

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia  
JUZGADO : 2º Juzgado Civil de Concepción  
CAUSA ROL : C-8399-2017  
CARATULADO : ESCOBAR/SERVICIO DE SALUD CONCEPCION

Concepción, once de diciembre de dos mil diecinueve.

**VISTO:**

A fojas 1, comparece don Claudio Andrés Escobar Chavarría, empleado, con domicilio en Pasaje 12 n°656, Población Boca Sur, San Pedro de la Paz, e interpone demanda de indemnización de perjuicios por los daños causados por falta de servicio en contra del Servicio de Salud de Concepción, persona jurídica de derecho público, con domicilio en calle O´Higgins n°297, Concepción, representada legalmente por su director, don Marcelo Eduardo Yévenes Soto, médico cirujano, o por quien lo subrogue o represente en su cargo, solicitando se le condene a pagar la suma de \$120.000.000 por concepto de daño moral, o la suma mayor o menor que el tribunal estime conforme al mérito de autos, reajustada conforme a la variación del IPC o el indicador que haga sus veces, entre la fecha de ocurrido el hecho dañoso y la de su pago efectivo, más intereses corrientes para operaciones reajustables por el mismo periodo, o lo que el tribunal determine, con costas.

Funda su demanda en que el 17 de noviembre de 2013 al sufrir un asalto, recibió un disparo de escopeta en su pierna izquierda, resultando con una fractura expuesta de tibia peroné, ingresando el 18 de noviembre a Urgencia del Hospital Regional de Concepción, en donde se le instaló un fijador externo y fue derivado al Hospital Traumatológico de la misma ciudad para el manejo de su condición. En este recinto le realizaron aseos quirúrgicos y VAC (Vacuum Assited Clousure o Cierre Asistido por Vacío).

El 4 de diciembre en intervención de aseo quirúrgico y VAC, le tomaron hemocultivos.

El 10 de enero de 2014 le realizaron Osteotomía, VAC y toma de cultivos.

Detalla que el 16 de enero de 2014 se anotó en su ficha que se obtuvieron los resultados de los cultivos, indicando que había adquirido infecciones intrahospitalarias.



El cultivo tomado el 4 de diciembre de 2013 resultó positivo para *Staphylococcus Epidermis*, resistente a Meticilina.

El cultivo tomado el 10 de enero de 2014 resultó con *Serratia Marcescens*, sensible a meropenem.

Expresa que ante ello, se solicitó interconsulta a infectología, indicándosele el antibiótico meropenem.

Relata que el 31 de enero se le realizó un injerto dermoepidérmico, instalándosele uno nuevo el 1 de marzo de 2014.

Sostiene que hasta esa fecha aún no era visto por algún infectólogo para el análisis especializado de las infecciones que lo afectaban, no obstante que se había dejado constancia en varias oportunidades que la interconsulta se encontraba pendiente.

Precisa que el 20 de marzo de 2014 le revisaron la zona injertada, la que presentó zona de necrosis distal, y desde esa fecha y en varias ocasiones, se anotó en su ficha que se encontraba “en espera de aloinjerto estructural”, “solicitud de injerto óseo”, “en espera de aloinjerto tibia, se envía cotización probable cirugía”, “pendiente aloinjerto óseo”.

Hace presente que nunca lo vio algún infectólogo para evaluar las infecciones que lo afectaban; se le dio el alta el 22 de abril de 2014, siempre “en espera de aloinjerto óseo”.

Refiere que el 24 de abril de 2014, según una anotación en su ficha clínica, se hizo una revisión de su caso por Infectología, pero sin su presencia ya que se encontraba de alta, por lo que nadie lo observó ni analizó sus heridas. Tampoco se le informó de dicho análisis. Agrega que en esa anotación no se mencionaron las infecciones, solo aludieron a la necrosis que sufría su injerto; se señaló que se le podía “realizar la exécresis (extirpación) de aloinjerto necrosado a la brevedad (hoy mismo)”. Firmó la anotación el Dr. Mello y el Dr. Merino.

Luego, detalla que recién el mes de mayo de 2014 le informaron telefónicamente que debía hospitalizarse para realizarle un nuevo injerto óseo, ingresando nuevamente al Hospital Traumatológico el 28 de mayo de 2014; el injerto se realizó el 30 de mayo, se le tomaron nuevos cultivos cuyos resultados se obtuvieron el 3 de junio de 2014, positivo para *Serratia Marcescens*. Se le indicó antibiótico imepenem.



Expresa que el 12 de junio se le realizó aseo quirúrgico con diagnóstico preoperatorio de “úlceras infectadas pierna izquierda”, se encontró “tejido facelado y desvitalizado (necrótico)”. El 16 de junio, en anotación en ficha clínica de químico farmacéutico, se indicó que “en resultados de cultivo se mantiene la Serratia”. Luego, el 17 de junio en nuevo aseo quirúrgico se le diagnosticó “úlceras infectadas pierna izquierda”, lo que se repitió el 24 de junio. Se tomaron nuevos cultivos.

Indica que habiéndosele encontrado una fístula en su herida operatoria, el 3 de julio se le realizó un nuevo injerto dermoepidémico y cierre de fístula. En aseo quirúrgico de 15 de julio se le volvió a encontrar “úlceras infectadas pierna izquierda”. El 18 de julio se anotó nuevamente en la ficha “Cultivo (+) Serratia”, por lo que el 22 de julio se solicitó interconsulta a infectología para evaluación. En anotaciones de 24 y 29 de julio se anotó en la ficha que tal interconsulta se encontraba pendiente.

Relata que el 5 de agosto de 2014 nuevamente se le dio el alta sin que se hubiera cumplido la interconsulta con infectología. La orden fue dada por el Dr. Elgueta, traumatólogo, quien conocía de los cultivos positivos para Serratia, sin embargo, le indicó que “estaba bien, que lo habíamos logrado”.

Agrega que el 14 de agosto de 2014 fue a control con el Dr. Vergara, a quien al consultarle por la bacteria que lo afectaba, le respondió “que no me preocupara, que la bacteria había sido tratada y ya no me hacía daño”.

Refiere que transcurridos 10 días le surgió una fístula que luego reventó, por lo que fue el 25 de agosto de 2014 al sector curaciones del Hospital Traumatológico; lo vio el Dr. Vergara, quien ordenó su hospitalización y en la Epicrisis anotó como diagnóstico de ingreso “osteomielitis crónica tibia izquierda”. Se le encontró una “lesión ulcerosa a nivel de pierna distal (región aloinjerto y placa) con secreción”. El 27 de agosto se le realizó aseo quirúrgico y cultivos, se le encontró tejido flacelado y desvitalizado. El 2 de septiembre le indicaron meropenem.

Explica que en atención a que nuevamente presentaba problemas con la infección que supuestamente la habían tratado, solicitó que lo viera algún infectólogo, tal como había quedado establecido en la ficha clínica, a lo que el Dr. Elgueta le respondió que no era posible por problemas administrativos, por lo que hizo un reclamo formal vía OIRS del Hospital



Traumatológico, recibiendo respuesta en dos días en donde se le indicó que lo vería un infectólogo con la condición que debía entregar copia de la solicitud que realizó. Luego se enteró que no existía un infectólogo disponible en dicho hospital, y que el médico infectólogo Sergio Mella Montecinos del Hospital Regional de Concepción había accedido a revisar su caso como favor a petición de los médicos del Traumatológico.

Señala que el 9 de septiembre de 2014, luego de 9 meses de haber adquirido las infecciones, se realizó interconsulta con infectólogo Dr. Sergio Mella Montecinos para la evaluación de aquellas, quien le señaló que probablemente su infección ya estaba crónica, derivando en una osteomielitis crónica, agregando que “podía aún salvarse mi pierna pero el proceso sería largo, ya que el tratamiento antibiótico no había sido el óptimo”, le indicó meropenem, tigeciclina, aseos quirúrgicos y cultivos.

Añade que el 29 de septiembre se ordenó por el Dr. Mella la instalación de un catéter venoso central (CVC) para la administración de los antibióticos.

Refiere que por anotación en su ficha del 30 de septiembre, se evidenció la vigilancia de su caso por el Programa de Prevención y Control de las IAAD del HTC.

Expone que el 27 de octubre se obtuvieron nuevos resultados de cultivos positivos para *serratia marcescens*.

Indica que en las anotaciones de 6, 10 y 13 de noviembre, se solicitó reevaluación por infectología.

El 14 de noviembre, en vigilancia de Programa de Prevención y Control IAAS se anotó que no requería cambio de catéter central, pero el 17 noviembre se dejó constancia de “signos de infección CVC”; se ordenó el retiro de CVC y cultivo de punta catéter.

El 24 de noviembre lo evaluó infectología, se mantuvo meropenem y tygacil. El 27 de noviembre se anotó que dichos antibióticos se suministraron por *Serratia M*.

El 12 de diciembre de 2014 se realizó nuevo aseo quirúrgico, cuyo diagnóstico preoperatorio fue fractura pierna izquierda infectada.

El 15 de diciembre se anotó “desde el 12 de diciembre con deposiciones diarreicas con sangre”; se le indicó examen toxina



Clostridium Difficile. El mismo día fue evaluado por infectólogo quien anotó que en los cultivos tomados el 12 de diciembre se mantenía desarrollo de serratia marcescens; reiteró solicitar examen de toxina clostridium difficile.

El 19 de diciembre de 2014 se dejó constancia de reunión clínica, indicando que hay “falla de tratamiento antibiótico por osteomielitis crónica”. Señala como opción “Retiro de material OTS (osteosínteis), aloinjerto e instalación de fijador externo en vías de preparación para amputación supracondílea femur izquierdo”.

Precisa que este mismo día se le informó de la opción de amputación. Ante ello, solicitó alta para considerar otras opciones, pero seguiría con controles. Efectuó nuevo reclamo vía OIRS ante el negligente tratamiento y la radical opción propuesta.

Acota que el 6 de enero de 2015 se anotó en su ficha sobre una reunión clínica de rodilla, en donde se apuntó que “se le explica (al paciente) que única solución es amputar”.

Luego, en control de traumatología de 13 de enero de 2015 se anotó “se toma la decisión de amputación para detener la infección”.

En control de 19 de febrero se anotó “evaluación en reunión clínica con infectología se decidió amputación”.

Relata que el 31 de agosto de 2015, tras varios reclamos vía OIRS, intentaron salvar su pierna, por lo que se hospitalizó y le realizaron una ostectomía tibia peroné, retiro OTS, cultivos, biopsia e instalación fijador externo Taylor.

Detalla que el 8 de septiembre se obtuvieron los resultados de cultivos: 8 positivos para serratia marcescens y 2 productores carbapenemasa.

El 9 de septiembre en nueva interconsulta con infectología, el Dr. Mella anotó “paciente conocido portador de osteomielitis crónica de pierna izquierda que recibió meses de tratamiento antibiótico ajustado a aislamiento persistente de serratia marcescens. A pesar de lo anterior, se evidenció fracaso clínico evidente. En éste marco, en intento de salvar extremidad, se le realizó el 31 de agosto de 2015 ostectomía tibia peroné, retiro OTS, cultivos, biopsia e instalación de fijador externo tipo Taylor.



Cultivos óseos positivos para *serratia marcescens* (R) (resistente) a imiperem y susceptible a meropenem”. Se agregó Tygacil y Flipeclina.

Expone que en protocolo operatorio de aseo quirúrgico de 17 de septiembre de 2015 se anotó “infección no controlada. Evidente regresión con respecto de aseo anterior”. Luego, en el aseo quirúrgico de 21 de septiembre se anotó “gran compromiso celular subcutáneo”, lo que se repitió en los aseos de 23 y 25 de septiembre.

Indica que el 24 de septiembre se anotó “paciente en similar estado con tórpida evolución de herida y tejidos de su pierna pese a tratamiento quirúrgico con aseo cada 48 horas más antibióticos amplio espectro con riesgo inminente de una eventual amputación según evaluación próxima”.

El 29 de septiembre, en evaluación infectología, se apuntó “evolución tórpida, mantiene aislamiento de *serratia marcescens* MDR (multi drug resistance).

Señala que una vez completado el tratamiento antibiótico se le dio de alta el 3 de diciembre de 2015 a la espera de su evolución.

El 26 de enero de 2016 fue a control para comenzar la corrección de ejes, pero el Dr. Vergara estaba de vacaciones, y el médico que lo atendió anotó “personalmente no recuerdo cómo usar el programa ni tengo antecedentes previos de otras correcciones. Se deja ATB cloxacilina”.

Refiere que en el control de 1 de febrero de 2016 se inició corrección de angulación.

Añade que en anotación de 17 de marzo de 2016 se dejó constancia de reunión clínica de doctores Elgueta, Mella, Montecino, Vergara y Herrera, indicándose que “No existe posibilidad de continuar con más intervenciones quirúrgicas porque existen fundadas evidencias de que aún existe infección en su pierna. Por lo tanto, se plantearon las siguientes opciones: 1. Amputación supracondílea fémur izquierdo. 2. Mantener fijador externo hasta reevaluación”.

El 14 de abril de 2016 se hospitalizó para evaluación quirúrgica y como antecedentes se anotó *serratia-osteomielitis* crónica. Razón de hospitalización: amputación según decisión de equipo.

El 15 de abril se anotó “ant. *Serratia marcescens* (MR)” (multi resistente).



Precisa que ante lo avanzado de la infección y la inexistencia de posibilidades de salvar su pierna, es que no le quedó más opción que aceptar la amputación, lo que ocurrió el 20 de abril de 2016. Estuvo hospitalizado hasta el 2 de mayo, fecha en que se le dio de alta.

En otro apartado, se refiere a la falta de servicio imputada al Servicio de Salud Concepción.

En este sentido, expone que dicha entidad prestó un funcionamiento o realizó una prestación a favor de su persona, pero que fue defectuosa y tardía.

Sostiene que las infecciones que lo afectaron son de naturaleza intrahospitalaria.

Explica que la *Serratia Marcescens* es un bacilo Gram negativo de la familia Enterobacteriaceae que puede encontrarse en la flora intestinal del hombre y animales, en el ambiente y en reservorios pobres en nutrientes como el agua potable, cañerías y llaves, así como también en insumos hospitalarios como jabones, antisépticos, etc. Su adquisición es mayoritariamente nosocomial, especialmente en unidades de cuidados intensivos, siendo secreciones respiratorias, heridas y orina, sitios frecuentes de colonización. Refiere que existen reportes de brotes epidémicos de *S. marcescens* que señalan como potenciales fuentes de transmisión los equipos de ventilación mecánica, desinfectantes, jabones y manos, otorgándose un rol fundamental en su origen al quiebre de la técnica aséptica, la reducción en la frecuencia en el lavado de manos y el incumplimiento de las normas destinadas al control de infecciones nosocomiales.

Agrega que el concepto de infección intrahospitalaria como fenómeno médico ha mutado a medida que se ha ido profundizando en el estudio de este particular tipo de afección. En 1994 el Centro para el Control de las Enfermedades (CDC), de Atlanta redefinió el concepto de Infección Intrahospitalaria, estableciendo el concepto vigente hoy en día para la ciencia médica, definiéndolas como: "Toda infección que no esté presente o incubándose en el momento del ingreso en el hospital que se manifieste clínicamente, o sea descubierta por la observación directa durante la cirugía, endoscopia y otros procedimientos o pruebas diagnósticas, o que sea basada en el criterio clínico. Se incluyen aquellas



que por su periodo de incubación se manifiestan posteriormente al alta del paciente y que se relacionen con los procedimientos o actividad hospitalaria, y las relacionadas con los servicios ambulatorios”.

Cita diversos ejemplos de jurisprudencia sobre la materia.

Manifiesta que el hecho de haber sido afectado por una infección intrahospitalaria indica desde ya que existió un tratamiento defectuoso.

La infección por *Serratia Marcescens* fue detectada el 16 de enero de 2014, fecha en que según la ficha clínica se obtuvieron los resultados de los cultivos tomados el 10 de enero de 2014. Es decir, fue detectada casi 2 meses después de haber ingresado al Hospital Traumatológico de Concepción. Pero su carácter de infección intrahospitalaria se confirma, además, de la fecha en que surgió por la resistencia que presentó a diversos antibióticos. Acota que es un principio universal en infectología que los gérmenes nosocomiales presentan una mayor resistencia a los antibióticos que los gérmenes de la comunidad que son mayoritariamente sensibles a aquellos. Añade que la multirresistencia a antibióticos de la infección por *Serratia Marcescens* que lo afectó, se confirmó en los diversos antibiogramas realizados, y también por el hecho que en múltiples ocasiones se identificó por los propios médicos en la ficha clínica que se trataba de un cultivo positivo para *Serratia Marcescens* “multirresistente”.

En cuanto al incumplimiento manifiesto en las obligaciones que corresponden a profesionales de salud, como son los dependientes del servicio demandado, expresa que debe considerarse que integra el concepto de eficacia asistencial, lo que se ha denominado como la continuidad de la prestación asistencial, la que se define como “la medida en que la atención necesaria se provee de forma ininterrumpida y coordinada, es decir, la continuidad sería el tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado dentro de la dimensión científico técnica de la calidad asistencial”.

Estima que una contravención a este principio, por ejemplo, sería la deficiente coordinación entre las unidades de especialidades médicas al no cumplirse con las derivaciones que un sector de especialidad refiriese a otra área especializada para obtener un diagnóstico íntegro y coordinado de las dolencias del paciente.





Afirma que en el caso de autos existió una falta de diagnóstico control suficiente y seguimiento efectivo y eficaz respecto de la infección “Serratia Marcescens” que se le detectó el 16 de enero de 2014; tampoco se le dio mayor importancia a la Necrosis que le afectaba en la zona injertada de lo que se dejó constancia el 20 de marzo de 2014.

Que el hecho que se haya realizado la pseudo interconsulta de infectología de su caso pero sin su presencia, sin analizar sus heridas operatorias, injertos o infecciones, y haber hecho siquiera alusión a ellas, constituye asimismo un tratamiento defectuoso.

Luego, que dada la tardanza en la dinámica de su tratamiento (un mes de espera), al reingresar al hospital se evidenció que sus infecciones y tejido necrosado continuaban avanzando. Este retraso de más de un mes en mi hospitalización, a pesar que se había indicado que su intervención debía hacerse “a la brevedad, hoy mismo”, constituye un funcionamiento tardío del servicio prestado.

Reitera lo dicho con respecto a la cronología de los hechos, para a continuación expresar que queda en evidencia que el retraso de 9 meses en la realización de interconsulta a algún infectólogo que evaluara su caso constituye un retraso injustificado en la prestación del servicio, un funcionamiento tardío del mismo, puesto que cuando por fin esa interconsulta se realizó, sus infecciones ya habían derivado en una Osteomielitis Crónica, que si bien se intentó tardíamente tratar y combatir, ello no se logró dado el avance de la infección Serratia Marcescens que el hospital nunca pudo controlar, lo que derivó en definitiva que tuviese que amputársele la pierna izquierda el 20 de abril de 2016.

Detalla que la Osteomielitis es una infección del tejido óseo del hueso causada por microorganismos patógenos lo que genera inflamación aguda, aumento de la presión intraósea, trombosis e isquemia que derivan en necrosis ósea. Las manifestaciones clínicas incluyen dolor, fiebre, impotencia funcional, eritema progresando luego a osteomielitis crónica. Por el tiempo de evolución, se clasifican en osteomielitis aguda, la cual es menor de 6 semanas, mientras que la osteomielitis crónica, mayor de 6 semanas.

A continuación, reproduce lo que señala la doctrina respecto de la obligación y prestación médica.



De lo dicho, manifiesta que por sobre el hecho de que las infecciones que lo afectaron fueron adquiridas en el propio Hospital Traumatológico de Concepción, éstas no solo no se lograron erradicar, sino que además se le dio de alta en dos oportunidades, aun cursando dicha infección, sin que fuere evaluado por un infectólogo, en circunstancias que en ambos casos, según la propia ficha clínica, existían interconsultas con infectología pendiente. Que era conocida su condición de estar cursando tales infecciones al momento de dársele el alta (por traumatólogos, no infectólogos), aun sabiendo los riesgos que ellas implicaban para la condición de su pierna. Que la amputación de su pierna era totalmente evitable si no hubiese adquirido la infección intrahospitalaria, o ésta hubiese sido correcta y oportunamente detectada y tratada por algún especialista infectólogo.

Con respecto al derecho, se refiere a la Ley 19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud, citando al efecto su artículo 38.

Luego, expone acerca de la falta de servicio del Estado, la que emana primeramente de lo dispuesto en la Constitución Política de la República y de la Ley de Bases Generales de la Administración del Estado n°18.575, tal como lo ha reconocido la Corte Suprema en los ejemplos que cita.

Se da por reproducido la doctrina citada por el actor por razones de economía procesal.

Precisa que la responsabilidad por falta de servicio no es una responsabilidad subjetiva, por cuanto no es necesario entrar a considerar la conducta dolosa o culpa del agente público causante del perjuicio, pero tampoco puede considerarse una responsabilidad objetiva ya que este especial tipo de responsabilidad requiere la concurrencia necesaria del factor de atribución el cual es la falta de servicio público.

Así, esta es la actual conceptualización de la naturaleza de la responsabilidad del Estado y de su factor de atribución como factor distinto de la culpa personal del funcionario pero que se traduce en una especie de “culpa del servicio” cuando debiendo obrar de acuerdo a ciertos cánones de conducta, determinados por la ley o por la interpretación de la norma que establece la función pública respectiva, se incumple con la prestación del servicio que la Administración tenía el deber de prestar, sea prestado tardíamente o sea prestado en una forma defectuosa de



conformidad con el estándar de servicio que el público tiene derecho a esperar.

Tratándose de los daños y perjuicios, refiere que es evidente que producto de las negligencias denunciadas, sufrió graves daños materiales y morales, siendo estos últimos los que se demandan en esta causa.

Que hasta el día en que fue internado en el Hospital Traumatológico de Concepción, llevaba una vida absolutamente normal, era completamente autovalente y se ocupaba de las cosas de su vida y su hogar.

Precisa que ha sufrido una tremenda aflicción, en primer lugar, por las diversas operaciones que debieron realizársele por un periodo de más de dos años, derivadas de una infección que no tenía cuando ingresó al Hospital Traumatológico de Concepción.

Producto de las infecciones intrahospitalarias que adquirió, así como del negligente tratamiento que se le otorgó para erradicarlas, debió internarse en 3 ocasiones más, luego de las altas injustificadas de sus dos primeras hospitalizaciones. Esas tres internaciones no debieron existir de no haberme infectado de dicha infección, o si se hubiera erradicado efectivamente la misma.

Que todas las hospitalizaciones se requirieron para tratar la infección adquirida, enfermedad distinta por la que ingresó al Hospital Traumatológico de Concepción. Añade que el hecho de encontrarse hospitalizado por más de 7 meses, lejos de su familia lo afectó en mi espíritu, fue decayendo en un desánimo que se fue acrecentando día a día.

Manifiesta que el mayor daño que se le produjo fue aquel derivado de la amputación de su pierna izquierda, puesto que su calidad de vida se vio seriamente disminuida.

El agrado de vivir se ha mermado al faltarle la extremidad, aunque con fortaleza ha tratado de superar sus limitaciones, pero sabe que ya nada será como antes.

Tiene movilidad reducida y actualmente fue calificado con un Grado Global de Discapacidad del 46%.

Además, estéticamente se ha visto muy perjudicado. La falta de una pierna no es reemplazable por una prótesis, la que solo viene a ser un paliativo necesario para tratar de volver a caminar; se encuentra en la



imposibilidad de practicar la mayoría de los deportes o actividades recreacionales que antes sí realizaba, como el fútbol o simplemente correr, además de no poder hacer fuerzas ni cargar cosas.

En conclusión, por lo expuesto, es que demanda la suma de \$120.000.000 por concepto de daño moral.

A folio 7, don Fernando Núñez Chávez, abogado, por la demandada, contestando la demanda, solicita el rechazo de la misma, con costas.

En primer lugar, se refiere a los hechos. Expone que las alegaciones de la demandante carecen de fundamento, no existiendo falta de servicio por parte de los profesionales del Hospital Traumatológico de Concepción; por el contrario, se actuó en estricto cumplimiento a los protocolos médicos existentes para el tipo de lesión que afectaba al actor, agotando todos los esfuerzos humanos y económicos por parte del Servicio de Salud Concepción para dar una adecuada atención médica.

Precisa que la lesión sufrida por el demandante fue una fractura expuesta por arma de fuego denominada Gustillo y Anderson, grado 3, que es la más grave de las fracturas abiertas, siendo definida por la bibliografía médica como “lesión con pérdida amplia de stock óseo y tejido blando (músculo, etc.), lo que corresponde a un traumatismo de alta energía con un alto índice de infección”; de esta manera, estas fracturas son tan graves que la cicatrización es de por lo menos 74 semanas, esto es, 18,5 meses, y lo que se indica como aconsejable es la imputación inmediata. Sin embargo, se decidió efectuar todos los esfuerzos por salvar la extremidad en atención a que el paciente lo solicitó en todo momento.

Indica que en cuanto a la infección sufrida, detalla que este tipo de lesión, al ser una fractura expuesta con una superficie muy amplia en contacto directo con el ambiente, tiene alto índice de infección, y que lo más probable es que se contaminó al momento de sufrirla, y lo que se hizo en el hospital de manera inmediata fue estudiar qué tipo de infección y atacarla con el antibiótico correspondiente.

Afirma que siempre estuvo con un tratamiento en contra de las infecciones con antibióticos de amplio espectro, y luego de identificar el tipo de infección se atacó con el antibiótico específico, ya que este el procedimiento que se debe utilizar con los pacientes que ingresan con este tipo de lesiones ya que es imposible saber el tipo de infección que tiene de



inmediato, por lo cual se hace un cultivo para estos efectos y durante el periodo que se espera el resultado se aplican antibióticos de amplio espectro. Por ello, es imposible determinar donde adquirió la infección el paciente.

Indica que no es efectivo lo señalado por el actor en cuanto a que en la ficha clínica el 16 de enero de 2014 se registró que “adquirió una infección intrahospitalaria”, ya que lo se registró es que ese día llegó un cultivo que se había hecho en diciembre de 2013 el cual arrojó que tenía una infección staphilococcus epidermis resistente a meticilina, lo que significa que era resistente a los antibióticos de uso común; otro cultivo de 10 de enero de 2014 informo serratia marcescens sensible a meropenem, es decir, resistente a todos los otros antibióticos, multiresistente.

Luego, en la anotación del 24 de abril de 2014 el actor indica que el infectólogo lo revisó sin su presencia, lo que es falso ya que el profesional examinó al paciente lo cual consta en el historial clínico, lo revisó a las 10:30 am, registró sus signos vitales, y que desde el ese día podía retirarse el aloinjerto.

Explica que el aloinjerto consiste en el hueso de cadáver que se utiliza en estos casos cuando al paciente le falta un trozo de hueso y se le injerta; el trozo de hueso se compra a través de una licitación pública, se adjudica a una empresa en Santiago que distribuye productos médicos quien la adquiere de un banco de huesos en EE.UU, por lo que existen tiempos de gestión mínimos y variables, siendo el costo aproximado de \$15.000.000. Por lo que cuando el paciente afirma que desde el 20 de marzo de 2014 se produjo una demora en la atención, se debió a la complejidad de las acciones clínicas.

Señala que el aloinjerto se operó el 30 de mayo de 2014. Posterior a esta cirugía, el cultivo que se realizó arrojó como resultado el 3 de junio de 2014 que presentaba serratia marcescens, procediéndose a aplicar tratamiento antibiótico.

Expresa que en cuanto a la eventual demora en la atención de un infectólogo, esto no responde a una mala gestión del hospital, sino que a tiempos normales dentro del sistema público de salud donde no se cuenta con especialistas las 24 horas disponibles. Hace presente que en la fecha que menciona el actor, el Hospital Traumatológico no contaba con



infectólogo contratado por 44 horas, por lo que debió solicitarse al Hospital Regional.

Precisa que el hecho de haberse dado el alta el 5 de agosto de 2014 al demandante, y que éste alega como una irregularidad, ese día se registró en el historial clínico que se encontraba afebril y en buenas condiciones generales, por lo que el alta no responde a irregularidad alguna; además, el hecho de encontrarse pendiente su interconsulta con el infectólogo no impedía que se le diera el alta ya que este tipo de tratamiento se puede aplicar de manera ambulatoria no existiendo ninguna irregularidad en este hecho.

Sostiene que el paciente presentaba una osteomielitis crónica hace meses, por lo que no es que se le diagnosticara esta patología en la consulta del 26 de agosto 2014.

Agrega que el 9 de septiembre de 2014 el infectólogo revisó al paciente y registró en la ficha que se practicó tratamiento de antibiótico por 42 días, pero nunca resolvió que debía retirarse el aloinjerto ni que el tratamiento antes suministrado no era el adecuado como lo afirma el actor, sino que se mantuvo.

En cuanto al programa de Prevención y Control de IASS (infecciones intrahospitalarias) refiere que éste se aplica a todos los pacientes cuando se les instala un catéter, siendo parte del protocolo del Hospital Traumatológico. Expresa que los signos de infección del catéter central que se registró el 19 de noviembre de 2014 es una situación posible de que ocurra cuando éstos se mantienen instalados en el paciente por lapsos de tiempo prolongados, pero no responde a un problema de mala praxis médica.

Expone que en reunión clínica de 19 de diciembre de 2014, después de más de un año de tratamiento de agotar todos los esfuerzos por parte de su representada, y considerando que el actor en todo momento se negó a la amputación de su pierna, se resolvió que debido a la osteomielitis crónica debía otorgarse al paciente las siguientes opciones: a) amputación supracondilea fémur izquierdo; b) retiro material de osteosíntesis y aloinjerto e instalación de fijador externo en espera de amputación.

Apunta que el 8 de enero de 2015 se citó al paciente a reunión clínica y se le informó que se debía amputar, frente a lo cual el paciente



señaló que quería pensarlo y solicitó una nueva reunión clínica para un mes más. El 3 de junio de 2015 se confirmó que no procedía más tratamiento, evidenciando en la ficha clínica que el paciente agredió verbalmente al personal del hospital.

Se procedió a la amputación en abril de 2016 ya que era imposible salvar la pierna, después de más de un año de tratamiento donde no se reservaron recursos en beneficio del actor, todo lo cual consta en la ficha clínica.

Acota que el actor, a pesar de todas las consideraciones que se tuvo con él, se comportó de manera reiterada en forma agresiva con el personal del hospital, no permitía la aplicación de su tratamiento de manera permanente, llegando incluso a fugarse del hospital, abandonando su tratamiento e indicaciones médicas el 1 de mayo de 2016, lo cual también es un factor a considerar ya que lo complejo de su lesión requería un comportamiento de estricto cumplimiento a las indicaciones clínicas.

En otro punto, sostiene la no existencia de irregularidades alegadas por el demandante, el cual las desglosa en dos hechos: a) adquisición de infecciones intrahospitalarias; b) incumplimiento manifiesto en las obligaciones que corresponden a profesionales de la salud.

En cuanto al primero de ellos, expresa que este hecho no está acreditado ni existe antecedente alguno que así lo demuestre. Si bien el actor tuvo una serie de infecciones, esto se debió a la naturaleza de la lesión que sufrió, las cuales sufren infecciones de manera inmediata, por lo cual es imposible afirmar si el paciente llegó al servicio de urgencia sin la infección; lo que sí es demostrable y consta en los registros clínicos es la naturaleza de la lesión, la gravedad de ésta y que se le aplicaron desde el primer momento los tratamiento antibióticos correspondientes, por lo que no es efectivo lo que afirma el demandante en el sentido de que esto se debió a un tratamiento defectuoso.

En cuanto al segundo hecho, refiere que del solo examen de la ficha clínica se acredita que se actuó en todo momento de manera diligente y acertada en base a fundamentos clínicos ciertos. El alta médica no estaba contraindicada, por lo que no responde a irregularidad alguna; en cuanto a los tiempos de demora, son los mínimos de gestión en un establecimiento asistencial de la red pública de salud, pero que en ningún caso se deben a



una mala praxis o un deficiente trabajo, remitiéndose a lo señalado en esta materia.

Con respecto al derecho, se refiere al concepto de falta de servicio, para luego expresar que en el caso de autos no existe tal puesto que el servicio se prestó en forma diligente, adecuada y oportuna, ya que ante el diagnóstico confirmado por distintos profesionales especialistas en el área de la traumatología, los médicos actuaron conforme lo dicta la *lex artis*.

En todo caso, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 1698 del Código Civil, es el particular quien deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio.

En lo referente a la naturaleza de la obligación y prestación médica, detalla que en doctrina, la obligación médica en general son obligaciones de medio y no de resultados; es en general, por cuanto existen algunas que son de resultado, como las cirugías estéticas y algunos exámenes de laboratorio.

Agrega que la obligación médica sea en general de medios y no de resultado, trae como consecuencia que el profesional médico no está directamente obligado a sanar al paciente, sino a desplegar todos los medios en dirección a ese fin y en esa actuación se encuentra obligado a actuar diligentemente y será de cargo del demandante acreditar aquella falta de diligencia. Cita jurisprudencia al respecto.

En relación a los daños y perjuicios, indica que el daño moral debe probarse, así lo ha sostenido la doctrina que cita.

Tratándose de la calificación de esta responsabilidad como objetiva, subjetiva u objetiva atenuada, señala que el legislador tuvo particularmente en cuenta la necesidad de probar la culpa o el mal funcionamiento del servicio al establecer el sistema de responsabilidad, de lo que se puede concluir que quien pretenda ser indemnizado por una supuesta falta de servicio deberá probarla, tesis que ha sido reafirmada por la jurisprudencia de nuestros tribunales. En definitiva, la Corte Suprema es de la opinión que la responsabilidad comprometida es de carácter subjetiva u objetiva atenuada. Además, esta pareciera ser la opinión del legislador en la Ley 19.966 cuando en su artículo 38 señala que “Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria será responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio. El particular deberá





acreditar que el daño se produjo por acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio”.

Manifiesta que el actor se limitó a citar una serie de normativas de carácter general que se refieren a la responsabilidad de los órganos del Estado, pero sin precisar de qué manera el Hospital Traumatológico incurrió en la infracción de éstas. No señala en forma clara, precisa y fundamentada de qué manera el hospital supuestamente no prestó el servicio requerido por el actor, o si lo hizo de manera tardía o defectuosa; solo se limita a señalar, luego de hacer una relación de los hechos, que existió falta de servicio o subsidio negligencia por parte del hospital.

Estima que la demanda debe ser rechazada ya que no existe daño alguno causado al actor, sino que solo un conjunto de atenciones y tratamientos que se practicaron de manera oportuna, todo lo cual consta en la ficha clínica.

Finalmente, afirma que no existe relación causal entre la supuesta falta de servicio y el daño.

Si el demandante sostiene que se le causó un daño a su salud producto de una atención tardía del Hospital Traumatológico, debe acreditar que efectivamente el tratamiento que se otorgó no fue el correcto y que el actual estado de salud que presenta se debe a estos hechos, todo lo cual no ocurre en la especie, ya que el supuesto daño sufrido se debió al tipo de lesión que sufrió, y que si existió retardo en alguna parte del tratamiento otorgado, se debió al pésimo comportamiento presentado por el actor, quien llegó a fugarse del hospital, presentado en reiteradas oportunidades conductas agresivas e inapropiadas con el personal del hospital, dificultando su tratamiento.

A folio 12, se evacuó el trámite de la réplica, y a folio 17 se tuvo por evacuado el de la dúplica en rebeldía.

A fojas 24, se citó a las partes a audiencia de conciliación, la que tuvo lugar con la asistencia del apoderado de la demandante, don Zakjaris Rojas Luna, y en rebeldía del demandado. Dado cuenta el objeto de la audiencia y la rebeldía anotada, no se produjo conciliación.

A folio 28, se recibió la causa a prueba.

A folio 74, se citó a las partes para oír sentencia.



### **CON LO RELACIONADO Y CONSIDERANDO:**

1°.- Que, don Claudio Andrés Escobar Chavarría, empleado, interpuso demanda de indemnización de perjuicios por los daños causados por falta de servicio en contra del Servicio de Salud de Concepción, persona jurídica de derecho público, representada legalmente por su director, don Marcelo Eduardo Yévenes Soto, médico cirujano, o por quien lo subroge o represente en su cargo, solicitando se le condene a pagar la suma de \$120.000.000 por concepto de daño moral, o la suma mayor o menor que el tribunal estime conforme al mérito de autos, reajustada conforme a la variación del IPC o el indicador que haga sus veces, entre la fecha de ocurrido el hecho dañoso y la de su pago efectivo, más intereses corrientes para operaciones reajustables por el mismo periodo, o lo que el tribunal determine, con costas, y conforme a los argumentos indicados en la parte expositiva de esta sentencia.

2°.- Que, don Fernando Núñez Chávez, abogado, por la demandada, solicitó el rechazo de la demanda, con costas, de acuerdo a los fundamentos expuestos en la sección anterior del fallo.

3°.- Que, el demandante, con la finalidad de acreditar los fundamentos de hecho de su pretensión, rindió prueba instrumental y testimonial.

### **DOCUMENTAL:**

Acompañó los siguientes documentos:

**A folio 1:** a) copia de Certificado de Término de Mediación de fecha 29 de noviembre de 2017.

**A folio 49:** b) set de 4 fotografías; c) Copia de Credencial de Discapacidad de Claudio Escobar Chavarría.

**A folio 50:** d) Ficha Clínica N° 209382 de Claudio Escobar Chavarría del Hospital Traumatológico de Concepción.

**A folio 51:** e) Copia del documento “Reconstrucción de extremidad inferior”, Brian M. Parrett, Julián J. Pribaz, Revista Médica Clínica Las Condes - 2010; p. 76-85; f) Copia del documento “Microcirugía Reconstructiva en Trauma de Extremidades Inferiores”, Günther Mangelsdorff G., Rev. Médica Clínica Las Condes-2016; p.54-64; g) Copia



del documento “Serratia marcescens. Retrato Microbiológico”, Francisco Silva O., Revista Chilena de Infectología (2010); 27 (3): pág. 209–210; h) Copia del documento “Serratia marcescens: Descripción de un brote de infección intrahospitalaria”, M. Teresa Dossi, Marcela Escalona, Cristián Serrano, M. Angélica Silva D.; Chrystal Juliet L., Alejandra Fernández V., Verónica Leiva C. y Jorge Fernández O., Revista Chilena de Infectología (2002); 19 (4): pág. 262–266; i) Copia del documento “Brote de infección nosocomial por Serratia marcescens asociado a contaminación intrínseca de clorhexidina acuosa”, Beatrice Hervé, May Chomali, Cecilia Gutiérrez, Mariana Luna, Jeannette Rivas, Rodrigo Blamey, Ricardo Espinoza, Giannina Izquierdo, Catalina Cabezas, Claudia Álvarez y Sebastián de la Fuente, Revista Chilena de Infectología (2015); 32 (5): pág. 517–522; j) Copia del documento “Aislamiento de Serratia marcescens en herida quirúrgica”, Ledys Pérez Morales Yenisbel Valdivia Portales Acelia Torres Morel, Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Agosto 2017, Volumen 15, N° 4, p. 538–544; k) Copia del documento “Osteomielitis”, J. M. Aguado García, Revista Medicine; 8 (84), p. 4525–4528; l) Copia del documento: “TEMA 9–2013: Infecciones óseas Primarias. Osteomielitis agudas y crónicas. Infecciones específicas”, Daniela Jiménez Soto, Javier Soto Fallas, Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR–HSJD, Año 2013, Vol. 3, N° VIII, p. 7 –17; m) Copia del documento: “La Osteomielitis: Concepto, Etiología, Fisiopatología, Diagnostico: Clínico, Laboratorio, Imagenológico, Tratamiento Clínico y Quirúrgico, Complicaciones y Pronóstico” Zambrano Sánchez Carla Anabell, Tesis Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud. Carrera de Ciencias Médicas. Universidad Técnica de Machala. 2017; n) Copia del documento “Exento N° 350 del Ministerio de Salud”, de 24 de octubre de 2011, que aprueba la Norma Técnica N° 124 sobre programas de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS); ñ) Copia del “Ordinario C13/N° 1072 “MAT.: Envía instrucciones sobre evaluación del cumplimiento de Norma Técnica N° 124 en hospitales”, de fecha 05 de abril de 2012, emitido por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Gobierno de Chile, dirigido a los Directores de los Servicios de Salud del país; o) Circular N° 11 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Gobierno de Chile, sobre “Norma técnica sobre prevención y control de infecciones: Vigilancia Nacional de Resistencia a los antimicrobianos en bacterias que pueden



producir infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)”, de fecha 28 de mayo de 2012; p) Circular N° 09 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Gobierno de Chile, sobre “Precauciones estándares para el control de infecciones en la atención en salud y algunas consideraciones sobre aislamiento de pacientes”, de fecha 13 de marzo de 2013; q) Copia del documento “Infecciones Intrahospitalarias: Conceptos actuales de prevención y control”, Revista Chilena de Urología, Volumen 71/N°2, Año 2006, págs. 95 a 101; r) Copia del documento “Infecciones Intrahospitalarias: Agentes, Manejo Actual y Prevención”, Pérez Montoya, Luis Humberto, Zurita Villarroel Ingrid Margoth, Pérez Rojas Ninoska, Rev. Cient Cienc Med. Dic. 2010, vol. 13, N° 2, p. 90–94; s) Copia del documento: “Infección asociada a cuidados sanitarios (infección nosocomial)”, C. Fariñas-Álvarez, R. Teira-Cobob y P. Rodríguez-Cundína, Rev. Medicine. 2010; 10 (49); p. 3293–3300; t) Copia del documento “Red de vigilancia de resistencia antimicrobiana PRONARES. Informe primer semestre 2001” Revista Chilena de Infectología (2002); 19 (Supl. 2): S 140–148; u) Copia del documento: “Higiene de Manos y Resistencia Bacteriana a los Antibióticos” Ana M. Demetrio R., Jorge Varas C, Rev. Obstet. Ginecol. Hosp. Santiago Oriente, Dr. Luis Tisné Brousse, 2009; Vol 4(1): 61–65; v) Copia del documento: “Resistencia Bacteriana en Chile”, Patricia García C., Revista Chilena de Infectología, 2003; 20 (supl 1): S11–S23; w) Copia del documento “Mecanismos de resistencia a los antibióticos en bacterias Gram negativas”, José David Tafur, Julián Andrés Torres, María Virginia Villegas, Asociación Colombiana de Infectología, Volumen 12, N° 3, Septiembre de 2008, p. 223–233; x) Copia del documento: “Vigilancia de resistencia a antimicrobianos en bacterias que pueden producir infecciones asociadas a la atención en salud.”, Boletín Instituto de Salud Pública de Chile, Ministerio de Salud, Vol. 5, N° 4, Abril 2015.

Obtuvo además que el demandado exhibiera en audiencia realizada a folio 70, los siguientes documentos, y que fueran custodiados en la custodia n°858–2019: 1) copia de los Programas de Control de Infecciones (PCI) desde el año 2013 al 2016; 2) Índices de Control Estadísticas desde el 2013 al 2016; 3) Actas, informes, inspecciones y diagnóstico de la situación epidemiológica, elaborado por el Equipo de Vigilancia y Control de Infecciones Intrahospitalarias del Hospital Traumatológico de Concepción, elaborado desde el 2013 al 2016; 4) Evaluaciones periódicas



efectuadas entre el 2014 al 2016 por el Servicio de Salud Concepción, en aplicación del numeral 7.2 de la Norma Técnica n°124, sobre programas de Previsión y Control IAAS. Se dejó constancia que la información contenida del 2013 no se presenta y que la del 2014, 2015 y parte del 2016 se encuentra contenida en los puntos 1, 2 y 3 precedente.

### **TESTIMONIAL:**

Se hizo valer de la declaración de los testigos Jessica Provoste Painemilla, Nicole Molina Carrasco (folio 57) y José Garrido Illanes (folio 63).

La primera testigo, al punto n°1, declaró que conoce al demandante desde hace unos 6 años ya que son compañeros de trabajo en la Vega Monumental.

Relata que el 17 de noviembre de 2013 don Claudio, producto de un asalto sucedido ese día, unos antisociales le dispararon con una escopeta en su pierna izquierda la que resultó seriamente dañada, resultando con una fractura expuesta de tibia y peroné, por lo que fue conducido de urgencia, primero al Hospital Regional de Concepción y luego al Traumatológico. Agrega que como al tercer día de su internación en el traumatológico lo fue a visitar y recuerda que aún no lo operaban por estar en estudio su evolución, pudo ver en su pierna herida un fijador externo instalado en ella. Dice que otro aspecto a considerar es que el actor estuvo mucho tiempo ligado a este centro asistencial producto de su lesión. Detalla que la primera estuvo como 4 meses y medio internado ya que en este periodo sufrió una infección intrahospitalaria, lo que le consta porque en sus visitas se enteró de que una bacteria llamada *serratia marcescens* había ingresado a su organismo debido a que tenía su herida abierta. Relata que en esa primera vez se le hizo un injerto el cual pudo ver en una de sus visitas, pero que lamentablemente se le necrosó, esto en el mes de marzo de 2014. Recuerda que como ya estaba diagnosticada la bacteria su tratamiento fracasó debido a que el antibiótico recomendado era resistente a ésta. Indica que en abril de 2014 fue dado alta a pesar de tener la bacteria en su organismo, su tejido necrosado y pendiente de una consulta de infectología, la que nunca se llevó a cabo. Refiere que antes de su alta, recuerda que le tomaron una muestra cuyo resultado no llegó durante su internación, sino que al mes después, en mayo de 2014 cuando estaba en su casa se le comunicó que debía hospitalizarse urgente ya que se le debía



extirpar el injerto de su pierna y así salvársela. Que a fines de mayo de ese año fue ingresado por segunda vez al traumatológico, y en julio de 2014 se le hizo un segundo injerto, ya que previo a eso solo le hacían aseos quirúrgicos.

Recuerda que en sus visitas se iba enterando de que aún no le cambiaban el antibiótico, lo que les llamaba la atención ya que seguía de mal en peor. Añade que los análisis de laboratorio indicaban que la bacteria se mantenía en su cuerpo y su pierna ulcerada, lo que pudo ver personalmente. Expresa que se le hicieron reiterados injertos los que no se fijaban, se caían, y su herida se complicaba cada vez, por esto, el paciente debido a su gravedad empezó a exigir que lo tratara un infectólogo, donde el traumatólogo le indicaba que ese centro no contaba con ese especialista, por lo que tuvieron que pedir la cooperación de un profesional infectólogo del Hospital Regional de Concepción; refiere que Claudio fue dado de alta esta segunda oportunidad en agosto de 2014, donde le llamaba la atención el hecho de que seguía con la infección y la bacteria, sumado a que los injertos no se le fijaban en su pierna. Así lo pudo comprobar personalmente ya que luego de su alta lo iba a ver a su casa en el sector Boca Sur. Recuerda que en agosto de 2014 nuevamente volvió a ingresar al traumatológico, del cual fue dado de alta debido a que la infección había llegado al hueso de su pierna causándole osteomielitis crónica de su tibia izquierda, y recién en septiembre de 2014 lo pudo ver el especialista infectólogo, luego de casi 9 meses; profesional que siguió con el mismo tratamiento y sin verse recuperación alguna en el paciente. Agrega que en diciembre de 2014, con mucha pena y preocupación, el propio afectado le contó llorando que le habían dicho los doctores que para poder salvar su vida era posible que le tuvieran que amputar la pierna izquierda. Refiere que durante todo el año 2015, a petición del paciente, se trató de salvarle la pierna, donde lo que llama la atención era el hecho de que la bacteria nunca fue tratada con éxito, sino que se mantuvo. Debido a esto, el 20 de abril de 2016 fue operado y se le amputó la pierna izquierda.

Al punto n°2, expresa que sí, que por el hecho de ir a verla al hospital y en su domicilio en reiteradas ocasiones, pudo apreciar la evolución de su lesión y la falta evidente de servicio por parte del hospital traumatológico ya que recuerda que fue dado de alta, luego vuelto a ingresar para ser llevado nuevamente a este hospital donde en una de esas tantas, un profesional de la salud le había manifestado, dándole su mano,



de que se fuera tranquilo porque la infección ya estaba controlada. Lo daban de alta infectado, con tejido necrosado y sin la interconsulta pendiente al infectólogo.

Al punto n°3, sostiene que sí, lo cual está a la vista ya que se puede ver que debido a esta falta de servicio por parte de la demandada se le produjeron daños al actor, los que lo acompañaran por el resto de su vida, cuya naturaleza la percibió personalmente; se trataba de un joven que estaba lleno de vida antes del accidente, vital, trabajaba de manera ininterrumpida, practicaba deportes, andaba en bicicleta, incluso se transportaba en ella a su trabajo, donde en la actualidad tenemos a una persona distinta, no como la de antes, un discapacitado con todos sus padecimientos y amarguras, donde se le truncó su vida, ya que no podrá cumplir sus sueños y planes de vida; en la actualidad es un joven inválido, lo ha visto caerse varias veces, incrementándose su dolor e impotencia por este hecho. Señala que los montos reclamados los desconoce, pero el solo hecho de pensar en un joven que antes era vital, ahora discapacitado, que aún le queda mucho camino por recorrer, es invaluable.

Se le exhiben 4 fotos acompañadas a folio 49, responde que ellas muestras a Claudio mostrando el estado actual de su cuerpo, se puede ver la falta de su pierna izquierda y en las últimas dos aparece fotografiado con su prótesis. Sobre la prótesis, sabe y le consta porque lo ha visto con ella, que debido a la posición en la que se ubica, sobre rodilla, se desafloja con facilidad, lo que le ha provocado reiteradas lesiones en el muñón, incluyendo caídas.

La segunda testigo, Nicole Molina Carrasco, al punto n°1, depone que conoce al demandante desde hace unos 8 años porque fueron vecinos en el sector de Boca Sur.

Indica que través de su familia tomó conocimiento ese mismo día 17 de noviembre de 2013 que a Andrés lo habían asaltado unos delincuentes, los que además le habrían disparado en su pierna izquierda causándole una herida de fractura expuesta de tibia y peroné, siendo conducido primero a la urgencia del hospital regional y luego derivado al traumatológico.

Relata que debido a la expectación y como era conocido suyo, lo fue a visitar al traumatológico donde le pudo ver la pierna y lo impactado que



estaba por lo que le había sucedido, vio la pierna con un fijador externo y con mucho dolor. Refiere que a inicios de diciembre de 2013 en una intervención de aseo quirúrgico le tomaron muestras de sangre y en enero de 2014 se le hizo una osteotomía de su pierna lesionada; a mediados de ese mismo mes llegaron los resultados de las muestras tomadas, las que arrojaron que era portador de una infección intrahospitalaria que era la bacteria *serratia marcescens*, por ello, se le solicitó una interconsulta para atacarla, la que nunca se llevó a cabo, lo que le consta debido a que eso se comentaba por el propio paciente y por su familia. Añade que a fines de enero de 2014 le realizaron un injerto de piel el cual no se fijó, por lo que debió practicársele otro en marzo de 2014, donde lo que le llamaba la atención era que a esa altura de su hospitalización aún no era visto por un infectólogo, agravándose día a día su lesión.

Señala que en marzo de ese año se le diagnosticó necrosis distal en la zona de su pierna izquierda afectada, indicándosele injerto óseo. Que en abril de 2014, el 22, se le dio el alta en espera a que llegara el injerto, donde pasados dos días del alta, sin haber sido atendido por un infectólogo, con la infección y el tejido necrosado, el 24 de abril de 2014 se le comunicó que debía ser internado a la brevedad; recién después de un mes, mayo de 2014, le comunicaron por teléfono que debía ser internado nuevamente con el objeto de ser operado para realizarle un nuevo injerto óseo. Que se operó a fines de mayo de 2014 donde en un cultivo se detectó que aún permanecía presente en su cuerpo la bacteria *serratia*, manteniéndose el mismo antibiótico para su control.

Expresa que por el contrario a cualquier mejoría, el paciente según diagnóstico, está en presente de úlcera infectada pierna izquierda, la que en julio de 2014 aún se mantenía con interconsulta de infectólogo pendiente, a pesar de haber sido intervenido con un nuevo injerto el 3 de julio de 2014.

Relata que en agosto de 2014 se le dio el alta según firma del Dr. Elgueta, sin haberse efectuado la interconsulta con el infectólogo, y manteniéndose la bacteria *serratia* en su organismo. Que en el mismo mes de su alta, en un control rutinario, otro facultativo le dijo, al ser interrogado por el paciente, que no se preocupara por la bacteria ya que ésta ya había sido tratada, eliminada. Que a fines del mismo mes, se le reventó una fístula, por lo que vuelve al traumatológico siendo atendido





por el mismo doctor Vergara quien lo interna, diagnosticándole osteomielitis crónica tibia izquierda, quedando hospitalizado por este hecho. Refiere que durante esta hospitalización el paciente solicitó que lo viera un infectólogo, cosa que se materializó recién en septiembre de 2014, 9 meses después de que se le diagnosticó la bacteria, y no por un profesional infectólogo del traumatológico sino que del hospital regional, el Dr. Sergio Mella, quien le indicó a Claudio que debido a que la bacteria no fue eliminada, su lesión se había vuelto crónica, transformándose en una osteomielitis crónica.

Declara que entre los meses de septiembre a diciembre de 2014 trataron de salvarle la pierna a través de medicamento, sin éxito; por el contrario, en diciembre de 2014 se le informó al paciente que debía amputársele la pierna, y ante esta noticia el paciente se negó para buscar otras alternativas, donde a los meses después, en agosto de 2015, se hospitalizó para ver la evolución de la infección, la cual seguía no controlada. Debido a la gravedad de su lesión y a su estado de salud, el 20 de abril de 2016 le amputaron la pierna, encontrándose aún presente la bacteria serratia. Después de esta operación lo fue a ver a su casa y pudo ver los vendajes sobre la rodilla de la que fue su pierna.

Al punto n°2, expresa que sí, que la demandada incurrió en falta de servicio, para lo cual se remite a lo declarado. Agrega que Claudio fue asaltado, conducido a un centro hospitalario especialista en lesiones óseas, lugar en que no le brindaron las debidas atenciones, en especial haber sido dado de alta en presencia de la bacteria serratia en su cuerpo, situación que era de conocimiento del centro en el que estuvo hospitalizado.

Al punto n°3, expone que es efectivo, que tal como lo relató, si hubiera sido atendido debidamente, no estaríamos frente a esta falta de servicio, para lo cual se remite a lo declarado.

Señala que los montos demandados los desconoce, solo sabe que su vida cambió, ya no es el mismo de antes, le costado un montón poder continuar de manera normal, sea física, emocional y psicológicamente, ya que él era un joven vital, deportista y muy trabajador, y ahora es una persona discapacitada, que el simple hecho de desplazarse le significa un gran esfuerzo, sumado a la baja de su autoestima, para nada es fácil tener una extremidad menos, y lo que es peor, por una causa no propia.



Se le exhiben 4 fotos acompañadas a folio 49, y responde que en ellas se puede ver a Claudio con su pierna izquierda amputada por sobre la rodilla, sin poder sostenerse siquiera por sí mismo. En las otras dos fotos se puede ver con su prótesis actual.

El último testigo, José Garrido Illanes, al punto n°1, declara que esto pasó el 17 de noviembre de 2013 cuando lo asaltaron recibiendo un disparo en su pierna izquierda, siendo conducido al servicio de urgencia del hospital regional, donde lo hospitalizaron finalmente en el traumatológico. Dice que lo vieron los médicos y estuvo hospitalizado 5 meses, donde adquirió una infección serratia la cual no fue tratada a tiempo porque piensa que el traumatológico debió haberse preocupado más por la infección adquirida en el hospital, y además no lo vio un infectólogo a tiempo, ya que como hospital deben tener un especialista para detectar esa infección. Todo lo dicho le consta porque en la población se corrió la voz sobre este accidente. Agrega que luego de los 5 meses le dieron el alta sabiendo que no estaba en buenas condiciones ya que si estaba con infección cómo le dieron el alta, ya que cada vez la infección va subiendo más, lo que contagiando más.

Señala que después del alta tuvo que volver porque la infección se fue agravando, fue varias veces que estuvo desde el 2013, y la infección fue tanta que el 20 de abril de 2016 tomaron la decisión de amputarle la pierna, por lo que fue mal tratado, fue como negligencia médica.

Detalla que la primera vez estuvo 5 meses en el hospital, le dieron de alta, estuvo unos días en su casa, y volvió a hospitalizarse, estuvo como 4 a 5 veces, donde le decían que la infección fue controlada, y se fue de alta y realmente la infección no estaba controlada. Él se fue conforme, pensando que estaba recuperándose de la infección.

Dice que estuvo varios años hospitalizado, desde el 2013 al 2016 mayormente pasó en el hospital, y cuando le daban el alta igual tenía que volver al hospital; estuvo como 3 años en el hospital, su pierna la amputaron el 20 de abril de 2016.

Indica que para que lo viera el infectólogo pasaron varios meses porque no había en el traumatológico, si lo hubiera visto a tiempo no habría pasado esto, de que se fuera agravando cada vez más.



Supo lo del infectólogo porque una vez lo fue a ver al hospital traumatológico y pudo ver la gravedad en la pierna izquierda, y en esa oportunidad el propio actor le dijo que faltaba que lo viera un especialista por la infección de su pierna, que la habría adquirido en el mismo hospital, se contagió en el traumatológico.

Señala que cuando llegó al hospital regional, el actor tenía una lesión en su pierna debido al disparo para lo cual le instalaron fijadores, afectaba su tibia y peroné.

No conoce el protocolo para tratar el tipo de lesión que tenía el actor.

Al punto n°2, expresa que sí, porque no fue atendido adecuadamente, no se preocuparon de la infección ya que si lo hubieran hecho se le habría salvado, la que en definitiva fue amputada, esta sería la falta de servicio.

En cuanto a si sabe si el actor abandonó el traumatológico estando hospitalizado, dice que piensa que no lo hizo porque a él le daban de alta y a los días tenía que volver, autorizado por los médicos. Que cuando salía del hospital era porque los médicos le daban el alta.

Al punto n°3, dice que por supuesto, porque la vida por su pierna amputada ya no es la misma, ya que una prótesis nunca va a reemplazar una pierna normal, por lo que su vida es totalmente diferente, se le producen heridas, y psicológicamente nunca va a ser lo mismo. El deponente también sufre de una amputación y el dolor es tremendo, es muy triste la vida de vivir con ella para toda la vida en la cual siempre los amputados son discriminados por la sociedad. Agrega que al usar prótesis el dolor es tan grande cuando uno se hace heridas, el dolor es inmenso porque al caminar tienen dificultad para hacerlo por las mismas heridas que se producen sumado a la incomodidad, ya que lo ha sufrido personalmente; que es tremendo vivir así, por eso siente mucho lo que le pasó al demandante, no se lo recomienda a nadie.

Acota que al actor lo estima como un hijo ya que tiene la edad de un hijo suyo. Siempre lo quiere ayudar porque necesita bastante ayuda; dice que lo llevó a la vega monumental para que trabajara porque no es fácil encontrar trabajo así.



Se le exhiben 4 fotos acompañadas a folio 49, y responde que ellas muestran el estado actual de Claudio donde se le ve bastante limitado ya que él jugaba a la pelota, andaba en bicicleta y se le ve bastante limitado actualmente.

Afirma que ha visto llorar al demandante y su sufrimiento producto de los hechos que llevaron a la amputación de su pierna; que la vida para él va a ser diferente, nunca será igual a como era antes.

Que cuando tenía sus dos piernas podía andar en bicicleta, ahora no lo puede hacer, no puede jugar al fútbol, no puede correr, las cosas que hacía antes no lo puede hacer ahora, le ha cambiado mucho la vida ahora.

Añade que actualmente la fuente laboral para él, por su estado en que está, es difícil encontrar trabajo ya que para las personas con discapacidad le es difícil encontrar trabajo.

Que el actor sufre por el daño estético y va a sufrir siempre por su amputación, ya que su vida fue totalmente cambiada.

Que el monto de los daños y perjuicios sufridos es impagable, todo el dinero del mundo no va a ser para él suficiente ya que no hay forma de pagar por el daño que se produce para su vida; una prótesis no mejora la vida. Los valores los desconoce.

En cuanto a si sabe la profesión del demandante, responde que terminó sus estudios pero nunca ejerció una profesión, terminó cuarto medio, por eso lo ayudó buscándole trabajo en la Vega; detalla que trabajan en los servicios higiénicos, a veces cuida autos de manera irregular, en la vega trabaja como reemplazante. Trabaja en la vega los martes, jueves y viernes en los servicios higiénicos; sábado y domingo en los estacionamientos, lo anterior por ley de inclusión. El deponente también trabaja en lo mismo.

4°.- Que, la demandada, a su turno, rindió prueba documental.

Acompañó a folio 64: a) Informe de evolución clínica paciente Sr. Claudio Escobar Chavarría, de fecha 7 de febrero de 2019, emitido por el doctor Sergio Mella Montecinos.

Obtuvo se oficiara al Hospital Traumatológico de Concepción, quien remitió a folio 14, copia de la historia clínica de don Claudio Andrés Escobar Chavarría (custodia n°857-2018 tenida a la vista).



5°.- Que, la prueba detallada en los considerandos precedentes de esta resolución judicial, en especial la ficha clínica del Hospital Traumatológico de Concepción, acompañada tanto por el demandante (folio 50) como demandado (custodia n°857-2018), resulta apta para constituir indicios graves, precisos y concordantes entre sí, en los términos de los artículos 1712 del Código Civil y 426 del Código de Procedimiento del ramo, para construir mediante un proceso lógico deductivo, una presunción judicial con mérito probatorio suficiente para los efectos de establecer como hechos de la causa los siguientes:

A) Con fecha 18 de noviembre de 2013, ingresó don Claudio Escobar Chavarría al Servicio de Urgencia del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, estableciéndose como diagnóstico de ingreso: fractura expuesta pierna izquierda. Fue derivado al Hospital Traumatológico.

Fue dado de alta el 22 de abril de 2014, anotándose en la ficha “paciente sin variaciones en su evolución; en espera de compra de injerto óseo”.

En este periodo de hospitalización, de acuerdo a Protocolo Operatorio, fue sometido a las siguientes operaciones:

-El 4 de diciembre de 2013: aseo quirúrgico, cultivos y VAC. Entre los “hallazgos” se anotó “exposición de músculo, extremo óseo distal necrótico”.

-El 13 de diciembre de 2013: aseo quirúrgico y cambio de VAC. Entre los “hallazgos” se anotó “herida limpia”.

-El 27 de diciembre de 2013: aseo quirúrgico y cambio de VAC. Entre los “hallazgos” se anotó “herida limpia”.

-El 10 de enero de 2014: aseo quirúrgico, cultivos, VAC.

-El 17 de enero de 2014: cambio fijador externo, aseo quirúrgico y cambio de VAC. Entre los “hallazgos” se anotó “sin evidencia de infección con zona de exposición ósea”.

-El 24 de enero de 2014: aseo quirúrgico y cambio de VAC.

-El 31 de enero de 2014: operación de injerto DE (dermo epidérmico).



-El 12 de marzo de 2014: injerto dermo epidérmico.

-El 20 de marzo de 2014: fijador externo. Entre los “hallazgos” se anotó “luego se revisa zona injertada, la cual solo presenta pequeña zona de necrosis distal, la que es reseca”.

Además, se destacan los siguientes hechos registrados en la ficha clínica: **1)** El 16 de enero de 2014, se obtuvieron los resultados de los cultivos hechos el 4/12/13 y el 10/1/14. Para la primera fecha, resultó positivo para *Staphylococcus epidermidis* resistente a metilicina; el segundo, resultó positivo para *Serratia Marcescens*, sensible a Meropenem. Se anotó interconsulta con infectología; **2)** El 17 de enero de 2014 se recetó antibiótico meropenem, el que se mantuvo hasta el 28/2/14, fecha en que se suspendió su administración.

**B)** Con fecha 28 de mayo de 2014, don Claudio Escobar Chavarría ingresó al Hospital Traumatológico con diagnóstico: “fractura expuesta con déficit óseo pierna izquierda”. Se anotó que el “paciente ingresó por orden de jefatura del equipo para eventual cirugía el 30/08/14”.

Fue dado de alta el 8 de agosto de 2014, anotándose como diagnóstico de alta “fractura expuesta pierna izquierda, úlcera infectada pierna izquierda”.

En este periodo de hospitalización, de acuerdo a Protocolo Operatorio, fue sometido a las siguientes operaciones:

-El 30 de mayo de 2014: cirugía de reconstrucción con aloinjerto óseo.

-El 12 y 17 de junio de 2014: aseo quirúrgico y cultivos.

-El 23 y 24 de junio de 2014: aseo quirúrgico.

-El 3 de julio de 2014: injerto DE.

-El 15 de julio de 2014: aseo quirúrgico y cultivos.

Además, se destacan los siguientes hechos registrados en la ficha clínica: **1)** El 16 de junio de 2014 se anotó por Farmacia “Se recibe en Unidad de Farmacia solicitud de ATB de uso restringido por Imipenem 1 gr. (2 frascos) c/8 hrs., por 10 días. Para continuar tratamiento dado que en resultados de cultivos se mantiene la *Serratia*, paciente tiene buena función renal por lo que se autoriza su tratamiento por 10 días a dosis aumentada



de 1 gr c/ 8 hrs.” (Hasta el 26/06/14); **2)** El 11 de julio de 2014 se anotó “paciente con muy mala conducta, sale a fumar (...) actúa violentamente con personal”; **3)** El 18 de julio de 2014 se anotó suspensión tratamiento antibiótico Imipenem; cultivo positivo para serratia; **4)** El 24 y 29 de julio de 2014 se anotó pendiente evaluación por infectólogo.

**C)** Con fecha 25 de agosto de 2014, don Claudio Escobar Chavarría ingresó al Hospital Traumatológico con diagnóstico de ingreso: “osteomielitis crónica tibia izquierda - fractura expuesta pierna izquierda”.

Fue dado de alta el 19 de diciembre de 2014, anotándose como diagnóstico de alta el mismo que el de ingreso.

En este periodo de hospitalización, de acuerdo a Protocolo Operatorio, fue sometido a las siguientes operaciones:

-El 27 de agosto de 2014: aseo quirúrgico y cultivos.

-El 11 de septiembre de 2014: aseo quirúrgico, biopsia y cultivos.

-El 23 de septiembre de 2014: aseo quirúrgico.

-El 20 de octubre de 2014: aseo quirúrgico y cultivos. Entre los “hallazgos” se anotó “no se ve salida de pus”.

-El 12 de diciembre de 2014: aseo quirúrgico y cultivos.

Además, se destacan los siguientes hechos registrados en la ficha clínica: **1)** El 26 de agosto de 2014 se anotó “Hace 2 días aparece lesión ulcerada a nivel pierna distal (región de aloinjerto y placa) con secreción (...); **2)** El 2 de septiembre de 2014 se registró el inicio de meropenem 1 g cada 8 horas; **3)** El 4 de septiembre de 2014 se anotó que no existe meropenem para 4 dosis (...) solicitar meropenem 1 g cada 8 horas; **4)** El 9 de septiembre de 2014 el paciente fue examinado por Infectología; se hizo un resumen de su historia clínica y luego registró que al examen físico: úlcera (...) pierna izquierda, con signos de infección (región de aloinjerto), ordenó mantener meropenem 2 gr cada 8 horas y realizar nuevo aseo quirúrgico con toma de cultivo profundo. Firma doctor Mella y Silva; **5)** El 12 de septiembre de 2014 se recepcionó Informe de Biopsia el cual concluyó que en la muestra 2 hay “tejido óseo con signos de osteomielitis crónica, necrosis focal y regeneración” y en la muestra 3 “tejido óseo con osteomielitis crónica e inflamación supurada”. En la misma fecha se anotó



por la Unidad Farmacia que paciente inicia tratamiento con Tigeciclina 14 días (hasta el 25/09/14); **6)** El 29 de septiembre de 2014 se registró por Infectología que el paciente lleva 26 días con meropenem y 16 días con tigeciclina; ordena la instalación de CVC (catéter venoso central) y antibiótico meropenem y tigeciclina; **7)** El 30 de septiembre de 2014 se instala catéter venoso central, consta el timbre del Programa de Prevención y Control de las I.A.A.S.; **8)** El 3 de octubre de 2014 se anota por Infectología “buen estado general (...) favorable evolución (...) de herida (...). Se sugiere mantener tratamiento antibiótico en principio hasta diciembre 2014 y control semanal por infectología”; **9)** El 14 de octubre de 2014 Infectología sugirió realizar aseo quirúrgico de fístula, mantener tratamiento antibiótico, seguimiento semanal (...) por infectología; **10)** El 27 de octubre de 2014 se obtuvo el resultado del cultivo realizado el 20/10/14 dando positivo para *Serratia Marcescens* sensible a (...); **11)** El 30 de octubre de 2014 se anotó por Infectología “Muy favorable evolución, actualmente con dosis altas de meropenem y tigeciclina (...)”; **12)** El 13 de noviembre de 2014 paciente es evaluado por Anestesia “se evalúa sitio de punción sin observar signos de infección local (...) sin aumento de calor local, sin secreción purulenta en sitio de inserción de catéter ni en puntos de fijación en piel. Paciente además no ha tenido síntomas de (...) de infección”. Consta el timbre del Programa de Prevención y Control de las I.A.A.S.; **13)** El 14 de noviembre de 2014 se anota por Anestesia que “se discute caso como Equipo Anestésico considerando que paciente no tiene síntomas ni signos de infección, no requiere cambio de catéter central”; como indicaciones se señaló continuar curación cada 48 horas, observar signos y síntomas de infección; **14)** El 17 de noviembre de 2014 se anotó “estable, con secreción purulenta por CVC, se presentará caso a anestesia para eventual cambio”; **15)** El 15 de diciembre de 2014 paciente evaluado por Infectología, se registró que los cultivos tomados el 12/12/14 “nuevamente se desarrolla *serratia marcescens* susceptible a meropenem”, sugiere mantener meropenem con igual dosis, solicita toxina de *C. Difficile*; **16)** El 19 de diciembre de 2014 hubo Reunión Clínica, se indicó “(...) fallo al tratamiento antibiótico por osteomielitis crónica. Como plan, se indicó retiro de material de OTS, aloinjerto e instalación de fijador externo, en vías de preparación para amputación. Se le informó a paciente dichas opciones, éste solicita alta hospitalaria para considerarlas.





D) El 6 de enero de 2015 tuvo lugar una Reunión Clínica, se le explica a paciente que una solución es la amputación; desea pensarlo.

E) Con fecha 31 de agosto de 2015, don Claudio Escobar Chavarría ingresó al Hospital Traumatológico con diagnóstico de ingreso: “fractura expuesta pierna izquierda, déficit de stock óseo, osteomielitis crónica”.

Fue dado de alta el 3 de diciembre de 2015, anotándose como diagnóstico de alta el mismo que el de ingreso.

En este periodo de hospitalización, de acuerdo a Protocolo Operatorio, fue sometido a las siguientes operaciones:

-El 31 de agosto de 2015: ostectomía tibia peroné, retiro OTS, cultivos, biopsia, fijador externo Taylor. En “hallazgos” se anotó “hueso tibia porotico, clínicamente comprometido, tejidos blandos desvitalizados y poco reactivos y hemorrágicos, aloinjerto en franca resorción”.

-El 15 de septiembre de 2015: aseo quirúrgico. En “hallazgos” se anotó “lesiones necróticas y tejidos fascelados con signos de necrosis de tejidos profundos, tendones y restos musculares infectados”.

-El 17 de septiembre de 2015: aseo quirúrgico. En “hallazgos” se anotó “infección no controlada, evidente regresión con respecto de aseo anterior”.

-El 21 de septiembre de 2015: aseo quirúrgico. En “hallazgos” se anotó “gran compromiso de celular subcutáneo, planos musculares y tendones, con secreción hemopurulenta”.

-El 23 de septiembre de 2015: aseo quirúrgico y VAC. En “hallazgos” se anotó “tejidos desvitalizados en plano celular y muscular, con secreción hemopurulenta, infección no controlada”.

-El 25 de septiembre de 2015: aseo quirúrgico, VAC y cultivos. En “hallazgos” se anotó “tejidos desvitalizados en plano celular y muscular, con secreción hemopurulenta, infección no controlada”.

-El 28 de septiembre de 2015: aseo quirúrgico y cambio de VAC.

-El 30 de septiembre de 2015: aseo quirúrgico, VAC y cultivos. En “hallazgos” se anotó “tejidos desvitalizados en plano celular y muscular, con secreción hemopurulenta, infección no controlada”.



-El 2 de octubre de 2015: aseo quirúrgico y cambio de VAC. En “hallazgos” se anotó “sin signos de infección ni de tejido desvitalizado”.

-El 5 de octubre de 2015: aseo quirúrgico, VAC y cultivos. En “hallazgos” se anotó “tejido vital, sin secreción. Déficit de cobertura”.

-El 8 de octubre de 2015: aseo quirúrgico, VAC y cultivos. En “hallazgos” se anotó “tejido vital, sin secreción. Déficit de cobertura”.

-El 13 de octubre de 2015: aseo quirúrgico, VAC y cultivos. En “hallazgos” se anotó “tejido vital, secreción serohemática. Déficit de cobertura”.

-El 16 de octubre de 2015: aseo quirúrgico y curación.

-El 21 de octubre de 2015: aseo quirúrgico y cultivos. En “hallazgos” se anotó “tejido vital, secreción serohemática”.

-El 28 de octubre de 2015: aseo quirúrgico, VAC y cultivos. En “hallazgos” se anotó “tejidos desvitalizados en plano celular y muscular, con secreción hemopurulenta, infección no controlada”.

Además, se destacan los siguientes hechos registrados en la ficha clínica: **1)** El 8 de septiembre de 2015 se anotó 8 cultivos positivos para *serratia* sensible a meropenem, 2 productores carbapenemasa. Se indicó interconsulta con infectología; **2)** El 9 de septiembre de 2015 fue evaluado por Infectología y se apuntó “(...) se evidenció fracaso clínico evidente. En este marco, en intento de salvar extremidad se le realizó el 31/08/15 ostectomía tibia peroné, retiro OTS, cultivos, biopsia e instalación de fijador externo tipo Taylor. Cultivos óseos positivos para *serratia marcescens* resistente a imiperem y susceptible a meropenem”. Se indica “precaución por contacto” y “meropenem 2 gr cada 8 horas”; **3)** El 10 de septiembre de 2015 se inició tratamiento con meropenem; **4)** El 21 de septiembre de 2015 se registró que paciente se fugó del hospital (refiere muerte de hermano) 1/09/15, reingresó anoche a través de servicio de urgencia; asume consecuencias; **5)** El 24 de septiembre de 2015 se anotó “(...) con riesgo inminente de una eventual amputación según evaluación próxima”. Se le explicó a paciente situación actual; **6)** El 28 de septiembre de 2015 se anotó “paciente tranquilo pero no obedece órdenes, se ha sorprendido fumando marihuana en baños más de una ocasión”; **7)** El 29 de septiembre de 2015 se anotó por Infectología “evolución tórpida,



mantiene aislamiento de *serratia marcescens* MDR (multi resistencia a drogas). Sin cambio al examen físico (...); **8)** El 2 de octubre de 2015 se anotó “con aislamiento – *serratia* positivo”; **9)** El 18 de octubre de 2015 se anotó por Infectología “(...) se confirma susceptibilidad en aislamiento *Serratia Marcescens* (...); **10)** El 22 de octubre de 2015 se anotó “herida: sin signos de infección en cirugía. Cierre casi completo”; **11)** El 10 de noviembre de 2015 se anotó que se sorprendió a paciente fumando dentro del hospital. En el mismo sentido, se dejó constancia el 17 y 25 del mismo mes; **12)** El 24 de noviembre de 2015 se anotó por Infectología “evolución favorable, le queda última semana de tratamiento antibiótico con meropenem”; **13)** El 2 de diciembre de 2015 se dejó constancia de llevar el paciente 83 días con el antibiótico meropenem.

**F)** Con fecha 8 de marzo de 2016 se atiende a paciente y se anotó “se aprecia piel aparentemente bien”.

**G)** Con 17 de marzo de 2016 se llevó a efecto Reunión Clínica en donde al paciente “se le dio a entender que no existe posibilidad de continuar con las intervenciones quirúrgicas porque existen fundadas evidencias de que aún existe infección en su pierna. Por lo que le plantean las opciones de amputación o mantener fijador externo hasta reevaluación”.

**H)** Con fecha 14 de abril de 2016, don Claudio Escobar Chavarría ingresó al Hospital Traumatológico con diagnóstico de ingreso: “osteomielitis crónica pierna izquierda”.

Fue dado de alta el 2 de mayo de 2016, anotándose como diagnóstico de alta el mismo que el de ingreso.

En este periodo de hospitalización, de acuerdo a Protocolo Operatorio, se procedió a la amputación supracondilea pierna izquierda.

**6°.-** Que, esta acción de responsabilidad estatal encuentra su regulación en nuestra Carta Fundamental que en el inciso segundo del artículo 38 dispone: “Cualquier persona que sea lesionada en sus derechos por la Administración del Estado, de sus organismos o de las municipalidades, podrá reclamar ante los tribunales que determine la ley”; también está regulada en la Ley 18.575 Orgánica Constitucional de Bases de la Administración del Estado en su artículo 4, que establece: “El estado será responsable por los daños que causen los órganos de la



Administración en el ejercicio de sus funciones, sin perjuicio de la responsabilidad personal del funcionario que los hubieren ocasionado”, y en su artículo 42: “Los órganos de la Administración serán responsables del daño que causen por falta de servicio”.

Ahora, cuando se habla de falta de servicio en la responsabilidad del Estado en materia sanitaria, se está refiriendo a la obligación jurídica que pesa sobre el Estado y sus organismos de reparar los daños causados a los particulares por las acciones y omisiones ocasionadas con motivo de las prestaciones efectuadas por dichos órganos, tales como consultorios, hospitales públicos y, en general, el Servicio de Salud (v. Huepe Artigas, Fabián: “La falta de servicio en la responsabilidad sanitaria”. En La falta de servicio. Edit. Thomson Reuters. Santiago, 2012, p.133).

La Ley 19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud, introdujo en el artículo 38 la responsabilidad de los Órganos de la Administración en esta materia, la cual incorpora, al igual que la Ley 18.575, la falta de servicio como factor de imputación que genera la obligación de indemnizar a los particulares por los daños que éstos sufran a consecuencia de la actuación de los Servicios de Salud del Estado. Dicho artículo dispone “Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio”.

7º.- Que, así las cosas, para que nazca la responsabilidad del Estado en materia sanitaria deben concurrir copulativamente los siguientes requisitos: a) la existencia de falta de servicio del respectivo Servicio de Salud; b) que haya causado un daño; c) que el daño sea imputable al mismo.

Dentro de este marco constitucional y orgánico constitucional y acorde a la doctrina, la falta de servicio “se tipifica cuando el servicio no se presta, debiendo prestarse, o cuando otorgándose se hace en forma deficiente o tardía” (Silva Cimma, Enrique. “Derecho Administrativo Chilena y Comparado”. Ed. Jurídica de Chile, Santiago, 1996. T. IV, pág. 246).

El régimen de responsabilidad extracontractual del Estado en nuestro ordenamiento jurídico no es de naturaleza objetiva, pues no basta la



producción de un daño causado por la Administración para que nazca la obligación de indemnizar. De este modo, quien pretenda hacer efectiva la responsabilidad de los órganos del Estado deberá acreditar el mal funcionamiento del servicio, lo que implica efectuar un reproche al actuar de la Administración, cuestión que descarta la idea de responsabilidad objetiva.

8°.- Que, de acuerdo a lo señalado en la demanda, el actor persigue la responsabilidad por falta de servicio del Servicio de Salud Concepción, la cual hace consistir, en definitiva, en que las infecciones que lo afectaron son de naturaleza intrahospitalaria existiendo un tratamiento defectuoso para su eliminación, además del incumplimiento manifiesto en las obligaciones que les correspondían a los dependientes del servicio, las que se traducen en una falta de diagnóstico, control suficiente y seguimiento efectivo y eficaz respecto de las infecciones que lo afectaban junto con las altas dadas prematuramente sin haber sido sanado, todo lo cual significó un tratamiento defectuoso y tardío del servicio prestado, y que derivó en definitiva en la amputación de su pierna izquierda (pág.6 a 12).

9°.- Que, en cuanto al primer y segundo supuesto anotado, esto es, la falta de servicio que el demandante la hace consistir en lo dicho precedentemente, la demandada a este respecto sostiene que las infecciones del actor se debieron a la gravedad de la lesión, y que en todo momento se actuó de manera diligente y acertada en base a fundamentos clínicos ciertos; que las altas médicas no eran contraindicadas porque el paciente se encontraba en buenas condiciones generales, actuando siempre conforme a la *lex artis* médica; además, en cuanto a los tiempos de demora en la atención, refiere que son los tiempos mínimos de gestión en un establecimiento asistencial de la red pública de salud (pág.8 y siguientes).

10°.- Que, tal como se estableció en el motivo quinto de esta sentencia, es un hecho de la causa que durante la primera internación del actor (del 18/11/13/ hasta el 22/04/14) le hicieron cultivos los días 4/12/13 y 10/01/14, cuyos resultados se obtuvieron el 16/01/14, resultando el primero positivo para *Staphylococcus epidermis* resistente a meticilina, y el segundo cultivo positivo para *Serratia Marcescens* sensible al antibiótico Meropenem, recetándose para este último dicho antibiótico (tratamiento desde el 17/01/14 hasta el 28/02/14) junto con la orden de



interconsulta con la unidad de Infectología, la cual tuvo lugar recién el 9/09/14; hecho que claramente resulta tardío al haber transcurrido 8 meses desde dicha orden hasta la efectiva revisión del paciente, lo cual pudo haber hecho una diferencia en el sentido de haber tenido una opinión detallada con mayor anticipación y con ello haber evitado la osteomielitis crónica que afectó a la pierna del actor, lo que derivó finalmente en su amputación. Así, también, quedó demostrado el hecho que la infección que lo afectó es de carácter intrahospitalaria, toda vez que atendido los tiempos transcurridos entre el ingreso, la toma del cultivo y el resultado, pasó un tiempo considerable que permiten establecer que el paciente no ingresó al hospital con aquella infección.

En este punto, debe hacerse presente que no se tomará en cuenta la anotación practicada por Infectología el día 24/04/14, toda vez que en esa fecha don Claudio Escobar se encontraba de alta (dos días antes le dieron el alta) por lo que resulta imposible que se le haya practicado el examen que ahí se indica.

Ahora bien, y según se lee de los hechos asentados, desde el momento en que se obtuvo el primer resultado del cultivo (16/01/14) y todos los posteriores a aquel, fueron positivos para *Serratia Marcescens*, manteniéndose el tratamiento del antibiótico Meropenem. Sin embargo, y a pesar de ello, en la segunda internación de don Claudio (28/05/14 al 8/08/14) fue dado de alta con el diagnóstico de “úlceras infectadas” y en la tercera internación (25/8/14 al 19/12/14) ingresó con diagnóstico de osteomielitis crónica, mismo que el de egreso; diagnóstico que se repitió en las dos últimas internaciones. Cabe hacer notar que en la cuarta internación (31/08/15 al 03/12/15), en la última operación a la que fue sometido (28/10/15) se consignó que la infección no estaba controlada.

Por otro lado, de acuerdo a las reuniones clínicas (19/12/14; 06/01/15; 17/03/16) en la primera de ellas, la que tuvo lugar a un año del ingreso del paciente por primera vez, se planteó como plan la amputación por el fallo al tratamiento antibiótico por osteomielitis crónica; opción que se reiteró en las siguientes reuniones.

**11°.-** Que, de acuerdo a la literatura médica acompañada por el demandante (folio 51), en especial los singularizados con las letras g), h) i) y j), la *Serratia Marcescens* es un bacilo gram negativo que puede encontrarse en la flora intestinal del hombre y animales, en el ambiente y



en reservorios pobres en nutrientes como el agua potable, cañerías y llaves, así como en insumos hospitalarios como jabones, antisépticos. *Serratia* es un importante agente intrahospitalario, especialmente en unidades de cuidados intensivos, siendo secreciones respiratorias, heridas y orina, sitios frecuentes de colonización. Potenciales fuentes de transmisión son los equipos de ventilación mecánica, desinfectantes, jabones y manos, otorgándose un rol fundamental en su origen al quiebre de la técnica aséptica, la reducción en la frecuencia en el lavado de manos y el incumplimiento de las normas destinadas al control de infecciones nosocomiales.

Por su parte, los documentos singularizados con las letras k), l) y m), explican que la Osteomielitis es la infección ósea tanto de la cortical como de la medular del hueso y es debida generalmente a infección por bacterias piógenas. Detalla que la infección del hueso se puede producir bien por la llegada de microorganismos por vía hermatógena, o directamente desde un foco infeccioso contiguo, por ejemplo, desde una herida quirúrgica. En su fase crónica, se caracteriza por la necrosis ósea, infiltrado inflamatorio linfomonocitario y la presencia de tejido de granulación, fibrosis y neoformación ósea. De acuerdo al documento “Osteomielitis, J.M. Aguado García, Revista Medicine”, al referirse a la Etiología, señala que “*Staphylococcus aureus* es el microorganismo más frecuente en todas las formas clínicas de osteomielitis. En cambio, *Staphylococcus epidermidis* se relaciona con las infecciones de material de osteosíntesis y prótesis articulares (...). Las formas crónicas no suelen cursar con fiebre ni signos locales, excepto en los episodios de exacerbación, y se manifiestan en forma de supuración intermitente a través de una fístula cutánea”.

Este mismo documento da luces acerca de lo ocurrido con don Claudio Escobar, en el sentido de explicar claramente esta infección. Así por ejemplo, en cuanto a las infecciones asociadas a materiales protésicos, refiere que “La mayoría de las infecciones asociadas a la colocación de cualquier material protésico se adquieren durante el acto quirúrgico o en el postoperatorio inmediato a partir de la infección de la herida quirúrgica, siendo más rara la contaminación por vía hematógena. Las manifestaciones clínicas pueden ser agudas o crónicas. Las primeras son más típicas de las infecciones por *S. aureus*, mientras que las crónicas suelen ser producidas por *S. epidermidis* (como el caso de autos) y *Corynebacterium spp.* y se manifiestan con dolor crónico y/o dehiscencia de la prótesis.” Luego, en



cuanto al diagnóstico, señala que habrá que diferenciar entre la osteomielitis aguda y crónica, puesto que en la primera de origen hematógeno “el diagnóstico suele ser difícil inicialmente. Su diagnóstico precoz es fundamental, ya que un tratamiento adecuado puede evitar la cirugía e impedir la evolución hacia la cronicidad.” Finalmente, tratándose del pronóstico, expone que “El porcentaje de curación en la osteomielitis aguda hematógena es superior al 95% si el antibiótico se administra precozmente y durante más de 3 semanas. Las recidivas en las osteomielitis crónicas se sitúan entre el 20% y el 40%, siendo el pronóstico especialmente desfavorable (...) en las asociadas a cuerpo extraño, si éste no se extrae (...)”.

Así las cosas, todos estos antecedentes refuerzan la idea para establecer que la infección se contrajo en el hospital, aun cuando en los documentos exhibidos por la demandada (folio 70) no haya indicios sobre un brote de *Serratia*, lo que no quita ese hecho la circunstancia de que haya pasado, como efectivamente ocurrió en este caso.

12°.- Que, los hechos consignados permiten establecer que el Hospital Traumatológico de Concepción incurrió en una falla del servicio, lo que se tradujo en que no se le brindara a don Claudio Escobar Chavarría la atención médica adecuada en orden a evitar el contagio de una infección, por una parte, y; por otra, el haber transcurrido 8 meses desde que se ordenó la interconsulta con Infectología hasta su efectiva evaluación.

Así, si las infecciones intrahospitalarias existen, es deber del servicio erradicarlas, y, si ello no es completamente posible, debe contar con el personal, equipamiento y los procedimientos adecuados para detectarlas cuando ocurren, a fin de impedir su nefasta acción.

En esta línea, la Excma. Corte Suprema ha considerado las infecciones intrahospitalarias como previsibles y, por tanto, combatibles. Por una parte, se considera previsible que un paciente, dadas sus características, pueda contraer una infección intrahospitalaria y, por otra, se consideran también previsibles determinados daños que pueden asociarse al paciente de estas infecciones (rol 4103-2005).

13°.- Que, en las condiciones anotadas, al incurrir el Hospital Traumatológico, por quien responde el Servicio de Salud de Concepción, en un conjunto de deficiencias asistenciales que impidieron enfrentar de





forma oportuna y eficaz la infección del paciente, determina un deficiente servicio en la prestación médica otorgada, causando un resultado dañoso que bien se pudo impedir. Por lo demás, correspondía a la demandada acreditar en el proceso que prestó el servicio adecuado, lo que no aconteció, toda vez que probado por el demandante la concurrencia de la infección nosocomial y el daño que aquella le produjo, para efectuar el juicio de atribución de responsabilidad, será de cargo del recinto hospitalario acreditar que adoptó todas las medidas pertinentes y necesarias para evitarlas o controlarlas, conforme a los protocolos establecidos al efecto o disponga la *lex artis* según el estado actual de la ciencia que sea necesario, en su caso. En este sentido, la única prueba aportada por el hospital, consistente en “Informe de Evolución Clínica de paciente Sr. Claudio Escobar Chavarría” realizado por el doctor Sergio Mella Montecinos con fecha 7 de febrero de 2019, no será tomado en consideración al emanar de un tercero que no compareció al juicio a ratificarlo, por lo que se le resta todo valor probatorio.

Aspecto este último que tiene relevancia procesal desde que no se trata de una modificación de la carga de la prueba, sino por el contrario, la aplicación del artículo 1698 del Código Civil.

La responsabilidad sanitaria tiene la calidad de subjetiva, razón por la cual, establecido que el actor contrajo la bacteria intrahospitalaria y que aquello puso en riesgo su vida, era de cargo del hospital demandado acreditar que cumplió con los protocolos o manuales pertinentes porque en ellos se contempla la conducta debida, la obligación a la que estaba sometido y que sirve de base para efectuar el juicio de atribución de responsabilidad por el cual se determine la concurrencia del factor de imputación, esto es, la falta de servicio, puesto que quien alega la existencia de una obligación o su extinción es quien debe probarla.

En consecuencia, existe una correspondencia de causa a efecto entre la falta de servicio en que incurrió la demandada y el hecho dañoso.

**14°.-** Que, acorde a lo que se ha venido reflexionando, cabe concluir que en el caso de autos concurren todos los supuestos que hacen procedente la responsabilidad por falta de servicio. En consecuencia, sólo resta referirse a la procedencia de la indemnización solicitada por el actor, consistente en la suma de \$120.000.000 por concepto de daño moral.



**15°.-** Que, respecto del daño moral, el demandante rindió prueba testimonial en orden a establecer el sufrimiento o aflicción padecidos, compareciendo los testigos Jessica Provoste Painemilla, Nicole Molina Carrasco y José del Carmen Garrido Illanes, quienes dando razón de sus dichos, estuvieron contestes en afirmar que Claudio ya no es el mismo de antes, que era un joven vital que hacía deportes, lleno de vida, y que producto de la amputación de su pierna su vida cambió, le cuesta desplazarse; se trata de daños lo acompañaran por el resto de su vida.

De esta forma, la cuantía de la indemnización se regulará teniendo en consideración para ello la edad de la víctima a la época de ocurrencia del hecho (28 años), la envergadura de la lesión corporal sufrida y la evidente pérdida del agrado futuro que tal lesión significarán para él, al verse impedido de desarrollar labores habituales y cotidianas con la independencia y autosuficiencia con que antes las desempeñaba, en la suma de \$40.000.000 para don Claudio Andrés Escobar Chavarría.

Dicha cantidad deberá pagarse reajustada conforme a la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor entre la fecha de esta sentencia y la de pago efectivo, más intereses corrientes para operaciones reajustables entre la fecha en que esta sentencia quede ejecutoriada y la época del pago efectivo.

**16°.-** Que, las demás probanzas allegadas al juicio, en nada alteran las conclusiones a que se ha arribado precedentemente ni tienen la fuerza probatoria suficiente para destruirlas, por lo que sólo se mencionan para los fines procesales pertinentes.

Por estas consideraciones y lo dispuesto en los artículos 1698 y 1712 del Código Civil; 144, 160, 170, 342, 384 del Código de Procedimiento Civil, se declara:

I.- Que se acoge la demanda interpuesta en lo principal de fojas 1, sólo en cuanto se condena a la demandada a pagar a don Claudio Andrés Escobar Chavarría suma de \$40.000.000, por concepto de indemnización de perjuicios por daño moral; cantidad que se pagará reajustada conforme a la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor entre la fecha de esta sentencia y la de pago efectivo, más intereses corrientes para operaciones reajustables entre la fecha en que esta sentencia quede ejecutoriada y la época del pago efectivo.



II.- Que no se condena en costas a la demandada por no haber resultado totalmente vencida.

Regístrese, anótese y notifíquese.

Rol 8399-2017.

Dictada por Adolfo Ignacio Depolo Cabrera, juez titular del Segundo Juzgado Civil de Concepción.

Con esta fecha se dio cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 162, inciso final, del Código de Procedimiento Civil. Concepción, 11 de diciembre de dos mil diecinueve.



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 08 de septiembre de 2019, la hora visualizada corresponde al horario de verano establecido en Chile Continental. Para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar 2 horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>