

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia
JUZGADO : 25° Juzgado Civil de Santiago
CAUSA ROL : C-36776-2018
CARATULADO : RIQUELME/[REDACTED]

Santiago, nueve de Junio de dos mil veinte

VISTOS:

En folio 1 del cuaderno principal, compareció doña LORENA ANGÉLICA RIQUELME JIMÉNEZ, cesante, domiciliado en calle Pablo Neruda N° 245, comuna de Lampa, quien interpuso en juicio ordinario de mayor cuantía, una **acción de indemnización de perjuicios por responsabilidad extracontractual y, en subsidio, por responsabilidad contractual**, en contra de la ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD, representada por don Santiago Venegas Díaz, o quien le subroque o supla en dicho cargo, en su calidad de propietaria del centro de salud privada denominado "Hospital del Trabajador", y, además, en contra de don [REDACTED] [REDACTED] médico traumatólogo, todos con domicilio en calle Ramón Carnicer N° 185, comuna de Providencia; en virtud de los antecedentes de hecho y de derecho que se reproducen a continuación:

En cuanto a la acción principal por responsabilidad extracontractual:

Sostuvo que el día 21 de abril del año 2015, se encontraba desempeñando sus labores habituales de inspectora del colegio Manuel José Irarrázaval, cuando repentinamente sufrió un accidente en el momento que se encontraba en el patio techado del colegio alistándose a bajar a otro patio, donde hay un desnivel de unos 20



Foja: 1

centímetros de alto aproximadamente, y al momento de bajar, se resbala sorpresivamente cayendo a ras de suelo, momento en el cual advirtió que se produjo una quebradura en la muñeca izquierda de su brazo, siendo trasladada rápidamente desde el colegio al consultorio de la Asociación Chilena de Seguridad, en adelante ACHS, ubicada en calle Agustinas, donde recibió las primeras atenciones.

Expuso que, una vez estabilizada, la trasladaron al Hospital del Trabajador ubicado en Av. Vicuña Mackenna N° 200, comuna de Providencia, para ser debidamente tratada por un especialista, donde ingresó a urgencias, siendo atendida por el médico tratante Sr. ~~Andrés~~ ~~XXXXXXXXXX~~, el cual al momento de tratarla era solo un médico becado, optando a la especialidad de traumatología, y dicho título fue otorgado en el mes de abril del 2017, dos años después de que trató a la demandante, médico que realizó el siguiente procedimiento:

- a.- Administración de dormonid 15 mg ev.
- b.- Instalación de una vía venosa periférica.
- c.- Administración de oxígeno por bigotera.
- d.- Reducción (fractura mediana).
- e.- Yeso sugar tone.
- f.- Administración de dm. Lanexate directo ev.
- g.- Reducción (fractura mediana).

Señaló que una vez realizado dicho proceso, la envían a su domicilio en el vehículo de transporte de pasajeros de la ACHS y se estableció un régimen normal de controles.

Expuso que el primer control fue realizado en el centro ubicado en Quilicura, calle 2 número 9346, Panamericana Norte. En dicho control, solamente se observó el estado del yeso, lo tocaron y posteriormente, la enviaron de vuelta a mi domicilio.



Foja: 1

Refirió que transcurridos algunos días, el día 25 de abril cerca de la medianoche, tuvo que concurrir a urgencias del Hospital en Vicuña Mackenna N° 200, debido a que ya no aguantaba el dolor y la presión del yeso sobre su brazo. En la ACHS sólo libraron un poco el yeso en la zona del dedo meñique y pulgar y nada más. Insistió en que la molestia seguía y que con lo realizado no sentía ningún resultado satisfactorio, respondiendo que era normal esta molestia de acuerdo a la lesión.

Expresó que el siguiente control, el día 27 de abril de 2015, fue realizado en el Hospital en Av. Vicuña Mackenna N° 200, a cargo del mismo médico Sr. ~~Miranda~~, quien revisó nuevamente el yeso y le indicó el tratamiento que debía continuar. Señaló que en dicho control le comentó al médico que el yeso le apretaba y me parecía que el brazo iba a estallar. El médico tratante le señaló que eso era normal producto de la lesión sufrida en el brazo, y nuevamente fue enviada a su domicilio.

Señaló que estuvo por 4 semanas con ese yeso, período tras el cual finalmente se lo cambiaron a un yeso más corto, ya que el anterior se prolongaba desde los dedos de la mano hasta más arriba del codo, yeso que se mantuvo por 4 semanas más.

Refirió que en el control del 18 de junio de 2015, le quitaron el Yeso y debió comenzar la rehabilitación mediante tratamiento kinesiológico, el cual se realizaba en el centro ubicado en Quilicura. Dicho tratamiento no producía grandes avances, por el contrario sentía que cada día el dolor iba en aumento. Esta situación se la comunicó oportunamente al kinesiólogo, Felipe Gómez, en una de las terapias de rehabilitación pero dicho profesional no hizo caso.

Transcurridos los días nuevamente le correspondía control con el Sr. ~~Miranda~~, a quien le manifestó lo mismo que al Kinesiólogo, esto es, que sentía dormido el dedo cordial y meñique, señalándole que tenía



Foja: 1

en general poca sensibilidad en la mano, pero su respuesta fue que ello era una situación normal debido al largo periodo con yeso.

Expuso que, después de reclamar en el recinto sanitario sobre el trato recibido por parte del kinesiólogo y el médico tratante, habló con la médico Jefe del Centro y le explicó la situación, pero la única solución que le dio fue el cambio de Kinesiólogo, trasladándola al centro ubicado en Cerro Colorado N° 5413, comuna de Las Condes, donde fue atendida por doña Carolina Acevedo.

Refirió que desde un principio tuvo como médico tratante al Sr. ~~Miralles~~, sin embargo posteriormente se trasladó a otro hospital y de ahí en adelante comenzó a ser tratada por distintos médicos. Indicó que en todos los controles, la atendía un médico diferente, incluso en alguna oportunidad fue atendida por un médico especialista en rodilla en circunstancias que mi lesión era en la muñeca, al indicarle esto, me dijo que él no podía hacer nada, que me repite la receta pero debe acudir a mi médico especialista. Esto significaba que cada médico opinara algo distinto ya que cada cual, de manera particular, tenía su propio punto de vista respecto del accidente que sufrió. Alguno indicó que eran necesarios más estudios para determinar la gravedad de la lesión, otros indicaban que la lesión debía haber evolucionado y que sólo podía explicarse desde “su negación a querer mejorar”, es decir, que los dolores, la falta de movimiento, de sensibilidad, era una invención de su parte.

Alegó que de este esquema fue atendida por el médico don Carlos Guerra, quien al revisar su ficha le señala, que la lesión que tenía en su brazo se produjo debido a que el yeso que le pusieron en un principio quedó demasiado apretado, y su diagnóstico fue “que quizás había un atrapamiento cubital”, y sólo se puede revertir mediante una operación. El citado médico, hizo tal comentario en base a la ecografía realizada en su mano y codo. Fijó un control para el día 10 de noviembre de 2015, a fin de reevaluar la situación de su lesión



C-36776-2018

Foja: 1

enviándola a Salud Ocupacional con una orden para Ortesis, con la receta y el transporte para el próximo control, debiendo seguir con Kinesiología.

Señaló que siguió las indicaciones tal y como le señaló el Sr. Guerra, obtuvo su calendario kinesiológico y solicitó una hora para salud Ocupacional donde le harían la Ortesis.

Indicó que siguió el tratamiento a cabalidad, pero en el mes de octubre de 2015 tuvo una caída en su domicilio donde se resbaló torciéndose el pie, e instintivamente, al caer trató de afirmarse con la mano izquierda afectada pero ésta no le respondió ya que como secuela ha quedado sin fuerzas y con dolor permanente en su brazo a la altura del codo. Refirió que al no poder afirmarse cayó violentamente al piso, fracturándose el pie derecho, el quinto metacarpiano y algunas costillas.

Señaló que acudió inmediatamente a un médico traumatólogo de Integramédica ubicado en la comuna de San Miguel, quien le pone yeso en el pie derecho ordenándole reposo absoluto por tres semanas y recetándole medicamentos para el dolor.

Manifestó que, seguidamente, le comunico sobre el tratamiento que llevaba en la ACHS ante lo cual le señala que no podrá asistir al Kinesiólogo durante las tres semanas de reposo, pero que después de terminado éste, podía volver a retomar el tratamiento. Indicó que posteriormente, se puso en contacto con la Kinesióloga del centro de Las Condes enviándole un correo electrónico y señalándole lo ocurrido acompañando el certificado médico que acreditaba las tres semanas de reposo.

Alegó que llegado el día 10 de noviembre de 2015, se efectúa el control al cual asistió con bota ortopédica, y fue atendida por el Sr. Guerra a quien le explicó lo sucedido y sin escucharla le señala "que ya no estiráramos más el chicle" ante lo cual simplemente le dio el alta,



Foja: 1

molesto por no haber asistido a los ejercicios kinesiológicos, así que le dio de alta y la mandó a hacer nuevamente los exámenes, y dijo que le daría el alta, porque asume que los resultados saldrían bien. A pesar de que reclamó e insistentemente señalando que no firmaría el alta, el Sr. Guerra igualmente le dio el alta recetándole Pregabalina, con indicación de uso de Ortesis, una orden de tomar la electromiografía e indicándole como fecha de próximo control el día 15 de febrero de 2016. Le señala además, que el examen pendiente “iba a salir bien”, dándole a entender que los dolores que ella sentía en su brazo y muñeca eran producto de un invento e imaginación de su parte.

Indicó que le agendaron la hora del control para el día 15 de febrero de 2016 y del examen para el día 24 de noviembre de 2015.

Sostuvo que, llegado el día 24 de noviembre de 2015, se realizó el examen programado y éste salió alterado. Refirió que el médico Alonso Mujica Beltersen, que realizó el examen le señala que en ese mismo momento elevaría su ficha con el resultado para ser vista por el médico tratante.

Indicó que la enviaron al cuarto piso del mismo Hospital en Vicuña Mackenna 200, en ese lugar me atendió un médico quien vio el resultado del examen y al igual que el médico que tomó el examen, le señala que se encuentra alterado, pero que lamentablemente él no podía hacer nada, ya que no podía pasar por alto las indicaciones dadas por el especialista tratante, por tanto sólo se limitó a aumentar la dosis de Pregabalina y agregó Paracetamol.

Expuso que posteriormente, en el control de fecha 16 febrero de 2016, en el cual fue atendida por la médico doña Pamela Vergara, traumatóloga, cuya especialidad es extremidad superior, le señala que desde ese momento será su médico de cabecera, interiorizándose de su caso, leyendo su ficha, y llegando a la conclusión de que mis síntomas estaban relacionados con la postura del yeso, le dio el resultado de la electromiografía de noviembre del 2015, en donde se



C-36776-2018

Foja: 1

confirmó que para la dolencia del codo, diagnóstico de “atrapamiento cubital, lesión producida por el Yeso muy apretado”, y que la única alternativa era la intervención quirúrgica, quedando de acuerdo que esta se llevara a efecto en agosto del 2016.

Indicó que al control siguiente, el cual se produjo en el mes de mayo de 2016, doña Pamela Vergara decidió poner fin a la terapia física, teniendo como fundamento los informes de kinesiología que daban cuenta que no había avances.

Afirmó que el día 17 de agosto de 2016, fue ingresada a pabellón, se realizó una liberación y trasposición de cubitar donde fui operada por la médica Sra. Vergara, y asistida por el médico don Javier Pérez, quien según su opinión la operación fue todo un éxito. Indicó que en la tarde le dieron el alta al tratarse de una operación ambulatoria.

Expuso que inmediatamente después de la operación comenzó con molestias, como si tuviera el brazo quemado, y la doctora Vergara le señaló que era algo normal, y que la anestesia dejaría de surtir efectos a los días siguientes, hecho que no sucedió, ya que aún siento el brazo igual. Luego de lo anterior, fue ingresada a terapia física, con el kinesiólogo Patricio Avendaño, en el centro ubicado en Quilicura.

Refirió que al control siguiente, doña Pamela Vergara leyó el informe del kinesiólogo, señalándole que no había avances, por lo cual la ingresa a terapia ocupacional, agregándola a la terapia física. Dicha terapia se llevaría a efecto ahora en el hospital del trabajador y no en Quilicura. Comenzó a ir al hospital y en él le señalan que no había avances, lo mismo sucedía con terapia ocupacional, donde no podía realizar las actividades que le daban como terapia. Todo se debía a que aún sentía el brazo anesthesiando, lo que significaba no poder apoyar nada en el codo. Señala que comentándole a la médico desde ese día, que se encontraba con molestias en el hombro, enviándole al especialista en el área de hombro, agendándole una hora, pero en



Foja: 1

dicho control, la atendió un médico becado, el cual consultaba todo a otro médico ubicado en la oficina de al lado. Luego de esto, le informa que está de alta en Kinesiología, lo cual significó que fuera atendida por un médico particular, el cual arrojó una "SINDROME DE PEÑISCAMIENTO DE HOMBRO IZQUIERDO PROBABLE ROTURA DE ESPESOR PARCIAL DEL TENDON SUPRAESPINOZO IZQUIERDO", contrastando con el diagnóstico en la ACHS en el cual le dicen que es solo una BURSITIS DE HOMBRO IZQUIERDO, es decir, solo una inflamación del hombro.

Expuso que en el control realizado en noviembre del 2016, doña Pamela Vergara le señala que pedirá un test de das (sic) y así enviarla a una reunión clínica que lograra dilucidar si debía ir a COMPIN o a la CCII, señalando que el test es para decidir el porcentaje de incapacidad que tenía, y realizado, le dice que tenía un 41 % de capacidad, teniendo un 59% de discapacidad, mencionado en la ficha clínica por doña Pamela Vergara.

Indicó que el día 7 de febrero del 2017 fue presentada en reunión clínica donde le realizaron pruebas físicas, las cuales no logró realizar de manera satisfactoria, toda vez que no cumplió con los ejercicios que le pedían, como estirar los brazos, pasar el brazo detrás de la cabeza, etc.

Refirió que el día 13 de febrero del 2017 le dieron el alta quedando en lista de espera para el COMPIN, donde debía hacerse presente en agosto del 2017.

Afirmó que para su pesar, el 28 de febrero del 2017, le señalan que ya no podrá continuar en su trabajo, por vencimiento del contrato a plazo fijo, argumentándole de que no se pudo renovar por sus licencias médicas y por tomar muchos documentos, ya que la directora del establecimiento le dijo que ya no estaría con sus 5 sentidos. Estuvo 400 días con licencia, comenzando esta situación el 21 de abril del 2015 hasta noviembre del 2015 y después del 1 de agosto del



Foja: 1

2016 hasta el 3 de febrero del 2017. Perjudicando esto económicamente a su familia.

Alegó que el 30 de agosto de 2017 fue evaluada por la COMPIN, donde le indicaron una discapacidad del 15%, pero no conforme con esto, apeló a la COMERE, en donde la evaluaron con fecha 12 de diciembre del 2017 y la incapacidad ascendió a un 20%, y se le explicó que solo se me daba ese porcentaje por tener la extremidad.

En cuanto al derecho, citó el estatuto de la responsabilidad extracontractual del Código Civil, enumerando y analizando en abstracto sus requisitos de procedencia.

En este contexto, alegó que la responsabilidad del hospital del trabajador es de aquella llamada refleja o directa, toda vez que debe responder por el hecho de sus dependientes, en conformidad con los artículos 2320 y 2322 del Código Civil.

Argumentó que el actuar de la demandada no fue con dolo sino que la culpa, por cuanto actuó negligentemente a través de sus agentes, toda vez que, aun cuando para ellos era previsible un resultado dañoso, el mismo no fue evitado y sus omisiones fueron determinantes en el resultado dañoso.

Por otro lado, sostuvo que los daños materiales y morales cobrados, son producto directo e inmediato de las acciones y omisiones ejecutadas por los demandados, por cuanto la claudicación de la paciente doña Lorena Riquelme, se debe a los actos positivos y omisiones de los demandados, toda vez que no cumplieron con su rol de garante de la vida de sus pacientes, en particular el médico ~~ANDRÉS ESTEBAN MIRALLES VÁSQUEZ, traumatólogo~~, que al momento de atenderla no tenía la especialidad de Traumatología, ya que dicha especialidad recién la obtuvo el año 2017, información obtenida en la Superintendencia de Saludos.



Foja: 1

Por su parte, expuso que es imposible adjudicar la responsabilidad a la paciente en el fatal resultado de la intervención quirúrgica, esto es una NEUROLOSI Y TRANSPOSICION CUBITAL DEL CODO IZQUIERDO, BURSITIS DE HOMBRO, toda vez que se sometió a todas las terapias especializadas ordenadas y nunca dejó de obedecer las indicaciones de los galenos y kinesiólogos, teniendo la convicción de que la NEUROLOSI Y TRANSPOSICION CUBITAL DEL CODO IZQUIERDO, BURSITIS DE HOMBRO, de doña Lorena Riquelme, se debe al actuar negligente del médico ~~ANDRÉS F. [REDACTED]~~, por todos los motivos señalados.

En cuanto al daño cobrado, alegó que como consecuencia del actuar culposo del demandado y sus agentes, la paciente y su grupo familiar han sufrido aflicciones inimaginables, como la separación de hecho de su matrimonio, es decir el abandono del marido del hogar común, agregando que la negligencia ha repercutido de modo radical en la vida económica y emocional de la paciente doña Lorena Riquelme, tanto en el matrimonio, como en la vida de sus hijos.

Sostuvo que el perjuicio se configura por:

a) Daño emergente, que avaluó en la suma de \$5.000.000, que equivale a dejar de trabajar, y tener que optar por quedarse en su casa, dejando de ser un aporte económico para su familia.

b) Daño moral, que avaluó en la suma de \$300.000.000 (trescientos millones de pesos), que equivale al sufrimiento psicológico, perturbaciones del ánimo, vergüenza, dolor, la aflicción que le ha causado a su parte la negligencia, provocando una NEUROLOSI Y TRANSPOSICION CUBITAL DEL CODO IZQUIERDO, BURSITIS DE HOMBRO, lesión que es de por vida, y que solo tiene dicha extremidad por un aspecto estético, perdiendo toda funcionalidad en el brazo izquierdo, y sufriendo dolor constante, día y noche sin cesar.



Foja: 1

Petitorio de la acción principal por responsabilidad extracontractual: Solicitó condenar a los demandados, solidariamente, al pago de las siguientes sumas: a) por daño emergente, la suma de \$5.000.000; y b) por daño moral, la suma de \$300.000.000; según los fundamentos expuestos en la demanda y reproducidos con antelación; lo cual hace la suma única y total de \$305.000.000, más reajustes e intereses, o lo que el Tribunal estime en justicia y derecho, por la responsabilidad que civilmente les corresponde a consecuencia del obrar negligente de los demandados.

En cuanto a la acción subsidiaria, por responsabilidad contractual:

En lo tocante a los hechos, señaló que son los mismos que fundan la acción principal.

En cuanto al derecho, sostuvo que entre un paciente, y una clínica y/o hospital se celebra un contrato denominado “de hospitalización o asistencia sanitaria” que genera para el prestador de servicios sanitarios la obligación de otorgar una serie de (sic) que van desde la hostelería y atención sanitaria auxiliar hasta una atención sanitaria íntegra y completa.

Refirió que este contrato por regla general será consensual, sobre todo en las atenciones de urgencias, por lo mismo, la responsabilidad de las clínicas y hospitales se puede clasificar en principio contractual.

Alegó que, atendida la falta de especificidad de las obligaciones que puede contener la institución sanitaria y el marco en que se actúa, este contrato queda sometido a las reglas de los deberes generales del cuidado de quienes actúan en el ámbito de intereses y riesgos de terceros, reglas impuestas por el derecho, según doctrina que citó, agregando que esta última característica es la que forma irrelevante la



Foja: 1

clasificación de la naturaleza de la responsabilidad de estos centros médicos.

Afirmó que desde el momento en que doña Lorena Angélica Riquelme Jiménez, entró al hospital y recibió atención médica, nació entre ellos, una relación contractual, donde tras el pago de una suma dineraria, el hospital se obligó a prestarles servicios de carácter médico asistenciales para el padecimiento de doña Lorena Riquelme Jiménez.

Señaló que la obligación contraída por el Hospital del Trabajador es de medios, es decir, se caracteriza por el deber de emplear la debida diligencia para la obtención de un resultado deseado por el paciente, por lo mismo, si bien dicho establecimiento no se obliga a curar a la paciente, sí se obliga a ser garante de la conducta de sus dependientes y emplear la diligencia que una persona razonable y prudente utilizaría (un médico competente) en la prestación de sus servicios. Indicó que este deber de conducta fue el que el hospital incumplió, pues a su servicio mantenía una serie de médicos y auxiliares sanitarios, que no actuaron conforme al Lex Artis.

Alegó que, sea que estime que hay responsabilidad del estatuto extracontractual o contractual, será solidaria, en tanto sus profesionales dependientes contribuyeron con su negligencia a la NEUROLOSIS Y TRANSPOSICION CUBITAL DEL CODO IZQUIERDO, BURSITIS DE HOMBRO, lesión que es de por vida, de doña Lorena Angélica Riquelme Jiménez.

Petitorio de la acción subsidiaria, por responsabilidad contractual: solicitó que se condene a los demandados, solidariamente, al pago de las siguientes sumas: a) por daño emergente, la suma de \$5.000.000, que equivale a dejar de trabajar, y tener que optar por quedarse en su casa, dejando de ser un aporte para su familia; y b) por daño moral, la suma de \$300.000.000, que equivale al sufrimiento psicológico, perturbaciones del ánimo,



Foja: 1

vergüenza, dolor, y la aflicción que le ha causado a la demandante, la negligencia de su contraparte.

En folios 5 y 6, consta el emplazamiento de la parte demandada.

En folio 16, el demandado **[REDACTED]** **contestó las dos acciones dirigidas en su contra**, solicitando el rechazo de ambas, con costas, en virtud de los fundamentos que se reproducen a continuación:

En cuanto a la contestación de la acción principal, por responsabilidad extracontractual:

En lo tocante a los **fundamentos de hecho**, sostuvo que con fecha 21 de abril del año 2015, le correspondió al Dr. **[REDACTED]**, evaluar por primera vez a Sra. Riquelme en las dependencias de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), se trataba de una paciente de 46 años que fue llevada para atención de urgencia luego de aproximadamente dos horas de haber sufrido una caída de nivel en su lugar de trabajo.

Refirió que el Dr. **[REDACTED]** efectuó una completa anamnesis y examen físico mediante los que pudo constatar que la paciente presentaba dolor y deformidad en muñeca izquierda, específicamente, dolor en extremidad distal del radio, deformidad en tenedor y bayoneta, sin neuropatías. En atención a que se apreciaba evidente fractura de muñeca izquierda, indicó la toma de radiografías para definir manejo. Mediante examen de imagen se constató fractura de extremidad distal del radio (EDR) del radio (EDR) de tipo A2 en clasificación de tipo A2 en clasificación de AO por lo que el médico explicó situación a la paciente y de AO por lo que el médico explicó situación a la paciente y necesidad de realizar reducción cerrada de la fractura, necesidad de realizar reducción cerrada de la fractura, procedimiento que se hizo bajo sedación y posterior procedimiento que se hizo bajo sedación y posterior inmovilización de la extremidad con yeso sin movilización de la extremidad.



Foja: 1

Alegó que la técnica utilizada para la reducción y colocación de de yeso en el caso de la demandante se encuentra se encuentra estandarizada (no varía entre pacientes) y es de uso habitual y es de uso habitual y rutinario. Se logra mediante la tracción de la extremidad más más maniobra para lograr realineación del hueso fracturado. Una vez que se logra se colocan materiales para protección de la piel y luego bandas de yeso desde el codo hasta el inicio de los dedos de la mano, comprimiendo suficientemente en el lugar de la fractura y en la cara dorsal inmediatamente distal y proximal a la fractura, todo ello para asegurar para asegurar la inmovilidad de la muñeca, quedando el yeso en el resto de la extremidad colocado de forma no compresiva, permitiendo incluso movilidad parcial del codo.

Indicó que una vez colocado el yeso se volvieron a tomar radiografías comprobando realineamiento exitoso de la fractura.

Refirió que la paciente fue dada de alta en buenas condiciones con indicación de reposo, medicamentos analgésicos y antiinflamatorios y control en una semana (27 de abril) para para evaluar la evolución con radiografía.

Expuso que el día 23 de abril siguiente la demandante acudió a evaluación por otro médico en atención primaria ambulatoria, constándose disminución de dolor. Se encontraba con edema y aumento de volumen leve en mano izquierda, con movilidad y perfusión conservada, sin parestesias y sin signos de síndrome compartimental. En atención a adecuada evolución se se mantuvo tratamiento médico indicado por el Dr. ██████████, mantener control indicado inicialmente para el día 27 de abril y control SOS.

Indicó que la demandante acudió nuevamente para evaluación médica el día 26 de abril siguiente, siendo evaluada por el traumatólogo Dr. Bergeret en el Hospital del Trabajador. En dicha ocasión se constató ausencia de síndrome compartimental y ausencia de compromiso desde el punto de vista neurovascular. Fue dada de



Foja: 1

alta manteniendo indicación de control que tenía al día siguiente y se educó sobre signos de alerta para nueva consulta de urgencia.

Expresó que al Dr. [REDACTED] le correspondió evaluar a la paciente nuevamente el día 27 de abril de acuerdo a programación de control inicial. En esa oportunidad la paciente no cursaba síntomas de tipo neurológico, compresivo ni asociados a la a la fractura, sino más bien con molestias habituales y propias de la fractura sufrida y de su inmovilización. La radiografía de control mostraba adecuada reducción, razón por la que se mantuvo el manejo inicial, quedando citada a control con nueva radiografía en una semana para evaluar reducción y cambio de yeso a uno más corto.

Alegó que a pesar de la indicación anterior la paciente no volvió a consultar sino hasta el día 18 de mayo con el Dr. [REDACTED], es decir, luego de tres semanas. En tal ocasión el Dr. [REDACTED] constató buena evolución, buena movilidad e indolora y sin signos clínicos de complicación neurológica. La radiografía mostró mantención de la buena reducción de la fractura, de modo que se indicó cambio a yeso antebraquiopalmar. Dicho cambio fue efectuado por técnico paramédico en sala de yesos del hospital.

Manifestó que la paciente fue citada a control en tres semanas para evaluar consolidación y posible retiro definitivo de yeso.

Alegó que esa fue la última vez que al Dr. [REDACTED] le correspondió evaluar a la paciente, y en adelante las atenciones dadas a la demandante fueron prestadas por otros profesionales.

Indicó que, en ese contexto la Sra. Riquelme evolucionó con dolor difuso de la extremidad planteándose como un cuadro inicial de Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC), por la que continuó con controles seriados para evaluar evolución.

Señaló que en septiembre de 2015 fue evaluada por el Dr. Carlos Guerra quien confirmó SDRC. Al examen físico destacó



Foja: 1

extremidad en buenas condiciones. Además la demandante le refirió dolor a la palpación de nervio ulnar, razón por la que planteó como hipótesis neuritis ulnar y Síndrome de túnel carpiano post fractura. Indicó uso de órtesis, medicamentos, reposo y control en un mes.

Alegó que la demandante fue evaluada nuevamente por el Dr. Guerra en noviembre de 2015, ocasión en la que impresionó SDRC resuelto, sin embargo mantenía neuritis ulnar. El médico concluyó que la paciente tenía un gran componente afectivo, que no tenía indicación de reposo y que debía retornar al trabajo, todo lo cual fue explicado a la demandante. Fue dada de alta con indicación de control en tres meses.

Refirió que en diciembre de ese año la Sra. Riquelme volvió a consulta en el polo de traumatología da de la ACHS. En atención a la persistencia de la neuropatía cubital se realizó electromiografía que objetivó neuropatía cubital de intensidad leve a moderada a nivel del codo izquierdo. Con esos antecedentes el médico le indicó infiltración de codo, procedimiento que fue rechazado por la paciente.

Expresó que en febrero del año 2016 la paciente volvió a requerir atención a causa de persistencia de molestias. Fue evaluada por la Dra. Vergara. Al examen físico se constató muñeca sin sin aumento de volumen, dedos bien, sin atrofia, parestesias en parestesias en territorio cubital y codo con mínima rigidez por el uso de órtesis indicada para el atrapamiento cubital. Se indicó estudio para manejo de tendinopatía y se le explicó que el cuadro no requería reposo laboral, siendo citada a control en un mes con exámenes.

Refirió que en adelante continuó controles en los que se apreció mantención de cuadro del nervio cubital, decidiéndose en mayo de 2016 dado el tiempo de evolución que tenía, indicación quirúrgica, de modo que se solicitaron nuevos exámenes para objetivar origen del dolor antes de programación de intervención. En tal contexto se realizó estudio con resonancia que resonancia que describió rotura parcial por



Foja: 1

el aspecto proximal y cubital del fibrocartílago triangular. Dado ese resultado la Dra. Vergara le explicó que podía beneficiarse con una infiltración, procedimiento que fue rechazado por la a paciente nuevamente.

Expuso que la paciente quedó citada a control en agosto para evaluar cirugía. La Dra. Vergara destaca en ficha clínica que el dolor relatado por la paciente parece desproporcionado para sus lesiones. Igualmente se programó cirugía para el día 17 de agosto de 2016 realizándose neulolisis de nervio cubital con buenos resultados.

Expresó que en controles posteriores se confirma evolución atípica, con mantención de dolor y con mantención de dolor y molestias, siendo evaluada por distintos especialistas. Se presentó su caso en reunión clínica multidisciplinaria en la que se objetivó que no había elementos orgánicos que explicaran su evolución atípica y tórpidas sin correlato anatómico. De forma unánime se determinó que no había causa orgánica evidente que explicara su sintomatología de modo que no quedaban acciones médicas pendientes por realizar. Señaló que en este estado de cosas la paciente fue enviada a Comisión Central de Evaluación de Incapacidad (CCEI) en la que se determinó que tenía un porcentaje de incapacidad de 15%.

Señaló que, por otra parte, en control de 27 de junio de 2017 la Sra. Riquelme solicitó control con equipo de hombro a causa a causa de cuadro doloroso de hombro izquierdo que ella relacionaba al accidente sufrido el año 2015 pero que tuvo inicio recién un mes y medio antes de tal solicitud. En esa ocasión se evaluó resultado de ecografía tomada el día 23 de junio de de 2017 cuyo resultado fue hallazgos compatibles con leve bursitis subacromial subdeltoidea. El Traumatólogo de hombro, Dr. Alsúa, consideró que la patología de hombro no correspondía a evento asociado al accidente laboral, de modo que debía continuar atención de acuerdo a su previsión para definir diagnóstico y manejo.



Foja: 1

A continuación, **opuso una excepción de caso fortuito**, alegando que la circunstancia de presentar una lesión nerviosa tras la inmovilización de su extremidad con yeso, de haber ocurrido como lo plantea la demandante, constituye una complicación susceptible de ocurrir frente a la compresión que necesariamente debe producir el yeso, constituyendo un caso fortuito.

Refirió que la causa específica y concreta de la complicación aún se desconoce, característica que determina su naturaleza impredecible e imprevisible.

Expuso que, asimismo, una vez ocurrido, resulta imposible sustraerse a sus efectos. En efecto, la indicación de yeso es necesaria para el manejo de la lesión que sufrió la demandante y una vez que fue posible retirar este material de inmovilización se indicó su cambio por un yeso de menor tamaño que comprometiera lo menos posible la extremidad de la paciente.

Alegó que, de haberse producido la lesión del nervio cubital por la compresión producida por el yeso colocado, se trata de una situación que no es determinable de antemano, y se produce por motivos que se desconocen.

Refirió que, a su turno, la bursitis de hombro izquierdo que la demandante alega como consecuencia de la inmovilización prolongada del brazo, cuadro que recién apareció en los primeros meses del año 2017, es decir, dos años después de la atención que el Dr. [REDACTED] brindó a la demandante, tampoco puede imputarse al manejo médico efectuado por su parte.

Señaló que, a pesar de lo anterior, para el caso que se estableciera que su origen dice relación con la inmovilización de la extremidad, se trataría también de un caso fortuito cuya causa específica se desconoce, evento impredecible e imposible de resistir



Foja: 1

frente a un manejo médico correcto y necesario de la lesión primaria de la paciente.

Estimó que, al ser un caso fortuito, se interrumpe la causalidad entre el obrar de su parte y los daños alegados por la actora.

En subsidio, alegó la falta de concurrencia de los requisitos de la responsabilidad extracontractual. Al respecto, en cuanto a la negligencia, alegó que la mínima compresión de la valva de yeso colocada a la paciente no sólo era una necesidad terapéutica y un obrar conforme la *lex artis* de la medicina para dar adecuado tratamiento a su fractura, sino que además cualquier efecto negativo atribuible a la instalación y permanencia de ese material inmovilizador, obedece a una circunstancia ajena a la voluntad u obrar de su parte, un caso fortuito que excluye cualquier atisbo de un actuar negligente.

Indicó que la negligencia en materia de demandas por supuesta negligencia médica, se comprueba comparando el actuar del médico con la *lex artis* o buena práctica médica, y el Sr. [REDACTED] siempre actuó ajustado a ello.

Alegó que si bien es efectivo que el Dr. [REDACTED] se encontraba cursando la beca de especialidad al momento de atender a la demandante, es cierto también que contaba con toda la experticia necesaria para efectuar la atención médica que le brindó a la paciente. En efecto el Dr. [REDACTED] a la fecha era médico cirujano y el manejo médico que realizó para la fractura de la demandante se encontraba dentro de su experticia ya que no se trató de una alternativa terapéutica compleja sino de común ocurrencia, habitual y totalmente estandarizada, para la cual el Dr. [REDACTED] contaba con todos los conocimientos técnicos y experiencia que la complejidad del caso requería.

En cuanto a la relación de causalidad, sostuvo que la existencia del caso fortuito que ya planteó, impide el nacimiento de una relación



Foja: 1

de causalidad en la especie. Sin perjuicio de lo anterior, en el caso que nos ocupa la inexistencia de una relación de causalidad se determina por cuanto al aparecer su sintomatología dolorosa relativa al nervio cubital se indicó a la paciente en dos ocasiones manejo mediante infiltraciones que fueron rechazadas por ella y sosteniéndose de esa forma en el tiempo su cuadro se recomendó manejo quirúrgico que fue exitoso, presentando posteriormente una evolución atípica caracterizada por la falta de correlato orgánico para su cuadro doloroso. Indicó que así fue establecido por un equipo multidisciplinario.

Alegó que, por otra parte, respecto de la bursitis de hombro que debutó dos años después de que su parte atendiera a la demandante, es claro que no puede existir ningún vínculo causal entre la atención médica y esta patología en atención a que la conducta médica desplegada por el Dr. [REDACTED] no tuvo relación con el hombro, de modo que mal pudo éste haber causado alguna lesión en el mismo.

Estimó que, de esta forma, la sola ocurrencia de una lesión de nervio cubital que la demandante atribuye a la compresión del yeso, no significa responsabilidad alguna para su parte, al no existir un actuar culpable que imputar.

Como **otra defensa de fondo, alegó el rechazo de la solidaridad pretendida de contrario**, por no concurrir los requisitos que se exigen para su nacimiento, pues si la Asociación Chilena de Seguridad es demandada en su calidad de empleador su parte, entre los codemandados no hay solidaridad, toda vez que ella sólo se presenta si hay una coautoría en el hecho dañoso, lo que es ajeno a la hipótesis de responsabilidad por el hecho ajeno que se plantea en la demanda.

Petitorio de la contestación de la acción principal por el demandado Sr. [REDACTED], solicitó el rechazo de la acción, con costas.



Foja: 1

En cuanto a la contestación de la acción subsidiaria, por responsabilidad contractual, efectuada por el demandado Sr.

[REDACTED]

En primer lugar, solicitó tener por reproducidos los fundamentos fácticos o de hecho, expuestos en su contestación de la acción principal, y ya reproducidos con antelación.

A continuación, opuso una **excepción de improcedencia del régimen jurídico contractual**, alegando que de la sola lectura de su planteamiento resulta evidente su parte ni siquiera es parte del contrato alegado, de modo que no se entiende cómo él podría haber tenido obligaciones respecto de la paciente que fueran incumplidas causándole el daño que alega en el contexto del contrato invocado.

En subsidio, opuso una excepción de caso fortuito, fundada en los mismos términos que la excepción de caso fortuito opuesta al contestar la demanda principal, defensa cuyos fundamentos ya fueron reproducidos.

En subsidio, opuso una excepción por falta de concurrencia de los requisitos de la responsabilidad contractual, señalando que, como ya fue referido, el contrato no existe, y la demandada no señala cuáles eran las obligaciones contractuales contraídas y alude a un contrato de obligaciones “inespecíficas” que se somete a las reglas generales de cuidado y debe ser cumplido conforme a la lex artis de la medicina, agregando que el profesional demandado actuó conforme la práctica médica habitual para este tipo de casos, según ya refirió al contestar la acción principal –lo que fue ya reproducido-, haciendo un diagnóstico e indicaciones correctas, como también ejecutando correctamente el tratamiento médico indicado, dando indicación de alta correcta, y atendiendo correctamente a la paciente en las tres evaluaciones que le correspondió efectuar posteriormente, por lo que su conducta fue diligente.



Foja: 1

Agregó que la propia demandante reconoce que las obligaciones médicas son de medios y no de resultado, de modo que no se puede exigir la curación del paciente sino únicamente realizar su actividad profesional de forma técnica y científicamente diligente, cumpliendo el demandado Sr. [REDACTED] su obligación de medios, estimó, agregando que la bursitis no constituye ni siquiera una consecuencia indirecta de su conducta.

Desestimó también la existencia de una relación de causalidad en los mismos términos que al tratar de ello en la contestación de la acción principal, lo que ya fue reproducido, señalando que las secuelas que dice sufrir la demandante no se relacionan con el actuar del profesional, porque la neuropatía del nervio cubital es un caso fortuito y ajeno al obrar del Sr. [REDACTED], y además, la bursitis de hombro izquierdo debutó dos años después de que el médico atendió a la paciente y tiene su origen en una articulación que no fue objeto del manejo médico dado.

En cuanto a los daños alegados en la demanda, sostuvo que constituyen riesgos del acaecimiento de la complicación sufrida, siendo de cargo del paciente, siendo carga suya acreditar este elemento.

En cuanto a la pretendida solidaridad, alegó que no procede en materia contractual, puesto que debe concurrir un acuerdo de las partes en torno a la solidaridad.

Petitorio de la contestación de la acción subsidiaria efectuada por el demandado Sr. [REDACTED]: solicitó el rechazo de la misma, con costas.

En folio 17, la demandada **ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD** (en adelante, también **ACHS**) contestó las acciones principal y subsidiaria dirigidas en su contra, solicitando su total rechazo, con costas, o, en subsidio, la rebaja prudencial de la eventual



Foja: 1

indemnización, en virtud de los fundamentos que se reproducen a continuación:

En cuanto a la contestación de la acción principal:

En primer lugar, negó los fundamentos fácticos del libelo.

En segundo lugar, **efectuó una relación de los hechos** según su punto de vista, concluyendo que, con lo que indican la literatura y los registros de la ficha clínica de la paciente, es posible confirmar que el manejo ortopédico realizado al ingreso, para el diagnóstico de fractura de extremo distal del radio, fue adecuado y que el desarrollo del síndrome de dolor regional complejo que se presentó en su caso, se encuentra dentro las complicaciones del cuadro (se trata de un fenómeno complejo y multideterminado, que fue abordado y resuelto adecuadamente).

Estimó que el manejo técnico de la fractura de extremo distal del radio que presentó la paciente fue adecuado y dicha lesión se resolvió logrando una consolidación y funcionalidad apropiada en los plazos esperados y que las complicaciones que se evidenciaron en el transcurso del tratamiento realizado no son atribuibles a manejo inadecuado, el síndrome de dolor regional complejo (SDRC), es una complicación esperable, que en este caso fue oportunamente diagnosticada y manejada, logrando ser resuelta adecuadamente.

Alegó que, así las cosas, no es posible observar que se haya cometido por parte de la ACHS alguna conducta negligente respecto de las atenciones que correspondía brindar a la Sra. Riquelme, de la cual se pueda derivar algún tipo de responsabilidad, ya que han sido factores ajenos a mi defendida y propios de su lesión, los que hicieron que la lesión sufrida por la demandante evolucionara de manera desfavorable.

A continuación, **alegó la inexistencia de responsabilidad extracontractual de la ACHS**, argumentando que la demandante no



Foja: 1

explica cómo concurren en la especie los requisitos de procedencia de esta responsabilidad, los cuales enumeró en seguida, refiriendo que la atención médica dada a la paciente se ajustó a las normas de la lex artis médica y al cuadro médico presentado por ella, por lo que no existe daño o lesión alguna atribuible al actuar de la ACHS, de modo que tampoco hay nexo causal entre las atenciones y la complicación presentada por la demandada.

Expuso que tampoco puede considerarse a la ACHS responsable por el comportamiento de los profesionales, toda vez que materialmente no puede controlarlos. En efecto, cada uno de ellos se desenvuelve en el marco de la esfera que les otorgan sus funciones, determinadas por su grado profesional y funcional, y sus aptitudes y competencias están dadas por la obtención de un título profesional que los reconoce y habilita para ejercer en el ámbito de la atención en salud.

Refirió que, simplemente, como en el ejercicio de toda ciencia o arte, para la cual están ebidamente certificadas por los respectivos títulos profesionales y correspondientes años de práctica y después de experiencia profesional, ejecutarán sus funciones dentro de su ámbito, realizando los procedimientos del caso, siendo evidente que la ACHS no mantiene una relación de supervigilancia que cree una subordinación técnica de los profesionales de la salud en su actuar con los pacientes.

Alegó que tampoco hay responsabilidad por el hecho propio, por cuanto las atenciones realizadas a través de su personal médico fueron óptimas, cumpliendo ambos todas sus obligaciones en el diagnóstico y manejo de la lesión de la demandante, y, si bien la actuación del personal médico es autónoma, sin encontrarse sujeto a directrices técnicas de la ACHS, dichos profesionales actuaron conforme a la lex artis médica.

En subsidio, alegó que se acojan parcialmente las defensas anteriores para **una rebaja proporcional de la indemnización.**



Foja: 1

En cuanto a los perjuicios cobrados, negó haber tenido responsabilidad en los mismos, debiendo la actora acreditar los daños cobrados, alegando que el daño emergente está mal planteado, pues el dinero por dejar de trabajar corresponde a un lucro cesante, que no ha sido demandado, negando además la procedencia del daño moral, por cuanto no puede constituir un enriquecimiento y debe ser probado.

Por otro lado, **alegó la inexistencia de solidaridad pasiva**, por cuanto su parte niega la comisión de un cuasidelito civil.

En cuanto a las costas, solicitó que se le exima de su pago en virtud de sus argumentos para ser absuelta, o, en subsidio, porque se acogerán parcialmente sus defensas, o bien, por tener motivo plausible para litigar.

Petitorio de la contestación de la acción principal por responsabilidad extracontractual, efectuada por la demandada ACHS: solicitó el rechazo de la misma, con costas, o, en subsidio, una rebaja prudencial del monto de la eventual indemnización.

En cuanto a la contestación de la acción subsidiaria, por responsabilidad contractual, efectuada por la demandada ACHS:

En primer lugar, **opuso una excepción de falta de legitimación activa**, señalando que en la especie no ha existido un contrato de prestación de servicios médicos con la Sra. Lorena Riquelme, ya que ha operado el seguro de accidentes de trabajo regulado en la ley 16.744 producto de lo cual, necesariamente, la demandan debe ser analizada bajo las normas de la responsabilidad extracontractual, estimó, por lo cual la actora carece de legitimación en sede contractual.

En subsidio, alegó la inadmisibilidad del régimen de responsabilidad contractual, argumentando que, en caso de estimarse que la actora tiene legitimación en sede contractual, sostuvo que la acción subsidiaria es improcedente pues lo que



Foja: 1

verdaderamente se le está imputando a su parte es “culpa por hecho ajeno”, por la supuesta actuación negligente de los dependientes que participaron en la atención de doña Lorena Riquelme, encuadrándose derechamente, en lo que la doctrina ha llamado responsabilidad in eligendo e vigilando, correspondiendo la aplicación de la normativa civil extracontractual, conforme a lo dispuesto por el artículo 2320 del Código Civil.

A continuación, **alegó la inexistencia de “responsabilidad indemnizatoria” de la ACHS**, alegando que las obligaciones derivadas del supuesto contrato de prestación de servicios médicos son, precisamente, obligaciones de medios y, en ese sentido, se circunscriben a poner al servicio del paciente los medios de que se dispone para conseguir un resultado determinado, en este caso, que el paciente mejore, pero no a que este resultado se logre, siendo por tanto carga del acreedor probar la culpa del deudor, es decir que el deudor no tomó las precauciones ni empleó la diligencia a que el contrato lo obligaba.

Estimó que sostener lo contrario es prácticamente imposible en la Ciencia Médica, por cuanto su parte estuvo sólo en condiciones de emplear toda la ciencia, arte, conocimiento y experiencia de sus dependientes en la atención médica de la paciente, de acuerdo a la *lex artis* de la medicina.

Alegó que, al no haber incumplimiento alguno en las obligaciones asumidas por su parte, jurídicamente no hay perjuicios que puedan ser alegados a ACHS, por cuanto el argumento planteado corresponde a la apreciación subjetiva y personal que hace la contraria, elemento al que su parte nunca pudo obligarse a satisfacer.

Concluyó que, así, la aseveración de la falta de responsabilidad indemnizatoria encuentra su fundamento en la ausencia de los requisitos necesarios para establecerla, enumerando a continuación, señalando que no existe en la especie un daño o lesión alguna



Foja: 1

atribuible al actuar de la ACHS y sus dependientes, quienes pusieron a disposición de la paciente todos los medios a su alcance en lograr un diagnóstico determinado, no existiendo nexo de causalidad entre los supuestos daños y la esfera del obrar de la ACHS y sus dependientes.

En cuanto a los daños cobrados, rechazó su procedencia, debiendo ser un daño directo, cierto y probado, y, en caso que se estime que debe ser indemnizado, el daño deberá ponderarse en su justa y prudente medida, sin que ello importe un enriquecimiento injustificado del actor, reiterando los argumentos ya dados al tratar de los daños en la contestación de la acción principal, lo que ya fue reseñado, en el sentido que el daño emergente está mal pedido, debiendo ser un lucro cesante, que no se ha demandado, y, en cuanto al daño moral, que debe ser acreditado fehacientemente, no pudiendo traspasar su fin estrictamente resarcitorio, en la medida del daño, solicitando en definitiva regular prudencialmente la indemnización, según el mérito de autos y la jurisprudencia.

Petitorio de la contestación de la acción subsidiaria por responsabilidad contractual, efectuada por la demandada ACHS: solicitó el rechazo de la misma, con costas, o, en subsidio, una rebaja prudencial del monto de la eventual indemnización.

En folio 19 la demandante evacuó la réplica, sin agregar nuevas alegaciones.

En folios 21 y 22, ambas demandadas evacuaron su respectiva réplica, sin agregar nuevas defensas.

En folio 32, se celebró el comparendo de conciliación, con la asistencia de los apoderados de todas sus partes, quienes, previo llamado de rigor, no arribaron a conciliación.

En folio 35 se dictó la interlocutoria de prueba, debidamente notificada a las partes, contra la cual: en folio 41 la demandada ACHS



Foja: 1

interpuso recursos de reposición y apelación subsidiaria, y en folio 42 el demandado Sr. [REDACTED] interpuso análogos recursos, resueltos en folio 49, en el sentido de acoger parcialmente las reposiciones de ambos demandados, modificando la interlocutoria de prueba en el sentido allí indicado, y en folios 50 y 51, en los cuales se concedieron, en el resto de lo impugnado, las respectivas apelaciones, elevadas en folios 57 y 58, las cuales se encuentran en tramitación, según se advierte del examen del sitio web de consulta de causas del Poder Judicial.

En folio 143, se citó a las partes a oír sentencia.

CONSIDERANDO:

PRIMERO: Que doña LORENA ANGÉLICA RIQUELME JIMÉNEZ interpuso en juicio ordinario de mayor cuantía, una **acción de indemnización de perjuicios por responsabilidad extracontractual y, en subsidio, por responsabilidad contractual**, en contra de la ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD y de don [REDACTED], y en virtud de los antecedentes de hecho y de derecho que se reproducen en la parte expositiva, solicitó lo siguiente:

En cuanto a la acción principal por responsabilidad extracontractual: solicitó condenar a los demandados, solidariamente, al pago de las siguientes sumas: a) por daño emergente, la suma de \$5.000.000; y b) por daño moral, la suma de \$300.000.000; lo cual hace la suma única y total de \$305.000.000, más reajustes e intereses, o lo que el Tribunal estime en justicia y derecho, por la responsabilidad que civilmente les corresponde a consecuencia del obrar negligente de los demandados.

En cuanto a la acción subsidiaria por responsabilidad contractual: solicitó que se condene a los demandados, solidariamente, al pago de las siguientes sumas: a) por daño



Foja: 1

emergente, la suma de \$5.000.000; y b) por daño moral, la suma de \$300.000.000.

SEGUNDO: Que el demandado Sr. [REDACTED] contestó las acciones ambas en su contra y, en virtud de los fundamentos reproducidos en la parte expositiva, solicitó el rechazo de ambas, con costas.

TERCERO: Que la demandada ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD también contestó ambas acciones dirigidas en su contra, y, en virtud de los fundamentos reproducidos en la parte expositiva, solicitó el rechazo de ambas, con costas, o, la fijación prudencial del monto de la eventual indemnización.

CUARTO: Que, del análisis de los escritos que componen la etapa de discusión, se advierte que son hechos pacíficos o no controvertidos:

1) Que la demandante sufrió un accidente de carácter laboral, que comprometió la salud de su brazo izquierdo, y su empleador, para efectos de las prestaciones médicas de rigor, tenía un convenio con la ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD, demandada en estos autos.

2) Que el demandado Sr. [REDACTED] forma parte del personal médico de la ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD y atendió, en dependencias del Hospital del Trabajador –perteneciente a esta última-, a la demandante con motivo del accidente en mención.

QUINTO: Que del examen del proceso se advierte que la controversia de hecho ventilada en juicio, radica en determinar el detalle pormenorizado de las atenciones prestadas por las demandadas a la demandante, con ocasión del accidente sufrido por esta última el día 21 de abril de 2015; la efectividad de haber sido imprevisibles o inimputables a las demandadas, las complicaciones sufridas por la paciente, durante el tratamiento recibido respecto a sus



Foja: 1

lesiones; la concurrencia de los requisitos de la responsabilidad extracontractual, esto es, una acción u omisión culpable o dolosa de las demandadas, capacidad de estas, existencia de daños y relación de causalidad entre el daño alegado y la acción u omisión de las demandadas; en cuanto a la demanda subsidiaria, la existencia de un contrato de prestación de servicios entre la demandante y los demandados; en la afirmativa, las cláusulas, condiciones y estipulaciones; los hechos o circunstancias que darían cuenta del eventual incumplimiento de los demandados al contrato de que se trata; la efectividad de concurrir en la especie los elementos de la solidaridad entre las demandadas, esto es, coautoría de un eventual hecho dañoso o culposo; y la existencia de daños atribuidos a la eventual acción u omisión de las demandadas, como también la naturaleza, entidad y monto de los perjuicios alegados.

SEXTO: Que la demandante, a fin de comprobar sus dichos, aportó al proceso las siguientes pruebas:

I.- INSTRUMENTAL:

1. Evolución de notas médicas, y atención de urgencia de fecha 21 de abril al 28 de abril del 2015 emitido por la ACHS.
2. Informe médico emitido por la ACHS de fecha 27 de julio del 2017 para fines particulares.
3. Informe psicológico emitido por la psicóloga doña YESENIA TOLEDO, de su paciente doña LORENA RIQUELME, de fecha 13 de noviembre del 2018.
4. Mediación frustrada de fecha 08 de junio del 2016.
5. Resolución COMERE N° b101/20171172, de la paciente LORENA RIQUELME.



Foja: 1

6. Resolución de incapacidad permanente ley N° 16.744, N° de resolución 041036417, de fecha 13 de septiembre del 2017.
7. Certificado de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, del sr. **[REDACTED]**.
8. Control médico de fecha 18 de mayo de 2015, emitido por el Hospital del Trabajador.
9. Informe médico N° 27.07.17, emitido por el Hospital del Trabajador de fecha 06 de julio de 2017.
10. Ficha de ingreso médico y evolución ambulatoria de la señora Lorena Riquelme Jimenez otorgada a partir del día 21 de abril de 2015.
11. Informe médico de atención otorgado por el Hospital del Trabajador ACHS día 21 de abril de 2015.
12. Resúmenes informativos de la señora Lorena Riquelme Jiménez otorgados los días 27 de junio de 2015, 02 de septiembre de 2015, 08 de septiembre de 2015.
13. Informe médico de atención otorgado por el Hospital del Trabajador ACHS día 06 de noviembre de 2018.
14. Ficha clínica de la señora Lorena Riquelme otorgada el día 01 de octubre de 2018.
15. Ficha clínica de la señora Lorena Riquelme otorgada el día 02 de octubre de 2018.
16. Informe médico 27.07.17 de atención otorgado por el Hospital del Trabajador ACHS día 06 de julio de 2017.
17. Examen Ecotomografía del codo izquierdo de la señora Lorena Riquelme.



Foja: 1

II.- TESTIMONIAL. Debidamente solicitada y rendida en autos, en la audiencia de folio 74, con la asistencia de los apoderados de las partes y los siguientes testigos, ya individualizados en autos, quienes, previamente juramentados en forma legal, y contra quienes no se opusieron tachas, declararon lo siguiente:

a) Doña YESENIA YANIRA TOLEDO ROCHA, declaró que la paciente ingresó con una fractura de muñeca, y por un mal procedimiento del médico al apretar mucho el yeso, se produce una lesión de codo, lo que deriva en una operación y, a consecuencia de esa operación, un daño permanente en el nervio cubital del codo, de modo que los daños que padece Lorena fueron provocados por un procedimiento mal hecho, refiriendo que su profesión es psicóloga clínica. Expuso que lo señalado le consta por el relato de su paciente, Lorena Riquelme. Señaló que los daños físicos y los tratamientos posteriores han generado un daño emocional y psicológico a la paciente, el diagnóstico es trastorno de adaptación crónico con síntomas de angustia y ansiedad. Indicó que atiende a la demandante desde marzo del año 2018.

b) Don GONZALO ALEXIS LEGUA HERMOSILLA, declaró que la demandante tiene problemas con su marido, quien se fue de la casa, atribuido por el accidente, y se separaron, agregando que ella (sic) no puede hacer sus quehaceres normalmente como dueña de casa, entonces el testigo iba a ayudarla a su casa, por ejemplo, entrar el balón de gas, y notó que no tiene la prolijidad de hacer aseo, pues la limpieza de su casa ya no estaba igual como era en un principio, cuando tenía sus extremidades en un 100%.

SÉPTIMO: Que la demandada ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD (ACHS), a fin de acreditar lo correspondiente, aportó las siguientes pruebas:



Foja: 1

I. INSTRUMENTAL: artículo denominado "Síndrome doloroso regional complejo", de la doctora Concepción Cuenca González y otras, publicado en la Revista Clínica Médica Familiar del año 2012.

II.- TESTIMONIAL. Debidamente solicitada y rendida en autos, en la audiencia de folio 79, con la asistencia de los apoderados de las partes y los siguientes testigos, ya individualizados en autos, quienes, previamente juramentados en forma legal, y contra quienes no se opusieron tachas, declararon lo siguiente:

a) Doña PAMELA ISABEL VERGARA GARCÍA, declaró que la señora Lorena Riquelme se accidentó por una caída a nivel, resultando con una fractura de muñeca tipo A3 de la AO, razón por la cual fue vista inicialmente en la urgencia del Hospital del Trabajador, donde se plantea reducción cerrada e inmovilización con yeso, que es el tratamiento ortopédico habitual para este tipo de fracturas, y se consiguió un buen resultado después de la reducción, razón por la cual se le da el alta en su domicilio, con las respectivas indicaciones de cuidado, posterior a lo cual consulta en dos oportunidades por molestias en relación al yeso, siendo evaluada por personal médico y registrando en la ficha la ausencia de complicaciones objetivas respecto al manejo, agregando que se sueltan algunas zonas de presión en relación al yeso, y a las 3 semanas tuvo control radiográfico, y, como es habitual, se le hizo cambio de yeso, a un yeso ABP, con el cual completa 3 semanas más de inmovilización. Refirió que posterior al retiro de este último yeso, se inicia el proceso de rehabilitación a través de ejercicios por su cuenta y terapia física. Indicó que la paciente era bastante polisintomática, refiriendo dolor y sensaciones de quemazón asociadas a dificultad para realizar los movimientos, síntomas que fueron interpretados como el posible inicio de un síndrome de dolor regional complejo, que es una complicación ampliamente descrita en relación al manejo de fracturas de muñeca. Expuso que se inició el tratamiento de rigor y alrededor de 5 meses de evolución, la paciente persistía con dolores difusos, pese a la



Foja: 1

medicación, por lo cual es subderivada al especialista, traumatólogo de manos, interpretándose sus síntomas como una probable exacerbación de una patología de base, cual es el atrapamiento del nervio cubital a nivel del codo, iniciándose un manejo de esta patología con analgesia y modificaciones de hábitos de la vida diaria, como el uso de férulas nocturnas y evitar posiciones de flexión mantenida de codo. Señaló que en los controles sucesivos llamó la atención la evolución atípica para este tipo de lesiones, se le ofreció la posibilidad de infiltración, pero la paciente rechazó el procedimiento, y, en definitiva, cumpliendo cerca de 7 meses de evolución, y habiendo logrado una adecuada recuperación desde el punto de vista de la fractura de muñeca, con buen rango de movilidad, se le explica que está en condiciones de reincorporarse a sus labores. Expuso que la paciente consulta pidiendo una nueva evaluación en diciembre de 2015, siendo derivada a la testigo, y atendida por ella en febrero de 2016, indicando que asumió el manejo de la paciente como médico tratante, destacando una evolución atípica marcada por intenso dolor y sensación de incapacidad producto del mismo, señalando que, ante la ausencia de respuesta a las medidas conservadoras adoptadas, se plantea la posibilidad de una cirugía, programándose para agosto de 2016, por motivos personales de la paciente, y, en definitiva, los hallazgos intraoperatorios fueron algunos signos de atrapamiento del nervio cubital a la entrada del canal epitrocleeano, leves y habituales dentro de los hallazgos en este tipo de cirugías, y no había ningún signo anatómico que sugiriera mayor compromiso del nervio cubital, agregando que la cirugía fue realizada sin incidentes y la paciente dada de alta ese mismo día, siendo controlada por la testigo a los 5 días del post operatorio, destacando una evolución tórpida marcada por náuseas y vómitos abundantes, controlándola a la semana siguiente y persistiendo la paciente con vómitos, refiriendo además mucho dolor en el codo, y ningún cambio respecto a las parestesias en territorio cubital de la mano, indicándose todas las medidas posibles para mejorar la función de la sintomatología de la paciente. Indicó que



Foja: 1

se realizó una reunión clínica donde la paciente es evaluada y examinada, determinándose con pruebas funcionales que la paciente lograba una adecuada función como para realizar sus actividades, razón por la cual fue dada de alta y se la envió a Comisión Evaluadora de Incapacidades. Señaló que todo lo anterior le consta porque participó en la atención de la paciente y le consta de la revisión de la ficha clínica.

b) Don ALFONSO JAVIER PEREZ IHL, declaró que a la paciente se le otorgaron los tratamientos y controles médicos necesarios, se le entregaron las prescripciones farmacológicas, se realizaron los tratamientos de rehabilitación kinésicos y de terapia ocupacional y, cuando fue necesario, los procedimientos quirúrgicos correspondientes, agregando que las complicaciones sufridas por la paciente no eran prevenibles y no fueron causadas por el tratamiento indicado, siendo posible que la paciente tuviese condiciones previas sin necesariamente tener síntomas de un síndrome del túnel cubital antes del accidente, y que por factores propios del trauma como la inflamación o la aparición del síndrome de dolor regional complejo, desencadenaran la aparición de los síntomas del túnel cubital, y en su momento, cuando la paciente consultó por dolor en relación a la inmovilización se realizaron los ajustes correspondientes.

OCTAVO: Que el demandado Sr. ██████████ aportó al pleito las siguientes pruebas:

I.- INSTRUMENTAL: mediante exhibición de documentos de su co-demandada, ACHS, solicitada en folio 64 y debidamente decretada y rendida en autos, acompañó la ficha clínica de la demandante, exhibida en audiencia de folio 92, y guardada en custodia bajo el N° 6155-2019.

II.- TESTIMONIAL. Debidamente solicitada y rendida en autos, en las audiencias de folios 72 y 105, con la asistencia de los apoderados de las partes y los siguientes testigos, ya individualizados en autos,



Foja: 1

quienes, previamente juramentados en forma legal, y contra quienes no se opusieron tachas, declararon lo siguiente:

a) Don DIEGO NICOLÁS FRITIS GLASINOVICH, declaró que la señora Lorena Riquelme tuvo un accidente en el año 2015, resultando con una fractura en su muñeca izquierda, fue atendida en el Servicio de Urgencia del Hospital del Trabajador, donde fue evaluada por el Dr. ~~XXXXXXXXXX~~, quien realizó el diagnóstico con los exámenes de imagen que corresponde y el examen físico adecuado, y de acuerdo a la lesión de la paciente se realizó un tratamiento que consiste en una reducción cerrada de la fractura e inmovilización con yeso, que es el tratamiento indicado y adecuado para la lesión que presentó la paciente, quien fue controlada en forma ambulatoria en el Hospital del Trabajador constatándose un examen neuro-vascular conservado y se le realizó seguimiento imagenológico a los tiempos correspondientes y un cambio del tipo de inmovilización según lo establecido, que requiere su lesión, indicando que le consta lo señalado, porque participó de una reunión clínica conjunta con otros especialistas y controló personalmente a la paciente.

b) Don FABIÁN ALEJANDRO MEDINA SIMPERTIGUE, declaró que la señora Lorena Riquelme fue atendida en el Hospital del Trabajador de Santiago el 21 de abril de 2015 en el servicio de urgencia, por una fractura de muñeca, siendo atendida por el Dr. ~~Andrés Miralles~~. Declaró que conoció a la paciente el 18 de junio de 2015, cuando le tocó controlarla en el policlínico de traumatología, se le tomó una radiografía de control, que evidencia índices radiológicos satisfactorios además de evidenciar consolidación de la fractura, por lo cual se procede a indicar el retiro definitivo del yeso, destacando el examen físico indemnidad neurológica al momento del retiro, indicando posteriormente inicio de terapia física orientada a tratar el dolor y la rigidez que normalmente se produce posterior a un período de inmovilización, agregando que la permanencia total del yeso en la paciente fue de 8 semanas, período habitual para esperar



Foja: 1

consolidación de la fractura y efectuar un retiro seguro. Señaló que la paciente refiere dolor a nivel de codo y muñeca, evaluado por el testigo como un dolor difuso sin compromiso neurológico, señalando que la paciente era capaz de movilizar el codo refiriendo dolor en toda el área del codo, sin precisas ubicación anatómica preferente, ni referir características que hicieran pensar en dolor complejo o por disfunción neurológica. Señaló que se le indicó continuar con reposo laboral.

c) Don CARLOS ALEJANDRO ROJAS ZORRILLA, declaró que tuvo que atender a la paciente Lorena Riquelme en diciembre de 2015 como médico residente de traumatología, por un accidente laboral sufrido por ella el 21 de abril de 2015, referido a una caída a nivel de apoyo de la mano izquierda, siendo evaluada en la urgencia del Hospital del Trabajador, agregando que la paciente, desde el ingreso a urgencias en el Hospital del Trabajador contó con todos los recursos médicos y técnicos para el manejo completo y oportuno de su lesión. Señaló que los daños reclamados no presentan causalidad por las acciones médicas realizadas por el doctor ~~XXXXXXXXXX~~ ni por ninguno de los médicos que controlaron a la paciente, lo cual lo sabe por la probabilidad de que un yeso abierto cause dos meses después de su retiro, una lesión neurológica.

III.- INFORME PERICIAL: diligencia probatoria solicitada en folio 64, debidamente tramitada, siendo designado en folio 112 como perito judicial en estos autos, el médico traumatólogo don Tomás Amenábar, quien evacuó su informe en folio 132, cuyo contenido pertinente se consigna en el fundamento siguiente.

NOVENO: Que, del análisis del contenido de las probanzas rendidas en autos, reseñadas en los motivos sexto, séptimo y octavo, consistentes en instrumental legalmente acompañada por cada una de las partes, cuya objeción parcial opuesta en folio 17 fue desestimada en folio 18, y valorada de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 342 y 346 del Código de Procedimiento Civil, y 1700, 1702 y 1703 del



Foja: 1

Código Civil; testimonial rendida en forma legal por cada una de las partes, sin formulación de tachas, y valorada de conformidad con lo prescrito en los artículos 383 y 384 del Código de Procedimiento Civil; y en informe pericial solicitado por el demandado Sr. [REDACTED], rendido en forma legal, y valorado de conformidad con lo previsto en el artículo 425 del Código de Procedimiento Civil; se tienen por acreditados los siguientes hechos:

1) Que en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, de la Superintendencia de Salud, figura que don [REDACTED] posee título de médico cirujano otorgado por la Universidad de Santiago de Chile emitido el 11 de diciembre de 2013, y posee título de especialista en traumatología y ortopedia, otorgado por la Universidad de Chile, emitido el 7 de abril de 2017.

2) Que el médico Sebastián Von Unger Covarrubias, Traumatólogo equipo de Extremidad Superior, del Hospital del Trabajador, de la ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD, emitió con fecha 6 de julio de 2017 un informe médico en el cual refirió que doña LORENA RIQUELME JIMÉNEZ el 21 de abril de 2015 sufre caída a nivel en su trabajo, resultando con fractura de muñeca izquierda manejada en forma ortopédica con inmovilización con yeso por 6 semanas. Expresa que posterior al retiro de yeso e inicio de rehabilitación comienza con cuadro sugerente de síndrome de dolor regional complejo, el cual fue manejado con analgésicos y terapia física. Paralelo a lo anterior, comenzó además con cuadro sugerente de neuritis cubital, el cual se interpretó como secundario a la inmovilización con yeso. Se realizó estudio con electromiografía, con lo cual se comprueba el atrapamiento del nervio cubital a nivel del codo. Se manejó cuadro con analgésicos y órtesis extensora de uso nocturno con regular tolerancia. Desde el punto de vista de la recuperación de la muñeca logró rangos de movilidad completos e indoloros. Se indicó alta laboral el 11 de noviembre de 2015. Posteriormente se mantuvo en controles revisables para evaluar el síndrome de atrapamiento cubital en codo.



Foja: 1

En la evolución presentó además dolor cubital de muñeca, la cual fue estudiada con resonancia magnética de muñeca que describe rotura parcial por el aspecto proximal y cubital del fibrocartílago triangular. Se le ofreció la posibilidad de infiltración como parte del manejo pero la paciente lo rechaza, señala. En últimos controles revisables, refiere, dado que persistía con las molestias por borde cubital tanto de muñeca y codo, con escasa respuesta al tratamiento médico indicado, se decide repetir electromiografía para evaluar la necesidad de cirugía. Con la última electromiografía se confirma leve progresión del atrapamiento por lo que se decide programar cirugía para neulolisis nervio cubital a nivel del codo. Indica que el día 07/08/16 se realiza neusolisis y transposición cubital, sin incidentes, con buena evolución del punto de vista quirúrgico, sin embargo con escasa evolución clínica, con persistencia de las molestias en la mano, agregándose además molestias en la zona operatoria. Expone que se complementa manejo con rehabilitación y fisioterapia, intentándose múltiples esquemas para manejo de dolor crónico pero con escasa respuesta. Evaluada en reunión multidisciplinaria, prosigue, se estima que no quedan acciones médicas pendientes orientadas a mejorar la sintomatología de la paciente, por lo que se decide alta y derivación a la Comisión Central Evaluadora de Incapacidad (CCEI). Refiere que actualmente la paciente se encuentra en controles ambulatorios.

3) Que mediante resolución N° B101-2017112, de fecha 12 de diciembre de 2017, la Comisión Médica de Reclamos, de la Superintendencia de Seguridad Social, conociendo de una impugnación al dictamen de incapacidad de la demandante, determinó que, previa evaluación de dicha Comisión, la Sra. Riquelme posee un porcentaje de incapacidad total ascendente al 19,25%, con secuelas consistentes en limitación funcional de codo de la extremidad superior izquierda, con dolor neuropático.

4) Que, de conformidad con el documento inobjeto señalado en el N° 3 de la instrumental descrita en el apartado sexto, consistente en



Foja: 1

informe psicológico emitido con fecha 13 de noviembre del 2018 por la psicóloga doña Yesenia Toledo, cuya declaración como testigo en estos autos fue reseñada en lo pertinente del mismo apartado, consta que, respecto de la paciente doña LORENA RIQUELME, a quien se refiere el informe, en la actualidad presenta un Trastorno Adaptativo Crónico con alteración mixta de las emociones y el comportamiento, estado de ánimo depresivo, trastorno de angustia y ansiedad, debido a los cambios importantes en su vida desde los últimos años, que actúan como factores estresantes, en su origen por el accidente laboral, incapacidad funcional y la falta de una red de apoyo eficiente. Refiere que todos los síntomas mencionados provocan significativo deterioro emocional, relacional, familiar, social y laboral, es decir, todas las áreas importantes de su vida han sido afectadas, lo que se agrava debido a un último diagnóstico que indica que el daño y el dolor, no es reversible.

5) Que, de acuerdo con el contenido de la prueba pericial rendida legalmente en autos, y reseñada en lo pertinente del basamento octavo, el perito judicial designado en autos, don Tomás Amenábar Vial, Médico Cirujano especialista en Ortopedia y Traumatología, estimó, respecto de los hechos que motivan el juicio:

5.1) Que el tratamiento de una fractura de extremo distal del radio debe ser realizado por un especialista o médico en formación de Ortopedia y Traumatología. Esta fractura pudiese ser tratada también por médicos con entrenamiento no formal en Ortopedia y Traumatología, sin embargo, si este fuera el caso o el médico estuviese en formación, el tratamiento debiese ser supervisado.

5.2) Que la complicación que presentó la paciente, Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC), se presenta lamentablemente después del tratamiento de algunas fracturas, sea este quirúrgico o no quirúrgico. Su etiología es multifactorial no existiendo una única causa clara, y siendo su ocurrencia poco previsible. Refirió que en este caso



Foja: 1

no le parece encontrar ningún problema en el manejo médico que pudiese explicar la ocurrencia de este Síndrome. Más aún, el diagnóstico fue precoz y el tratamiento y seguimiento para esta patología fueron los adecuados, estimó el perito.

5.3) Que la complicación que presentó la paciente, atrapamiento del nervio cubital a nivel del codo, podría eventualmente ocurrir o empeorar tras una inmovilización compresiva del codo. Sin embargo, expresa que le llama la atención la temporalidad de esta complicación, ya que se diagnosticó por primera vez el mes de Septiembre, 5 meses post ocurrida la fractura, periodo en el cual la paciente había tenido múltiples consultas con distintos especialistas. Expuso que, así también, la causalidad que establece el Dr. Guerra, quien sugiere que el atrapamiento fue debido al yeso, es difícil de demostrar y no se puede inferir del análisis que se realizó de esta ficha clínica. No obstante, agrega el perito, la paciente en entrevista médica refiere molestias cubitales desde el principio.

5.4) Que a pesar de haberse realizado los tratamientos de manera adecuada tanto para la fractura de extremo distal del radio, como para las complicaciones posteriores, la paciente presenta importantes secuelas físicas propias de la gravedad de su lesión y complicaciones posteriores.

6) Que, de acuerdo con el documento mencionado en la instrumental referida en el apartado séptimo, consistente en un artículo denominado "Síndrome doloroso regional complejo", publicado en la Revista Clínica Médica Familiar del año 2012, se consigna que el síndrome doloroso regional complejo es una enfermedad crónica y compleja cuyo diagnóstico precoz es esencial para una evolución favorable así como para evitar complicaciones. Refiere que esta entidad pasa habitualmente desapercibida, realizándose su diagnóstico principalmente por la exploración clínica del paciente y siendo por tanto de fácil identificación si conocemos sus síntomas y



Foja: 1

formas de presentación. Señala que podemos comenzar el tratamiento farmacológico desde Atención Primaria, realizando posteriormente una correcta derivación al médico rehabilitador para la prescripción de tratamiento fisioterápico y seguimiento evolutivo. Agrega que No existen signos ni síntomas patognomónicos y no hay una prueba de diagnóstico definitiva del SDRC. El diagnóstico se basa en la elaboración de una completa historia clínica que incluye la severidad y duración de los síntomas y signos, tipo de fractura y gravedad de la lesión y en la exploración física del miembro afecto.

DÉCIMO: Que, en cuanto a **la acción principal de indemnización de perjuicios por responsabilidad extracontractual, esta será desestimada**, por cuanto el Tribunal estima que, en el caso de marras, existe una relación contractual entre las partes, en virtud de las razones que se expresan en los apartados decimotercero, decimocuarto, decimoquinto y decimosexto, a los cuales esta Jueza se remite por economía procesal.

UNDÉCIMO: Que, previo a abordar el fondo de la acción subsidiaria por responsabilidad contractual, se debe emitir pronunciamiento sobre la **excepción de falta de legitimación activa opuesta por la demandada ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD**, al evacuar su contestación, excepción fundada en el hecho que en la especie no existiría un contrato de prestación de servicios médicos con la Sra. Lorena Riquelme, ya que ha operado el seguro de accidentes de trabajo regulado en la ley 16.744.

Por otro lado, conferido el traslado para la réplica, la demandante nada señaló al respecto.

Sobre el particular, la ley N° 16.744 establece un seguro social obligatorio contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, el cual opera para efectos del pago de las prestaciones médicas requeridas con motivo u ocasión de los referidos accidentes y enfermedades, pero no altera la naturaleza contractual de la



Foja: 1

prestación de los servicios médicos a la demandante, según lo expuesto y razonado en los considerandos decimotercero, decimocuarto, decimoquinto y decimosexto,, a los cuales esta Sentenciadora se remite por economía procesal.

En consecuencia, corresponderá **desestimar la excepción de falta de legitimación activa opuesta por la demandada ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD, al contestar la acción subsidiaria por responsabilidad contractual.**

DUODÉCIMO: Que, en cuanto al **fondo de la acción subsidiaria de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual**, son requisitos copulativos de esta responsabilidad, que dan lugar a la obligación de indemnizar los perjuicios resultantes de la infracción de un contrato, los siguientes: *“En primer lugar, es necesaria la existencia de una obligación de carácter contractual, esto es, nacida de un contrato. En segundo lugar, que el deudor no realice la conducta convenida del modo en que está consagrado en el contrato. En tercer lugar, que la inejecución de la conducta debida esté acompañada de un reproche subjetivo u objetivo al obligado en los términos descritos en la ley. En cuarto lugar, que la omisión de la conducta debida cause daño al acreedor. En quinto y último lugar, que entre el incumplimiento (inejecución de la conducta debida) y el daño exista relación de causa a efecto”* (Pablo Rodríguez Grez, “Responsabilidad contractual”, Editorial Jurídica de Chile, año 2012, página 27).

DECIMOTERCERO: Que, en cuanto a la concurrencia en autos del primer requisito mencionado en el apartado anterior, esto es, la existencia de una obligación nacida de un contrato, esta Sentenciadora tiene presente que, en el ámbito de la doctrina nacional, *“durante décadas, ha existido la convicción de que la labor del médico o del agente sanitario que atiende al paciente es personalísima y se rige por sus propias reglas (lex artis), las que*



Foja: 1

suelen ser indelegables y no sujetas al control, dirección o fiscalización por parte de ninguna institución, empresa u organización pública o privada. Por tanto, si existe un responsable, éste debía ser el médico o el profesional de la salud que atendió a la víctima. (...) Sin embargo la forma como se realizan las prestaciones médicas ha ido cambiando paulatinamente durante el último tiempo. Por regla general, éstas ya no son ejecutadas por un “médico de familia” o “médico de cabecera” sino por un conjunto de médicos y especialistas al interior de un hospital y con la ayuda de equipos e instrumentos organizados por la propia Institución de Salud pública o privada. (...) En este sentido se ha producido una verdadera despersonalización de la atención médico-sanitaria, ya que cada día es más frecuente que los médicos y los demás profesionales de la salud presten sus servicios al interior de un hospital que no sólo les facilita el inmueble y el instrumental adecuado –la llamada infraestructura hospitalaria–, sino también la permanente colaboración de otros profesionales y el permanente apoyo del personal auxiliar o paramédico. (...) Asimismo, los modernos hospitales han dejado de ser instituciones de caridad o pertenecientes a una fundación sin fines de lucro, atendidos por médicos y enfermeras que prestan sus servicios en forma gratuita o desinteresada, para transformarse en grandes empresas prestadoras de servicios médicos cada vez más amplios y sofisticados. (...) Por tanto, podemos señalar que el ejercicio individual y liberal de la profesión médica ha pasado a ser, en la práctica, una excepción con escasa relevancia social, económica y jurídica, pues se ha ido avanzando paulatinamente hacia el ejercicio médico en grupo y empresarialmente organizado al interior de un hospital público o privado. De esta forma, el acto médico ha dejado de ser un acto individual y personal realizado por el “médico de cabecera” o “médico de familia” y se ha transformado en una actividad o servicio prestado por, a través y al interior de instituciones de salud públicas o privadas” (Pedro Zelaya Etchegaray, “Responsabilidad civil de hospitales y clínicas - Modernas tendencias jurisprudenciales”, en Revista de



Foja: 1

Derecho y Jurisprudencia y Gaceta de los Tribunales, Núm. 2-1997, Mayo 1997, páginas 48 y siguientes).

Así las cosas, *“cuando se ha intentado describir la naturaleza jurídica del vínculo que une al profesional de la medicina con el enfermo respectivo se ha entendido que, entre ambos, existe un ‘contrato de atención médica’ o ‘contrato de asistencia sanitaria’, en virtud del cual el profesional se obliga a prestar los servicios médicos del caso y el paciente a pagar un determinado precio por los mismos. (...) Asimismo, y en relación con los servicios prestados por el hospital, se ha entendido que el vínculo jurídico que une al Centro Sanitario con el paciente que ingresa al mismo tiene un marcado carácter contractual, lo que se traduce en la celebración del llamado “contrato de hospitalización”, el cual puede tener por objeto el simple alojamiento (los servicios de hotelería y hospedaje) y la atención paramédica básica o bien, una asistencia sanitaria íntegra y completa. (...) En relación con esta línea de pensamiento la doctrina tradicional ha entendido que la responsabilidad civil médica y también la hospitalaria tienen un marcado carácter contractual por cuanto la obligación indemnizatoria supondría siempre –y tendría como único fundamento– la infracción por parte del médico y/o del hospital demandado, de los específicos deberes de cuidado impuestos por el contrato de atención médica y/o de hospitalización. (...) Por este motivo el paciente que sufre daños y perjuicios con ocasión de un tratamiento médico negligente –aun si lo ha recibido al interior de un recinto hospitalario– debería demandar la indemnización de perjuicios por la vía contractual y no podría –según la doctrina imperante en Chile– optar por la vía extracontractual”* (Pedro Zelaya Etchegaray, ob. cit., páginas 48 y siguientes).

En cuanto al mecanismo de contractualización de la relación jurídica entre el paciente y el médico y/o institución de salud, esta Jueza comparte la doctrina conforme a la cual en *“el contrato celebrado entre un paciente y el Centro Asistencial, éste asume una tácita obligación*



Foja: 1

de seguridad para con aquél en virtud de la cual, si se causa un daño a la vida o a la integridad física o síquica del paciente, el hospital demandado debe responder por el incumplimiento de una tácita obligación de seguridad que emana de dicho contrato, pues el hospital no sólo se habría obligado a tratar al paciente sino a garantizar la integridad física o síquica del mismo (que salga del hospital, al menos, en las mismas condiciones como ingresó)” (Pedro Zelaya Etchegaray, ob. cit., páginas 48 y siguientes).

En esta misma línea, el profesor Enrique Barros Bourie se ha referido a los deberes de cuidado de esta relación jurídica, que, de conformidad con la doctrina expuesta hasta aquí, tiene carácter de contractual. En este sentido, *“Las relaciones profesionales anteceditas de un acuerdo de voluntad, aunque sea elemental, deben ser calificadas de contractuales. Sin embargo, a menos que las obligaciones de servicio contraídas por el profesional sean objeto de convenciones expresas, ellas quedan sujetas a los deberes generales de cuidado de quienes actúan en el ámbito de intereses y de riesgos de terceros. En la práctica, esta es la regla general, porque no es usual que las relaciones profesionales estén contractualmente precisadas. En consecuencia, la definición del deber de cuidado se plantea usualmente en términos análogos si la responsabilidad invocada es de naturaleza contractual o cuasidelictual: en ambos casos esos deberes son definidos por el derecho y no por la convención” (Enrique Barros Bourie, “Tratado de Responsabilidad Extracontractual”, Editorial Jurídica de Chile, año 2010, página 657 y siguientes).*

DECIMOCUARTO: Que, continuando el análisis del primer requisito en cuestión, esto es, la existencia de la relación contractual entre las partes, y ahora en lo tocante a la jurisprudencia de la Excm. Corte Suprema, ésta ha resuelto, en un caso semejante, que *“Tanto la literatura como la jurisprudencia nacional han reconocido legitimidad a los pacientes para dirigirse directamente en contra de los*



Foja: 1

establecimientos hospitalarios, puesto que es con éste con quien también celebraron un contrato de prestación de servicios médicos, especialmente en casos de alta complejidad, en que se garantiza un servicio médico integral, que comprende la prestación de los servicios médicos, la asistencia sanitaria, la hospitalización y los procedimientos anexos, en que el único obligado, de manera integral con el paciente, en el evento que se produzca incumplimiento imputable que le cause daño, es el hospital, con mayor razón si se ha recurrido al servicio de urgencia y la operación se ha planificado con las mismas características” (Considerando N° 25 de la sentencia dictada por la Primera Sala de la Excm. Corte Suprema en el ingreso N° 4103-2005, con fecha 24 de septiembre de 2007). De esta manera, si el Supremo Tribunal ha reconocido el derecho del paciente a demandar al establecimiento sanitario en sede contractual *“con mayor razón si se ha recurrido al servicio de urgencia y la operación se ha planificado con las mismas características”*, se está reconociendo implícitamente el mismo derecho cuando se trata de una intervención quirúrgica que no es de urgencia, como ocurre en el caso de marras.

DECIMOQUINTO: Que, aún dentro del análisis del primer requisito en mención, esto es, la existencia de una relación contractual entre las partes, es un hecho no controvertido entre éstas, asentado en el basamento cuarto, que el demandado Sr. ██████████ forma parte del personal médico de la ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD y atendió, en dependencias del Hospital del Trabajador –perteneciente a esta última-, a la demandante, con motivo del accidente en mención. Es decir, no se encuentra discutido en estos autos, el hecho de existir una relación contractual de prestación de servicios profesionales, entre el establecimiento sanitario y el médico, ambos demandados en autos, siendo evidente, de conformidad con lo dispuesto en el inciso final del artículo 1712 del Código Civil, que dicha prestación de servicios se refiere al otorgamiento de prestaciones médicas a los pacientes de la



Foja: 1

referida institución de salud. Lo anterior resulta, además, comprobado en el N° 2 del basamento noveno.

DECIMOSEXTO: Que, así las cosas, de acuerdo con lo expuesto y razonado en las motivaciones duodécima, decimotercera y decimocuarta, que en autos existen dos contratos, a saber, en primer lugar, uno que vincula a la ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD y al Dr. [REDACTED] en la ejecución o realización de los servicios sanitarios encargados por la demandante, Sra. RIQUELME, los cuales son prestados de manera simultánea por el médico, quien realiza los actos propios de su ciencia, y la clínica, quien, a su vez, provee la infraestructura, los elementos y el personal auxiliar para la realización de los actos médicos del especialista; y, en segundo lugar, un contrato de prestación de servicios de salud o sanitarios, encargados por la Sra. RIQUELME a ambos demandados, quienes lo ejecutan en la forma descrita.

Con respecto a este último contrato, que vincula a la demandante Sra. RIQUELME con los prestadores de salud demandados, al tratarse de un contrato consensual, basta que el consentimiento sea expresado por actos inequívocos que muestran una voluntad tácita, v. gr., la conducta del paciente de visitar al médico o acudir a la institución de salud, y la de éstos en torno a asumir el tratamiento, de modo que la voluntad así expresada, recaída sobre los servicios que se prestarán y la remuneración –que, en este caso, es financiada a través del seguro social obligatorio de la Ley N° 16.744-, es suficiente para que el contrato nazca jurídicamente.

En cuanto a las obligaciones del contrato en mención, que interesan para la resolución de la Litis, y como ya se ha señalado, la parte obligada a prestar los servicios sanitarios –en la especie, el médico y la institución de salud- asume una tácita obligación de seguridad para con el paciente, consistente en no causar un daño a la vida o a la integridad física o psíquica del paciente, que emana del deber general



Foja: 1

de cuidado existente en nuestro ordenamiento jurídico, es decir, se obliga a que el paciente salga del recinto de salud, al menos, en las mismas condiciones como ingresó.

Además, de la obligación anterior se deriva el deber, para la parte que ejecuta las prestaciones de salud, de informar al inexperto (es decir, al paciente) acerca de lo que éste no está en condición natural de conocer y que resulta determinante para su consentimiento, especialmente cuando afectan bienes importantes, como su salud física y psíquica, de modo que no se puede realizar una intervención quirúrgica o aplicar un tratamiento riesgoso o doloroso sin el consentimiento ilustrado y libre del interesado.

A mayor abundamiento, el Tribunal estima que la parte obligada a prestar el servicio sanitario, compuesta en este caso por el médico y la institución sanitaria demandados, ha asumido una obligación indivisible, toda vez que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1524 del Código Civil, "*La obligación es divisible o indivisible según tenga o no por objeto una cosa susceptible de división*", como "*la de hacer construir una casa*", características que se evidencian a partir del contenido de la vinculación jurídica de prestación de servicios médicos existente entre ambos demandados, la cual se desprende del hecho que los actos propios de la ciencia del especialista son ejecutados por éste al interior de la institución de salud, con la autorización de ésta, y valiéndose de la infraestructura y medios de ésta, lo que, por lo demás, guarda relación con el hecho no controvertido asentado en el N° 2 del fundamento cuarto.

DECIMOSÉPTIMO: Que, en cuanto a la concurrencia en la especie del segundo de los requisitos mencionados en el motivo duodécimo, esto es, que el deudor –la parte obligada a ejecutar las prestaciones de salud, vale decir, la ACHS y el médico Sr. ██████████- no haya realizado la conducta convenida del modo consagrado en el contrato, ello significa, según lo dicho en el apartado anterior, que no



Foja: 1

posee título de especialista en traumatología y ortopedia, otorgado por la Universidad de Chile, emitido el 7 de abril de 2017, esto es, con bastante posterioridad a la atención brindada a la paciente y cuestionada por ésta.

Adicionalmente, en el cuerpo del informe pericial evacuado legalmente en autos, señalado en lo pertinente del considerando octavo, y en lo relativo a la historia clínica de la paciente, se lee que el Dr. [REDACTED] fue quien, tras estudio radiológico, clasifica la fractura de la paciente como tipo A2 de AO, constando en la ficha clínica de la paciente – refiere el perito judicial- que realiza el procedimiento de reducción e inmovilización con yeso tipo Sugar Tong. De lo anterior, en relación con el contenido de lo declarado por los testigos de ambos demandados, se aprecia que fue el demandado Sr. [REDACTED] quien efectivamente realizó el procedimiento cuestionado por la paciente, esto es, la instalación del yeso que en definitiva le ocasionó la complicación en comento.

Por otro lado, en el N° 6 del apartado noveno se consigna que el síndrome doloroso regional complejo es una enfermedad crónica y compleja cuyo diagnóstico precoz es esencial para una evolución favorable así como para evitar complicaciones, pasando esta enfermedad habitualmente desapercibida, debiendo realizarse su diagnóstico principalmente por la exploración clínica del paciente, y siendo, por tanto, de fácil identificación si se conocen sus síntomas y formas de presentación.

Además de lo anterior, en el N° 3 del fundamento noveno, resultó acreditado que mediante resolución N° B101-2017112, de fecha 12 de diciembre de 2017, la Comisión Médica de Reclamos, de la Superintendencia de Seguridad Social, conociendo de una impugnación al dictamen de incapacidad de la demandante, determinó que, previa evaluación de dicha Comisión, la Sra. Riquelme posee un porcentaje de incapacidad total ascendente al 19,25%, con secuelas



Foja: 1

consistentes en limitación funcional de codo de la extremidad superior izquierda, con dolor neuropático.

En consecuencia, a partir de expuesto y razonado en el presente numeral, se tendrá por cumplido el requisito en análisis, en cuanto al incumplimiento del deber de resguardo de la integridad del paciente, dado que la demandante desde un principio refirió molestias asociadas a la complicación que actualmente padece y que derivó en su dictamen de incapacidad, siendo tratada por quien, a la sazón, no era especialista en la materia, quien realizó el procedimiento (instalación de yeso) del cual se deriva la complicación por la que la actora refirió sus molestias y dolores, además de lo cual, se trata de enfermedad cuyo diagnóstico precoz es esencial para una evolución favorable así como para evitar complicaciones, debiendo realizarse su diagnóstico principalmente por la exploración clínica del paciente, y siendo, por tanto, de fácil identificación si se conocen sus síntomas y formas de presentación.

DECIMOCTAVO: Que, en cuanto a la concurrencia en la especie del tercer requisito mencionado en el apartado duodécimo, esto es, que la inexecución de la conducta debida esté acompañada de un reproche subjetivo u objetivo al obligado en los términos descritos en la ley, cabe señalar que, en materia de responsabilidad contractual, tal reproche en nuestro cuerpo de derecho privado es de carácter subjetivo, toda vez que se requiere que la infracción de la obligación se deba, al menos, a negligencia del obligado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1547 del Código Civil, que prescribe que *“El deudor no es responsable sino de la culpa lata en los contratos que por su naturaleza sólo son útiles al acreedor; es responsable de la leve en los contratos que se hacen para beneficio recíproco de las partes; y de la levísima, en los contratos en que el deudor es el único que reporta beneficio. El deudor no es responsable del caso fortuito, a menos que se haya constituido en mora (siendo el caso fortuito de aquellos que no hubieran dañado a la cosa debida, si hubiese sido*



Foja: 1

entregada al acreedor), o que el caso fortuito haya sobrevenido por su culpa. La prueba de la diligencia o cuidado incumbe al que ha debido emplearlo; la prueba del caso fortuito al que lo alega. Todo lo cual, sin embargo, se entiende sin perjuicio de las disposiciones especiales de las leyes, y de las estipulaciones expresas de las partes”.

Así, de conformidad con la disposición transcrita, la carga de acreditar el empleo del debido cuidado en el cumplimiento de las obligaciones del contrato, y la carga de acreditar el caso fortuito que impidió el cumplimiento de las mismas, recae en el deudor de tales obligaciones, esto es, la parte demandada, pues el elemento subjetivo de la culpa en el incumplimiento ha sido presumido por el legislador en la norma legal citada, por lo que, para que opere tal presunción, basta con acreditar el incumplimiento contractual, cuestión esta última que ha quedado asentada en el basamento precedente.

En lo que respecta a la negligencia del demandado Sr. ██████████, el Tribunal la tendrá por establecida en virtud de lo razonado en el apartado que antecede, en lo relativo al incumplimiento del deber de resguardo de la integridad del paciente, toda vez que la demandante desde un principio refirió molestias asociadas a la complicación que actualmente padece y que derivó en su dictamen de incapacidad, sin que se hubiera abordado con la celeridad que correspondía desde un inicio, al ser enfermedad cuyo diagnóstico precoz es esencial para una evolución favorable así como para evitar complicaciones, debiendo realizarse su diagnóstico principalmente por la exploración clínica del paciente, y siendo, por tanto, de fácil identificación si se conocen sus síntomas y formas de presentación, que fue lo que precisamente hizo presente la paciente desde la instalación del yeso en su brazo izquierdo por el demandado Sr. ██████████.

A su turno, este Tribunal estima que la negligencia descrita en el párrafo anterior se extiende también a la co-demandada ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD, toda vez que, como se razonó en la



Foja: 1

reflexión decimosexta, las obligaciones contractuales asumidas por ambos demandados respecto de la paciente y demandante (esto es, la ejecución de las prestaciones de salud acordadas, el deber general de resguardar la integridad del paciente y de información de riesgos al mismo) tienen el carácter de indivisibles, en atención al contenido de la vinculación jurídica existente entre ambos demandados para la prestación de servicios sanitarios, de manera que, al existir indivisibilidad, las circunstancias personales de un co-deudor afectan positiva o negativamente al resto de los co-deudores de la obligación indivisible, como la insolvencia de uno de ellos (artículo 1526 inciso primero del Código Civil, *a contrario sensu*), la interrupción de la prescripción respecto de uno de ellos (artículo 1529 del mismo Código), o incluso el propio cumplimiento por parte de uno de ellos (artículo 1531 del mismo cuerpo legal).

En consecuencia, conformidad con lo razonado en este motivo, se tendrá por cumplido el requisito en estudio.

DECIMONOVENO: Que, en cuanto al cuarto de los requisitos mencionados en el fundamento duodécimo, esto es, que la omisión de la conducta debida cause daño al acreedor de la obligación incumplida, la demandante alega haber sufrido un daño emergente constituido por el hecho de dejar de trabajar y dejar de percibir la remuneración respectiva, y, un daño moral constituido por el sufrimiento personal que refiere en su libelo.

En cuanto al daño emergente, ésta será desestimado, toda vez que el daño emergente constituye esencialmente un empobrecimiento directo del patrimonio de la víctima del daño, a consecuencia del mismo. Sin embargo, tratándose de utilidades futuras a las que tenía derecho en virtud de un contrato de trabajo, ello constituye la esencia de un daño patrimonial asimilable al lucro cesante, más que a un daño emergente. Por lo demás, la propia demandante refiere que el contrato de trabajo fue terminado por



Foja: 1

vencimiento del plazo, y no en forma directa y concreta por consecuencia de su complicación médica, cuestión que, de así haber sido, cabe en la hipótesis de un lucro cesante, como ya se señaló, rubro indemnizatorio que no ha sido demandado.

En cuanto al daño moral, éste *“consiste en la lesión a los intereses extrapatrimoniales de la víctima, que son aquellos que afectan ‘a la persona y lo que tiene la persona pero que es insustituible por un valor en moneda, desde que no se puede medir con ese elemento del cambio”* (Jose Luis Diez Schwerter, “El daño extracontractual”, Editorial Jurídica, año 2012, página 88), y, en cuanto a su prueba, cabe destacar que *“La existencia del daño moral debe ser probada por quien alegue haberlo sufrido (el actor). No existen daños morales evidentes, ni aun respecto de víctimas directas, por cuanto todo daño es excepcional y de aplicación restrictiva, no escapando a estas características el de índole moral. Su existencia, por ende, deberá ser acreditada no obstante las dificultades que ello pueda generar. La propia jurisprudencia, en un fallo que no sentó escuela, dijo que la indemnización del daño moral debe acordarse ‘si se acredita que aquellas personas (los demandantes) han sufrido real y efectivamente un dolor profundo y verdadero”* (Jose Luis Diez Schwerter, ob. cit., página 146).

Adicionalmente, como la acción en estudio se ha entablado en sede contractual, corresponde hacer presente que *“la reparación del daño extrapatrimonial tiene cabida en la ley chilena, no obstante las dificultades enunciadas, por las siguientes razones: (...) En muchos casos el incumplimiento de una obligación susceptible de evaluarse en dinero acarrea trastornos no patrimoniales que comprometen la paz, la tranquilidad y la estabilidad psicológica y afectiva. (...) La lesión al derecho patrimonial, atendida su gravedad y alcance y, especialmente, la naturaleza misma de la obligación incumplida, puede penetrar la esfera de la intimidad y afectar los sentimientos del acreedor (derechos extrapatrimoniales) (...) Nadie puede negar que*



Foja: 1

en muchas obligaciones, por sobre su importancia económica, se encuentra su valor e importancia afectiva, pudiendo lo primero resultar insignificante ante lo segundo. (...) Este resultado explica, también, que en razón de un mismo acto puedan lesionarse derechos de diversa índole” (Pablo Rodríguez Grez, ob. cit., página 237 y siguientes), es decir, derechos patrimoniales como extrapatrimoniales.

Así, en virtud de lo comprobado en el N° 4 del basamento noveno, en cuanto se estableció que el detrimento psicológico de la actora se debe, entre otras causas, a su incapacidad funcional; y, además, en virtud de lo asentado en el N° 5 del mismo apartado, en cuanto se estableció que la paciente presenta importantes secuelas físicas propias de la gravedad de su lesión y complicaciones posteriores, siendo evidente que, por regla general, el dolor físico o corporal produce también un detrimento psicológico en quien padece dicho dolor físico o corporal; **se tendrá por establecida la existencia del daño moral demandado.**

En lo tocante a la evaluación del daño, considerando las circunstancias ya descritas, la edad que tenía al momento de sus atenciones, y, en definitiva, lo establecido en los N° 1, 3, 4 y 5 de la reflexión novena, se avalúa prudencialmente en la suma de \$100.000.000.

VIGÉSIMO: Que, en cuanto al último requisito mencionado en el motivo duodécimo, esto es, que entre el incumplimiento (inejecución de la conducta debida) y el daño exista una relación de causa a efecto, se tendrá por verificado en la especie, en virtud de lo asentado en los apartados decimosexto, decimoséptimo y decimoctavo, conforme a los cuales el Tribunal estima que la complicación sufrida por la actora, cuyos síntomas fueron alegados por ella desde el principio, tiene su origen en la instalación del yeso en su brazo derecho, siendo una complicación descrita en la literatura médica acompañada en autos.



Foja: 1

VIGÉSIMO PRIMERO: Que, en cuanto a la pretendida solidaridad en la condena indemnizatoria, será desestimada esta petición, por cuanto en materia contractual, la obligación con pluralidad de sujetos activos o pasivos, es simplemente conjunta, a menos que se pacte la solidaridad o esté dispuesta en la ley, lo que no ocurre en el caso de autos.

VIGÉSIMO SEGUNDO: Que, en consecuencia, en virtud de lo razonado y dispuesto en los apartados decimosexto al vigésimo, se tendrán por cumplidos los requisitos de la responsabilidad contractual demandada subsidiariamente, respecto de ambos demandados, y se acogerá parcialmente la demanda, sólo en lo relativo a la indemnización del daño moral.

VIGÉSIMO TERCERO: Que, en cuanto a las defensas de la demandada ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD, referidas a la inadmisibilidad del régimen de responsabilidad contractual, a la inexistencia de “responsabilidad indemnizatoria” de la ACHS, y a los daños cobrados, corresponderá desestimarlos, en virtud de lo dispuesto en el apartado precedente.

VIGÉSIMO CUARTO: Que, en cuanto a las defensas del demandado Sr. ██████████, referidas a la improcedencia del régimen jurídico contractual, a la concurrencia de un caso fortuito, a la falta de concurrencia de los requisitos de la responsabilidad contractual, y a los daños alegados en la demanda, corresponderá desestimarlas, en atención a lo establecido en el numeral vigésimo segundo.

VIGÉSIMO QUINTO: Que, en cuanto a la defensa del demandado Sr. ██████████ referida a la solidaridad pretendida por la demandante, corresponderá acogerla, en atención a lo dispuesto en el motivo vigésimo primero.



Foja: 1

VIGÉSIMO SEXTO: Que las demás pruebas rendidas en autos, en nada alteran lo dispuesto en los motivos vigésimo segundo al precedente.

VIGÉSIMO SÉPTIMO: Que no se condenará en costas a los demandados, por no haber resultado totalmente vencidos, en virtud de lo dispuesto en los motivos vigésimo segundo y vigésimo quinto.

Por estas consideraciones, y visto, además, lo dispuesto en los preceptos legales citados por las partes, y los artículos 160, 170, 253 y siguientes, 262 y siguientes, 309 y siguientes, 318 y siguientes, 327 y siguientes, 341 y siguientes, 432 y 433, todos del Código de Procedimiento Civil, **se resuelve:**

A) Que se **desestima la acción principal de indemnización de perjuicios por responsabilidad extracontractual**, en virtud de lo dispuesto en el apartado décimo.

B) Que se **desestima la excepción de falta de legitimación activa** opuesta por la demandada ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD a la acción subsidiaria de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual, en atención a lo establecido en el motivo undécimo.

C) Que se **acoge parcialmente la acción subsidiaria de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual**, en conformidad a lo decidido en el fundamento vigésimo segundo, y, en consecuencia, se condena a la parte demandada, en forma simplemente conjunta, a indemnizar a la demandante el daño moral sufrido por ella, en la suma de **\$100.000.000**, desestimándose el libelo en todo lo demás.

D) Que **no se condena en costas a los demandados**, según lo previsto en el considerando vigésimo séptimo.

Regístrese, notifíquese a las partes y oportunamente archívense estos antecedentes.



C-36776-2018

Foja: 1

Rol C-36.776-2018.

**PRONUNCIADA POR DOÑA SUSANA RODRÍGUEZ MUÑOZ,
JUEZA.**

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. en **Santiago, nueve de Junio de dos mil veinte**

SUSANA ELIZABETH RODRIGUEZ
MUÑOZ
Fecha: 09/06/2020 19:55:24



Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en <http://verificadoc.pjud.cl> o en la tramitación de la causa.

A contar del 05 de abril de 2020, la hora visualizada corresponde al horario de invierno establecido en Chile Continental. Para la Región de Magallanes y la Antártica Chilena sumar una hora, mientras que para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar dos horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>