

Santiago, catorce de febrero de dos mil veinte.

Vistos y teniendo presente:

Primero: Que, en estos autos Rol CS N° 27.548-2019 seguidos ante el Cuarto Juzgado Civil de Antofagasta, caratulados "Rojas Puelles, Teresa y otra con Hospital Regional de Antofagasta", de conformidad con lo dispuesto en los artículos 781 y 782 del Código de Procedimiento Civil, se ha ordenado dar cuenta de los recursos de casación en la forma y casación en el fondo deducidos por la parte demandada en contra de la sentencia de la Corte de Apelaciones de Antofagasta que confirmó la sentencia de primer grado que acogió la acción y lo condenó a pagar, a título de indemnización del daño moral causado, las sumas de \$20.000.000 y \$10.000.000, en favor de Susana Puelles Quinteros y Susana Rojas Fuelles, respectivamente.

I. En cuanto al recurso de casación en la forma:

Segundo: Que, en el arbitrio de nulidad formal, se acusa que la sentencia impugnada incurre en la causal contemplada en el artículo 768 N° 5 del Código de Procedimiento Civil en relación con el numeral 4 del artículo 170 del mismo texto legal, esto es la falta de consideraciones de hecho y de derecho.

Refiere el recurrente que la sentencia impugnada incurre en la causal denunciada toda vez que, no expresa las circunstancias, razonamientos y fundamentos de hecho



que le permiten formar convicción de que al Hospital Regional de Antofagasta le cabe responsabilidad, sin que refiera en qué consistió la falta de servicio imputada.

Añade que el fallo se basa exclusivamente en una apreciación errada de los hechos y las pruebas que obran en el proceso, específicamente, yerra al establecer la unidad médica en que se debía hospitalizar al paciente Arturo Rojas Aranda, reprochando no haber hospitalizado al paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos o U.C.I., cuestión que no tiene correlato en ningún protocolo acompañado en la causa, fundándose en una errada interpretación de lo referido por los testigos presentados por su parte, cuyas declaraciones extracta, enfatizando los errores de razonamiento al confundir categorías de ingreso con criterios de internación en UCI. Añade que en similar falencia incurre al establecer la última hora de atención del paciente previo al deceso, soslayando las anotaciones relativas a la atención de las 20:30 por el médico de turno y las maniobras de reanimación efectuadas a las 22:00 horas, ambas del día de su deceso.

Tercero: Que, según se ha expresado en torno a la causal alegada, el vicio aludido sólo concurre cuando la sentencia carece de fundamentos fácticos o jurídicos que le sirvan de sustento, es decir, cuando no se desarrollan los razonamientos que determinan el fallo y omiten las normas



legales que la expliquen, requisitos que son exigidos a las sentencias por la claridad, congruencia, armonía y lógica que deben observar en sus razonamientos.

Cuarto: Que la sola exposición del recurso deja en evidencia que los hechos esgrimidos para fundar la causal, no la constituyen, pues no se esgrime la inexistencia absoluta de consideraciones, sino que se sostiene que existe falta de análisis de prueba específica rendida por su parte y, especialmente, yerros en la apreciación de los medios probatorios, evidenciándose un descontento con los razonamientos y con los hechos asentados por los jueces del grado, materia que no configura el vicio invocado, constituido por la falta de consideraciones y no porque aquellas que contenga el fallo no sean del agrado del recurrente.

Quinto: Que, por consiguiente, el recurso de casación en la forma no podrá ser admitido a tramitación.

II. En cuanto al recurso de casación en el fondo.

Sexto: Que, en el primer acápite del arbitrio de nulidad sustancial, se acusa la conculcación de los artículos 384 y 426 del Código de Procedimiento Civil, toda vez que su parte presentó en estrados dos testigos médicos que están contestes en que el paciente no era técnicamente un paciente que requiriera una Unidad Crítica, declaraciones que fueron soslayadas por los sentenciadores.



Añade que existen otras pruebas del proceso como atenciones brindadas al paciente en enfermería, la inoculación de insulina, controles médicos, que la sentencia omite, a pesar de constar en la ficha clínica aportada en autos.

Luego, en el segundo capítulo se denuncia la vulneración de los artículos 38 y 41 de la Ley N° 19.966 y error jurídico en que se incurre al establecer que hay falta de servicio o negligencia, en circunstancias que sólo existe una complicación propia del paciente.

Además se incurre en un error de derecho al acudir a la normativa de aplicación general, esto es, los artículos 2314 y 2329 del Código Civil, fundado en una errada interpretación de lo consignado por uno de los testigos que individualiza y cuya declaración extracta, que le permite asentar la falta de servicio. En este aspecto, sostiene, que la responsabilidad del Hospital Regional de Antofagasta, no puede estar sustentada en las referidas normas porque el estatuto que rige está en la Ley N° 19.966, específicamente en los artículos 38 y siguientes. En el caso concreto la demandante no probó que el daño se produjo por una acción u omisión del hospital, puesto que denunció que el paciente falleció por una errónea aplicación de insulina, lo que fue desechado por la sentencia impugnada que condenó al establecer que el



paciente requería una unidad crítica, cuestión que no es efectiva, pues no estaba en el parámetro que señala el protocolo ATS III. Puntualiza que no existe prueba respecto de que las complicaciones del paciente son por culpa del Hospital Regional de Antofagasta, como tampoco que se le haya atendido negligentemente, o que no se le haya practicado algún otro procedimiento o examen que fuera necesario, debiendo recordar que se trataba de un paciente de avanzada edad (77 años) que fallece como consecuencia del desenlace natural de sus enfermedades de base.

No puede exigirse a los funcionarios médicos ni al Hospital que se salve efectivamente a un paciente y no puede pretenderse que a todo evento se recupere pues el acto médico es un concepto distinto al de falta de servicio. En la especie, sostiene que existen obligaciones de medios y no de resultados, cuestión que si bien recoge el fallo, lo cierto es que condena por el resultado, soslayando que su parte brindó al paciente todas las atenciones debidas, las que describe, las que son acordes con la lex artis.

Séptimo: Que la sentencia impugnada establece las siguientes circunstancias fácticas:

1) El día 26 de octubre de 2014 un médico del Servicio de Urgencias del Hospital Militar del Norte diagnostica a don Arturo Rojas Aranda con Neumonía Adquirida de la



Comunidad, con requerimiento de oxígeno, ordenando su traslado y derivación a Urgencia del Hospital Regional de Antofagasta y su manejo hospitalizado con oxígeno por falta de camas en Hospital Militar.

2) Que el día 27 de octubre de 2014, a las 6:15 horas don Arturo Rojas Aranda ingresa a la Unidad de Emergencia del Hospital Dr. Leonardo Guzmán, siendo categorizado en C3, y luego de la atención médica se le entrega diagnóstico presuntivo de Neumonía Adquirida de la Comunidad; Diabetes Mellitus Tipo II, no insulino requirente; Hipertensión arterial y obstrucción bronquial, ordenándose su hospitalización.

3) El mismo día, a las 20:00 hrs., a don Arturo Rojas Aranda se le diagnostica Sepsis Severa de foco pulmonar y Neumonía Adquirida de la Comunidad ATS III base derecha.

4) El 28 de octubre de 2014, en la mañana, el paciente fue atendido por el doctor Romel Santos quien indicó como plan Antibioticoterapia, Corticoides, Broncodilatadores y KNT respiratoria.

5) A las 12:00 hrs., la enfermera a cargo consignó, entre otras cosas, que el paciente se encontraba estable, saturando 98% y se alimentaba con ayuda de familiares.

6) El mismo día, cerca de las 18 hrs, se le suministró insulina cristalina por haber arrojado el control de HTG el



valor de 243, procedimiento llevado a cabo por una funcionaria cuya identidad se desconoce.

7) A las 22:00 hrs., el paciente es atendido por el Dr. Gino Sturione Kaid quien consigna que se encuentra en malas condiciones generales, que comenzó hace una hora con aumento de inicio súbito de la disnea, taquicardia y sudoración; actualmente con MAF, saturando 89%.

8) A las 23:00 hrs., Arturo Rojas Aranda cursa paro cardiorespiratorio, se inicia RCP avanzado; sin embargo, a pesar de las maniobras no se logra ritmo, constatándose su fallecimiento a las 23:20 hrs. El deceso se produce por insuficiencia respiratoria aguda, edema pulmonar agudo e infarto agudo del miocardio.

9) En el plan terapéutico ordenado por el médico Romel Santos -que fue la única atención médica antes de las 18:00 hrs.- no se observa la instrucción de suministro del medicamento inyectable insulina cristalina.

10) Arturo Rojas Aranda, además, de las enfermedades de diabetes mellitus II (tratada exclusivamente con metformina) e hipertensión arterial, fue diagnosticado con las siguientes enfermedades: en el año 2006, nefropatía diabética; en el año 2009 angina inestable y angor atípico; en el año 2010 infección del tracto urinario, rectorragia; en el año 2011 enfermedad renal crónica, dislipidemia, obstrucción infección tracto urinario.



Octavo: Que, sobre la base de tales antecedentes fácticos el fallo de primer grado, confirmado por la sentencia impugnada, acoge la acción estableciendo, en lo que importa al arbitrio en estudio, que existió falta de servicio toda vez que el suministro de la inyección de insulina cristalina al Sr. Rojas, ejecutada por una funcionaria del Hospital, se realizó sin la orden ni supervisión de un médico o enfermera y sin dejarse constancia en la ficha clínica de la marca del medicamento, como tampoco de la dosis aplicada, debiendo considerarse además que estaba consignado expresamente que la Diabetes Mellitus que padecía se trataba con la mitad de una pastilla Metformina, por lo que puede concluirse además, que se infringieron las normas establecidas en el Decreto 41 de 2012 que aprueba el reglamento sobre fichas clínicas, en sus artículos 2, 3 y 6

Agrega que en la ficha clínica solo se consigna la atención médica del paciente en horas de la mañana del 28 de octubre y que la atención siguiente se presta a las 22 horas, constatándose las malas condiciones de aquél.

Así, concluye que las circunstancias fácticas establecidas permiten concluir que los síntomas que presentó Arturo Rojas Aranda durante la tarde del día 28 de octubre de 2014, no fueron tenidos en consideración por el personal hospitalario, no apareciendo anotaciones en ficha



clínica efectuadas por algún médico, sino hasta que el paciente estaba en malas condiciones generales.

Añade que lo anterior, se torna aún más grave considerando que conforme a Dato de Atención de Urgencia don Arturo Rojas Aranda, ingresó presentando una serie de enfermedades base, esto es neumonía con requerimiento de oxígeno, hipertensión arterial, diabetes mellitus y obstrucción bronquial, diagnosticándosele posteriormente, Sepsis Severa de foco pulmonar y Neumonía Adquirida de la Comunidad ATS III base derecha, y además, según se consignó en ficha clínica, en Registro de Atención de Enfermería, requería asistencia permanente.

Refiere que la Guía Clínica de Diabetes Mellitus, ilustra sobre los pacientes diabéticos de muy alto riesgo, considerándose a aquellos que padecen de angina, dislipidemia familiar combinada, personas con diabetes y nefropatía diabética establecida, o diabetes y otra enfermedad renal.

Así, la circunstancia que la demandada tiene la categoría de autogestionado, es decir, cuenta con mayor complejidad técnica y desarrollo de especialidades, entre otros aspectos, resulta que las conductas referidas en los motivos anteriores son ajenas al comportamiento médico adecuado y a la esperable atención de salud que ha de brindar el Hospital demandado.



En tanto, la sentencia de segundo grado, reproduce el fallo en alzada sin modificaciones, sin embargo, descarta que la falta de servicio pueda establecerse a partir de los sucesos vinculados a la administración de insulina cristalina al paciente; sin embargo, concluye que diferente es la situación en relación al otro aspecto en que la demandante funda la falta de servicio, referida a la falta de la adecuada asistencia del paciente.

Al respecto cabe recordar como hecho de la causa, que el paciente, luego de quedar en sala de espera, categoría C3 (menos grave), horas después es ingresado al Hospital, manteniéndose el diagnóstico de neumonía aguda de la comunidad (NAC). Ergo, de acuerdo a los dichos de la doctora Schweitzer no contradichos por probanza alguna, la categoría de tal paciente al momento de su ingreso fue de ATSIIII, que quiere decir que requiere manejo hospitalizado, pero no en una unidad crítica.

Se advierte, acorde a los protocolos y estratificación de gravedad de este tipo de pacientes, que debió ser hospitalizado en la unidad de pacientes críticos, puesto que se trata de un paciente de alto riesgo, no sólo por el diagnóstico con el que ingresa, sino además por las diversas patologías de base debidamente constadas acorde incluso a la prueba rendida por la demandada, ya que sus propios testigos expresaron que en pacientes de este tipo,



en particular el señor Rojas Aranda, ingresó con una neumonía asociada a una insuficiencia respiratoria con requerimiento de oxígeno y con las patologías de base ya mencionadas, tienen una mortalidad superior al 60 o 70 por ciento, lo que era determinante en su adecuada categorización desde el punto de vista de su gravedad para ingresarlo a la unidad de pacientes críticos, protocolo que no se acató.

Abona lo anterior, que el mismo día de la hospitalización a las 20:00 horas, se le diagnosticó a don Arturo Rojas, Sepsis Severa de foco pulmonar y neumonía adquirida en la comunidad ATS III base derecha, correspondiendo al diagnóstico con el que ingresó al servicio hasta su hospitalización, iniciándose un plan terapéutico por el médico Romel Santos, acorde a dicho diagnóstico, tanto así que al mediodía del día siguiente se encontraba en buenas condiciones saturando un 98 por ciento. Tampoco se debe olvidar que a su ingreso se dispuso visualización permanente, lo que no consta de la documental allegada al proceso, ya que la única atención médica antes de la administración de insulina verificada a las 18:00 horas, que no fue por facultativo, y en todo caso antes de que se advirtiera su sintomatología, lo fue del mencionado doctor, y luego desde las 20:30 horas, una vez evidenciada



la sintomatología consistente en disnea, taquicardia y sudoración excesiva.

Noveno: Que, conviene comenzar el análisis del arbitrio pronunciándose respecto de la infracción de las normas reguladoras de la prueba que, como lo ha reconocido reiteradamente esta Corte, se entienden vulneradas, fundamentalmente, cuando los sentenciadores invierten el onus probandi, rechazan las pruebas que la ley admite, aceptan las que la ley rechaza, desconocen el valor probatorio de las que se produjeron en el proceso cuando la ley les asigna uno determinado de carácter obligatorio o alteran el orden de precedencia que la ley les diere. Asimismo, se ha resuelto que ellas constituyen normas básicas de juzgamiento, que contienen deberes, limitaciones o prohibiciones a que deben sujetarse los sentenciadores. Luego los jueces del fondo son soberanos para apreciar las probanzas, dentro del marco establecido por las normas pertinentes.

Décimo: Que, en este aspecto, la sola exposición del primer capítulo del arbitrio deja al descubierto su inviabilidad, toda vez que, más allá de la determinación respecto de si los artículos 384 y 426 del Código de Procedimiento Civil tienen la calidad de reguladoras de la prueba, lo relevante es que no se acusa la infracción de ninguno de los parámetros expuestos en el fundamento



precedente. Por el contrario, el análisis de la fundamentación deja al descubierto que aquello que se cuestiona por el recurrente es la valoración de la prueba documental y testimonial rendida, evidenciando una disconformidad con el proceso ponderativo llevado a cabo por el sentenciador. En este aspecto, cabe reiterar que, como lo ha señalado esta Corte, la actividad de ponderación de los medios de prueba se encuentra entregada exclusivamente a los jueces del grado, siendo aquella extraña a los fines de la casación en el fondo.

Undécimo: Que, sin perjuicio que lo expuesto, es suficiente para descartar la infracción de todas las normas a las que se les atribuye el carácter de reguladoras de la prueba, resulta imperioso consignar que, respecto de la infracción del artículo 384 del Código de Procedimiento Civil, de conformidad con lo expresado en el razonamiento noveno precedente, esta Corte Suprema ha sostenido invariablemente que ésta no es una norma reguladora de la prueba, por cuanto ella consagra reglas que no disponen parámetros fijos de apreciación que obliguen en uno u otro sentido a los jueces de la instancia, siendo éstos soberanos en la valoración de la prueba testimonial, proceso racional que no puede quedar sujeto al control de este recurso de derecho estricto. Lo mismo sucede con la conculcación de los artículos 426 del Código de



Procedimiento Civil, disposición que entrega facultades de ponderación exclusiva a los sentenciadores del grado en relación a la valoración comparativa de los medios de prueba, que no es susceptible de ser controladas a través del recurso de nulidad sustancial, pues su ejercicio implica un proceso interno y subjetivo que compete privativamente a los jueces de la instancia.

Duodécimo: Que, respecto del segundo capítulo de casación, se debe señalar que, al contrario de lo señalado en el arbitrio, el sentenciador expresamente aplica el estatuto normativo previsto en los artículo 38 y siguientes de la Ley N° 19.966, configurando la falta de servicio que sustenta la responsabilidad establecida a partir de lo señalado en el referido texto legal, según se extrae del considerando noveno del fallo de primer grado, confirmado por la sentencia impugnada, cuestión que permite descartar la infracción de los artículo 2314 y 2329 del Código Civil.

Asentado lo anterior, se debe consignar, en relación a la infracción del artículo 38 de la Ley N° 19.966, fundada en que a juicio del recurrente no se ha acreditado que el Hospital Regional de Antofagasta haya incurrido en falta de servicio en la atención brindada a Arturo Rojas Aranda (Q.E.P.D.), cabe recordar que esta Corte Suprema ha señalado reiteradamente que la falta de servicio se presenta como una deficiencia o mal funcionamiento del



servicio en relación a la conducta normal que se espera de él, estimándose que ello concurre cuando el servicio no funciona debiendo hacerlo y cuando funciona irregular o tardíamente, operando así como un factor de imputación que genera la consecuente responsabilidad indemnizatoria, conforme lo dispone expresamente el artículo 42 de la Ley N° 18.575. Pues bien, en materia sanitaria, el 3 de septiembre de 2004 se publica la Ley N° 19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud, cuerpo normativo que introduce en el artículo 38 la responsabilidad de los Órganos de la Administración en esta materia, la cual incorpora -al igual que la Ley N° 18.575- la falta de servicio como factor de imputación que genera la obligación de indemnizar a los particulares por los daños que éstos sufran a consecuencia de la actuación de los Servicios de Salud del Estado.

Décimo tercero: Que, asentado lo anterior, cabe señalar que la situación fáctica establecida en autos, admite tener por justificados una serie de hechos que, analizados en su conjunto, permiten tener por configurada la falta de servicio consagrada normativamente en el artículo 38 de la Ley N° 19.966, pues claramente el Servicio de Salud, a través de su red hospitalaria - Hospital Regional de Antofagasta (Hospital Dr. Leonardo



Guzmán)- no otorgó a su usuario, la atención de salud de manera eficiente y eficaz, por cuanto como se asentó en el fallo impugnado descuidó la vigilancia del paciente, sin que se le mantuviera con vigilancia como fue dispuesto en su orden de hospitalización, en atención a las patologías base que presentaba, que lo categorizaban como un paciente de alto riesgo.

Existe una falta de servicio evidente y directa, puesto que según se asentó en el fallo impugnado, el día del fallecimiento del actor -28 de octubre de 2014- éste recibió sólo una evaluación médica en horas de la mañana, realizándose la siguiente a las 22 horas, cuando el paciente estaba en muy mal estado. En efecto, la atención de las 12 hrs. corresponde a una evaluación de la enfermera y después solo se establece la inyección de insulina por una funcionaria no identificada, sin orden médica y sin que se lograra establecer la marca del medicamento. Luego de aquello, en una hora indeterminada, el paciente empeora, presentando síntomas de sudoración excesiva y disnea de esfuerzo al menos a las 20:30, hora en que se comunica personal de enfermería con el doctor de turno. Pues bien, más allá que la falta de servicio viene determinada por la falta de supervigilancia médica por largas horas, a pesar de tratarse de un paciente crítico, con patologías de base que requerían un cuidado intensivo, se puede evidenciar que la



atención brindada al paciente, durante todo el día 28 de octubre fue deficiente y negligente.

Conforme a lo expuesto, la falta de servicio en que ha incurrido el hospital es evidente, ninguna actividad esperable de una institución hospitalaria fue desplegada, de modo que al establecerla los sentenciadores no han incurrido en yerro jurídico alguno. En efecto, los antecedentes de hecho y de derecho demuestran que los sucesos a que se refiere la presente causa tienen la connotación necesaria para ser calificados como generadores de responsabilidad, puesto que se desarrollan en el contexto de la prestación de un servicio público, a través de agentes que se desempeñan en un hospital estatal, los que en ejercicio de sus funciones deben proveer las prestaciones médicas necesarias al paciente, de forma tal que se debe evitar exponerlos a riesgos innecesarios, sin escatimar esfuerzos para ello, sobre todo porque se cuenta con equipo técnico y profesional para llevar a cabo tal labor. Así, resulta exigible que se adopten todas las medidas necesarias para evitar que se produzcan resultados dañosos en la prestación del servicio de salud que se brinda a los usuarios del sistema.

Décimo cuarto: Que, de este modo, al estar establecida la falta de servicio en que incurrió la demandada, la base del recurso de nulidad ha perdido todo sustento, razón por



la que sólo cabe descartar la infracción del artículo 38 y 41 de la Ley N° 19.966.

Décimo quinto: Que, en consecuencia, el recurso de nulidad intentado no puede prosperar, por manifiesta falta de fundamentos.

Por estas consideraciones y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 781 y 782 del Código de Procedimiento Civil, **se declara inadmisibile** el recurso de casación en la forma y **se rechaza** el recurso de casación en el fondo, deducidos en lo principal y primer otrosí de la presentación de fojas 370 en contra de la sentencia de tres de septiembre de dos mil diecinueve, escrita a fojas 365.

Regístrese y devuélvase con sus agregados.

Redacción a cargo del Ministro (S) Sr. Muñoz Pardo.

Rol N° 27.548-2019.

Pronunciado por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (a) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. María Eugenia Sandoval G., y Sra. Ángela Vivanco M., y los Ministros Suplentes Sr. Juan Manuel Muñoz P. y Sr. Hernán González G. No firma, no obstante haber concurrido al acuerdo de la causa, el Ministro señor González por haber terminado su periodo de suplencia. Santiago, 14 de febrero de 2020.





Autoriza el Ministro de Fe de la Excma. Corte Suprema

En Santiago, a catorce de febrero de dos mil veinte, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.

