finalización de la carrera funcionaría, no configurándose así, la falta de imparcialidad requerida para que se configura el numeral quinto del art. 358 del C.P.C., por lo que solicita su rechazo, con costas.

SEXTO: Que, si bien de la declaración de los testigos, aparece que reconocen ser funcionarios del Hospital demandado, ello importa que tienen la calidad de funcionarios públicos, en consecuencia, se aplica a su respecto lo dispuesto en la letra d) del artículo 84 del Estatuto Administrativo, en cuanto a que pueden intervenir ante los tribunales de justicia como testigo respecto de hechos de que hubiere tomado conocimiento en el ejercicio de sus funciones, o declarar en juicio en que tenga interés el Estado o sus organismos, en tanto ello sea comunicado a su superior jerárquico, norma especial que prefiere a la causal de tacha invocada y que se justifica por cuanto en dicho carácter cuentan con la suficiente independencia para declarar con imparcialidad en un juicio, puesto que sus atribuciones, deberes y facultades, así como su permanencia en el empleo, depende exclusivamente de la ley a diferencia del trabajador regido por el Código del Trabajo, razón por la cual la tacha será desestimada. Que sólo a mayor abundamiento, la autorización del superior jerárquico, en la especie debe subentenderse, en la medida que es precisamente éste quien pide su declaración. Por estas consideraciones se rechazan, sin costas, las tachas deducidas por la demandante

II.- EN CUANTO AL FONDO:

SEPTIMO: Con fecha 3 de junio de 2019, a folio 1 comparece HÉCTOR DOUGLAS VIDELA, abogado, en representación de doña [redacted], chilena, viuda, labores, y doña [redacted]

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

Código: EXXXXXFXVEE

[redacted], chilena, casada, labores, ambas con domicilio en [redacted], comuna de Quilpué y expone: que viene en interponer demanda de indemnización de perjuicios contractuales en contra del Hospital Clínico San Borja Arriarán, representado legalmente por su Director el Dr. Patricio Vera Cáceres, ambos con domicilio en Santa Rosa N° 1234, Santiago Centro, Región Metropolitana.

Refiere que sus representadas con madre y hermana de don [redacted] (Q.E.P.D), el cual fallece luego de una intervención quirúrgica realizada en el Hospital demandado y causa de la misma intervención deficiente y luego de una serie de actos de negligencia que desencadenan rápidamente su deceso.

Relata que después de mucho tiempo de espera (solicitud del año 2015), por fin con fecha 4 de enero de 2018, se le comunica que debe presentarse el día miércoles 10 de enero de 2018, para realizarse la intervención quirúrgica consistente en la extirpación de sus amígdalas.

Relata que el día de la intervención, a las 09:45 am, se indicó por parte de personal del Hospital que debían mantenerlo en observación por aquel día para darle el alta al otro día, sin que existiese indicación alguna de alguna complicación en la intervención quirúrgica, en dicho momento no se bajaba aún de pabellón, y posteriormente el día 11 de Enero al consultar con personal del Hospital se indica que fue llevado a urgencia porque había sufrido una hemorragia que debían controlar.

Posteriormente, indica que a las 12:00 am, se comunica que el paciente debió ser llevado de urgencia a pabellón nuevamente.

A las 14:15 pm. del mismo día, el médico que dice haber atendido a [redacted], expone que presentó una hemorragia lingual y que había tenido dos paros cardíacos, que tuvieron que entubarlo y al hacerlo le rompieron algunos molares, pero que ahora estaba en observación y esperaban que se recuperase.

El 12 de Enero a las 12:00 horas, se informa por el personal médico que el paciente estaba en coma, luego, a las 17:15 hrs, ingresa un enfermero con un estetoscopio, de la nada, se lo pone en las orejas y le toma el pulso y señala que lamenta que ya se ha producido su fallecimiento; señalan que el paciente había fallecido luego de una complicación.

En cuanto a los aspectos técnicos, dice que la amigdalectomía consiste en la extirpación quirúrgica de las amígdalas, intervención quirúrgica que lleva a cabo el otorrinolaringólogo, se realiza bajo anestesia general y dura aproximadamente 30 minutos. Y Añade que corresponde a uno de los procedimientos quirúrgicos realizados con mayor frecuencia por los otorrinolaringólogos, alcanzando en

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

Código: EXXXXXFXVEE

Estados Unidos más de 500.000.- sólo en menores de 15 años anualmente. Aclara que la frecuencia de esta intervención y su simpleza, dados los avances de la tecnología, hacen que las complicaciones graves derivadas de tal intervención sean muy bajas, y el grado de mortalidad prácticamente nulo. Dice que la hemorragia es considerada una de las complicaciones más serias de la amigdalectomía.

En cuanto a los exámenes previos a la intervención quirúrgica, el paciente no presentó ningún signo fuera de rango, ningún parámetro anormal, ni antecedente alguno que diera cuenta de especiales cuidados o tratamiento al paciente o de algún riesgo especial que en la especie pudiese significar la operación.

En cuanto al procedimiento quirúrgico, dice que AMIGDOLECTOMÍA POR ELECTRODISECCIÓN, reseña que el protocolo operatorio describe lo siguiente: "hemostasia con subgalato de bismuto, electrocoagulación y dos puntos de CATGUT cromado 2/0 al polo inferior del polo amigdalino. Procedimiento difícil por escasa apertura bucal, lengua grande y sangrado abundante".

Añade que por hemostasia debemos entender contención o detención de una hemorragia, lo que significa que luego de los procedimientos realizados se produce una paralización de la hemorragia y, consecuentemente el paciente en buen estado. Esta intervención inicial tiene lugar a las 11:30 hrs. del día 10 de enero de 2018. En definitiva el protocolo solo da cuenta de dificultad en la operación en la que se logra la hemostasia.

Intervención posterior de urgencia, señala que: *"paciente ingresa a pabellón con hemorragia masiva activa, pcr. Se realizan maniobras de reanimación, tot. De cúbito supino, se pincela con clorhexidina, campos estériles. En cavidad oral se aspira abundante sangre, se visualiza hemorragia activa desde sitio operatorio, puntos hemostáticos de vicryl con lo que se logra controlar sangrado. Se decide taponamiento con gelita y gasas embebidas de adrenalina. Sin sangrado activo al finalizar el procedimiento".*

EMBOLIZACIÓN DE EMERGENCIA DE PSEUDOANURISMO EXTRACRANIAL: *"Previo a punción paciente presenta pcr reanimado en mesa angiógrafo. Punción con técnica e seldinger a nivel de arteria femoral derecha. Anestesia Dra. Bacile. Se coloca un introductor de Catéter diagnóstico vert. Hidrofilico 5f y guía chaperón 6f sobre guía terumo a ace izquierda. Se visualiza pseudoneurisma en la porción proximal de la arteria facial en probable proyección de origen de ramo tonsilar. Microcateterización selectiva en arteria facial pasando zona aneurisma con microbalón scepter xc 4x11sobre microguía phenox 014. dsmo. phil 1cc 25% (1fco.). Infiltración, con balón inflado oclusivo, con material de*

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

Código: EXXXXXFXVEE

embolización de pseudoneurisma, de arteria lingual facial y proximal a ACE proximal, ocluyendo completamente porción occipital. Angiografía de vasos de cuello cerebral. Oclusión completa de seudoneurisma. Arterias intracraneales de arquitectura conservada con enlentecimiento generalizado. Clínicamente sin hemorragia luego de retiro de compresas por OTL. Retiro de los sistemas. Angio femoral. Dispositivo de cierre Angioseal sin complicaciones. Se complementa con hemostasia manual satisfactoria".

Con el acápite "CONCLUSIÓN" se señala lo siguiente: "Satisfactoria embolización endovascular de pseudoneurisma porción proximal de arteroa facial izquierdas. Oclusión completa, en contexto de hemorragia postquirúrgica masiva En cuanto a evolución uci adulto. Se indició que: *"No ha presentado nuevos episodios convulsivos desde ingreso, en lo hemodinámico con requerimientos de Levophed hasta 0.21 gama/kg/min, en lo ventilatorio en VMI protectiva con FR 20, FiO2 25%, sat 97%, PEEP 8, VT 430, pafi 278, sedoanalgesia escalón 12. Destaca dentro de exámenes Hipernatremia hasta 160, hipokalemia 2.9, hipercloremia 123 e hipofostemia 0.8. Poliúrico con diuresis 2000cc en últimas 4 hrs. Al examen mucosas secas, llene cap. 2seg. En lo neurológico (luego de suspender sedación) llama la atención: no responde a estímulos dolorosos, midriasis arrefléctica ausencia de reflejo corneal bilateral, reflejo plantar indiferente bilateral. RR2TSS, MP simétrico SRA, abdomen blando, no distendido, sitio de punción femoral derecho sin complicación. Sin signos de TVP, pulsos distales+. Se solicita Tc de encéfalo con costraste de urgencia (12/01/2018) con evidencia de importante edema cerebral y signos de hipertensión endocraneana con ausencia de surcos cerebrales y ausencia de cisternas de la base. Al momento de administrar contraste sin flujo cerebral. Se solicita evaluación por neurólogo Dr. Salinas quien confirma evidencia de muerte cerebral"*

En cuanto al derecho, dice que en este caso existe responsabilidad contractual en tanto existe un vínculo previo que une al paciente con el establecimiento que le presta atención. En efecto, la responsabilidad civil médica tiene su fuente en el contrato médico, cuyo objeto es la prestación médica

Indica que en cuanto a la carga de la prueba, acreditada la existencia de la obligación de efectuar una prestación médica nacerá la carga del deudor de acreditar el cumplimiento de su obligación en la forma debida.

En cuanto a la culpa, expone que en materia de responsabilidad civil médica la culpa adopta la forma específica de impericia. Es decir, el modelo abstracto de conducta con que debe confrontarse la conducta concreta del médico que servirá al juez para concluir si este ha incurrido o no en negligencia médica es

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

Código: EXXXXXFXVEE

el de un profesional de la medicina ubicado en sus mismas circunstancias de tiempo, lugar y medios disponibles.

De esta forma dice que el procedimiento, ya en esta primera fase, en la primera intervención quirúrgica que debió ser la única, se produce una evidente negligencia, pues los sucesos posteriores y aun las propias consignaciones clínicas en la ficha dan cuenta que la hemorragia no fue debidamente contenida, así como tampoco luego es debidamente monitoreado.

Alude a que el protocolo operatorio describe lo siguiente: “hemostasia con subgalato de bismuto, electrocoagulación y dos puntos de CATGUT cromado 2/0 al polo inferior del polo amigdalino. PROCEDIMIENTO DIFICIL POR ESCASA APERTURA BUCAL, LENGUA GRANDE Y SANGRADO ABUNDANTE”.

Añade que respecto de lo señalado en protocolo operatorio, cabe tener presente dos consideraciones iniciales:

- En cuanto a las razones que se indican como propias de la dificultad de este procedimiento quirúrgico en particular, cabe tener presente que todas estas consideraciones deben ser evaluadas con anterioridad a la intervención y de hecho fueron también previstas y consideradas en el caso de autos, dado que se efectúa un diagnóstico de factibilidad operatoria y análisis previo, lo cual es realizado en el propio Centro médico demandado, y en cual se analizan circunstancias domésticas como las descritas en el protocolo, que al leerlas parece sugerir que el médico o equipo médico se encuentra con estas condiciones para operar, pero cada una de estas características de paciente ya están a la vista antes de la operación y son evidentemente conocidas en forma previa. Por cierto, una lengua grande y un espacio reducido para trabajar, son probablemente las condiciones más comunes tratándose de intervenciones quirúrgicas en adultos y no son una cuestión no considerada ni en los libros ni en la praxis, por lo que estima que evidentemente no le restan gravedad a la actuación negligente. Incluso más, este señalamiento descrito en la ficha clínica nos enfatiza más los hechos posteriores de negligencia o imprudencia. En efecto, ahondando más en el aspecto de cuestiones tal vez no consideradas, cabe tener presente la multiplicidad de exámenes de rutina y encontramos muchos formularios rellenados en la misma entidad demandada que nos dan amplia información sobre el estado del paciente al llegar, por sí mismo, al centro a realizarse la operación quirúrgica, todos los cuales nos indican que el riesgo de la intervención era muy baja, antecedentes en los que se encuentra:

1.- En anamnesis familiar y remota personal (documento que forma parte de ficha clínica) nada se indica sobre alguna complicación previa o carácter a

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

Código: EXXXXXFXVEE

considerar, y en cambio aparece en blanco y nada se consigna del mismo modo en relación a examen físico practicado.

2.- La pauta de tromboprofilaxis (otro antecedente documental de ficha clínica) es muy gráfica a este respecto, pues luego de hacer un análisis detallado (con posible llenado de formulario a caracteres que indica) dentro de tres opciones (bajo riesgo de 0-4; moderado riesgo 5-6 y alto riesgo igual o mayor a 7) se ENCIERRA EN UN CÍRCULO LA OPCIÓN BAJO RIESGO. Este documento está suscrito por el DR. Mauricio Calderón, y es antecedente inmediato a la intervención quirúrgica.

3.- En ficha de enfermería al ingreso de servicio de cirugía, de misma fecha que los anteriores, todos de fecha 10 de enero previo a la intervención quirúrgica, se indica que no tiene antecedentes de salud ni mórbidos, ni quirúrgicos ni alérgicos. Además, en el mismo documento, en cuanto a examen físico de estado de conciencia, ambulación, antropometría, piel y mucosas, cabeza, audición, abdomen, tórax, columna, extremidades superiores, extremidades inferiores y genito-anal; todas en orden, no hay mención alguna u observación en ninguna de ellas. Aún más, en leyenda escrita a mano al final del documento señala que no presenta dolor al ingreso el paciente.

4.- La evaluación de riesgo de caída del paciente se califica de BAJO RIESGO.

5.- La evaluación preanestésica, en documento de misma fecha, previa a la intervención, señala en cuanto a antecedentes mórbidos que no se refieren en médicos, quirúrgicos ni anestésicos ni medicamentos en uso. Luego se indica en evaluación de vía aérea COMPLETA BUEN ESTADO. Se decide anestesia general. El documento aparece suscrito por médico responsable de evaluación Carlos Gómez y anestesiólogo responsable Carlos Muñoz.

6.- En documento denominado lista de verificación para la seguridad quirúrgica del paciente, en el numeral 5 de la evaluación se indica (si/no) que si hay vía aérea difícil y/o riesgo de aspiración se TARCHA LA OPCIÓN NO; en riesgo de hemorragia (mayor a 500ml) SE TARCHA LA OPCIÓN NO; en riesgo de enfermedad tromboembólica (ETE) SE TARCHA LA OPCIÓN NO. Luego, en el punto 7 del mismo formulario se indica, entre otros, que hubo previsión de eventos críticos en relación a estimación hepática y condiciones de riesgo que deben ser consideradas, las dos tarchadas (opción que se tarcha o no); en el mismo documento el N° 11 señala que cirujano, anestesiólogo y enfermera revisan las preocupaciones y manejo del paciente, y también la evaluación del dolor, ambas opciones tarchadas.

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

Código: EXXXXXFXVEE

7.- En checklist de cirugía adulto se indica, entre otros aspectos (que aparecen con un visto bueno) exámenes sanguíneos.

Concluye que de todo ello se infiere de modo inequívoco que la intervención no era de riesgo y ello así se determinó de muchos modos y que la salud del paciente al ingreso era inmejorable.

- En segundo lugar, aduce que la ficha en esta parte alude a varias técnicas con las cuales se habría producido la hemostasia. Como se ha indicado, con ello no referimos a la detención exitosa de una hemorragia, hemorragia que no se produce sino por el corte previo de origen médico. Así, no parece razonable estimar que tal hemostasia sí se produce como sostiene la ficha clínica en esa parte, y los sucesos posteriores dan cuenta que se trata de una hemorragia no debidamente contenida y que proviene del preciso lugar en que se realiza la intervención quirúrgica. O esta hemostasia no se produce o bien no es bien monitoreado el paciente, ya que todos los hechos posteriores inevitablemente tienen una vinculación causal directa con la primera intervención defectuosa y negligente, se cortó demasiado, no se logró controlar adecuadamente la hemorragia, se abandonó el procedimiento en un momento inadecuado o todas ellas juntas, muchas posibilidades, pero la negligencia en esta intervención o primer acto de negligencia es manifiesto, dada la simpleza del procedimiento que causa consecuencias posteriores inimaginables en dicho momento.

En cuanto a la negligencia en cuidados postoperatorios, que la primera intervención quirúrgica es defectuosa, resulta afirmar que luego de ella el paciente no recibe los cuidados adecuados a su estado de salud. Hay una permanente mala evaluación de su estado real de salud, que conlleva a reacciones o cambios de velocidad de un equipo médico, que en muchas ocasiones no sabe determinar la urgencia o nivel de gravedad de su propio paciente y ante actuaciones propias que le generan el daño.

Que, en efecto, luego de esta supuesta hemostasia (contención adecuado de la hemorragia operatoria), pese a que a juicio de los médicos o equipo médico que practican la intervención quirúrgica, la misma habría sido dificultosa y en que en ella les cuesta contener la hemorragia (esta intervención debiendo haber durado 30 min como es de costumbre, dura en cambio 2 horas; los médicos previeron que 40 min en documentos referidos en acápite anterior), NO OBSTANTE ESO, el paciente no recibe mayor cuidado que cualquier otro paciente, siendo sólo evaluado después de 8 horas, y de hecho en ficha clínica se verá que las indicaciones post operatorias sólo eran las siguientes: MEDICAMENTOS: SOLUCIÓN FISIOLÓGICA, METAMIZOL, KETOPROFENO Y PATACETAMOL; RÉGIMEN: PAPILLA; CONTROL SIGNOS VITALES: CADA 8

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

Código: EXXXXXFXVEE

HORAS. DIÚRESIS: BAÑO; RADIOGRAFÍAS: 17/01/2018, respecto de los que declara que fueron cuidados mínimos dados al paciente, pese a que fue difícil detener el sangrado en la operación que duró 4 veces lo presupuestado. Ningún examen de sangre se estimó necesario, ni siquiera de modo preventivo.

Agrega en lo referido a diuresis, es decir, en cuanto a la opción de orinar por chata o directamente y por sí solo, se señala esta última opción. Ello es relevante no sólo como medida para evitar la caída sino además porque la ficha clínica describe como una circunstancia fáctica que desencadena supuestamente el sangramiento una caída supuesta por ida al baño. Más allá de que parece evidente que los sucesos posteriores tienen su fuente en la intervención y falta de cuidados posteriores, de ser cierto lo que indica la ficha a este respecto, ocurre que también se pudo evitar que el paciente se levantase de haber evaluado mejor su condición y evolución, todo lo cual por cierto es de responsabilidad del centro y equipo médico.

Que, alega que el cuidado postoperatorio fue nulo, cuestión que determinó y ejecutó en el paciente luego de la intervención quirúrgica (o más bien dejó de hacerse, lo que nos conduce al terreno de la imprudencia, en la especie temeraria), pues después de la intervención practicada a las 11:00 hrs, sólo encontramos una mínima referencia alguna revisión efectuada al mismo a las 18:30 hrs. en que sólo se vigila que no haya sangramiento activo y tan solo ello se consigna en dos palabras, en rigor 4, dice la historia y evolución clínica en este punto: “SIN SANGRAMIENTO ACTIVO, SIN DOLOR”.

Dice que luego de ello no lo revisan más, no se practica ninguna medición hasta que por sí solo el paciente se da cuenta a las 07:00 hrs del día siguiente que tenía sangramiento activo de su boca. Los cuidados mínimos consignados eran cada 8 horas, lo que ya parecía excesivo por poco, pero fue mucho peor. Parece evidente que muchas cosas podían ocurrir y así fue. Si consideramos que previo a ello ya habían pasado más de 8 horas (pues sólo se revisa si en apariencia hay hemorragia activa, es decir, un sangramiento importante visible) vemos que dejan prácticamente solo al paciente por más de 20 horas después de la operación, pese que se estimó complicada la misma por parte del equipo médico.

Que, sólo cuando el paciente fallecido se da cuenta que está con sangramiento intenso se reacciona. En efecto, la ficha clínica señala que se interviene al paciente cuando el sangramiento es muy abundante, tanto así que éste no les permite a los médicos siquiera poder intubar al paciente. La ficha en esta parte nos indica que “hay sangramiento profuso más compromiso moderado”… “se intenta intubar siendo imposible por sangramiento profuso”.

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

Código: EXXXXXFXVEE

Que, el período posoperatorio, comienza inmediatamente después de la intervención y se extiende, hasta el alta del paciente, y comprende por definición, las actuaciones tendientes al restablecimiento aliviar su dolor y prevenir posibles complicaciones. Las complicaciones postoperatorias son patologías que pueden presentarse en el paciente quirúrgico, ya sea en el postoperatorio mediato o inmediato (mediato es durante las 24 horas posteriores a la cirugía, el que por definición responde a algo que ocurre en la propia intervención). Dentro de las principales patologías postoperatorias encontramos a las complicaciones circulatorias por shock. La falla del sistema circulatorio que no provee una adecuada circulación de sangre a todo el organismo se denomina shock; se acompaña casi siempre de un cuadro clínico caracterizado por piel fría, pálida, sudorosa, taquicardia, pulso filiforme, hipotensión arterial, oliguria, inquietud y confusión mental.

Que refiere que pese a que la historia clínica sugiere que de pronto y sin saber cómo el paciente presenta un estado de gravedad con compromiso, con sangramiento tan abundante que sólo pudieron hacer maniobras aparentemente eficaces en pabellón, ya el sólo sentido común sin conocimiento técnico alguno, nos conduce a afirmar con propiedad que este no es un simple estado espontáneo que deviene sin aviso. Un estado grave esta precedido de un estado de mediana gravedad, y éste por malestares, de tal modo que hay una sucesión o secuencia que explica el devenir de un estado de gravedad importante, como así ocurre paralelamente con la gravedad del sangramiento.

Indica que la espera sin intervención ni cuidado mínimo constituye indudablemente, a lo menos, IMPRUDENCIA TEMERARIA y que durante todo este período, por todas las razones descritas el paciente no debió estar en esta soledad casi absoluta, debieron realizarse una serie de exámenes y observación permanente, tanto de la perspectiva de un post operatorio, como en particular por el riesgo de hemorragia, las cuales de la perspectiva de un shock hipovolémico implican muchos indicios concretos y visibles antes de entrar en una fase grave.
Que, en efecto, se considera sin mayor discusión en la literatura y en la praxis que hay ciertas pruebas diagnósticas o cierta sintomatología, si se quiere, que son aceptados para un shock independiente de cual sea su causa, los siguientes: √ Apariencia de enfermedad o estado mental alterado √ FC superior a 100 lpm √ FR superior a 22 rpm p PaCO2 inferior a 32 mmHg √ Déficit de bases en sangre arterial inferior a -5 mEq/L, o incremento de lactato superior a 4 mmol/L. √ Diuresis inferior a 0,5 ml/kg/h. √ Hipotensión arterial de más de 20 min de duración.

Indica que la presencia de la menos 4 de estos criterios, permite establecer el diagnóstico de shock, si el cuadro clínico es compatible con Shock, se debe

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

Código: EXXXXXFXVEE

catalogar tipo y probable etiología. La anamnesis y examen físico permitirán distinguir aquellos cuadros secundarios a hipovolemia. Se debe preguntar sobre antecedentes de sangrado de cualquier tipo, trauma reciente, diarrea, vómitos, u otros síntomas que expliquen la deficiencia de volumen. Además se debe consultar por síntomas como sed, decaimiento, sensación de fatiga y dolor en sitios de lesión. El examen físico, como se mencionó previamente, debe iniciarse con la valoración de los signos vitales, buscando dirigidamente la presencia de Hipotensión (PA<90/60 mmHg, o reducción >30 mmHg en hipertensos), taquicardia (FC >100 lpm), pulso radial débil o filiforme. La ausencia de pulsos periféricos indica mayor gravedad; la bradicardia sugiere deterioro hemodinámico importante y eventual paro cardiaco. En cuanto al examen general, observar si existe sudación profusa, palidez muco-cutánea, piel fría, cianosis distal, enlentecimiento del llene capilar y lividece. El estudio segmentario debe estar orientado a la búsqueda del sitio de hemorragia; lesiones contusas o penetrantes, evidencia de cirugía reciente, o estigmas de pérdida de fluidos importante. La oliguria u oligoanuria son unos de los signos tempranos que sugieren pobre perfusión. Es importante el reconocimiento precoz del shock, ya que su reversibilidad y, por tanto, su morbimortalidad, dependen del estadio evolutivo en que se encuentre al momento del diagnóstico.

Manifiesta que previo a la intervención quirúrgica, existen en la ficha clínica antecedentes relevantes que nos indican el estado del paciente, cuestión que no se aprecia en propiedad en el historial clínico recién descrito previo a la intervención de urgencia. En efecto, la evaluación preanestésica, propia de toda intervención quirúrgica en que precisamente se requiere de esta sedación profunda, no es realizada en esta segunda intervención y la misma ficha nos señala porqué. En efecto, vemos que en esta parte de ficha se contiene una hoja nominada evaluación preanestésica, pero con fecha 10 de enero (no 11 que fue el día de la intervención de urgencia), lo que obedece a que se saca una fotocopia a la evaluación preanestésica de la intervención del día anterior (amigdalectomía) y que se tiene por ratificada, dada la absoluta gravedad del paciente. Aquí los términos cambian y dejan entrever el verdadero estado del paciente (antes se dijo compromiso moderado), pero aquí se habla de condición de urgencia. En efecto, al final de dicha hoja fotocopiada se coloca la siguiente leyenda por parte de DR. Daniel Valderrama **"*Se revalida evaluación preanestésica, debido a condición de urgencia y estado posparo del paciente a Pabellón 11/01/18 (7:15am)".**

Otro antecedente, previo a la intervención de urgencia, que nos suministra información sobre el estado del paciente en aras a la operación de emergencia, es la lista de verificación para la seguridad quirúrgica del paciente, misma vista antes

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

Código: EXXXXXFXVEE

con ocasión de la amigdalectomía, pero muy distinta a aquélla en relación a los mismos parámetros. En efecto, en relación a los riesgos, esta nueva hoja dice esta vez:

• Vía aérea difícil y/o Riesgo de Aspiración: (tarchado SÍ)

• Riesgo de Hemorragia >500ML (SÍ)

• Riesgo de Enfermedad Tromboembólica20 (Sí)

Añade que lo referido al tercer aspecto de riesgo, esto es, de enfermedad tromboembólica (ETE) es algo crucial y muy atingente analizar. En efecto, una enfermedad tromboembólica o trombosis venosa, quiere decir que se forma un coágulo (trombo) en una vena del cuerpo. Esto puede tener cierta frecuencia relativa en una persona de edad avanzada, no así en una persona de 37 años como el paciente. Pero hay algo mucho más relevante, y que nos lleva a detenernos en las causas posibles de trombosis venosa. En efecto, los dos primeros factores de riesgo de esta enfermedad son: • Edad avanzada • Cirugía mayor y cirugía ortopédica.

En efecto, otras fuentes, ya más técnicas, nos señalan que esta afección puede presentarse si tienes ciertas enfermedades que afectan la forma en que coagula la sangre. También puede aparecer si no te mueves durante mucho tiempo, por ejemplo, después de una cirugía o un accidente, o cuando estás confinado a una cama. Los coágulos de sangre se pueden formar cuando algo disminuye o cambia el flujo de sangre en las venas. Los factores de riesgo incluyen: • Un catéter de marcapasos que se ha pasado a través de la vena en la ingle• Reposo en cama o sentarse en una posición por mucho tiempo como un viaje en un avión • Antecedentes familiares de coágulos sanguíneos • Fracturas en la pelvis o las piernas • Haber dado a luz en los últimos 6 meses • Embarazo • Obesidad • Cirugía reciente (especialmente cirugía de la cadera, de la rodilla o pélvica en la mujer) • Producción excesiva de glóbulos rojos por parte de la médula ósea, lo que provoca que la sangre esté más espesa (policitemia vera) • Tener un catéter permanente (prolongado) en un vaso sanguíneo.

Que, de los factores descritos, por edad, peso y sexo del paciente, solo le son aplicables aquellos referidos a la operación misma, lo que no sugiere, sino que obliga al lector a entender que el estado de gravedad del paciente previo a la segunda intervención, tiene su causa no probable sino que única en la primera intervención quirúrgica sumado a la inactividad posterior, de los médicos y del paciente.

Estas señales aparecen de forma súbita y pueden estar precedidas de situaciones de riesgo como reposo prolongado (en especial con inmovilización de una extremidad), uso de anticonceptivos orales o antecedentes familiares previos.

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

Código: EXXXXXFXVEE

Verdaderamente, la inmovilidad, en la especie luego de la primera intervención quirúrgica, está tan ligada al posterior trombo venosa, que algunos se refieren a ella, en el caso de trombosis venosa profunda, como la enfermedad de la clase turista.

Así las cosas, arguye que con estos simples lineamientos podemos ir comprendiendo que no era tan sorpresiva esta situación del paciente, no sólo por los antecedentes referidos a cirugía compleja y falta de movilidad, que por protocolo médico o literatura no era ya sugerible, menos por cierto en tal cantidad grosera de horas sin supervisión. Pero hay algo que lo hace aún más obvio, y ello tiene que ver con los signos, perfectamente visibles para cualquiera persona, ya no docta, como a la sazón llamamos a los médicos por regla. En efecto, los signos aparentes (sin un análisis de sangre ni nada parecido aun) de una trombosis venosa profunda son los siguientes: • Hinchazón • Dolor • Calor • Enrojecimiento Se concordará con el suscrito que estos factores no requieren explicación y que pueden ser apreciados por los sentidos de cualquier persona (que los posea) y sin necesidad de instrumento alguno. Tacto, vista y preguntar si el dolor aumenta, sólo eso podía ya dar índices de lo que le pasaba al paciente. Pero un termómetro cada cierto tiempo ayuda, más si es un ojo o tacto clínico o se agrega un examen sanguíneo u otros tantos.

En lo referido al procedimiento mismo de intervención quirúrgica de emergencia, cita a la ficha clínica a este respecto: *"paciente ingresa a pabellón con hemorragia masiva activa, pcr. Se realizan maniobras de reanimación, tot. Decúbito supino, se pincela con clorhexidina, campos estériles. En cavidad oral se aspira abundante sangre, se visualiza hemorragia activa desde sitio operatorio, puntos hemostáticos de vicryl con lo que se logra controlar sangrado. Se decide taponamiento con gelita y gasas embebidas de adrenalina. sin sangrado activo al finalizar el procedimiento".*

Que, hay que tener presente que este resumen anterior está muy condensado, tanto porque contiene elementos técnicos, como porque se refiere a procedimientos a veces complejos, y que se complementa con otros antecedentes contenidos en la ficha de clínica, que nos conllevan a una relectura ampliada de dicho detalle, del siguiente modo:

DETALLE OPERATORIO: *"paciente ingresa a pabellón con hemorragia masiva activa."* La que se define como situación clínica en la cual la pérdida de sangre es de tal cantidad y velocidad, que sobrepasa los mecanismos fisiológicos de compensación del organismo, provocando en el paciente una hipoperfusión tisular con descompensación y fracaso circulatorio (shock hipovolémico) PCR [sigla española para paro cardio respiratorio que, a su vez, es la repentina

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

Código: EXXXXXFXVEE

detención de la respiración y del latido cardíaco en un individuo. SE REALIZAN MANIOBRAS DE REANIMNACIÓN, TOT. DECÚBITO SUPINO [TOT es la abreviatura de Tubo orotraqueal, la noción de oro hace referencia a su introducción por la boca del paciente; por su parte, decúbito supino alude a la posición del cuerpo humano al realizar esta operación, que quiere decir en general boca arriba con ciertas características de posición de las extremidades. Más simple, es intubación vía oral de persona acostada boca arriba], *se pincela con clorhexidina [sustancia desinfectante], campos estériles. En cavidad oral se aspira abundante sangre, se visualiza hemorragia activa desde sitio operatorio, puntos hemostáticos de vicryl con lo que se logra controlar sangrado. Se decide taponamiento con gelita y gasas embebidas de adrenalina. Sin sangrado activo al finalizar el procedimiento".*

Que, refiere que en ficha clínica la hoja de ingreso a UCI posterior del paciente da cuenta de más detalles de esta intervención quirúrgica y de procedimientos adicionales empleados luego de ella. En lo pertinente señala:

"Se traslada a pabellón y paciente ingresa en PCR/AESP, se informa por DR. Calderón y anestesista que paciente ingresa con TOT en esófago. Se procede a intubación orotraqueal y se inician maniobras de reanimación (2 ciclos/2 ampollas de adrenalina). Se visualiza sangrado activo en sitio quirúrgico, procediendo a hemostasia. Sin sangrado activo al finalizar el procedimiento.

Que, por otro lado, en registro de anestesia de fecha 11/01/2018 (diagnóstico: sangrado postoperatorio/condición postparo) se indica lo siguiente: *"Se reciba a paciente procedente de cuidados especiales en paro cardio respiratorio con tubo endotraqueal en posición esofágica, se aspira con Yankauer y se reirá coágulo en faringe, para intubar, se administran 2 mg. de epinefrina se continúa masaje y sale del paro en 3 minutos.*

Afirma que la intervención de urgencia descrita es defectuosa y no cumple el cometido que la ficha señala. En efecto, se indica en el protocolo operatorio que se logra controlar a través de este proceso el sangrado del paciente, pero inmediatamente después de la intervención que tiene lugar entre las 7:15 y 08:15 del día 11 de enero de 2018, como la misma ficha clínica indica, presente a continuación nuevo sangrado y de hecho sólo dos horas después de la operación de urgencia se hace necesaria una transfusión sanguínea de emergencia.

Que, en efecto, se indica en ficha clínica que: a continuación el paciente habría presentado nuevo sangrado en lecho operatorio siendo trasladado a unidad de hemodinamia y que posteriormente, a las 10:40 hrs. hay una indicación transfusional de 2 unidades de glóbulos rojos, 6 unidades de plasma fresco, 6

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

Código: EXXXXXFXVEE

unidades de crioprecipitado y 6 unidades de otros. (La transfusión de sangre es únicamente para casos graves)

Que, la negligencia no cesa cuando la situación de gravedad empeora, pues se piensa que se logra detener la hemorragia cuando en verdad la misma producía sus peores consecuencias hasta que el paciente fallece, lo cual nuevamente, como antes sugiere la ficha clínica, esto deviene como un estado espontáneo que no da aviso. La lectura de la última parte de la ficha clínica es muy gráfica en darnos a conocer como el equipo médico que cree estar controlando adecuadamente la situación, resulta sorprendido con el fallecimiento repentino del paciente.

Que, luego de efectuada la intervención de urgencia que se lleva a cabo el día 11 de enero de 2018 a las 07:15 hrs y se extiende por espacio de una hora, tienen lugar los siguientes procedimientos dirigidos al paciente:

- Embolización de emergencia de porción proximal de arteria facial izquierda. (No se indica la hora en ficha clínica, sólo que tiene lugar previo a la transfusión) - Transfusión sanguínea a las 10:40 hrs. - A las 15:54 del día 11 de enero el paciente ingresa a UCI, ingresa con gran edema lingual. - En evolución kinesiológica en UCI a las 19:30 hrs del día 11 de enero se indica “sin incidentes” - En evolución kinesiológica a las 7:40 hrs del día 12 de enero, en la parte final de la leyenda se indica: “En segunda atención mantiene ausencia de signología húmeda. Realizo SET por antecedente de abundante sangrado por boca. Se aspiran secreciones hemáticas en abundante cantidad de aspecto residual, también tapones de sangre seca de pequeño tamaño. “Bien tolerado, sin incidentes”.- Luego, dice la evolución de ficha clínica del día 12 de enero es muy confusa, por datos tarjados, por hojas sin hora, por contradicción de información, Sólo encontramos referencias con hora a las 13:30 hrs. del mismo día 12 de enero, en el llenado de evolución de enfermería, en que se indica que el paciente está muy grave con sedoanelgesia (pese a que encontramos otro documento a mano del neurólogo que indica que no hay anestesia)

Luego la evolución UCI de hora 17:45 hrs señala: *“Grave. No ha presentado nuevos episodios convulsivos desde ingreso.* [hace presente lo grave de esta aseveración en ficha clínica, en circunstancias en que ya a las 13:30 hrs. se había constatado los signos de muerte cerebral, se indica acá sin nuevos episodios convulsivos que por la muerte del paciente obviamente no eran posibles de detectar], en lo hemodinámico con requerimientos de levophed hasta 0,21 gama/kg/min, en lo ventilatorio en VMI protectiva con FR 20, FiO2 25%, PEEP 8, VT 430, Pafi 278, sedoanelgesia escalón 12. Destaca dentro de exámenes Hipernatremia hasta 160, hipokalemia 2.9, hipercloremia 123 e hipofosfemia 0.8.

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

Código: EXXXXXFXVEE

Poliúrico con diuresis 2000cc. En últimas 4 hrs. Al examen mucosas secas, llene cap<2seg. En lo neurológico (luego de suspender sedación) llama la atención: no responde a estímulos dolorosos, midriasis arrefléctica, ausencia de reflejo corneal bilateral, reflejo plantar indiferente bilateral. RR2TSS, MP simétrico SRA, abdomen blando, o distendido, sitio de punción femoral derecho sin complicación. Sin signos de TVP, pulsos distales +. Se solicita TC de encéfalo con contraste de urgencia con evidencias de importante edema cerebral y signos de hipertensión endocraneana con ausencia de surcos cerebrales y ausencia de cisternas de base. Al momento de administrar contraste sin flujo cerebral. Se solicita evaluación por neurólogo Dr. Salinas quien confirma evidencia de muerte cerebral.

Que, respecto de este estado de muerte cerebral que de pronto se descubre, comenta que:

1.- No queda claro en qué momento se descubre que el paciente estaba fallecido. La Epícrisis nos indica que ello habría tenido lugar aproximadamente a las 17:00 hrs., pero se generan dudas porque la ficha en esta parte dice que al desaparecer la sedación se le habrían hecho estos exámenes que anuncian la muerte cerebral. Pero ocurre que a las 13:30 hrs en hoja de enfermería se indica que ya a esa hora se practica el examen por parte del Neurólogo Dr. Salinas, quien en esencia, en cuanto a lo neurológico ya puede advertir las consecuencias o síntomas descritos en la evolución antes descrita de UCI. En la descripción de enfermería de 13:30 hrs. se indica que el paciente recibe sedoanelgesia a esa hora, pero encontramos otro documento en ficha, suscrito a mano por el DR. Salinas, que también indica la hora 13:30 y en que ya adelanta la muerte encefálica, pero que indica que paciente está en coma sin sedación. Estas contradicciones anteriores conllevan a pensar que se manipula la hora de supuesta sedación o en que se habría pasado supuestamente el efecto de la sedación, lo cual estimamos que se realiza con la intención de cumplir con protocolo en que estos exámenes deben practicarse sin sedación. En efecto, el examen indica el propio médico referido se habría realizado a las 13:30 hrs. en momentos en que según el facultativo ya no había sedación (al contrario de lo que indica enfermería), pero se indica que paciente fallece recién a las 17:40 hrs. en que el mismo facultativo confirma la evidencia de muerte cerebral.

Agrega que más allá de lo señalado, cualquier persona, docta o no, que lea los protocolos de las intervenciones practicadas al paciente y la evolución del mismo en UCI le parecería que es un resultado que no cuadra con las referencias efectuadas a su estado. Primero se indica que la operación de urgencia es exitosa pues se habría logrado controlar el sangrado, lo cual luego se evidencia que no sólo ello no es efectivo, sino que se agrava con nuevos sangramientos que van

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

Código: EXXXXXFXVEE

evolucionando en situaciones cada vez más críticas que derivan en edema cerebral. Se indica luego de la embolización de pseudo aneurisma se indica en el protocolo que al finalizar dicho procedimiento el paciente esta clínicamente sin hemorragia luego de retiro de compresas por OTL. Dispositivo de cierre Angioseal sin complicaciones. Se complementa con hemostasia manual satisfactoria; pero luego de ello se hace transfusión sanguínea. Más aún el día 12 de enero, se indica que no ha tenido incidentes, bien tolerado; y aun en la propia última hoja que en definitiva constata su muerte, parte diciendo no ha presentado nuevos episodios convulsivos.

Que, fuera de la magnitud y entidad de actuaciones negligentes por una parte y manifiestamente imprudentes por otro, la falta de información y luego la forma inaceptable de comunicación de la noticia del fallecimiento del paciente, los que únicamente pudieron despedirse de su familiar en la morgue del referido hospital. Sin embargo, pese a ello, cuando el estado del salud del paciente era de extrema gravedad y cuando fallece, sólo a partir de ese momento se comenzó a consignar en los antecedentes previos o morbilidad, cuestión jamás referida antes en toda la ficha clínica, el que el paciente sufrió de depresión y tuvo un intento de suicidio.

En relación al daño o perjuicio causado, dice que la magnitud y multiplicidad de los daños generados como una consecuencia inmediata y directa del actuar negligente e imprudente del Hospital demandado, viéndose terminada la vida de una persona joven tras realizar una operación ambulatoria que, por definición de la propia ciencia médica, el resultado mortal es inaceptable.

En cuanto al daño patrimonial, especificamente lucro cesante, se ha generado la privación de un legítimo incremento que el fallecido obtenía, una persona joven que ayudaba de modo activo a su madre además de pagar sus gastos propios. Una persona relativamente joven quien probablemente habría trabajado 30 años más, al cabo de los cuales tan sólo tendría 67 o 68 años. Si calculamos dicho tiempo por el sueldo concretamente ganado por el fallecido hablamos de una suma de $360.000.000, considerando un sueldo mensual de $1.000.000.- sin reajuste alguno por dicho gran espacio de tiempo.

En cuanto a los daños extrapatrimoniales, especificamente daño moral, el notable sufrimiento, dolor, molestias y profundo malestar que se han generado para su parte con los hechos de la causa no pueden ser descritos de manera sencilla a través de estas líneas. La pérdida inexplicable de un hijo y hermano luego de un procedimiento definido como uno de los más simples y comunes, y ante actos manifiestamente graves que lo provocan.

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

Código: EXXXXXFXVEE

Que, parece redundante referirse a todos los aspectos de la vida cotidiana que se verán afectados para la madre y hermana del fallecido, con quien las mismas tenían un vínculo muy fuerte, que precisamente hizo que apenas tuviesen noticia o, más bien sospecha de alguna posible complicación, se dirigiesen desde la Región de Valparaíso raudamente y en una odisea de intento de comunicación con la prima del fallecido quien estaba más cercana al lugar.

Para morigerar esta situación, sin que suma alguna pueda devolverles la vida anterior y las expectativas que tenía previo a los hechos descritos, se demanda la suma de $550.000.000 por la madre y la suma de $350.000.000 por la hermana, a título de daño moral.

Añade que los perjuicios irrogados a su parte son una consecuencia inmediata y directa del hecho ilícito que los ha generado, de manera que la causalidad de los perjuicios es de suyo evidente, como ha de acreditarse.

Por todo lo anterior, solicita tener por interpuesta demanda de indemnización de perjuicios contractuales en juicio ordinario en contra del Hospital Clínico San Borja Arriarán, representado legalmente por su Director el Dr. Patricio Vera Cáceres, ya individualizados, admitirla a tramitación, acogerla en todas sus partes y condenar en definitiva a la demandada a pagar a esta parte a título de indemnización de perjuicios la suma de $1.260.000.000 o la suma que estime en justicia conforme al mérito de autos con expresa condena en las costas de la causa.

Que, en subsidio de la demanda principal deduce demanda de indemnización de perjuicios extracontractuales, en razón de las mismas consideraciones de hecho y de derecho señaladas en lo principal de esta presentación (salvo las referidas al estatuto legal aplicable a la especie) y además por lo siguiente:

Indica que son aplicables al caso de autos las normas contenidas en los artículos 2314 y siguientes del Código Civil. Habrá responsabilidad civil extracontractual médica en aquellos hechos ejecutados por el facultativo en el ejercicio de su profesión que ocasionan un daño a una o varias personas y que colocan a su autor en la necesidad de repararlo, haya o no contrato de prestación de servicios entre el médico y el paciente. Se ejecuta una conducta con infracción de un deber de cuidado, que se encuentra determinado en relación a un estándar de diligencia general y abstracta.

Que, concurren en la especie todos y cada uno de los elementos de la responsabilidad civil aquiliana, sea que se le juzgue o no como responsabilidad por falta de servicio u otro: actuar negligente, culpabilidad, causalidad y relación causalidad.

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

Código: EXXXXXFXVEE

Finalmente, solicita tener por interpuesta demanda de indemnización de perjuicios extracontractuales en juicio ordinario en contra del Hospital Clínico San Borja Arriarán, representado legalmente por su Director el Dr. Patricio Vera Cáceres, ya individualizados, admitirla a tramitación, acogerla en todas sus partes y condenar en definitiva a la demandada a pagar a su parte a título de indemnización de perjuicios la suma de $1.260.000.000 o la suma que se estime en justicia conforme al mérito de autos con expresa condena en las costas de la causa.

OCTAVO: Con fecha 29 de noviembre de 2019, Ruth Israel López, contestó la demanda solicitando su rechazo en atención a los siguientes argumentos.
Primeramente dice que controvierte la totalidad de los hechos en que se fundan las demandas, incluida la existencia de los perjuicios cuya indemnización se reclama, su naturaleza y montos.

En segundo alega la falta de legitimidad activa de los demandantes en materia de responsabilidad contractual, por supuestos incumplimientos del contrato de prestaciones médico hospitalarias, suscrito entre la paciente, don [redacted] y el Hospital Clínico San Borja Arriarán, invocando al efecto su propio daño personal. De este modo, la madre y hermana del paciente no actúan en este juicio en representación de éste, ni como sus sucesores o herederos, sino que accionan por sí mismas, o sea, como víctimas por rebote. Luego, planteada la demanda de contrario en los términos indicados, se sigue que las demandantes carecen de legitimación activa para intentar una demanda indemnizatoria por responsabilidad contractual, ya que son terceros ajenos al contrato de prestaciones médicos hospitalarias que invocan como sustento de su acción y por ende, al no existir vínculo contractual alguno que ligue a los actores con el Hospital Clínico San Borja Arriarán, la acción por responsabilidad contractual deducida en autos no puede prosperar por falta de legitimación activa de la parte demandante, por lo que pide que se rechace de plano y con costas.
Manifiesta que la acción indemnizatoria por responsabilidad sanitaria deducida en lo principal de estos autos en contra del Hospital Clínico San Borja Arriarán, se sustenta en el estatuto de responsabilidad contractual del derecho común. Se invoca la existencia de un contrato de prestación de servicios médicos entre el paciente fallecido y el demandado, citando los artículos 1545 y siguientes del Código Civil.

Expone que en materia de responsabilidad médico sanitario de la Administración del Estado, rige la ley Nº19.966, que establece un Régimen de Garantías en Salud. Este texto legal establece en su artículo 38 que: “Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los

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

Código: EXXXXXFXVEE

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, mediante dicha falta de servicio."

Añade que la responsabilidad administrativa médico sanitaria se rige por las disposiciones de la ley Nº19.966 del 2004, que se funda en la culpa del servicio y no en los preceptos del Código Civil sobre incumplimiento de los contratos.
Indica que de esta manera, en atención a que la responsabilidad administrativo sanitaria tiene una naturaleza jurídica propia y distinta de la responsabilidad contractual del Código Civil, la acción ejercitada conforme a este último estatuto no puede ser acogida

Sin embargo, cabe advertir que no existe un convenio de asistencia hospitalaria entre su representado y ni el paciente ni menos aún entre éste y la parte demandante, por lo cual la acción indemnizatoria debe ser rechazada de plano y con costas, por improcedente.

También alega la inexistencia de responsabilidad extracontractual por parte del hospital clínico San Borja Arriarán. Según se señaló anteriormente, en materia de responsabilidad médica rige una normativa especial contemplada en el artículo 38 de la Ley Nº 19.966, que establece un sistema de responsabilidad de falta de servicio especial y subjetiva, que descarta absolutamente la idea de responsabilidad objetiva.

En efecto, la Ley N° 19.966, en su artículo 38, exige la prueba de la negligencia del servicio médico, señalando al efecto 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". Agrega que los órganos de la Administración del Estado que en materia sanitaria sean condenados en juicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario que haya actuado con imprudencia temeraria o dolo en el ejercicio de sus funciones, y en virtud de cuya actuación el servicio fue condenado. La conducta imprudente o dolosa del funcionario deberá siempre ser acreditada en el juicio en que se ejerce la acción de repetición, la que prescribirá en el plazo de dos años, contados desde que la fecha en que la sentencia que condene al órgano quede firme o ejecutoriada".

Refiere que la "falta de servicio" se produce: a) si los órganos administrativos no actúan, debiendo hacerlo, b) si su actuación es tardía, o c) si ellos funcionan defectuosamente; y en cada una de dichas hipótesis siempre que se cause perjuicio a los usuarios o destinatarios del respectivo servicio público.

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

Código: EXXXXXFXVEE

Añade que La Excelentísima Corte Suprema, conociendo de un caso en que precisamente se imputó a un Servicio de Salud la que hoy nuestro ordenamiento jurídico denomina “responsabilidad en materia sanitaria”, declaró lo siguiente: “… como reiteradamente ha sostenido esta Corte de Casación, la falta de servicio no es una responsabilidad objetiva sino subjetiva, basada en la falta de servicio, en la que aquélla, considerada como “la culpa del Servicio”, deberá probarse –por quien alega– el mal funcionamiento del servicio, el funcionamiento tardío o el no funcionamiento del mismo; que esta omisión o acción defectuosa haya provocado, un daño al usuario o beneficiario del servicio público de que se trata; y, en fin, que la falla en la actividad del ente administrativo haya sido la causa del daño experimentado…” .

En suma, la responsabilidad civil en materia sanitaria requiere la concurrencia copulativa de los siguientes tres requisitos: a) daño; b) falta de servicio; y, c) relación causal entre el daño y la falta de servicio; y todos ellos deben ser probados por el demandante, por aplicación del artículo 1.698 del Código Civil.

En consecuencia, corresponde a las demandantes acreditar que ha existido imprudencia temeraria o dolo de determinados funcionarios del Hospital Clínico San Borja Arriarán, que les causó los daños que reclaman, cuya indemnización demandan.

Por su parte, el artículo 41 de la citada Ley, prescribe 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 a su edad y condiciones físicas”. “No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producirse aquellos”.

Así las cosas, habiendo establecido la Ley Nº 19.966 un sistema de responsabilidad por falta de servicio especial y subjetivo, por lo cual procederá que niegue lugar a la demanda de autos, con expresa condena en costas, desde el momento que no existe falta de servicio en los hechos que se le imputan al Hospital Clínico San Borja Arriarán, en que sus funcionarios hayan actuado con imprudencia temeraria o dolo, o en hechos o circunstancias que se hayan podido prever o evitar de acuerdo a la lex artis, de conformidad con lo que se señalará en el acápite que sigue.

En cuanto a la Inexistencia de falta de servicio por parte del Hospital Clínico San Borja arriarán, en la atención del paciente.

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

Código: EXXXXXFXVEE

Expone que el día 10 de enero de 2018, el Sr. [redacted] se somete en el Hospital Clínico San Borja Arriarán a una amigdalectomía (extracción de las amígdalas), bajo anestesia general. La presencia de brackets (frenillos), escasa apertura bucal del paciente y macroglosia (lengua grande), hicieron más difícil el procedimiento, **pero no hubo incidentes durante el acto operatorio.** El sangrado durante el acto quirúrgico fue abundante, frecuente en pacientes adultos, pero se logra cohibir con electrocoagulación y puntos hemostáticos. Se deja hospitalizado para manejo del dolor como es habitual en pacientes adultos que se someten a este procedimiento. No presenta sangrado en el postoperatorio inmediato.

Aduce que el post operatorio en intermedio quirúrgico, fue controlado por el cirujano de turno, sin reportar problemas especiales, control de signos vitales normales y que el día 11 de enero de 2018, a las 06:45 hrs., el cirujano de turno (Dr. M. Mege) es alertado por sangrado bucal activo con compromiso hemodinámico. Ante esta situación, se realiza una intubación orotraqueal, con dificultad para hacer hemostasia con puntos al lecho operatorio, se avisó al otorrino y se lleva a Pabellón, donde ingresa con hemorragia masiva activa y en paro cardio respiratorio. Se realizan maniobras de reanimación y se logra contener el sangrado con puntos hemostáticos de vicryl.

Relata que posteriormente, el paciente fue trasladado a Pabellón de Hemodinámia para realizar una embolización de pseudoaneurisma de porción proximal de arteria facial izquierda. En el Pabellón de Hemodinámia, presenta un nuevo paro cardiorespiratorio reanimado. Se transfunden además 6U de glóbulos rojos, 6 U de plasma fresco congelado y 5 U de crioprecipitados. Ingresa a UCI, post procedimiento a las 15.54 hrs. del 11 de enero de 2018, siendo conectado a ventilación mecánica, monitorizado hemodinamicamente con uso de drogas vasoactivas, además de terapia antibiótica empírica para cubrir microorganismos de cavidad orofaríngea. Evoluciona grave, con tendencia a la hipotensión y en coma profundo. Fue evaluado por Neurólogo, quien determina que el examen neurológico es compatible con muerte encefálica. Se realizó un TAC cerebral que evidencia un importante edema cerebral y al administrar contraste no hay evidencias de flujo sanguíneo cerebral. Se conversó con la familia sobre el pronóstico ominoso a corto plazo. A las 17.40 hrs. se constata fallecimiento.

Indica que sobre el particular, el único familiar que acompañó al paciente durante el procedimiento fue una sobrina a la cual se le entregó la información de la cirugía en forma pertinente. Al día siguiente, este mismo familiar estaba al tanto de la complicación, tanto es así que fue ella misma quién solicita hablar con el Dr. Mauricio Calderón Román, mientras el paciente se embolizaba, para contarle del

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

Código: EXXXXXFXVEE

intento de suicidio con cianuro de don [redacted], dos semanas antes de la cirugía, siendo atendido en el Hospital de Urgencia de la Asistencia Pública.

Declara que de los antecedentes expuestos se desprende que el Hospital Clínico San Borja Arriarán no tuvo responsabilidad alguna en la muerte del señor [redacted], considerando la situación médica de la paciente, quien sufrió dos paros cardiorespiratorios después de la habérsele practicado la amigdalectomía y que se tomaron todas las medidas médicas pertinentes al caso, se cumplieron con todos los protocolos que la sintomatología y resultado de exámenes del paciente aconsejaban, en los tiempos oportunos, todo lo cual nos permite concluir que no existió falta de servicio en la atención del causante, generadora de responsabilidad.

Refiere que cuando judicialmente se pretende algún tipo de responsabilidad por negligencia médica, resulta imperioso referirse a la denominada Lex Artis, como elemento del juicio de imputación de culpabilidad, y en la especie, dicho análisis no resulta sobreabundante, sino que más bien tiende a precisar los límites del juicio de imputación. En efecto, las conductas que en definitiva los actores le atribuyen al Hospital Clínico San Borja Arriarán, dicen relación con un supuesto error en que se habría incurrido en el tratamiento post operatorio del paciente.
Como se ve, la problemática radica en determinar el estándar de diagnóstico que se debió adoptar, o dicho en otros términos, determinar si existió o no una infracción a la lex artis.

En el derecho comparado se ha planteado que “la medida de la diligencia o negligencia del profesional sanitario viene dada por un canon o “standard”, cual es la denominada lex artis, las reglas del arte médico, o, como las define Agustín Jorge Barreiro, siguiendo a Bockelmann, “…las reglas generalmente reconocidas –como las apropiadas para un tratamiento médico correcto- por la ciencia médica…” se ha resuelto que “los médicos deben actuar conforme a las técnicas, a los procedimientos y a las reglas generales de la profesión, acudiendo a los exámenes y análisis para diagnosticar el mal y a los medios terapéuticos en uso para tratar de curarlo. En otra forma, el acto médico tiene como presupuesto que se realiza de modo debido, de manera como se indica en la lex artis. El médico no debe olvidarse de la norma de cuidado que pesa sobre su acción y, por tanto, la infracción de la lex artis es el fundamento de la culpa médica”

Ahora bien, en cuanto a las aseveraciones de las demandantes contenidas en su libelo, se debe señalar que son, a lo menos, equivocadas, ya que hacen una interpretación errónea de los términos médicos utilizados en la ficha clínica, y se alejan de la realidad. Lo explicado en los párrafos precedentes, es clara muestra

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

Código: EXXXXXFXVEE

que el citado Hospital y todo el personal que debió participar en las atenciones de salud otorgadas al señor [redacted], las realizaron acatando los procedimientos establecidos, la lex artis y poniendo de todos los recursos necesarios para efectuar un correcto manejo del paciente, no descuidando en ningún momento su atención, solicitando oportunamente todos los exámenes y atenciones necesarias para su debido cuidado.

En cuanto a la inexistencia de culpa o dolo, cumplimiento de un deber legal.

Afirma que para que surja la responsabilidad del Estado se requiere la culpa del servicio, es decir, debe darse el mal funcionamiento del servicio o el no funcionamiento del mismo, cual es el elemento subjetivo de la responsabilidad. Sobre este particular, cabe señalar que para que pueda existir responsabilidad de esta demandada por los hechos que se señalan en la demanda, es necesario que exista un nexo de causalidad entre el perjuicio y una acción u omisión culposa imputable, vale decir que este perjuicio, ha de ser consecuencia directa y necesaria de la actuación culpable o dolosa de los profesionales del Hospital Clínico San Borja Arriarán, requisito que en la especie no se cumple, pues la demandante recibió una adecuado tratamiento a su afección, según se señaló en los acápites anteriores de este escrito.-

Ahora bien, explica que la noción de mal funcionamiento del servicio debe ser siempre evaluada en concreto, según las características del servicio público de que se trate, de la gravedad de la falta y de acuerdo con la realidad particular del mismo, de su posibilidad cierta de actuación, del nivel de desarrollo y de sus medios, e incluso de la realidad nacional en la que está inmerso.

En esa misma línea, hace presente que sin perjuicio de la inexistencia de culpa del Hospital Clínico San Borja Arriarán, es preciso señalar que no toda falta es sinónimo de culpa, esta última solo recibe aplicación en cuanto las características de los supuestos hechos causantes del daño revistan el carácter de “grave”. Así lo ha reafirmado un reciente fallo de la Corte Suprema de fecha 28 de enero de 2016 el cual ha establecido que: “resulta útil destacar que no toda falta es sinónimo de falta de servicio, la que consiste precisamente en aquella falta que es susceptible de comprometer la responsabilidad del Estado. La falta misma que puede constituirla admite graduaciones y, en algunos casos, la falta de servicio sólo existe cuanto la falta cometida ha revestido ciertas características de gravedad. Esta distinción es de enorme importancia tratándose de la responsabilidad extracontractual del Estado.

En relación con ciertas actividades administrativas, en cambio, el derecho administrativo, particularmente el francés, subordina la responsabilidad del Estado, y por lo tanto la “falta de servicio” a la existencia de una falta grave. El derecho

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

Código: EXXXXXFXVEE

francés habrá de tomarse particularmente en consideración, ya que la institución de la falta de servicio, que es el régimen de responsabilidad del Estado que se ha dado en Chile, tiene precisamente su origen en la institución francesa.

No se trata de una falta de servicio grave, sino que mejor dicho, para que exista falta de servicio, la falta ha de ser grave. (…) La exigencia de una falta grave para comprometer la responsabilidad del Estado se utiliza en diversos tipos de actividades estatales, como la actividad penitenciaria, cierta actividad de control, lucha contra incendios, actividad material de policía -esta última con varias limitaciones-, la actividad médica"

En cuanto a la inexistencia de relación de causalidad entre la supuesta falta de servicio y el daño invocado por el actor.

Dice que la doctrina señala a la relación de causalidad entre el hecho y su consecuencia dañosa, como uno de los elementos indispensables para la concurrencia de la responsabilidad extracontractual. Se entiende por relación de causalidad "…el vínculo que encadena un hecho (acción u omisión) con el resultado que se presenta como Consecuencia directa, necesaria y lógica de aquel" (Pablo Rodríguez Grez, Responsabilidad Extracontractual, Editorial Jurídica de Chile, año 1999, pág. 370).

De lo expuesto se colige que la falta de relación de causalidad entre la acción u omisión imputable a una persona y el daño sufrido por otra, acarrea la exención de responsabilidad de la primera, por cuanto se entiende que el daño sufrido se debe a un hecho o circunstancias ajenas a la culpa de la demandada.

Cita al efecto al profesor Pablo Rodríguez Grez, "...la relación de causalidad responde a la pregunta de por qué y hasta dónde responde el autor del hecho, cuando de éste se sigue una consecuencia nociva. Lo anterior equivale a decir que la responsabilidad se enmarca dentro de los límites del resultado dañoso atribuible a la acción que se imputa al autor, no más allá. Con mayor claridad podría decirse que se responde del daño que efectivamente se causa y que es el resultado de la conducta ilícita sancionada en la ley." (Pablo Rodríguez Grez, Responsabilidad Extracontractual, Editorial Jurídica de Chile, año 1999, pág. 369). Consecuente con lo anterior, los demandantes deberán probar, que existe una relación de causalidad entre la muerte del paciente y la supuesta falta de servicio que se le imputa al Hospital Clínico San Borja Arriarán, la que niega.

En cuanto al lucro cesante, alega que pretenden por este concepto la suma de $360.000.000.-, esto es, $180.000.000.- para cada una, alegando al efecto que con motivo del fallecimiento de don [redacted], "se ha generado la privación de un legítimo incremento que el fallecido obtenía", a razón de

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

Código: EXXXXXFXVEE

$1.000.000.-que habría recibido como remuneración mensual, cuya fuente no señalan, y considerando una sobrevivencia de 67 o 68 años.-

Dice que sin perjuicio de controvertir expresamente el monto demandado, corresponde rechazar esta pretensión, considerando que las demandantes no son titulares del daño demandado, sino que éste correspondería al causante, cuya representación o sucesión no ha sido invocada en la demanda.

Por otra parte, en las demandas tampoco se indica, en lo que al daño lucro cesante se refiere, de qué forma lo habrían sufrido las demandantes, pues la circunstancia que el Sr. [redacted] haya dejado supuestamente de percibir una determinada renta, no se vislumbra y nada se indica en la demanda, en que pudo afectar a las actores, por lo que toda pretensión al efecto, necesariamente debe ser rechazada. A mayor abundamiento, la remuneración futura de una persona depende de la estabilidad en el empleo que la genera, que sobre el particular nada se señala en la demanda, y correspondería a un daño futuro e incierto, que no es indemnizable.

Al respecto, como señala el profesor Alessandri, en su obra "De la responsabilidad extracontractual en el Derecho Civil chileno". Un daño “eventual, hipotético, fundado en suposiciones o conjeturas, por fundadas que parezcan, sea presente o futuro, no da derecho a indemnización.”

Relativo al daño moral alegado por las actoras, expone que las demandantes pretenden por este concepto, la exorbitante cantidad de $900.000.000.- ($550.000.000.- para la madre y $350.000.000.- para la hermana).-

Al respecto, hacemos presente que no puede dejar de considerarse que éste consiste en la lesión o detrimento que experimenta una persona, en general, en sus atributos o cualidades morales.

En términos generales dice que la indemnización de perjuicios tiene por objeto restablecer el equilibrio destruido por el hecho ilícito, otorgando a la víctima un valor equivalente a la cuantía del daño sufrido, para ponerla en el mismo estado que tenía antes del acto dañoso. Cuando se trata del daño material o pecuniario, la aplicación de estos principios no ofrece mayor dificultad, ya que la determinación de los perjuicios puede hacerse con relativa precisión.

Por ende, la indemnización del daño puramente moral no se determina cuantificando, en términos económicos, el valor de la pérdida o lesión experimentada, sino sólo otorgando a la víctima una satisfacción, ayuda o auxilio que le permita atenuar el daño, morigerarlo o hacerlo más soportable, mediante una cantidad de dinero u otro medio, que en su monto o valor sea compatible con esa finalidad meramente satisfactiva y es en la perspectiva antes indicada que hay que regular el monto de la indemnización, asumiendo la premisa indiscutida de

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

Código: EXXXXXFXVEE

que nunca puede ser una fuente de lucro o ganancia, sino que debe ser un procedimiento destinado a atenuar los efectos o el rigor de la pérdida extrapatrimonial sufrida.

Por otra parte, es dable advertir que tampoco resulta procedente acudir a la capacidad económica del demandante y/o del demandado como elemento para fijar la cuantía de la indemnización, pues, como se ha dicho, el juez sólo está obligado a atenerse a la extensión del daño sufrido por la víctima, en la cual no tienen influencia estas capacidades.

No habiendo norma legal que establezca una excepción relativa a la capacidad económica del tercero civilmente responsable en un hecho delictual o cuasidelictual, habrá de estarse al principio general y básico de la cuantificación conforme a la extensión del daño, ni más ni menos, con absoluta prescindencia del patrimonio del obligado al pago.

En el mismo sentido indica que en materia de salud existen parámetros ilustrativos de los montos de las indemnizaciones según la gravedad de las lesiones. En efecto, el artículo 36 de la Ley 19.966, inciso final, establece que una Resolución Administrativa establecerá los montos máximos que, en virtud del procedimiento de mediación, podrán pagar los prestadores institucionales públicos.

Ahora bien, por Resolución Nº 142 de Ministerio de Hacienda y de Salud, Subsecretaria de Salud, de fecha 08 de abril de 2005, se establecen montos máximos que, en virtud del procedimiento de mediación regulados en la Ley Nº 19.966, podrán pagar los prestadores institucionales, en caso de acuerdo que signifique el pago de una suma de dinero por parte de los prestadores institucionales públicos.

Concluye indicando que en esta parte también interesa reiterar que en la ley 19.966, para que nazca la responsabilidad de los órganos del Estado, se requiere la existencia de falta de servicio. Por otra parte, establece la necesidad que el particular deba acreditar que el daño (moral y lucro cesante en este caso) es consecuencia de la acción u omisión del órgano del Estado, precisamente por la concurrencia de una falta de servicio, estableciendo determinados parámetros al Juez de la causa, en el establecimiento de la indemnización de los daños.

Por otra parte, desestima la indemnización de determinados daños; a saber, los que se deriven de hechos o circunstancias impredecibles o inevitables, según el estado de conocimiento de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producirse aquello. Es por ello, que los tribunales han ido estableciendo ciertos criterios para apreciar el daño, particularmente en salud, que guardan coherencia con la magnitud del daño, la edad de los afectados y su proyección de vida.

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

Código: EXXXXXFXVEE

Por todo lo anterior, solicita tener por contestadas las demandas en los términos anteriores y, en definitiva, acogiendo las alegaciones y defensas opuestas, negarles lugar en todas sus partes, con expresa condena en costas.

NOVENO: Que la parte demandante a fin de acreditar sus asertos rindió las siguientes pruebas:

A.- Documental: 1.- Certificado de defunción de don [redacted] de fecha 1 de agosto 2018; 2.- Certificado de nacimiento de don [redacted] de fecha 30 de noviembre de 2021; 3.- Certificado de nacimiento de [redacted] de fecha 30 de noviembre de 2021; 4.- Certificado de mediación frustrada de fecha 6 de diciembre de 2018; 5.- Copias de ficha clínica emitida con fecha 19 de enero de 2018, 6.- Liquidaciones de remuneración de [redacted], de los meses de julio a diciembre de 2017 (6), emitidas por el Consejo Nacional de la Cultura y las Artes; 7.- Certificado de atención psicológica de los demandantes emitido por la Psicóloga Ximena Honorato Falcón de fecha 6 de diciembre de 2021;

B.-Testimonial:

b1).- Comparece el testigo [redacted], quien declaró: Que efectivamente se verificó una negligencia médica, toda vez que se pasó a llevar una arteria sublingual del fallecido, posteriormente dice que no hubo contención de la hemorragia que se generó; y que por otra parte, no se tenía los equipos médicos y equipos físicos para realizar los diagnósticos en el momento; y finalmente en la intubación, le rompieron todas sus piezas dentales; en cuanto a la pregunta numero 3 relativa a los perjuicios, señala que si hubo perjuicios, ya que las demandantes sufrieron daño moral, ya que su madre e hija quedaron destruidas. Añade que junto con tener un trabajo con proyección, ayudaba a su madre con parte de su remuneración. En su testimonio relata las circunstancias del accidente según le comentó la familia.

b2).- Comparece [redacted]**:** quien al tenor de los puntos de prueba declaró: al primer punto, que efectivamente hubo una negligencia médica en la extracción de las amígdalas, ya que se pasó a llevar una arteria sublingual, que provocó una hemorragia a don [redacted]; y posteriormente la sutura de la arteria, se realizó de forma incorrecta lo que provocó que se acumulara sangre en la forma de la garganta producto de la hemorragia y los malos cuidados. Posteriormente la salud del paciente empeoró y terminó lamentablemente en el fallecimiento.

En cuanto a los perjuicios, dice que hubo daño de naturaleza emocional, por la depresión de los familiares del fallecido. Agrega que los parientes lucen un semblante depresivo. En cuanto a lo económico dice que trabaja en el consejo de

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

Código: EXXXXXFXVEE

la cultura en el área de eventos nacionales y que prontamente pasaría al área de eventos internacionales y que ese ascenso implicaría un aumento de sus ingresos, para así ayudar a su familia.

b3).- Comparece [redacted], quien declaró: que si hubo negligencia en el actuar del doctor al realizar un corte en la arteria sublingual en Enero de 2018, en consecuencia que se iba a operar por una operación sencilla, y que después no se realizó una sutura correcta, lo que derivó en una hemorragia que no fue debidamente controlada, sin un monitoreo adecuado por parte del turno a cargo de los cuidados operatorios y que desencadenó el deceso de don [redacted], agrega que don [redacted] no tenía una patología grave y por esa razón le dieron el visto bueno para su patología. Señala que hubo perjuicios morales para la familia, lo que se evidencia por el estado depresivo de sus familiares, quienes debieron asistir a terapia, y debieron modificar sus condiciones de vida, para sobrellevar el duelo. Finalmente habla del perjuicio monetario, y que [redacted] tenía un buen trabajo, y en ese momento estaba ascendiendo dentro de su área. Él trabaja en Santiago pero iba a ascender a nivel internacional.

Confesional: Comparece ante estrados don [redacted], médico cirujano, Director (S) del Hospital Clínico San Borja Arriarán, quien al tenor de las preguntas del pliego, confesó: 1.- Que es efectivo que [redacted] (QPD) fue intervenido quirúrgicamente en el Hospital San Borja Arriarán el día 10 de enero de 2018; 2.- No le consta que al momento del ingreso del paciente antes indicado, el mismo se encontraba en buen estado de salud en forma previa a la operación. 3.- No le consta que la amigdalectomía practicada al paciente fue defectuosa. 4.- Que es efectivo que con ocasión de la amigdalectomía se genera una hemorragia importante al paciente. 5.- No tiene antecedentes que en la intervención quirúrgica indicada no se lograra la oclusión correcta previo al cierre. 6.- No tiene antecedentes en relación a si se debe esperar más de 20 horas para realizar reexploración del sitio de operación**.** 7.- No tiene antecedentes en relación a si al realizar la segunda intervención quirúrgica (o reexploración) el sangramiento del paciente era profuso y ello impidió o dificultó la intubación. 8.- No tiene antecedentes relativa a que la muerte del paciente fue a causa de la intervención quirúrgica deficiente y demora en la reexploración.

DECIMO: Que la parte demandada, a fin de acreditar su defensa y excepciones rindió las siguientes pruebas:

a) Testimonial:

a1) Comparece el testigo señor [redacted], quien declaró que asistió la primera atención de anestesiología para la cirugía electiva propuesta para [redacted] y que ese procedimiento

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

Código: EXXXXXFXVEE

anestésico se desarrolló dentro de parámetros normales y sin ninguna complicación, y que se recuerda de esta anestesia por que el paciente se llama igual que él. Dijo que la atención anestesiológicas de los pacientes la designa el Jefe de Anestesia o Pabellón asignando diariamente un anestesióloga a cada pabellón, fue designado al Pabellón de Otorrinolaringología, el paciente don [redacted] estaba en la tabla para ese día. El paciente desde el punto de vista médico anestesiológico era un paciente de clasificación ASA I que es el menor riesgo que existe. Esa era la condición del paciente el procedimiento anestésico se desarrolló con total normalidad, El paciente se entubo sin dificultades durante la cirugía no presentó ninguna complicación y se extuba al final de la cirugía sin incidentes y se traslada a la Unidad de Pacientes Post operado donde es egresado con posterioridad sin ninguna complicación. A este paciente lo hicimos alrededor de las doce del día y la cirugía duro los tiempos promedios de la amigdalotomía en un adulto. Eso es lo que puedo aportar como datos anestesiológicos. A la pregunta- Para que diga el testigo si al momento de la extubación, según su experiencia, el paciente presentaba alguna condición o daño que pudiera hacerlo prever el resultado del deceso del paciente y porque. Respondió: Tal como lo mencione, al momento de la extubación el paciente no presentó ninguna complicación y no había ningún signo que indicase el proceso o complicación del paciente. La complicación del paciente ocurre alrededor de 15 horas después de finalizada la cirugía en la sala de hospitalización donde se encontraba el paciente también señaló que dió la primera atención anestesiológica para la cirugía electiva del paciente que se realizó el día 10 de enero de 2018. Con respecto a las otras atenciones no puedo emitir opinión porque no tengo información al respecto. Añade que el paciente se clasifica como ASA I, en la clasificación de riesgo anestésico, es decir, que es un paciente sano, sin patologías crónicas asociadas ni signo de laboratorio que indiquen alguna condición mórbida. Estos antecedentes son suministrados por el paciente al hacerle la evaluación pre anestésica previa a la realización de la cirugía y que son obligatorias para todas la cirugías electivas y de urgencias donde la condición del paciente le permite aportar estos datos. A la pregunta- “Según los antecedentes que maneja el testigo a que atribuye la muerte del paciente.” Respondió: Con posterioridad a la muerte del paciente se informe del diagnóstico realizado por el equipo de cirugía vascular, se debió a una hemorragia masiva producto de un aneurisma de la arteria lingual facial derecha. Según su experiencia con qué frecuencia se produce la muerte por una amigdalectomía. Respondió: Según su experiencia y los reportes de evidencia es muy baja, y es más frecuente en adultos.

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

Código: EXXXXXFXVEE

a2) señor [redacted], quien declaró: “Yo fui el cirujano que operó a [redacted] y todo el proceso como habitualmente se hace, con las normas de seguridad y calidad de atención y lo que presentó el paciente fue una complicación que esta descrito como una posibilidad en esta operación. Que esa complicación se produjo estando el paciente aun en el Hospital y se actuó en forma oportuna, pero la gravedad de la complicación término en ese desenlace fatal. A la pregunta: Para que diga el testigo cual estime él que fue la causal de las complicaciones del paciente, señala que la hemorragia Post operatoria es la complicación más frecuente en la amigdalectomía. En este caso particular, como el sangrado no cedía a la hemostasia habitual se procedió a una embolización y 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. A la pregunta- Para que diga el testigo cual es la relación entre el aneurisma señalado con la intervención médica realizada y que tan evitable era el mismo- respondió: Es difícil saberlo, la relación causal porque la presencia del aneurisma es asintomático, por lo tanto no se buscan de rutina en un estudio pre operatorio y además su incidencia es muy infrecuente. A la pregunta- Para que diga el testigo si el aneurisma es previo a la operación realizada- contestó: Es imposible saberlo, porque era un paciente sano que no requería ningún estudio preoperatorio aparte de las pruebas de coagulación que si se realizaron. A la pregunta: Para que diga el testigo que tan frecuente es la presencia de estos aneurismas en pacientes bajo las condiciones del sujeto en particular. Señaló: En las estadísticas generales no la sé, pero en mi experiencia de 25 años es el único caso. A la pregunta: Para que diga el testigo si estima que en este caso en particular la presencia de dicho aneurisma fue determinante para el resultado lesivo. Respondió: Yo creo que sí, porque todos los otros pacientes operados de amigdalectomia que han cursado un sangrado post operatorio que es la complicación más frecuente de esta operación que me ha tocado a mí resolver, todos han sido con un desenlace exitoso. Declaró que realizó la amigdalectomia y participó también en la cirugía de la complicación, pero ahí releve a un colega que estaba de turno, porque la complicación ocurrió a las 07:00 horas, Posteriormente acompañe al paciente a la embolización, pero ese procedimiento lo realiza un radiólogo intervencionista. Agregó que cuando el paciente presentó la complicación, su único objetivo era parar la hemorragia y eso no lo conseguimos quirúrgicamente desde de 4 horas de cirugía, ahí decidimos trasladarlo al Servicio de Hemodinamia donde se realizó la embolización y con ese procedimiento se detuvo el sangrado. Eso se conoce como una embolización exitosa. Realizada la

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

Código: EXXXXXFXVEE

embolización yo retiré el taponamiento de faringe y el paciente no sangro más. A la pregunta: En relación a la hemorragia que proviene del lecho operatorio y la posterior aneurisma existe alguna relación causal o ninguna. Contestó: Si existe una relación porque el aneurisma estaba muy cercano al lecho quirúrgico y la aneurisma se rompió y no podíamos detener el sangrado, para que diga el testigo si el control adecuado de la hemorragia podría haber evitado, según sus conocimientos, el aneurisma posterior. No, porque se hizo todo lo que correspondía quirúrgicamente, pero no fue exitoso y por eso se realizó la embolización. Para que diga el testigo si el aneurisma es posterior o anterior de la operación. Señaló: Anterior. Yo no conocía los antecedentes mórbidos del paciente pero siempre tuve contacto con un familiar desde el momento en que ocurrió la complicación, esta persona era una sobrina, y ella pidió hablar conmigo al momento de la embolización para contarme del antecedente de un intento de suicidio con cianuro dos semanas antes de la operación. El paciente no lo informó y tuvimos conocimiento el día de la complicación. A la pregunta: Para que diga el testigo si esto tiene alguna injerencia en el control de la hemorragia. Revisamos la literatura y no encontramos relación.

b.- Oficio acompañado a folio 25, recepcionado por el tribunal con fecha 20 de enero de 2020, emitido por la Subdirectora de Gestión Clínica, Hospital de Urgencia de Asistencia Pública, en los que remite a este tribunal Copia fidedigna de ficha clínica, desde la fecha de preoperatorio de amigdalectomía de fecha 10 de enero de 2018 hasta el deceso del paciente de autos con fecha 12 de enero de 2018; custodiada en el tribunal bajo el número 4578-2022.

EN CUANTO A LA DEMANDA PRINCIPAL:

UNDÉCIMO: Que, de acuerdo al artículo 1545 del Código Civil, “Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales”. Por su parte, el artículo 1546 del citado cuerpo de leyes dispone que “Los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan no sólo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación, o que por la ley o la costumbre pertenecen a ella”, agregando el artículo 1489 inciso 2° del Código Civil, que en el caso de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado, “podrá el otro contratante pedir a su arbitrio o la resolución o el cumplimiento del contrato, con indemnización de perjuicios”.

Luego, y en lo que respecta a la indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual, ésta tiene lugar cuando se infringe una obligación preexistente entre las partes, fundamentalmente de origen convencional, y por asimilación, de otras

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

Código: EXXXXXFXVEE

fuentes extracontractuales (René Abeliuk Manasevich, Las Obligaciones, Tomo II, Editorial Jurídica de Chile, Quinta Edición, año 2011, pág. 911).

También se ha dicho que la "Responsabilidad contractual es la sujeción a la sanción impuesta por un ilícito contractual. Este ilícito es el daño causado a otro por la infracción de una obligación o relación jurídica específica preestablecida, sea que derive ella de un contrato, un cuasicontrato o de una disposición de la ley, como la obligación alimenticia. Su sanción es la de reparar o indemnizar el daño causado por dicha infracción" (Alessandri, Somarriva, Vodanovic, Tratado de Las Obligaciones, Volumen II, Editorial Jurídica de Chile, Segunda Edición, año 2010, pág. 251).

Luego, de conformidad al inciso primero del artículo 1556 del Código Civil, "La indemnización de perjuicios comprende el daño emergente y lucro cesante, ya provengan de no haberse cumplido la obligación, o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado el cumplimiento".

En torno a dicho precepto, la doctrina ha determinado como requisitos de la indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual los siguientes: a) Que entre las partes exista un contrato válido; b) Que el daño sea ocasionado por una de las partes en perjuicio de la otra; c) Que el daño provenga del incumplimiento y no de otra actuación del deudor.

DUODECIMO: Que, en efecto, en el caso de autos, las actora deducen en lo principal, demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual en contra del Hospital Clínico San Borja Arriarán, quien es representado por el Consejo de Defensa del Estado, por haber incurrido en un actuar negligente y falta a la lex artis en el procedimiento quirúrgico al que se sometió su hermano e hijo, el que posteriormente falleció producto de una complicación post operatoria. Que entre las peticiones formuladas solicitan al tribunal que se condene al demandado a la suma de: *"$550.000.000 por la madre y la suma de $350.000.000 por la hermana, a título de daño moral, las que indica es para morigerar la situación, sin que suma alguna pueda devolverles la vida anterior y las expectativas que tenía previo a los hechos descritos"* y dicen que los perjuicios irrogados a su parte "*son una consecuencia inmediata y directa del hecho ilícito que los ha generado",* también demandan lucro cesante por la suma de $360.000.000.- por la expectativa de lo que habría percibido por concepto de remuneraciones.

DÉCIMO TERCERO: Que, por su parte, el hospital Clínico San Borja Arriarán contesta la demanda principal aduciendo la falta de legitimidad activa de las demandantes en materia de responsabilidad contractual, fundado en que la madre y hermana del paciente no actúan en este juicio en representación de éste,

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

Código: EXXXXXFXVEE

ni como sus sucesores o herederos, sino que accionan por sí mismas, o sea, como víctimas por rebote, por lo que éstas carecen de legitimación activa para intentar una demanda indemnizatoria por responsabilidad contractual, ya que son terceros ajenos al contrato de prestaciones médicas hospitalarias que invocan como sustento de su acción y por ende, no existe vínculo contractual alguno que ligue a los actores con el Hospital Clínico San Borja Arriarán, por lo que solicita se acoja la referida alegación.

DECIMO CUARTO: Que, antes de entrar al fondo del asunto, conviene en primer término que este Tribunal se pronuncie sobre la excepción de falta de legitimación activa deducida por el Fisco de Chile y que se hace consistir en que no existe vínculo contractual alguno que ligue a las actoras con el Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Que, al respecto, cabe señalar que “para poder figurar y actuar eficazmente como parte, no ya en un proceso cualquiera, sino en uno determinado y específico, no basta con disponer de esta aptitud general de la capacidad o legitimatio ad processum, sino que es necesario además poseer una condición más precisa y referida en forma particularizada al proceso individual de que se trate. Tal condición que se denomina legitimatio ad causam o legitimación procesal afecta al proceso no en su dimensión común, sino en lo que tiene de individual y determinado. Más correcto es hablar como lo hace Carnelutti de legitimación para pretender o resistir la pretensión, o de legitimación para obtener sentencia de fondo o mérito. Pero creemos que lo mejor es mantener la denominación tan conocida y antigua de legitimatio ad causam o legitimación en la causa” (Cristian Maturana Miquel, “Disposiciones Comunes A Todo Procedimiento”, Universidad de Chile, Facultad de Derecho, año 2009, pág. 45).

Luego, la legitimación procesal, legitimatio ad causam o legitimación en la causa, puede definirse como “la posición de un sujeto respecto al objeto litigioso, que le permite obtener una providencia eficaz” o como “la consideración especial en que tiene la ley, dentro de cada proceso, a las personas que se hallan en una determinada relación con el objeto litigio, y en virtud de la cual, exige, para que la pretensión procesal pueda ser examinada en cuanto al fondo, que sean dichas personas las que figuren como parte en tal proceso” (Cristian Maturana Miquel, op. cit. Pág. 46).

De este modo, la legitimación en la causa para el demandante o legitimación activa, consiste “en ser la persona que de conformidad con la ley sustancial está legitimada para que por sentencia de fondo o mérito se resuelva si existe o no el derecho o la relación jurídica sustancial pretendida en la demanda” y respecto del demandado o legitimación pasiva, “en ser la persona que conforme a

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

Código: EXXXXXFXVEE

la ley sustancial está legitimada para discutir u oponerse a dicha pretensión del demandante… Es decir, el demandado debe ser la persona a quien conforme a la ley corresponde contradecir la pretensión del demandante o frente a la cual permite la ley que se declare la relación sustancial objeto de la demanda; y el demandante la persona que según la ley puede formular las pretensiones de la demanda, aunque el derecho sustancial pretendido por él no exista o corresponda a otra persona" (Cristian Maturana, op. cit., pág. 46).

Por consiguiente, carece de legitimación activa o pasiva, quienes intervienen en un proceso sin reunir tales calidades.

Que, en el caso de autos según se constata de la lectura de la demanda, las demandantes, [redacted] y doña [redacted] comparecen por sí y no en representación de [redacted] (Q.E.P.D), conclusión que se encuentra confirmada con el fundamento de las peticiones formuladas en la demanda, las que a propósito de los daños extrapatrimoniales, especificamente el daño moral, lo funda en: *"el notable sufrimiento, dolor, molestias y profundo malestar que se han generado para su parte con los hechos de la causa no pueden ser descritos de manera sencilla a través de estas líneas. La pérdida inexplicable de un hijo y hermano luego de un procedimiento definido como uno de los más simples y comunes, y ante actos manifiestamente graves que lo provocan",* de lo que se nítidamente se concluye que las actoras demandan la indemnización por daño reflejo y que éstas no comparecen en calidad de herederas del paciente fallecido [redacted] (Q.E.P.D.), quien si mantuvo un vínculo contractual con el hospital demandado, por lo que se acogerá la excepción de falta de legitimidad activa de las demandantes para impetrar la demanda en sede contractual, por no verificarse el primer requisito del estatuto citado, en cuanto a la existencia de un vínculo jurídico previo que una a las partes del juicio.

DECIMO QUINTO: Que en atención a lo resuelto precedentemente y no verificándose en la especie el primer presupuesto para acoger la indemnización de perjuicios demandada en sede contractual, relativo a la existencia de un vínculo jurídico previo, se rechazará la demanda principal, como se dirá en la parte resolutiva de la sentencia.

EN CUANTO A LA DEMANDA SUBSIDIARIA.

DECIMO SEXTO: Que, en subsidio de la demanda principal deduce demanda de indemnización de perjuicios extracontractuales, fundados en las mismas consideraciones de hecho expuestas a propósito de la demanda principal. Indica que son aplicables al caso de autos las normas contenidas en los artículos 2314 y siguientes del Código Civil que prescriben que habrá responsabilidad civil

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

Código: EXXXXXFXVEE

extracontractual médica en aquellos hechos ejecutados por el facultativo en el ejercicio de su profesión que ocasionan un daño a una o varias personas y que colocan a su autor en la necesidad de repararlo, haya o no contrato de prestación de servicios entre el médico y el paciente. Se ejecuta una conducta con infracción de un deber de cuidado, que se encuentra determinado en relación a un estándar de diligencia general y abstracta.

Que, refiere que concurren en la especie todos y cada uno de los elementos de la responsabilidad civil aquiliana, sea que se le juzgue o no como responsabilidad por falta de servicio u otro: actuar negligente, culpabilidad, causalidad y relación causalidad.

DECIMO SEPTIMO: En este caso, al no existir vínculo jurídico previo entre las partes del presente juicio, nos encontramos frente a un supuesto de responsabilidad extracontractual, en que se persigue la responsabilidad del Estado, alegando que éste habría prestado una atención de salud negligente a don [redacted] (Q.E.P.D), quien es hijo y hermano de las demandantes.

DÉCIMO OCTAVO: Que, dada la forma en que fue presentada esta demanda, un primer punto a determinar es el régimen de responsabilidad al que debe sujetarse la presente causa. La responsabilidad en el ámbito del ejercicio de la medicina puede quedar sujeta a distintos tipos de responsabilidad, cada una de las cuales tiene un régimen legal específico. En primer lugar, la responsabilidad penal por “negligencia culpable” prevista en el Código Penal. En segundo orden, la responsabilidad civil, ya sea de manera concurrente o autónoma al ilícito penal. A través de aquella, la víctima busca una reparación pecuniaria al daño ocasionado y que puede ser de naturaleza contractual o extracontractual, según si exista o no un vínculo jurídico previo entre el agente y la víctima. En tercer lugar, cuando la negligencia médica acaece en un hospital público, dependiente de un órgano de administración del estado, como los Servicios de Salud, corresponderá aplicar la denominada responsabilidad del Estado por falta de servicio, tal como ocurre en el caso sublite.

DECIMO NOVENO: Que, de acuerdo al artículo 4 de la Ley N° 18.575, “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 pudieren afectar al funcionario que las hubiese ocasionado”. Por su parte, el artículo 42 del referido texto legal dispone: “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”.

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

Código: EXXXXXFXVEE

Al efecto, y como lo ha señalado la Excma. Corte Suprema, en fallo de cinco de octubre de dos mil doce, Rol N° 1328-2009, “la falta de servicio es el factor de atribución general de la responsabilidad patrimonial de la Administración, vale decir, el fundamento jurídico en cuya virtud los costos de los daños sufridos por un particular son asumidos por aquélla… Así, la “falta de servicio”, configura una presunción de culpa que opera por el solo hecho de que el servicio no funcione debiendo hacerlo, o lo haga imperfectamente o con retardo. [De este hecho se deduce la culpa de la Administración, debiendo ésta, y no el dañado, acreditar que se ha obrado con la diligencia y el cuidado debidos. Se trata, por ende, de una presunción simplemente legal, en todo equivalente a las presunciones establecidas en el artículo 2329 del Código Civil. Probablemente sea por esta razón por la que se ha pensado erradamente en un régimen de responsabilidad objetiva sin que exista norma que lo determine. Por consiguiente, la responsabilidad extracontractual del Estado se impone directamente y sobre la base de una presunción de culpa que puede desvanecerse siempre que se pruebe un caso de fortuito u otra causal de justificación”.

VIGÉSIMO: Que, concretizando dicho principio, la Ley 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, en su artículo 38 establece que los órganos de la administración en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por la falta de servicio, y que el particular es quien debe acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio.

VIGÉSIMO PRIMERO: Que, determinado el régimen de responsabilidad aplicable en la especie, procede ahora analizar si HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN, a través de los profesionales de la salud que atendieron al paciente [redacted] (Q.E.P.D), incurrió en falta de servicio en la atención médica otorgada a don [redacted] con ocasión de una amigdalotomía, la cual derivó en una hemorragia que provocó finalmente la muerte del paciente.

VIGÉSIMO SEGUNDO: Que la amigdoloctomía es la técnica quirúrgica clásica que es extracapsular bilateral, que corresponde a la resección quirúrgica de ambas amígdalas palatinas junto a su cápsula, mediante la disección del espacio periamigdalino. Corresponde a uno de los procedimientos quirúrgicos realizados con mayor frecuencia por los otorrinolaringólogos, alcanzando en Estados Unidos más de 500.000 procedimientos anuales en menores de 15 años. (Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello vol.76 no.1 Santiago abr. 2016).

VIGESIMO TERCERO: Que en el caso sublite, cabe consignar que el paciente [redacted], en ese entonces, de 38 años, fue objeto de

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

Código: EXXXXXFXVEE

evaluación preoperatoria, según consta en anamnesis próxima, realizada por el hospital demandado con fecha 10 de Enero de 2018, en la que se indica únicamente que el paciente ingresa para Amigdalectomía, sin señalar antecedente alguno respecto a la amnesis remota familiar y personal, u observaciones relativas a los exámenes físicos, consignándose únicamente como hipótesis diagnóstica "Amigdalitis Crónica" la que fue suscrita por el Doctor Mauricio Calderón Román, en calidad de otorrinolaringólogo.

Que también se acompañó la pauta de tromboprofilaxis quirúrgica en la que consta que el paciente [redacted], fue categorizado como bajo riesgo, en el tramo de 0 a 4.

Lo anterior resulta relevante, desde que los dos testigos presentados por el hospital demandado, legalmente examinados, sin tachas y quienes se encuentran contestes en los hechos, indican que *"el paciente desde el punto de vista médico anestesiológico era un paciente de clasificación ASA I que es el menor riesgo que existe, es decir, que es un paciente sano, sin patologías crónicas asociadas ni signo de laboratorio que indiquen alguna condición mórbida. Estos antecedentes son suministrados por el paciente al hacerle la evaluación pre anestésica previa a la realización de la cirugía y que son obligatorias para todas la cirugías electivas y de urgencias donde la condición del paciente le permite aportar estos datos."*
Que dicha conclusión se encuentra refrendada con los exámenes de rutina para este tipo de cirugía, realizados con fecha 30 de agosto de 2017, (seis meses previos a la intervención) relativos a examen de Glucosa, recuento de plaquetas, hemograma y fibrinógeno, todos los que arrojaron resultados dentro de los parámetros de normalidad.

Finalmente, de la lectura de la evaluación preanestésica, se constata que el paciente no refiere tener antecedentes médicos, quirúrgicos, o anestésico, ni uso de medicamentos, de los que se desprende que en la fase preoperatoria el hospital demandado no incurrió en falta de servicio.

VIGESIMO CUARTO: Que también resulta suficientemente acreditado en autos que la amigdalectomía realizada el día 10 de Enero de 2018, se llevó a cabo normalmente, según se consignó en la ficha clínica N°1280415, que en la historia y evolución clínica indica que no hubo incidentes durante el acto operatorio (2 horas), El sangrado durante el acto quirúrgico fue abundante, pero se logró cohibir con electrocoagulación y puntos hemostáticos y consta también que se dejó hospitalizado para manejo del dolor como es habitual en pacientes adultos que se someten a este procedimiento y que no presenta sangrado en el postoperatorio inmediato.

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

Código: EXXXXXFXVEE

Que la referida conclusión se encuentra validada con el mérito del testimonio del anestesiólogo, [redacted] (testigo de la parte demandada) que asistió a la primera intervención y que refirió que: *"el procedimiento anestésico se desarrolló con total normalidad, el paciente se entubo sin dificultades durante la cirugía no presentó ninguna complicación y se extuba al final de la cirugía sin incidentes y se traslada a la Unidad de Pacientes Post operado donde es egresado con posterioridad sin ninguna complicación."* De lo que se concluye que en la fase intraoperatoria tampoco se verificó una falta de servicios por parte del hospital.

VIGESIMO QUINTO: Que posterior a la intervención quirúrgica, ya en la fase post operatoria se consignó en la ficha clínica de ingreso a UCI, lo siguiente: "Se traslada a pabellón y paciente ingresa en PCR/AESP, se informa por DR. Calderón y anestesista que paciente ingresa con TOT en esófago. Se procede a intubación orotraqueal y se inician maniobras de reanimación (2 ciclos/2 ampollas de adrenalina). Se visualiza sangrado activo en sitio quirúrgico, procediendo a hemostasia. Sin sangrado activo al finalizar el procedimiento."

En cuanto al registro de enfermería en recuperación, se constata que el 10 de Enero de 2018, a las 13:40 horas, (primera intervención) se refiere que no señala antecedentes mórbidos, que únicamente declara alergia estacional y respecto a su estado de salud, indica que se sometió a un procedimiento de anestesia general, en cuanto a compromiso de consciencia se encuentra orientado y mantiene ventilación adecuada, no requiere oxígeno.

Ahora bien, constan dos registros de anestesia realizados el día 11 de Enero de 2018, (segunda intervención) el primero consigna como diagnóstico: "sangrado post amigdalectomía" y el segundo: refiere "revisión de fosa amigdalina."

Que posteriormente el informe de enfermería del día 11 de Enero de 2018 y que señala: a las 13:10, Ingresa paciente 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.

Que tanto el anestesiólogo como el cirujano refieren a este respecto que: *"La complicación del paciente ocurre alrededor de 15 horas después de finalizada la cirugía en la sala de hospitalización donde se encontraba el paciente también señaló que dió la primera atención anestesiológica para la cirugía electiva del paciente que se realizó el día 10 de enero de 2018. Con respecto a las otras atenciones no puedo emitir opinión porque no tengo información al respecto",*
Relativa a la causa del fallecimiento, se acredita mediante la ficha clínica del paciente y los testimonios de los facultativos ya referidos, que esta habría

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

Código: EXXXXXFXVEE

obedecido a una hemorragia masiva producto de un aneurisma de la arteria lingual facial derecha, según lo habría arrojado informe realizado por el equipo de cirugía vascular, el cual es referido por los testigos de la demandada y al que se refiere el documento “Ingreso UCI Adulto” de fecha 11 de enero de 2018, 15:54:36 horas, en el que se consigna que “En Pabellón se visualiza **pseudoaneurisma en la proximal de la arteria lingual.** Se realiza microcaterización selectiva en arteria lingual con embolización de pseudoaneurisma, arteria lingual distal y proximal y ACE proximal en porción occipital”

VIGÉSIMO SEXTO: Que por su parte, el cirujano que realizó la primera y segunda intervención al occiso señaló: *“fue una complicación que esta descrito como una posibilidad en esta operación. Que esa complicación se produjo estando el paciente aun en el Hospital y se actuó en forma oportuna, pero la gravedad de la complicación término en ese desenlace fatal” “En este caso particular, como el sangrado no cedía a la hemostasia habitual se procedió a una embolización y 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”*

VIGÉSIMO SÉPTIMO: Que, del tenor de la demanda, resulta que las actoras imputan al hospital demandado negligencia en la atención postoperatoria del fallecido, construyendo la demanda a partir de un análisis de la ficha clínica, imputando diversas negligencias ocurridas desde la intervención originaria hasta el lamentable fallecimiento de la víctima.

Al respecto, cabe tener presente en primer término que el actuar médico debe ser valorado de conformidad a la lex artis, el cual es un criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto, y en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida”, definición elaborada por don Luis Martínez Calcerrada),

VIGÉSIMO OCTAVO: En este sentido, la regla general en materia de responsabilidad extracontractual en general, y del estatuto de falta de servicio en particular que rige los actos de los órganos del Estado en materia sanitaria es que es el particular el que debe acreditar que el daño se produjo por una acción u omisión negligente del órgano, en decir, es el particular quien debe acreditar la infracción a la lex artis.

En este sentido, el actor rindió únicamente prueba testimonial y documental.

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

Código: EXXXXXFXVEE

En cuanto a los testigos, declararon don [redacted] y [redacted], cuyas declaraciones se encuentran consignadas en el considerando Noveno de esta sentencia, quienes son testigos de oídas de las demandantes y no cuentan con cualificación profesional médica para referirse a las causas del lamentable deceso de don [redacted], por lo cual el tribunal no otorgará valor probatorio alguno a estas declaraciones.

Respecto a los documentos, únicamente consta en autos la ficha clínica del paciente, la cual por si sola es insuficiente para acreditar la negligencia que se imputa, ya que la parte demandante no ha aportado haya aportado medio probatorio alguno que permita a este tribunal concluir que los exámenes preoperatorios, los procedimientos y cuidados consignados en dicha ficha, que fueron prestados a don [redacted] hayan sido insuficientes, se haya incurrido en errores de procedimiento o infringido la lex artis, esto es el estado de la ciencia médica en la actualidad, o hayan existido omisiones respecto al protocolo de cuidados que debió haberse otorgado al paciente.

VIGÉSIMO NOVENO: Que en conclusión, atendido lo razonado en torno a la prueba y los dichos de las partes, resulta que no es posible para esta magistratura 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, ya que no se cuenta con la pericia de un experto en el área.

Del mismo modo, no 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 y sin dolor, y a las 6:45 del día siguiente se avisa de paciente con sangramiento bucal activo, pues no se ha entregado parámetro alguno que permita concluir que dicho espacio temporal resulta inadecuado o fuera de protocolo en los cuidados del paciente y 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.

TRIGÉSIMO: Que además, debe tenerse en consideración que las obligaciones médicas comprenden, por su propia naturaleza, un factor de riesgo e impredecibilidad que escapa a la diligencia requerida y empelada 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.

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

Código: EXXXXXFXVEE

TRIGÉSIMO PRIMERO: Que lo anterior se ratifica si se considera que una explicación posible para el fatal desenlace del paciente es la presencia de un aneurisma, el cual 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.

TRIGÉSIMO SEGUNDO: Que, al no haberse acreditado la falta de servicio del organismo demandado, no resulta necesario pronunciarse sobre la concurrencia del daño ni su monto.

TRIGÉSIMO TERCERO: Que la restante prueba rendida en nada altera lo concluido;

TRIGÉSIMO CUARTO: Que, atendido lo dispuesto por el artículo 144 del Código de Procedimiento Civil, estimando el tribunal que la demandante litigó con motivo plausible, se eximirá del pago de las costas de la causa a la demandante.

Por estas consideraciones y visto lo dispuesto por los artículos 4 y 42 de la Ley N° 18.575, 38 de la ley 19.966; 1698, 2314, 2316, 2329 y siguientes del Código Civil; 144, 170, 173, 342, 346, 358, 384 y siguientes del Código de Procedimiento Civil; se declara:

I.- Que se rechazan las tachas deducidas respecto de los testigos [redacted] y [redacted]

II.- Que se acoge la excepción de falta de legitimidad activa de las demandantes en sede contractual, deducida por el Fisco.

III.- Que se rechaza la demanda principal de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual en contra de HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN, deducida en lo principal de folio 1.

IV.- Que se rechaza la demanda subsidiaria por responsabilidad extracontractual deducida en el primer otrosí de folio 1 en contra de HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN en todas sus partes

V- Que no se condene en costas a la demandante por haber litigado con motivo plausible

Notifíquese, dése copia y archívese en su oportunidad.

ROL N°18.176-2019.

DICTADA POR DOÑA CLAUDIA NATALIA VELOSO BURGOS, JUEZA TITULAR. AUTORIZA DON MARIO LUIS ROJAS GALLEGUILLOS, SECRETARIO SUBROGANTE.

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

Código: EXXXXXFXVEE

C-18176-2019

Foja: 1

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. en Santiago, veintiocho de Septiembre de dos mil veintitrés

Claudia Natalia Veloso Burgos
Juez
PJUD
Veintiocho de septiembre de dos mil veintitrés
18:10 UTC-3

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

Código: EXXXXXFXVEE