



paramédico que estaba en el lugar, y encontrándose reanimada del paro al momento de la llegada de la ambulancia, fue trasladada con oxígeno por naricera en ambulancia, ingresando al Servicio de Urgencia del Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” de esta ciudad, a las 22:43 (hora de admisión) del día 15 de diciembre de 2015. Agrega que a las 22:44 hrs., se le controlaron los signos vitales y se le clasificó de acuerdo al Triage en categoría C3.

Sostiene que en el registro del SAMU, denominado “Folio de Intervención Prehospitalaria Avanzada N° 07549” se anotaron valores anormalmente bajos de saturación, así a las 22:31 se registraron los siguientes porcentajes de saturación de oxígeno: 86% y 87%, lo que explica el hecho de que la paciente fue trasladada en ambulancia con oxígeno por naricera, afirma que también se registró un pulso de 114 por minuto, lo que daba cuenta que la paciente cursaba taquicardia.

Explica que estos signos, síntomas y antecedentes daban cuenta de la gravedad del cuadro que cursaba la paciente, no obstante ello, fue clasificada en categoría (C3), como una urgencia, en circunstancias que se trataba de una emergencia (C1-C2), siendo vista sólo por el médico de turno (Dr. Pooley) en la urgencia a las 23:20 horas, esto es, 37 minutos después de su ingreso.

Indica que una emergencia de acuerdo al Ministerio de Salud, es una “situación de inicio o aparición brusca de riesgo vital o de peligro inmediato (minutos) real o potencial para la vida con efecto de secuelas graves permanentes si no recibe atención calificada de inmediato”.

Afirma que la categorización de la paciente en la urgencia, permite la priorización de la atención en base a su gravedad, la que en este caso fue notoriamente errada, ya que se trataba de una paciente quien había sido recuperada minutos antes de un paro cardio respiratorio con compromiso de conciencia, quien además cursaba con disnea de mínimos esfuerzos, con oximetría baja/anormal (saturación –SpO2 86%-87%), hipertensa y taquicárdica (114 por minuto) a su ingreso, por lo que era obligado a la más inmediata y



oportuna atención médica, que en el caso se postergó por tiempo prolongado, se demoró la atención y tratamiento que incrementó el riesgo de complicaciones.

Indica que el punto crítico que da la señal de alarma es el de saturaciones inferiores al 95% (en reposo), estos pacientes deben recibir tratamiento inmediato, y en este caso, es un hecho que la paciente evolucionaba con importantes trastornos respiratorios, los que se anotaron en el registro SAMU como ya se indicó anteriormente.

Señala que estos valores bajos de saturación explican la razón por la cual la paciente fue trasladada en ambulancia SAMU al Complejo Asistencial de esta ciudad, con oxígeno por naricera (3 litros), que la disnea es el síntoma más frecuente de la embolia pulmonar, por lo general de inicio súbito, y a veces, agravando una disnea previa (información que fue entregada al personal sanitario, que llevaba dos días con disnea a mínimos esfuerzos), conjuntamente con la taquipnea, que son signos más frecuentemente observados en casos de TEP (Trombo embolismo pulmonar).

Sostiene que no obstante haberse detectado bajos porcentajes de saturación tanto en el traslado como en el ingreso de la paciente al centro, inexplicablemente, en ninguno de los registros de atención pre-hospitalaria y hospitalaria, se valoró la frecuencia respiratoria, encontrándose en blanco las casillas para la anotación de este signo vital, lo que constituye una omisión de un importante valor diagnóstico durante la valoración clínica considerando los signos y antecedentes que daban cuenta de un importante compromiso respiratorio de la paciente.

Afirma que en el Documento de Atención de Urgencia (DAU) N° 158520, el Dr. Pooley destacó en la anamnesis y exámen físico “Aparente PCR que revive tras tres minutos de RPC. Tiene además historia de 2 días de evolución caracterizado por disnea al mínimo esfuerzo...” y taquicardia al examen físico. Señala que en el cuadro de diagnóstico se consignó “Embolia pulmonar sin mención de corazón pulmonar agudo, aborto retenido”. Agrega que se aprecia en



este documento la falta de registro de la frecuencia respiratoria, temperatura y determinación de peso (esencial para calcular y ajustar dosis de fármacos).

Reitera que no obstante, los signos, síntomas y antecedentes que daban cuenta de la gravedad del caso, la paciente sólo fue vista por el médico de turno en la urgencia a las 23:20 horas, es decir, 37 minutos después de su ingreso; postergándose aún más, los procedimientos destinados a la aplicación de tratamientos empíricos, que eran totalmente efectivos para tratar un cuadro de TEP. Indica que en los registros de electrocardiograma (ECG) de las 23:02 horas, se advirtieron importantes alteraciones concordantes con TEP y sin embargo, no se advierte en el registro DAU que el médico tratante hubiese tomado las medidas terapéuticas específicas, destinadas a corregir las alteraciones detectadas, o que hubiese solicitado en forma oportuna, la asistencia de un especialista en cardiología y/o especialista en medicina intensiva, o residente de la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos).

Agrega que los signos inequívocos de sobrecarga aguda de presión en el ventrículo derecho señalan muy claramente a un TEP en este contexto clínico, y hacía necesaria la administración de heparina no fraccionada (HNF) intravenosa y el inicio de un tratamiento trombolítico. Que a las 23:50 horas, siguiendo con la indicación del médico tratante (Dr. Pooley), se le suministró a la paciente vía oral, Atorvastatina, que es un fármaco empleado para bajar a largo plazo los niveles de colesterol, y Aspirina, con un igualmente tardío análisis de muestras de sangre las cuales fueron enviadas al laboratorio, a las 23:55 horas, según se consigna en el registro DAU, es decir, no se le tomaron exámenes en forma inmediata a su ingreso, sino con una demora de 1 hora y 7 minutos.

Explica que los registros de resultados de laboratorio indican que la primera muestra fue recibida a las 12:09:51 A.M., del día 16 de diciembre de 2015 y los resultados validados a las 12:51:47 horas A.M. (orden N° 15123812).

Dice que llama la atención que se señale en las distintas órdenes de exámenes de laboratorio que ésta fueron solicitadas por un "Médico Externo", y no



por el médico de turno del Servicio de Urgencia, Dr. Pooley., lo que señala es efectivo, pues el médico que solicitó tales órdenes de laboratorio fue un médico particular, que en ese momento acompañaba a la paciente, el Dr. Leonardo Arroyo.

Señala que destacan entre los resultados de laboratorio, los indicadores concordantes con disfunción cardíaca asociada a TEP, solicitados aún más tardíamente:

1.- Orden N° 15123812. Fecha recepción: 12:09 am del día 16 de diciembre y los resultados validados a las 12:51 am:

BIOMARCADOR	Resultado	Rango normal
DIMERO-D	6.290,00	<500,00
TROPONINA ULTRASENSIBLE	290,55	< 15,60

Señala que distintos estudios han demostrado que pacientes con dímero D elevado tienen trombos más extensos y de localización más proximal, y que la presencia de biomarcadores aumenta significativamente el riesgo de mortalidad, lo que obligaba y justificaba una monitorización estricta y un manejo (trombolisis), en una UCI.

2.- Orden N° 15123825. Fecha de recepción 01:02.27 am. Validación: 02:15:43 am del día 16.12.15.

BIOMARCADOR	Resultado	Rango normal
PRO-BNP	4.427,00	< 125,00

Señala que los niveles circulantes de BNP/NT proBNP son normalmente muy bajos en los individuos sanos; que en respuesta a un aumento de la tensión en la pared miocárdica a causa de una sobrecarga de volumen o presión (como ocurre en la insuficiencia cardíaca), se activa el gen BNP en los miocardiocitos. Indica que esto da lugar a la producción de un propéptido precursor intracelular (proBNP). Sostiene que las concentraciones crecientes de NP predicen un peor pronóstico de forma lineal y que este valor pronóstico puede utilizarse para estratificar a los pacientes en el riesgo más alto de una evolución adversa.



Señala que aproximadamente a las 12:09 horas del día 16, el médico tratante de urgencia (Dr. Pooley), ya estaba en conocimiento de los resultados de laboratorio que indicaban la existencia de un Trombo Embolismo Pulmonar (TEP), con resultados alterados, encontrándose elevados los biomarcadores Dimero D y troponina Ultrasensible y, sin embargo, no aplicó los medios y tratamientos que la emergencia vital en la que se encontraba el paciente exigían, a los que se suman el resto de los integrantes del equipo médico que valoró posteriormente a la paciente, quienes tampoco aplicaron en forma inmediata el tratamiento específico ajustado a la lex artis médica ad hoc, indicados en los casos de TEP, esto es, tratamiento anticoagulante, como tampoco se aplicó un tratamiento antitrombótico, y no se dispuso su inmediato traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos, y que en vez de ello, se optó por enviarla a control ginecológico, desatendiéndose el riesgo vital en el que se encontraba la paciente.

Dice que a las 01:11 horas, en forma tardía, se le indicó tratamiento con Heparina No Fraccionada (HNF), representada por el fármaco Clexane (Enoxaparina), según el registro DAU, y se le suministró con un retraso de 45 minutos, a las 01:56 horas del día 16 de diciembre de 2016, esto es, 03 horas y 7 minutos posteriores a su ingreso, no obstante que, el diagnóstico de TEP se formuló desde la primera atención y se confirmó, luego de la AngioTAC, alrededor de las 00:30 horas, lo que deja en evidencia el incumplimiento del debido cuidado de una paciente gravemente enferma, con un desempeño de parte del personal médico que asistió a la paciente no ajustado al protocolo terapéutico del TEP.

Agrega que a las 01:23 horas, de acuerdo al registro DAU, el Dr. Pooley le presentó el caso al médico residente de la Unidad de Tratamiento Intermedio) Dra. Valentina Rozas Cerda: “Se presenta el caso a residente de UTI quien solicita EV por GINE pre ingreso a UPC en contexto de paciente con comorbilidades antes descritas cursando con un aborto retenido y TEP”; y no existen indicaciones de algún tratamiento por parte de la aludida residente, una vez que el caso le fue presentado.



Sostiene que en los pacientes de alto riesgo, como era el caso, la prioridad es confirmar o descartar con la máxima urgencia la presencia de trombos arteriales pulmonares con repercusión hemodinámica; dichos trombos suelen ser múltiples, grandes y de localización proximal. Señala que la angiotomografía computarizada (Angio-TAC) es la exploración diagnóstica de primera elección recomendada en los pacientes de alto riesgo en que se sospecha un TEP, y que en el caso de la paciente Sra. Jimena Inostroza González, los resultados de exámenes de laboratorio previos (biomarcadores); electrocardiograma y el resultado de la Angio-TAC, demostraba que evolucionaba con un TEP masivo, y, por ende, era impostergable su tratamiento inmediato, era una emergencia, se encontraba en riesgo vital, y sin embargo, se optó por enviarla a control ginecológico.

Indica que el informe radiológico de Angio-TAC, demuestra objetivamente, en sus conclusiones, la gravedad del cuadro que afectaba a la paciente: "Signos de TEP masivo, con compromiso de la totalidad del ramas lobares en forma bilateral, Signos de hipertensión pulmonar y sobrecarga cardiaca derecha". Que la identificación de trombos cardiacos derechos en la ecocardiografía justificaba un tratamiento agresivo, que incluya trombolisis o embolectomía, sin necesidad de otras evaluaciones diagnósticas.

Sostiene que se priorizó por el personal sanitario que atendió a la paciente, la evaluación ginecológica, desatendiendo el tratamiento inmediato de la urgencia vital, TEP masivo, desperdiándose, con ello, valiosos minutos durante los cuales, la paciente perdió la oportunidad de recuperación y vida, siendo llamativo que el único que priorizó la atención del TEP en virtud del riesgo, fue el ginecólogo, como se indica en el memo N° 189, del 27 de enero de 2016, suscrito por el médico Jefe C.R. Indiferenciado de la Mujer, Dr. Pedro Igor Jana Calderón: "... se le practicó Ecografía Obstétrica en la Unidad de Emergencia por solicitud de Evaluación de Unidad de reanimación, el diagnóstico fue aborto retenido de 7 semanas + 1 día. La paciente al momento del examen no presentaba Metrorragia, por lo que el Dr.



Fernando Vera, Médico de turno de Maternidad, sugirió, según consta en DAU, compensar cuadro primario y luego resolver aborto retenido”. Indica que el registro de atención ginecológica quedó consignado a las 01:47 horas en el DAU.

En resumen sostiene que la anticoagulación con heparina no fraccionada, heparinas de bajo peso molecular o fondaparinux debe iniciarse sin demoras en pacientes con TEP, como fue el caso de la paciente Sra. Jimena Inostroza González, con TEP masivo confirmado y en los que tengan probabilidad clínica alta o intermedia de TEP mientras está en marcha el proceso diagnóstico, lo que no ocurrió en este caso.

Por otra parte, indica existió un intervalo de tiempo “ciego” en los registros clínicos, de aproximadamente 54 minutos, entre las 01:56 horas (último registro DAU) y el ingreso a UPC, a las 02:50 horas del día 16 de diciembre de 2015, donde no consta que a la paciente se le haya practicado una monitorización continua de signos vitales, tratamientos, medidas de apoyo o de sustentación cardiopulmonar, ni ningún tipo de atención de apoyo o soporte indicados en caso de TEP masivo, salvo el limitado suministro de oxígeno, intervalo durante el cual sufrió un paro respiratorio (apnea), el cual no fue atendido por personal médico del Complejo Asistencial demandado, sino por un médico externo, el Dr. Leonardo Arroyo.

Afirma que no sólo no fue atendido el cuadro de apnea por personal médico institucional, sino que además, el tratamiento sólo se limitó en ese período al suministro de oxígeno, hecho que está acreditado a través de la revisión de la hoja Signos Vitales de la unidad de Emergencia, en donde sólo figura el suministro de oxígeno, además se advierte que no se controló la frecuencia respiratoria en ningún momento, con controles de signos vitales distanciados (22:55 hrs, 23:15 hrs, 24:00 hrs, 00:15 hrs y 01:00 hrs).

Señala que el TEP, según la forma de aparición, se clasifica en TEP masivo y TEP no masivo, el masivo, es aquel en él que se produce la obstrucción de más de un 40% del árbol arterial pulmonar, siendo un problema de salud muy



importante, ya que es la tercera causa de muerte hospitalaria y sin tratamiento tiene una mortalidad de hasta un 30%. Agrega que la mortalidad asciende al 90% en todo aquel paciente no diagnosticado y por lo tanto no tratado, mientras que la administración temprana del tratamiento reduce la mortalidad del 30% al 5%.

Sostiene que la omisión del tratamiento inmediato del TEP masivo que afectaba a la paciente, supuso un importante retraso en la aplicación de los medios que la emergencia exigía, por tanto, un empeoramiento del pronóstico de la enfermedad, por lo que la evolución posterior de la paciente, era previsible, esto es, una falla cardiaca y respiratoria irreversible que determinó su deceso.

Así, dice que se ha podido comprobar respecto a las atenciones sanitarias otorgadas a la paciente Jimena Patricia Inostroza González en el Complejo Asistencial "Dr. Víctor Ríos Ruiz" de Los Ángeles, entre los días 15 y 16 de diciembre de 2015, que existió una relación causal entre el retraso e inadecuado tratamiento, el avance de la enfermedad y su fallecimiento.

Indica que existió un retraso en el tratamiento específico del TEP (Trombo Embolismo Pulmonar), porque se postergó injustificadamente el tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular (Clexane®), que debió ser suministrado en forma inmediata desde que se formuló el diagnóstico de la enfermedad durante el proceso de análisis confirmatorio, incumpléndose por el personal sanitario que atendió a la paciente el protocolo universal aceptado y reconocido por el propio Centro hospitalario demandado; no se indicó y llevó a cabo la internación inmediata en la Unidad de Cuidados Intensivos, permaneciendo durante varias horas en el Servicio de Urgencia; después de confirmado el diagnóstico no le aplicaron medidas generales de soporte vital y monitorización continua, limitándose a suministrar fármacos por vía oral, inútiles en el tratamiento del TEP (Aspirina y Atorvastatina) y oxígeno; se le suministró a la paciente en forma tardía (3 horas y 7 minutos posterior a su ingreso), un anticoagulante indicado en este tipo de afección (Clexane®), tratamiento anticoagulante que fue incompleto, porque no corregía los trastornos



cardiopulmonares, hemodinámicos y sistémicos con los que evolucionaba la paciente, que requerían de tratamientos intensivos, incluida la trombolisis, ni siquiera cuando fue confirmado el TEP masivo bilateral por estudio radiológico (AngioTAC), en circunstancias en que era previsible el desenlace fatal de no aplicar los tratamientos en forma oportuna y adecuada.

Agrava la condición y la exposición a riesgo de complicaciones, el hecho de que una vez establecido el diagnóstico de T.E.P. (Trombo Embolismo Pulmonar) masivo, se postergó su traslado a la Unidad de Paciente Crítico (UPC), al solicitar el médico Residente de Unidad de Tratamiento Intermedio, la evaluación ginecológica de la paciente, desatendiendo el riesgo vital en que se encontraba, lo que invariablemente empeoró el pronóstico y probabilidad de supervivencia.

Se constató en la Ficha Clínica que existió un intervalo de tiempo prolongado, de 54 minutos, en el cual, no existieron registros o anotaciones que den cuenta de las atenciones otorgadas a la paciente en ese período, y que corresponden concretamente al intervalo de tiempo comprendido entre las 01:56 horas y las 02:50 horas del día 16 de diciembre de 2015, lo que constituye un incumplimiento del deber del debido registro de las actuaciones sanitarias en la Ficha Clínica, siendo una omisión relevante, por cuanto comprende el evento durante el cual la paciente sufrió un paro respiratorio (apnea).

La atención que se prestó a la paciente por el personal sanitario no estuvo sujeta a la lex artis médica ad hoc, pues, no se ajustó con el tratamiento del TEP habitualmente aceptado en la práctica médica; limitándose a aplicar tratamiento anticoagulante en forma tardía, minutos antes de que sufriera un paro cardiorrespiratorio y muerte.

Dice que el TEP masivo, es una entidad aguda de rápida evolución, grave, potencialmente mortal, la cual constituye una emergencia, y que en el caso fue desatendida como tal, con una actuación sanitaria no diligente. Indica que si bien es cierto que la tasa de mortalidad de esta entidad es alta, no es un diagnóstico que determine una condición irreversible, letal o intratable, aunque, los



profesionales médicos no garanticen el resultado, estos tenía el deber de actuar de acuerdo con la lex artis de su actividad, esto es, de conformidad con los estándares de buen ejercicio profesional, esto es, de conformidad con los estándares de buen ejercicio profesional, que en el caso se rigen por los protocolos de atención especializada para esta entidad diagnóstica específica (TEP), y que en el caso se incumplió, evidenciándose que no se han observado los estándares del debido cuidado requeridos.

En cuanto al daño cuya reparación se demanda, señala que la muerte de doña [REDACTED] causó a su cónyuge sobreviviente y a sus hijos, un enorme daño emocional, también conocido como “pretium doloris”, quienes estaban unidos en una estrecha relación afectiva y entrañable; su partida los ha herido profundamente en sus espíritus y ha causado una herida muy profunda en sus almas que no curará jamás, ha afectado profundamente sus integridades psíquicas padeciendo un severo y cruel atentado a un derecho de la personalidad, y las secuelas de su partida permanecerán para siempre, como un testimonio doloroso e imborrable, por el resto de sus vidas.

Sostiene que para la reparación del daño extrapatrimonial mencionado, demanda para don [REDACTED], cónyuge de doña [REDACTED], la suma de \$70.000.000.- y para sus hijos, la suma de \$50.000.000 para cada uno de ellos

Cita el artículo 38 de la Ley 19.966, que consagró un régimen de Garantías de Salud, norma que indica guarda plena armonía con lo dispuesto en el inciso 2° del artículo 38 de la Constitución Política de la República, que consagra la responsabilidad del Estado y artículos 4 y 42 de la Ley 18.575, sobre Bases Generales de la Administración del Estado.

Conforme las normas legales citadas, alega que el Servicio de Salud Bio Bio y el Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” de Los Ángeles, incurrieron en falta de servicio, porque prestaron un servicio deficiente y tardío en la atención de la paciente doña Jimena Patricia Inostroza González, encontrando el deceso de la



paciente su causa directa y necesaria en dicha atención defectuosa y tardía, debiendo por tanto, los demandados ser condenados a reparar los daños causados a sus representados en sus calidades de cónyuges e hijos, respectivamente.-

Sostiene que de acuerdo los elementos analizados se engendró la responsabilidad civil tanto del Servicio de Salud Bío Bío como del Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” de Los Ángeles.

Señala que habiendo concurrido la conducta de las demandadas en la configuración del hecho generador de los daños sufridos, les demanda solidariamente, por ser éste el principio general que rige en Chile los efectos de la coparticipación en materia extracontractual.

Hace presente además que la jurisprudencia y doctrina imperantes entienden que, en lo no regulado expresamente para la responsabilidad del Estado, han de aplicarse supletoriamente las normas del Título XXXV del Libro IV del Código Civil (De los delitos y cuasidelitos), derecho común en la materia, y dentro del cual se encuentra, precisamente, el artículo 2317 del Código Civil que resuelve el problema de la obligación a la deuda entre los copartícipes en el ámbito extracontractual estableciendo la solidaridad.

**En subsidio** y para el evento que no se considere a las demandadas solidariamente responsables, les demanda derechamente a cada uno de ellas por el total de los daños sufridos por los actores.

Indica que desde el punto de vista de la obligación reparatoria para con las víctimas, cada uno de quienes con una conducta reprochable interviene causalmente en la generación del daño es responsable por el total de los perjuicios; conclusión que se ve refrendada en nuestro derecho en que se sigue en esta materia la teoría de la equivalencia de las condiciones.

**En subsidio** y para el evento que no se considere a los demandados solidariamente responsables o a cada uno de ellos responsable del total de los daños sufridos por los actores, los demanda de manera simplemente conjunta o



mancomunada, obligados al pago en la proporción que se determine, por ser ésta la regla supletoria en la materia, de no aceptarse las peticiones precedentes.

**En subsidio**, y para el caso que se estimara que no se encuentra comprometida la responsabilidad de ambas demandadas en los hechos expuestos en esta demanda, sino únicamente la del Servicio de Salud Bio Bio, la demanda se dirige únicamente en contra de ese demandado responsable.

**En subsidio**, y para el caso que se estimara que sólo le asiste responsabilidad civil a la demandada Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” de Los Angeles, la demanda, se dirige únicamente en contra de ese demandado.

En mérito de lo expuesto y de las normas que cita pide tener por interpuesta demanda de indemnización de perjuicios en contra del **SERVICIO DE SALUD BIO BIO**, representado legalmente por doña Marta Caro Andía y del **COMPLEJO ASISTENCIAL “DR. VICTOR RIOS RUIZ” de Los Ángeles**, representado legalmente por don Brian Romero Bustamante, todos ya individualizados, acogerla a tramitación y en definitiva declarar que:

1.- Se condena al Servicio de Salud Bio Bio y al Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” de Los Ángeles a pagar en forma solidaria a don Nelson Julio Benjamín Sanhueza Torres, por sí y en su calidad de representante legal de su hijo menor Nelson David Melquisedec Sanhueza Inostroza, en su calidad de cónyuge sobreviviente e hijo de la víctima directa doña Jimena Patricia Inostroza González, respectivamente, la suma de \$70.000.000 para el primero y de \$50.000.000 para el segundo; a Julio Jesús, Ximena Ernestina, Gloria Onise, Gabriela Stefanie Magdalena, Jerusalem Amada, Priscila Natalia Febe y Rosa Esperanza, todos Sanhueza Inostroza, en su calidad de hijos de la víctima directa doña Jimena Patricia Inostroza González, la suma de \$50.000.000 para cada uno o las sumas mayores o menores que se determine conforme al mérito del proceso, por los daños extrapatrimoniales sufridos.

2.- En subsidio de todo lo anterior, pide se condene a pagar derechamente a cada uno de los demandados Servicio de Salud Bio Bio y Complejo Asistencial “Dr.



Víctor Ríos Ruiz” de Los Ángeles a don Nelson Julio Benjamín Sanhueza Torres, por sí y en su calidad de representante legal de su hijo menor Nelson David Melquisedec Sanhueza Inostroza, en su calidad de cónyuge sobreviviente e hijo de la víctima directa doña Jimena Patricia Inostroza González, respectivamente, la suma de \$70.000.000 para el primero y de \$50.000.000 para el segundo; a Julio Jesús, Ximena Ernestina, Gloria Onise, Gabriela Stefanie Magdalena, Jerusalem Amada, Priscila Natalia Febe y Rosa Esperanza, todos Sanhueza Inostroza, en su calidad de hijos de la víctima directa doña Jimena Patricia Inostroza González, la suma de \$50.000.000 para cada uno o las sumas mayores o menores que se determine conforme al mérito del proceso, por los daños extrapatrimoniales sufridos.

3.- En subsidio de todo lo anterior, solicita que se condene a los demandados Servicio de Salud Bío Bío y Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” de Los Ángeles a pagar en forma simplemente conjunta o mancomunada, en la proporción que se determine, a don Nelson Julio Benjamín Sanhueza Torres, por sí y en su calidad de representante legal de su hijo menor Nelson David Melquisedec Sanhueza Inostroza, en su calidad de cónyuge sobreviviente e hijo de la víctima directa doña Jimena Patricia Inostroza González, respectivamente, la suma de \$70.000.000 para el primero y de \$50.000.000 para el segundo; a Julio Jesús, Ximena Ernestina, Gloria Onise, Gabriela Stefanie Magdalena, Jerusalem Amada, Priscila Natalia Febe y Rosa Esperanza, todos Sanhueza Inostroza, en su calidad de hijos de la víctima directa, la suma de \$50.000.000 para cada uno o las sumas mayores o menores que se determine conforme al mérito del proceso, por los daños extrapatrimoniales sufridos.

4.- En subsidio de todo lo anterior, y para el evento que se considere que sólo a la demandada Servicio de Salud Bío Bío le asiste responsabilidad civil por los hechos referidos en esta demanda, pide se le condene a pagar a don Nelson Julio Benjamín Sanhueza Torres, por sí y en su calidad de representante legal de su hijo menor Nelson David Melquisedec Sanhueza Inostroza, en su calidad de



cónyuge sobreviviente e hijo de la víctima directa doña Jimena Patricia Inostroza González, respectivamente, la suma de \$70.000.000 para el primero y de \$50.000.000 para el segundo; a Julio Jesús, Ximena Ernestina, Gloria Onise, Gabriela Stefanie Magdalena, Jerusalem Amada, Priscila Natalia Febe y Rosa Esperanza, todos Sanhueza Inostroza, en su calidad de hijos de la víctima directa, la suma de \$50.000.000 para cada uno o las sumas mayores o menores que se determine conforme al mérito del proceso, por los daños extrapatrimoniales sufridos.

5.- En subsidio de todo lo anterior, y para el evento que se considere que sólo a la demandada Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” de Los Ángeles le asiste responsabilidad civil por los hechos referidos en esta demanda, se le condena a pagar a don Nelson Julio Benjamín Sanhueza Torres, por sí y en su calidad de representante legal de su hijo menor Nelson David Melquisedec Sanhueza Inostroza, en su calidad de cónyuge sobreviviente e hijo de la víctima directa doña Jimena Patricia Inostroza González, respectivamente, la suma de \$70.000.000 para el primero y de \$50.000.000 para el segundo; a Julio Jesús, Ximena Ernestina, Gloria Onise, Gabriela Stefanie Magdalena, Jerusalem Amada, Priscila Natalia Febe y Rosa Esperanza, todos Sanhueza Inostroza, en su calidad de hijos de la víctima directa, la suma de \$50.000.000 para cada uno o las sumas mayores o menores que se determine conforme al mérito del proceso, por los daños extrapatrimoniales sufridos.

6.- Que en todo caso, se condena a pagar las sumas anteriores debidamente reajustadas desde el día 16 de junio de 2015, hasta el día del pago efectivo y con el interés corriente para operaciones reajustables por igual período.

7.- Que se condena a los demandados a pagar en forma solidaria, o en subsidio derechamente a cada uno de los demandados o en subsidio en forma simplemente conjunta o mancomunada, en la proporción que se determine, o en subsidio sólo al Servicio de salud Bio Bio o en subsidio aún al Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” de Los Angeles, las costas de la causa.



Con fecha 11 de septiembre de 2017, en folio 25, el apoderado del Servicio de Salud Bio Bio, contesta la demanda, solicitando su rechazo en todas sus partes, con costas.

En primer lugar alegó la excepción de falta de legitimación pasiva del Servicio de Salud Bío Bío, fundada en que la presente acción ha sido dirigida en contra de una persona jurídica de derecho público, y no, en contra de la persona natural a la cual se le imputa la supuesta realización de una actuación médica imprudente o negligente, siendo procedente establecer si goza de la legitimidad pasiva en el presente juicio y, si se encuentra en condiciones jurídicas de ejercer una correcta defensa, lo que indica no ser posible por la existencia de normativa legal expresa y reglamentaria que otorga ciertas facultades y prerrogativas especiales al Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, en el ámbito de representatividad del establecimiento de salud, el que por el sólo ministerio de la ley al tener el carácter de establecimiento de Alta Complejidad, adquirió en el año 2010, la calidad de establecimiento autogestionado en red, lo que le hizo acreedor de una serie de facultades legales, tanto en el ámbito de la gestión, administración y representatividad, existiendo una orden ministerial a través de la Circular N°1 de fecha 29 de febrero de 2008, del Ministerio de Salud de Chile, que imparte instrucciones específicas a los Servicios de Salud, respecto de la representación judicial y extrajudicial de estos establecimientos, facultades que radican en la persona del Director del Hospital Autogestionado, consignándose así su carácter de establecimiento desconcentrado funcionalmente de conformidad a lo establecido en el artículo 31 inciso 5° del DFL N°1 de 2005, lo que le permite la radicación por ley de ciertas atribuciones conforme se establece en el artículo 30 de la ley 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado (actual artículo 33 del DFL N°1 de 2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley 18.575).

Cita el artículo 10 inciso primero del D.S. N°38 de 2005 y señala que esta norma reglamentaria que hace expresa remisión a la Ley de Bases Generales de



la Administración del Estado, fija una de las principales atribuciones radicada y arraigada en el Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, referente a la representación del organismo: “La representación judicial y extrajudicial de los servicios descentralizados corresponderá a los respectivos jefes superiores”. Afirma que la importancia del otorgamiento de la representación judicial del Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, al director de dicho establecimiento de salud, radica en que goza de la capacidad jurídica para ser sujeto activo o pasivo de las acciones judiciales que procedan, sin tener que ejercerse las mismas por o en contra del Servicio de Salud Biobío, respectivamente.

Dice que la facultad de representación judicial de los establecimientos autogestionados en red, radicada en su director, se encuentra establecida en el artículo 36 del DFL N°1 de 2005, que fue modificado por el artículo 25 F inciso final de la Ley 19.937 de 2004; y el artículo 35 del DFL N°1 de 2005, reitera la idea de independencia funcional del Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, estableciendo que el Director de Servicio, no podrá interferir en el ejercicio de las facultades propias del director del autogestionado; y dentro de las atribuciones conferidas se establecen las contenidas en el artículo 36 inciso final del mismo texto legal, norma que expresamente radica en el Director del Establecimiento Autogestionado su representación legal, concluyendo que las prestaciones o acciones de salud efectuadas en el Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, que dieron origen a esta demanda, se encuentran dentro de las facultades cuya dirección y control pertenecen por ley al establecimiento autogestionado.

Luego niega la versión de los hechos que se exponen en la demanda, en cuanto en ella se pretende atribuir responsabilidad por falta de servicio, agregando que la parte demandante deberá acreditar procesalmente sus afirmaciones, quien pretende hacer un relato de los hechos, añadiendo un componente técnico-médico a su análisis, sin embargo, dice que lo hace de forma errada, desconociendo el tratamiento y los cuidados que se le brindaron en el Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz a la paciente Jimena Patricia Inostroza González,



quién lamentablemente falleció producto de las graves consecuencias de la enfermedad que padecía.

Que en relación al cuestionamiento de clasificación de TRIAGE que se efectuó de la paciente, sostiene que a pesar de la historia clínica referida por el familiar, a la llegada de SAMU al domicilio, se consigna en documento de atención prehospitalaria que la paciente se encontraba consciente, hiperventilando, bien perfundida a distal; con examen cardiopulmonar normal y que hace 2 días presentaba cuadro de fatiga y saturando 86-87%; y de acuerdo a esta historia y el cuadro clínico, se maneja inicialmente con aporte de oxígeno con buena respuesta y se traslada a servicio de urgencias, y es ingresada en similares condiciones por lo que fue clasificada como C3, lo cual se hace de acuerdo a parámetros validados, que arrojan los síntomas y signos vitales del paciente; y la clasificación de gravedad que se efectuó, si bien, correspondía de acuerdo a su sintomatología a la categoría C3, la atención se inició a los 17 minutos desde el ingreso al servicio de urgencia (23:02 hrs, contrario a lo que plantea la demandante); y que el Dr. Pooley, quien la trató, registra a las 23:20 horas, ya que todo médico realiza inicialmente anamnesis y posterior a eso inicia registro clínico electrónico y va complementando sus hallazgos.

De acuerdo al cuestionamiento de la sospecha clínica del tromboembolismo pulmonar por el Electrocardiograma (ECG), señala que el médico de turno fue consecuente en su actuar, ya que junto con el ECG solicitó exámenes de laboratorio relacionados con la sospecha diagnóstica (dímero-d y pruebas de coagulación entre otros); y, a pesar de haberse realizado estos estudios, estos exámenes solamente orientan el diagnóstico, pero no lo confirman. Dice que el único examen que confirma el diagnóstico es un examen imagenológico llamado Angiotomografía Computada de Tórax (AngioTC), que también fue solicitado por médico tratante y tomada dentro de los exámenes de ingreso, en tiempos adecuados para un servicio de urgencia de un hospital de alta complejidad.



Sostiene que si se analizan los tiempos de atención, se evidencia que desde el inicio de la evaluación que implica la toma de ECG (consignado a las 23:02 hrs), en el cual se efectúa una completa anamnesis y examen físico, en una paciente de cuidado, pero estable; llevándose a cabo la administración de un tratamiento inicial y la toma de múltiples exámenes de laboratorio, con sus órdenes respectivas, los tiempos de trabajo fueron absolutamente adecuados; lo que indica queda en evidencia de acuerdo a los horarios consignados en DAU (Registro de atención de Urgencia).

Refiere que el Dr. Pooley realizó el registro de las actividades descritas a las 23:31 y posterior a completar órdenes de exámenes, indica tratamientos farmacológicos en los minutos siguientes; por lo que si se consideran todos los tiempos, se puede evidenciar que no hubo un retraso en la atención, ya que todo procedimiento médico requiere un mínimo de tiempo de trabajo, acorde con los estándares mínimos de atención.

Que en relación al cuestionamiento del retraso en el inicio del tratamiento anticoagulante, la parte demandante señala que el Dr. Pooley, a las 00:09 hrs. disponía de los exámenes, sin embargo aclara que en realidad las órdenes de exámenes fueron recepcionadas en laboratorio a esa hora y validados por el laboratorio a las 00:51 hrs., por lo que en realidad los exámenes estuvieron listos 42 minutos después de lo señalado por la parte demandante; y a pesar de que los exámenes no estaban listos, por la sospecha diagnóstica, el médico tratante no perdió tiempo y solicitó AngioTC que fue agendada a las 00:34 de acuerdo a registro en solicitud de examen.

Expone en relación al horario de validación de exámenes y la ausencia de la paciente del servicio de urgencia por encontrarse en Unidad de AngioTC, a la hora señalada, resulta lógico, que el médico haya indicado el tratamiento anticoagulante, al reevaluar a la paciente con los exámenes de laboratorio que orientaban sospecha clínica de TEP (tromboembolismo pulmonar), esto luego de retornar de la unidad de Scanner, que fue tomado a la 1:12 hrs. consignado en



sistema informático, y que a pesar de no disponer de informe imagenológico indicó a esa misma hora tratamiento con anticoagulante, por sospecha diagnóstica, y que el Informe de AngioTC, llegó a las 03:28hrs.

Señala que posterior a esto, desconociendo la magnitud del compromiso pulmonar por ausencia de informe de AngioTC, se solicita manejo por médico de UTI, la que indica evaluación por residente de ginecología en el entendido que este médico se encontraba en la misma unidad de emergencias, considerando que el tratamiento inicial (anticoagulante), ya había sido indicado por médico tratante. Dice que la paciente fue evaluada por ginecólogo de turno mediante examen físico y ecográfico, realizado en los 20 minutos siguientes de solicitada la evaluación y posterior a esto se indicó traslado a UTI, no existiendo demora alguna.

Que en cuanto al cuestionamiento del tratamiento indicado, señala que considerando las guías clínicas europeas de tromboembolismo pulmonar del 2014, la paciente, de acuerdo a su condición, correspondía a un índice de gravedad tipo III y se debía hospitalizar, monitorizar e iniciar anticoagulante, agregando que este documento señala que en la eventualidad de objetivarse falla de ventrículo derecho por ecografía o laboratorio, puede considerarse tratamiento de reperfusión, la que no fue objetivada hasta la llegada del informe de AngioTC a las 3:28 hrs.

Que en relación al episodio de apnea y paro respiratorio presentados, señala que considerando la severidad del tromboembolismo sufrido por la paciente, asociado a la obesidad, diabetes e hipertensión que padecía, era esperable una evolución de esta manera, aclarando que la gravedad del cuadro se pudo objetivar recién post mortem, ya que el informe de AngioTC llegó a las 03:28 hrs; y durante todas las evaluaciones, la paciente no tuvo ningún signo clínico sugerente de shock, ni de compromiso respiratorio severo hasta el momento de la descompensación y posterior paro respiratorio del que salió sólo con apoyo de bolsa máscara (AMBU) por 3 minutos, recuperando incluso estado de conciencia.



Indica que luego de esto fue trasladada a UPC donde de manera tórpida presenta episodio de paro cardiorrespiratorio del que se recupera y posteriormente cae nuevamente en paro cardiorrespiratorio del que no se pudo recuperar con resultado de muerte.

Finalmente, concluye que la demanda debe ser rechazada, porque la paciente, siempre fue atendida, nunca hubo demora, siempre se estaban haciendo acciones dirigidas por un médico, ella se encontraba en urgencia, pero en una sala de reanimación, con toda la implementación que su gravedad requería; y principalmente, porque si se revisa la historia clínica de la paciente, se observa que desde su ingreso, es sometida a todos los tratamientos y exámenes necesarios para efectuar un diagnóstico de su patología, no siendo posible inferir que hubo alguna irregularidad en el tratamiento, que hubo un error en el diagnóstico o que no se tomaron las medidas necesarias para restablecer su salud y aunque su enfermedad era muy grave, al ser ingresada se trataba de una paciente que se encontraba estable, y estaba siendo tratada mientras se recibían los resultados definitivos de sus exámenes clínicos e imagenológico ordenados por el médico tratante.

Luego alega la inexistencia de responsabilidad civil del Servicio de Salud Bío Bío, indicando que la causa de pedir de la acción ejercitada en autos está circunscrita a la responsabilidad por "falta de servicio" que se le imputa al Servicio de Salud Biobío, quedando excluida de la controversia la responsabilidad del Servicio por el hecho ajeno a que se refieren las reglas contenidas en los artículos 2320 y 2322 del Código Civil.

Sostiene que quien accione por falta de servicio, debe acreditarla en el juicio y que ella constituye la causa del daño que se dice haber experimentado.

Explica que se cumplió con el protocolo de atención médica que el caso requería y en general, se puso todos los medios existentes y necesarios a disposición del paciente, esto es, se le proporcionó una atención acorde con los procedimientos establecidos a nivel institucional y de acuerdo con los recursos



humanos y técnicos existentes en el recinto hospitalario en que fue tratado, obedeciendo el fallecimiento de doña Jimena Patricia Inostroza González, a causas extrañas a la conducta de su representado o de sus agentes, por lo que no existió falta de servicio en ninguna forma, al haber actuado el Servicio de Salud Biobío y sus agentes conforme al grado de acuciosidad y diligencia que era recomendable y exigible de acuerdo con la naturaleza y complejidades del caso y acorde a los medios disponibles, prodigándose al paciente todas las atenciones y cuidados que la naturaleza de dicho caso imponía, concluyendo que no hubo culpa, ni negligencia, tampoco retardo, ni deficiencia en la prestación del servicio, dadas las particularidades que presentó el caso médico; y en el evento que se estimara como un error la atención prestada, es del todo excusable, y no da lugar a responsabilidad el error que se produce a pesar de haberse desplegado el cuidado y la destreza exigible a un buen profesional, como sucedió en la especie.

Que en cuanto a la indemnización reclamada, niega la existencia de daño moral; de los hechos en que la parte demandante lo hace consistir, así como la relación de causalidad entre el supuesto daño moral que refiere y alguna acción u omisión que sea imputable al Servicio de Salud Biobío, o sus agentes; sin perjuicio, de lo excesivo del monto demandado, por daño moral, porque la indemnización no debe nunca exceder del monto del perjuicio, no puede ser fuente de lucro o ganancia para quien la demanda; y que en el caso del daño moral, la indemnización está dirigida a dar, a quien ha sufrido el daño, sólo una satisfacción de reemplazo, dado que el daño moral mismo no desaparece por la indemnización y por ende, ella no puede ser estimada como una reparación compensatoria y tampoco constituye una pena.

En definitiva solicita rechazar la demanda y en subsidio, rebajar las sumas demandadas, con costas.

Con fecha 23 de octubre de 2017, en folio 33, el apoderado del Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” Los Ángeles, contesta la demanda, solicitando su rechazo con costas.



En primer lugar opone la excepción de falta de legitimación pasiva fundada en que de acuerdo a la Ley, la demanda debió ser dirigida solamente en contra del Servicio de Salud Biobío y notificarse legalmente al Director del Hospital; agregando que la legitimación pasiva recae exclusivamente en el Servicio de Salud Biobío, organismo que cuenta con personalidad jurídica, pero representada para estos efectos por el Director del Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” Los Ángeles, establecimiento auto gestionado en red.

Señala que se debe distinguir entre la capacidad del establecimiento hospitalario para autogestionarse, para administrar los recursos que le son entregados para el cumplimiento de sus fines y la capacidad necesaria para comparecer en juicio como sujeto procesal, soportando en su patrimonio las consecuencias que eventualmente se generarían de acogerse la demanda.

Señala que el artículo 31 del DFL N°1 de 2005 dispone que los establecimientos autogestionados, en el ejercicio de sus atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia, sólo comprometen los bienes y recursos afectos al cumplimiento de sus fines propios a que refieren los artículos 42 y 43, norma que debe concordarse con los artículos 33 y 36 del mismo texto legal, todos los cuales establecen facultades limitadas al desarrollo de los fines de la institución, ámbito al cual escapan la responsabilidad extracontractual en la que pudo incurrir el Complejo Asistencial.

Luego, alega que la relación de los hechos que se ha efectuado en la demanda es parcial e incompleta, y los niega en su integridad.

Alega ausencia del hecho generador del daño, sosteniendo que no concurre respecto del Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz Los Ángeles, la existencia de un hecho imputable, porque no ha existido acción u omisión alguna que haya podido causar el daño pretendido; y que en consecuencia, el resto de los requisitos de la responsabilidad no pueden configurarse, concluyendo que no existe falta de servicio.



A continuación refiere en iguales términos que en la contestación del servicio de Salud demandado, lo relativo a los cuestionamientos de la clasificación de TRIAGE que se efectuó de la paciente; de la sospecha clínica del tromboembolismo pulmonar; de los tiempos de atención; del retraso en el inicio del tratamiento anticoagulante, del tratamiento indicado que hace la demandante, concluyendo igualmente que la demanda debe ser rechazada, porque la paciente siempre fue atendida, nunca hubo demora, siempre se estaban haciendo acciones dirigidas por un médico, que se encontraba en urgencia, pero en una sala de reanimación, con toda la implementación que su gravedad requería; y principalmente, porque si se revisa la historia clínica de la paciente, se observa que desde su ingreso, es sometida a todos los tratamientos y exámenes necesarios para efectuar un diagnóstico de su patología, no siendo posible inferir que hubo irregularidad en el tratamiento de la paciente, que hubo un error en el diagnóstico o que no se tomaron las medidas necesarias para restablecer su salud y aunque su enfermedad era muy grave, al ser ingresada se trataba de una paciente que para ese momento se encontraba estable, y estaba siendo tratada mientras se recibían los resultados definitivos de sus exámenes clínicos e imagenológico ordenados por el médico tratante.

Luego aduce falta de relación causal entre el fallecimiento de doña Jimena Patricia Inostroza González y la actuación de los funcionarios del Complejo Asistencial "Dr. Víctor Ríos Ruiz" Los Ángeles, concluyendo que los daños que reclaman los demandantes no son responsabilidad del Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz Los Ángeles, pues no consta que el fallecimiento de la paciente fuera a causa de una infracción a la Lex Artis por parte de funcionarios del Complejo Asistencial, considerando que no existe auditoría médica ni peritaje médico legal que confirme lo anterior.

Aduce también la ausencia de antijuridicidad o falta de servicio en la actuación del Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz Los Ángeles, fundado en



que el actuar del personal médico fue oportuno y ajustado a la Lex Artis, por lo que no le cabe responsabilidad alguna.

Refiere que en el análisis objetivo de la conducta desplegada por el equipo de especialistas del Complejo Asistencial en los hechos, permiten descartar toda imputación de falta de servicio, pues el órgano actuó adecuadamente en relación a las circunstancias que se presentaron, teniendo en cuenta el cuadro que desarrolló la paciente, las atenciones que se le prestaron y los conocimientos de la técnica y ciencia médica existentes en ese momento.

Agrega que tal como consta en la ficha clínica, desde que la paciente comenzó a asistir al Complejo Asistencial hasta el día de su lamentable fallecimiento, se le otorgaron toda las prestaciones posibles, dentro de los tiempos y plazos correspondiente, de manera regular, continua y conforme a los procedimientos y protocolos establecidos para un paciente en la condición en que se encontraba, siendo atendida por los profesionales más capacitados para su cuidado.

Indica que las prestaciones que deben cumplir los médicos en el ejercicio de su profesión tienen un definitivo carácter técnico, y su actividad esta reglada por las leyes del arte de su profesión o Lex Artis; y la actuación del profesional médico solo da lugar a la responsabilidad civil resarcitoria si éste ignora o se aparta de las Leyes del Arte, ya que su deber deontológico es ejercer la profesión, con la pericia y conocimientos que su arte requiere; y la obligación reparatoria no surge de los riesgos, sino por su negligencia o dolo, agregando que la obligación profesional del médico no consiste en obtener un determinado resultado sino en efectuar la atención de salud, acorde con las normas de la profesión, con diligencia y cuidado, concluyendo que tendría que acreditarse que él o los profesionales que intervinieron en las atenciones de doña Jimena Patricia Inostroza González, incurrieron en manifiesta negligencia en los medios empleados, lo que niega rotundamente.



En cuanto a los daños demandados, y en subsidio de las alegaciones y defensas precedentes, expone, que los demandantes pretenden la suma de \$470.000.000.- por el daño emocional que la muerte de doña Jimena Inostroza González les ha ocasionado.

Indica que la Ley N° 19.966 se refiere de manera expresa al daño moral, en su artículo 41, precepto que establece ciertos parámetros para el cálculo de la indemnización, entre los cuales se encuentra la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de vida del afectado, agregando que el inciso final del artículo 36 del mencionado cuerpo normativo, señala que una Resolución Administrativa establecerá los montos máximos que, en virtud del procedimiento de mediación, podrán pagar los prestadores institucionales públicos, y por Resolución N°142, del Ministerio de Hacienda y de Salud, Subsecretario de Salud, de fecha 08 de abril del 2005, se establecieron montos máximos, sosteniendo que existiendo una normativa legal especial, que estableció los límites legales a que las indemnizaciones en los procedimientos de mediación de salud pueden ascender, estima que el Tribunal debe considerarlo para el evento de tener que cuantificar el daño que eventualmente se pudiera acreditar.

Con fecha 06 de noviembre de 2017, en folio 37, los demandantes evacuan la réplica.

Con fecha 14 de noviembre de 2017, en folios 39 y 40 duplican los demandados Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz y Servicio de Salud Bío Bío, respectivamente.

Con fecha 06 de diciembre de 2017, en folio 52 se llevó a efecto la audiencia de conciliación, con la sola asistencia de la apoderada de los demandantes, y del apoderado del Servicio de Salud Bío Bío. Llamadas las partes a conciliación, ésta no se produce.

Con fecha 5 de marzo de 2018, en folio 55, se recibe la causa a prueba.

Con fecha 11 de julio de 2018, en folio 143, se citó a las partes a oír sentencia.



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

### **En cuanto a la objeción de documentos:**

1°.- Que, en el folio 78, el apoderado de la demandada Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, fundado en artículo 342 N° 3 del Código de Procedimiento Civil, impugnó la copia de historia y evolución clínica de doña Jimena Inostroza González, acompañada por la parte demandante, por ser este documento inexacto e incompleto, ya que le faltan las páginas N° 2 y 4 del 16 de diciembre de 2015 y Dato de Urgencia del 29 de abril de 2015.

La parte demandante no evacuó el traslado.

2°.- Que, del examen de la copia de la ficha clínica efectivamente se constata que las piezas que detalla el impugnante no se encuentran agregadas; sin embargo el Dato de Urgencia del 29 de abril de 2015, ninguna relevancia tiene para la resolución de la acción porque la falta de servicio se hace consistir en la atención prestada el 15 y 16 de diciembre del 2015; y teniendo especial consideración que las piezas faltantes fueron acompañadas por el mismo impugnante, con fecha 18 de abril de 2018, sin que fueren objetadas, de modo que el Tribunal podrá valorar la ficha en su integridad, la objeción planteada será desestimada.

### **En cuanto a las tachas:**

3°.- Que el apoderado de la demandada, en el folio 80, formuló tacha en contra del testigo Leonardo Arroyo Inostroza, por la causal del artículo 358 N° 7 del Código de Procedimiento Civil y en subsidio por la causal N° 6 de la misma disposición legal; por haber manifestado el testigo ser amigo de la familia demandante, lo que se manifiesta por hechos graves, como son periódicas juntas o reuniones de índole familiar, social y religioso, por unos diez años.

4°.- Que contestando el traslado conferido, la parte demandante solicita el rechazo de la tacha, ya que la relación que vincula al testigo con la parte demandante se da en el contexto de culto, por pertenecer a la misma religión, lo que no reviste caracteres de amistad que revista imparcialidad en su declaración.



5°.- La tacha fundada en la causal N° 7 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, habrá de ser acogida, toda vez que del interrogatorio para tachas el testigo ha señalado ser amigo de la familia desde unos 10 años, haber compartido con el matrimonio e hijos no solo en reuniones de iglesia sino también cumpleaños, salidas al campo, reuniéndose como mínimo una vez a la semana, circunstancias suficientes para tener por acreditada la amistad íntima, que exige la ley, entre el testigo y la parte que lo presenta; siendo innecesario emitir pronunciamiento de la causal de inhabilidad del N° 6 de la misma disposición legal deducida en subsidio, por haberse acogido la formulada de manera principal.

6°.- Que, a su vez, el apoderado de la demandante en el folio 86, formuló tacha en contra del testigo Sebastián Pooley Roca, por la causal prevista en el N° 6 y en subsidio del N°5 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, fundado en que el testigo en su calidad de médico atendió personalmente a la paciente Ximena Inostroza González, por lo que es inhábil para declarar por tener un interés indirecto de orden patrimonial, porque en el evento que la demanda sea acogida quedará expuesto a la acción de repetición que en su contra pudiere interponer alguno de los organismos demandados; sin perjuicio de la responsabilidad administrativa se pudiere hacer efectiva en su contra.

7°.- Que la parte demandada Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, solicitó el rechazo de la tacha, con costas, porque el testigo en su declaración en ningún momento ha manifestado, tener un interés directo o indirecto en este juicio; agregando que el interés tiene que ser pecuniario y no se demuestra este tipo de interés por el solo hecho de haber prestado atención de salud a la paciente. En relación al argumento basado en la repetición que puede ejercer alguna de las demandadas, señala que no puede ser acogido, porque es evidente que se trata de un fundamento incierto indiciario, de una probabilidad que no es segura, circunstancia que priva a la oposición de la solidez estimada como suficiente, para ser acogida. Finalmente frente al argumento sobre la posible responsabilidad administrativa que pueda tener el testigo, señala que mediante



resolución exenta N° 5567, de fecha 29 de Julio de 2016, el Director del Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruíz de Los Ángeles, sobreseyó la investigación sumaria, ordenada instruir para investigar las atenciones otorgadas en el establecimiento, a doña Ximena Inostroza González, por no existir antecedentes de que hubo falta administrativa que genere responsabilidad de algún funcionario de la Institución. En cuanto a la causal invocada en subsidio, señala que el testigo es un funcionario público del establecimiento de Salud que se rige en su relación contractual, por el Estatuto Administrativo, lo que no es asimilable a la relación de dependencia que establece la normativa asignada por la contraria, debido a que esta dependencia hace referencia a la relación de subordinación y dependencia regida por el Código del Trabajo. El Servicio de Salud, se adhirió a estos argumentos.

8°.- Que, habiendo el testigo atendido a doña Jimena Inostroza el día 15 de diciembre de 2015 en la Unidad de Emergencias, en que la que se habría producido la falta de servicio que se le atribuye a la demandada, para esta sentenciadora, se configura la causal de inhabilidad del N°6 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, la cual será acogida, siendo innecesario emitir pronunciamiento de la causal de inhabilidad del numeral 5 de la misma disposición legal por haber sido deducida en subsidio de la que ha sido acogida.

**En cuanto al fondo:**

9°.- Que acorde a lo consignado en la parte expositiva precedente, los demandantes, en síntesis, accionan de indemnización de perjuicios en contra del Servicio de Salud Bío Bío y del Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz”, por la falta de servicio en que habrían incurrido en la atención prestada a doña Jimena Patricia Inostroza González, quien con fecha 15 de diciembre de 2016 ingresó a dicho establecimiento hospitalario, falleciendo a consecuencia de un tromboembolismo masivo bilateral el 16 de diciembre de 2015, solicitando se condene al Servicio de Salud Bio Bio y al Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” de Los Ángeles a indemnizarle el daño moral que se les ha ocasionado y a



pagar en forma solidaria a los actores don Nelson Julio Benjamín Sanhueza Torres, en su calidad de cónyuge sobreviviente de la víctima directa doña Jimena Patricia Inostroza González, la suma de \$70.000.000 y \$50.000.000 para cada uno de sus hijos o las sumas mayores o menores que se determine conforme al mérito del proceso. En subsidio, piden se condene a cada uno de los demandados a pagar a los demandantes indicados de la forma y montos referidos. En subsidio, se condene a los demandados a pagar en forma simplemente conjunta o mancomunada, en la proporción que se determine, a los demandantes indicados los montos referidos. En subsidio y para el evento que se considere que sólo al Servicio de Salud Bío Bío le asiste responsabilidad civil por los hechos referidos en esta demanda, pide se le condene a pagar a los demandantes indicados de la forma y montos referidos. En subsidio de todo lo anterior, y para el evento que se considere que sólo al Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” de Los Ángeles le asiste responsabilidad civil, se le condene a pagar a los demandantes indicados de la forma y montos referidos, con reajustes e intereses y las costas de la causa.

**10°.-** Que, la demandada Servicio de Salud Bío Bío, solicitó el rechazo total de la demanda, con costas, oponiendo en primer término la excepción perentoria de falta de legitimación pasiva, luego niega los hechos contenidos en la demanda y alega la inexistencia de responsabilidad, conforme a los argumentos consignados en lo expositivo de este fallo. En subsidio, solicita rebajar las sumas demandadas con costas.

**11°.-** Que, por su parte, la demandada Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, solicitó el rechazo de la demanda, con costas, oponiendo también la excepción perentoria de falta de legitimación pasiva, y además niega la concurrencia de los presupuestos de la falta de servicio que se alega, negando responsabilidad en los hechos, conforme a los argumentos consignados en lo expositivo de este fallo.



**12°.-** Que, la acción indemnizatoria intentada persigue la responsabilidad del Estado fundada en la falta de servicio de un órgano o servicio de la Administración del Estado.

Por su parte, tanto el Servicio de Salud Bío Bío como el Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz son Servicios de la Administración del Estado y su estatuto corresponde al de las instituciones regidas por los principios y normas del derecho público, fundamentalmente las señaladas en la Constitución Política de la República y las leyes dictadas conforme a ella, atento a lo establecido en el Decreto Ley 2.673 de 1979.

La responsabilidad del Estado por falta de servicio tiene consagración positiva en nuestro Ordenamiento Jurídico tanto en la Constitución Política del Estado de Chile como en la Ley Orgánica Constitucional N° 18.575, sobre Bases Generales de la Administración del Estado.

En efecto, los artículos 6 y 7 de la Constitución Política de la República de Chile, consagran expresamente el principio de la responsabilidad civil del Estado.

Así, de conformidad al artículo 6°, los órganos del Estado, cualesquiera sean sus funciones o actividades, responden o son responsables por acciones que infrinjan la Constitución o las normas dictadas conforme a ella, y de acuerdo al artículo 7°, la infracción a este precepto origina no sólo la nulidad del acto, sino que, además, las responsabilidades subsecuentes. Asimismo, el inciso segundo del artículo 38, reconoce el derecho de las personas de reclamar ante los tribunales que determine la ley cuando sean lesionadas en sus derechos por la Administración del Estado, de sus organismos o de las Municipalidades, sin perjuicio de la responsabilidad del funcionario que hubiere causado el daño.

Por otro lado, el artículo 4 de la Ley General de Bases de la Administración del Estado, reitera el principio constitucional de que el Estado es responsable de los daños que causen a las personas los órganos de la Administración, y el artículo 42 del mismo texto legal, establece que la responsabilidad del Estado tiene lugar por falta de servicio y por falta personal del funcionario.



Finalmente, en lo relativo a los Servicios de Salud, el inciso 1° del artículo 38 de la Ley 19.966 contempla una regla similar a la establecida en el artículo 42 de la Ley de Bases de la Administración del Estado, al disponer lo siguiente: “Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.”

**13°.-** Que, conforme a las normas citadas, la fuente generadora de responsabilidad del Estado, es la falta de servicio, concepto que no ha sido definido por el legislador, pero en doctrina y jurisprudencia se entiende que ésta se produce cuando los órganos o agentes estatales no actúan debiendo hacerlo, o cuando su accionar es tardío o defectuoso ocasionando daños a los usuarios o beneficiarios del Servicio Público correspondiente.

La responsabilidad que se persigue, exige que se acredite que existió falta de servicio y una relación de causalidad entre los daños ocasionados y aquella, de conformidad a las reglas generales, y así también lo establece el inciso 2° del artículo 38 de la Ley 19.966 al establecer que “El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando falta de servicio”.-

**14°.-** Que, con los instrumentos públicos consistentes en certificados de matrimonio y de nacimiento de folio 65, acompañados legalmente por la parte demandante, se tendrá por acreditado que don Julio Benjamín Sanhueza Torres era el cónyuge de doña Jimena Patricia Inostroza González, y que los actores, Nelson David, Gabriela Stefanie Magdalena, Julio Jesús, Ximena Ernestina, Priscila Natalia Febe, Jerusalen Amada, Gloria Onise y Rosa Esperanza Belén, todos Sanhueza Inostroza, tienen la calidad de hijos de doña Jimena Inostroza González y de don Julio Sanhueza Torres.

Además, con el documento acompañado en el folio 1, consistente en Certificado de Término de Mediación del Consejo de Defensa del Estado de fecha 5 de mayo de 2017, consta que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 43 de la Ley 19.966.



**15°.-** Que, asimismo, se dejarán establecidos como hechos pacíficos de la causa, por no existir controversia entre las partes o por constar en instrumentos públicos, los siguientes.

a).- Que, doña Jimena Inostroza González, ingresó a las 22:43 horas del día 15 de diciembre de 2015, al Servicio de Urgencia del establecimiento Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles.

b).- Que, con fecha 16 de diciembre de 2015, las 03:34 horas, doña Jimena Inostroza González, falleció en el Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz de la ciudad de Los Ángeles, a la edad de 45 años, consignándose en el certificado de defunción que corre agregado en folio 28 como causa de muerte: tromboembolismo masivo bilateral.

Lo que se discute en cambio es la legitimación pasiva de las demandadas y si existió falta de servicio de parte de éstas en la atención prestada a la madre y cónyuge de los actores en el Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles y, si fue la causa de los daños cuyas indemnizaciones estos reclaman.

**16°.-** Que, en primer término, corresponde resolver la excepción perentoria de falta de legitimación pasiva, que ambos demandados han alegado, debiendo dilucidar cuál de las dos instituciones, o ambas, se encuentran en posición jurídica de satisfacer las pretensiones de los demandantes.

Para resolver el asunto, es necesario examinar la normativa aplicable. Así, el artículo 31 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de Salud del 2005, en su inciso 1° prescribe: “Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtendrán la calidad de ‘Establecimientos de Autogestión en Red’, con las atribuciones y condiciones que señala este Título, si cumplen los requisitos que se determinen en el reglamento a que se refiere el inciso siguiente.

El inciso 5° de la misma disposición señala: “Los establecimientos que obtengan la calidad de ‘Establecimiento de Autogestión en Red’ serán



órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley N° 18.575, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 1-19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, y a las normas del presente Libro.

A su vez, el inciso 6º, dispone: “No obstante, en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia, no comprometerán sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios a que se refieren los artículos 42 y 43”.

Asimismo, el artículo 36 del mismo cuerpo legal, en su inciso 1º estatuye: “En el Director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente Establecimiento y en especial tendrá las siguientes atribuciones:

En el inciso final de la misma disposición legal, prescribe: “Para todos los efectos legales, la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud respectivo se entenderá delegada en el Director del Establecimiento, cuando ejerza las atribuciones señaladas en este artículo. Notificada la demanda, deberá ponerla, en el plazo de 48 horas, en conocimiento personal del Director del Servicio de Salud correspondiente, quien deberá adoptar las medidas administrativas que procedieran y podrá intervenir como coadyuvante en cualquier estado del juicio”.

Además, el inciso 1º del artículo 33 de la Ley N° 18.575, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el Decreto con Fuerza de Ley N° 1-19.653, de 2000, preceptúa: “Sin perjuicio de su dependencia jerárquica general, la ley podrá desconcentrar, territorial y funcionalmente, a determinados órganos.”

Luego, en su inciso 3º, dispone: “La desconcentración funcional se realizará mediante la radicación por ley de atribuciones en determinados órganos del respectivo servicio”.



**17º.-** Que, de la normativa consignada en el motivo precedente, resulta que los Establecimientos Autogestionados en Red, como es el caso del Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, son “órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud”, conforme lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley 18.575.

Que “la desconcentración no es un sistema de organización administrativa, sino que constituye un mecanismo legal de transferencia de funciones administrativas que opera dentro del sistema centralizado, como en el descentralizado” (Sandra Ponce de León Salucci. “Bases de la organización administrativa en Chile. Principios, normas y estado actual”, en “Administración territorial de Chile. Estudios sobre descentralización y desconcentración administrativas”. Legal Publishing Chile, primera edición, septiembre de 2015. Página 75), citada por la Excma. Corte Suprema, en causa rol 21.593-2017.

En relación a la excepción en comento, siendo el Servicio de Salud Bío Bío, un órgano descentralizado, que cuenta con patrimonio propio y personalidad jurídica propia, se encuentra obligado a responder pecuniariamente de los daños causados por los órganos de su dependencia, entre los que se incluyen, los hospitales que forman parte de la respectiva red de salud, ya que la desconcentración de que son objeto los Establecimientos Autogestionados en Red corresponde a un sistema de organización administrativa en cuya virtud “se transfieren funciones y competencias resolutorias de un órgano superior de la administración pública a otro inferior” modalidad conforme a la cual “la autoridad inferior actúa bajo la dependencia jerárquica del órgano superior, el que imparte instrucciones y puede revocar las resoluciones del órgano inferior”. De esta forma, la “delegación” efectuada por el legislador al Establecimiento Autogestionado, no desvincula al ente superior, esto es, al Servicio de Salud demandado, de la actividad de la unidad desconcentrada ni, mucho menos, de las consecuencias patrimoniales de su quehacer; razones suficientes para desestimar la excepción de falta de legitimación pasiva opuesta por la demandada Servicio de Salud Bío



Bío. Así se ha resuelto en fallos recientes por la Excma. Corte Suprema, tales como causa Rol 21.593-2017 y 37.438-2017.-

**18°.-** Ahora bien, en cuanto a la legitimación pasiva alegada por el Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, materia ampliamente discutida tanto en nuestra doctrina como en la Jurisprudencia, cabe consignar en primer término, que el Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles, a contar del 31 de enero de 2010, adquirió la calidad de Establecimiento de Autogestión en Red, conforme al Decreto Ley 2.673, en especial, su artículo 1º, modificado por la Ley 19.937 y al reglamento Orgánico de los Servicios de Salud contenido en el Decreto Supremo de Salud N° 140 del año 2004 y las leyes 18.933 y 18.469.

Al efecto resulta preciso recordar que ha sido la propia ley la que ha dotado al señalado establecimiento de un patrimonio de afectación, esto es, de ciertos bienes que de acuerdo a lo dispuesto en el inciso 6º del Artículo 31 del DFL N° 1 de 2006, deben ser destinados a satisfacer las obligaciones que para el mismo surgen como resultado del ejercicio de las atribuciones que la ley ha radicado en su esfera de competencia.

Que el señalado inciso 6º prescribe que el Establecimiento Autogestionado en Red compromete el patrimonio de afectación que le otorga la ley sólo en aquellos casos en que ejecuta “las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia”.

Sobre el particular la Excma. Corte Suprema en las causas rol 37.438-2017 y rol 21.593-2017, antes señaladas, ha resuelto: *“Al respecto, si bien dichas facultades se pueden entender referidas, al tenor de lo estatuido en los artículos 31, 32 y 36 del citado cuerpo de normas, al desarrollo de acciones de salud y asistenciales, orientadas, en lo fundamental, a descongestionar al Servicio de Salud respectivo, la propia naturaleza de los establecimientos de esta clase, el carácter de los servicios que prestan y la complejidad técnica y administrativa que los caracterizan conducen a concluir que tales atribuciones no se pueden entender limitadas a este ámbito, sino que, por el contrario, abarcan otras*



*situaciones, en especial aquellas vinculadas con las atenciones de salud que prestan y con las consecuencias patrimoniales que, eventualmente, de ellas pudieran derivarse”.*

Luego se agrega, que confirma lo dicho, lo prescrito en el inciso final del artículo 31 del citado cuerpo legal, en cuanto dispone que los “Establecimientos de Autogestión en Red, dentro de su nivel de complejidad, ejecutarán las acciones de salud que corresponden a los Servicios de Salud de acuerdo a la ley”; *lo que permite aseverar que uno de los fines propios de un Establecimiento Autogestionado en Red está configurado, precisamente, por el otorgamiento de prestaciones sanitarias y que, por lo mismo, uno de los destinos que es posible asignar a los bienes que conforman su patrimonio de afectación consiste en el resarcimiento de los perjuicios que pueda causar a sus usuarios, en el caso de que ellos se deban a falta de servicio.*

De este modo, de acreditarse la falta de servicio en que incurra un establecimiento de autogestión en red, como lo es el Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, la responsabilidad pecuniaria a que de lugar dicha falta de servicio no se radica exclusivamente en el Servicio de Salud respectivo, porque los establecimientos de autogestión en red, cuentan con un patrimonio de afectación que puede ser destinado también al resarcimiento de los perjuicios que puedan causarse con motivo del otorgamiento de prestaciones sanitarias, que por mandato legal, el centro asistencial debe otorgar.

De acuerdo a lo razonado precedentemente, es posible concluir que la excepción en comento será también desestimada.

**19°.-** Que, ahora corresponde resolver sobre la procedencia de la acción deducida; acción que exige la concurrencia de los siguientes presupuestos: a) existencia de falta de servicio de un órgano o servicio de la Administración del Estado; b) Daños ocasionados a los demandantes y c) relación de causalidad entre la falta de servicio y los daños ocasionados; requisitos que de acuerdo a las reglas del onus probandi es de cargo de los demandantes acreditar.



**20°.-** Que, a fin de acreditar los fundamentos fácticos de su acción, los demandantes acompañaron legalmente y sin que fuera objetada prueba documental consistente en; informe de angiotac de tórax de doña Jimena Inostroza González de 16 de diciembre de 2015; historia y evolución clínica de la paciente doña Jimena Inostroza González del Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” Los Ángeles; copia del sumario administrativo instruido por resolución Exenta N° 03088 de fecha 18 de abril de 2016 (folio70); certificado de defunción de doña Jimena Inostroza González (folio 65); informes psicológicos de don Nelson Sanhueza Inostroza suscrito por la psicóloga doña Ana Carolina Claro Arriagada; informes psicológicos de Nelson Sanhueza Torres y de Julio Sanhueza Inostroza; certificado de atención psicológica de Julio Sanhueza Inostroza (folio 79); historia clínica de don Nelson Julio Benjamín Sanhueza Torres del CESFAM NORTE de Los Ángeles; informe de auditoría médica “Reclamo por atención de la Sra. Jimena Inostroza González de fecha 21 de marzo de 2016; ordinario N° 0757 de fecha 19 de febrero de 2016, suscrito por el Dr. Fernando Vergara Urrutia, Director (S) del Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” Los Ángeles; memorándum N° 140 de 25 de enero de 2016, suscrito por la Sra. Luz Sobarzo Pavez; memo N° 189 de 27 de enero de 2016, suscrito por el Dr. Pedro Jana Calderón; informe de atención médica de 25 de enero de 2016, suscrito por el Dr. Rodrigo Canala-Echeverría Vergara (folio 88).

Asimismo, en folio 80 rindió la testimonial, consistente en las declaraciones de doña Ana Carolina Claro Arriagada, don Deric Gonzalo Burgos Pinilla, don Jonathan Feliciano Pedraza Gallegos; doña Karina Francisca Vásquez Villalobos y doña Belén Andrea Durán Álvarez, quienes legalmente examinados expusieron: **La primera**, señala que trató desde el mes de marzo del 2016 hasta febrero del año 2017 a Nelson Sanhueza Inostroza, quien presentaba sintomatología depresiva, y fue derivado a médico Psiquiatra, debido a que no hubo mejoras durante el período de tratamiento. Indica que la sintomatología depresiva que él presentaba estaba relacionada con el fallecimiento de la madre, no logrando



restablecer su vida normal. Explica que la causa de la depresión fue el fallecimiento repentino de la figura materna, que originó la sintomatología depresiva en el paciente; consistente en pensamientos pesimistas, ánimo deprimido, desmotivación generalizada, dificultad para adaptarse a las nuevas situaciones, lo que persistió durante más de seis meses, pasando a una depresión, viéndose afectado en las distintas áreas en las que se desenvolvía. Reconoce informes psicológicos del paciente Nelson David Sanhueza Inostroza así como su firma puesta en ellos al exhibírsele dichos informes que rolan en carpeta virtual. **El segundo:** en su calidad de psicólogo señala que don Julio Sanhueza Inostroza acude a su consulta, el 1 de Septiembre del 2017, solicitando atención psicológica debido a conflictos en el contexto laboral, como desinterés por su trabajo, insomnio; conflicto con la pareja, sentimientos de ansiedad, sudoración de manos, irritabilidad. Indica que luego de un proceso psicodiagnóstico, concluye que el sufrimiento o malestar que él presentaba en ese momento, guardaba relación con síntomas de ansiedad y depresión, directamente relacionado al duelo por la figura materna. Sostiene que también estos síntomas se pueden ver relacionados con un trastorno de estrés post traumático, frente a la percepción del referido, quien señala, “una muerte injusta de su progenitora”. Agrega que dicho cuadro o manifestación sintomática tiene una aparición tardía en el sujeto, lo que podría configurar en este caso, a un duelo patológico; lo que guarda relación con el rol que debe asumir el referido, en su sistema familiar, ya que debe asumir roles que guardan relación con cuidados y contención emocional de sus hermanos y padre. Dice que luego surge una segunda etapa que consiste en el tratamiento terapéutico de los cuadros sintomáticos señalados anteriormente, proceso que se ha venido desarrollando desde el mes de octubre del 2017. Dice que en el proceso se ha entregado contención emocional y apoyo psicológico, orientado a desarrollar modificaciones en su dinámica familiar. Sostiene que a la fecha han existido avances en la regulación de los síntomas depresivos, no obstante, se hace necesario dar continuidad a este proceso



psicoterapéutico y psicofarmacológico a fin de desarrollar de manera efectiva los objetivos que se han propuesto; por lo que señala han acordado con el paciente continuar con el proceso de intervención por un período no inferior a los seis meses para afianzar los resultados obtenidos a la fecha; tratamiento que está condicionado por las posibilidades económicas del paciente. Finalmente reconoce como suyos los informes que rolan en carpeta virtual, así como su firma puesta en ellos. **El tercero:** señala que conoce el daño que tuvo la familia, con la muerte de la señora Ximena. Dice que Julio comenzó a trabajar en los colectivos en febrero del 2015, donde se hicieron conocidos de pasillos, y conversaban de la madre, de su hermano Melki y de su padre. Afirma que él le explicaba que la madre era el pilar de la familia, cuando había un problema ella se encargaba de solucionar todo, ya sea con un consejo, un abrazo. Refiere que él le explicó que sabía un poco de mecánica, por lo que se acercaba a la casa y reparaban juntos, en donde conoció a don Nelson, un hombre alegre, juguetón con los hijos, comprensivo. Indica que conoció a la señora Ximena, que era como el carisma que había en la casa, se preocupaba de don Nelson, de Julio y el Melki. Señala que luego de la muerte de la señora Ximena, Julio se perdió como dos semanas, sin manejar el colectivo y que él se acercaba a la casa pero no había respuesta, no querían atender a nadie, porque estaban muy dolidos por el fallecimiento de la señora Ximena. Indica que después que Julio volvió a trabajar, se sentía inseguro de volver a manejar, porque la cabeza estaba prácticamente en el fallecimiento de su madre. Sostiene que después del fallecimiento de su madre fumaba demasiado, pasaba sentado en el colectivo, a veces lo veía llorando, y una vez le dijo que echaba mucho de menos a su madre, que no tenía ganas de vivir, sentía que le faltaba algo, y ese espacio no se lo podía cubrir su familia, en este caso, su señora y sus dos niñitas. Indica que siguió reparando su vehículo con ellos, y le contaban que el Melki había dejado de estudiar, ya que su mamá era quien lo controlaba para que estudiara, con la falta de eso no tenía ganas de nada, estaba visitando un psicólogo, para ver si podía en este caso, superar el estado anímico



por la causa de la muerte. Finaliza señalando que don Nelson estuvo con licencia médica por mucho tiempo, porque no estaba preparado para volver a trabajar, él trabaja en una empresa de madera, donde el riesgo es inmenso, y él se encontraba con la cabeza en otra parte. **La cuarta:** señala que es colega de Priscila, y que en cuanto a los daños son emocionales. Indica que ella veía como la mamá de Priscila la llamaba todos los días por teléfono, y estaban siempre preocupadas la una de la otra. Dice que Priscila era una persona activa, positiva, siempre andaba con una sonrisa, y eso cambió radicalmente después de la muerte de su mamá. Sostiene que Priscila no iba a almorzar, no tomaba desayuno, no llevaba nada para comer, que empezó a bajar de peso. Explica que luego conversó el tema con ella y se enteró de lo que había pasado, que a la señora la llevaron el 15 de diciembre a ver al ginecólogo y el embrión estaba muerto, no le hicieron el legrado, lo que a las horas después le ocasionó un paro cardio respiratorio en su casa. Señala que después la llevaron al hospital, vino la ambulancia y que en el hospital le vinieron varios más, y que lo que le contó ella fue que no había médico en la parte de reanimación, pero justo ellos tenían un médico amigo, de cabecera, porque fue tanta la desesperación que lo llamaron y fue él quien sacó a la señora del paro. Indica que después se enteró que a la señora la llevaron a la UTI y después falleció. Sostiene que luego se retiró del Cecof ya que tuvo que hacer su práctica profesional en Ingeniería en Prevención de Riesgos y le tocó hacerla en Promasa Remanufactura, donde conoció el caso de don Nelson, que era un trabajador que le habían comentado había perdido a su señora, y lo enviaron a hacer una observación, para ver si ameritaba hacer un cambio de trabajo. Indica que se le hizo las observaciones correspondientes, el hombre estaba muy mal, no estaba durmiendo ni alimentándose bien, no estaba rindiendo 100 por ciento en lo que él trabajaba, como operador de una máquina de alto riesgo. Dice que antes de hacerle el cambio laboral, lo primero que se hizo fue darle vacaciones, y luego licencia, y hasta que se reintegró a sus funciones en el Cecosf y un día hicieron una once en casa de Priscila, y ahí conoció a su papá y



resultó ser el mismo trabajador que ella había evaluado en Promasa. **La quinta:** señala que conoce a Gabriela Sanhueza porque son colegas e indica que existe un daño psicológico para ella; porque cuando la conoció era una persona alegre; y que después que ocurrió el problema de su mamá, ella cambió su estado anímico. Señala que la encontró varias veces llorando y que ella le comentó que había muerto su mamá y que había negligencia. Dice que en ocasiones no ingresaba a la sala de clases, porque manifestaba haber pasado mala noche, lo que afectaba a los alumnos. Además señala que le comentó que su mamá le servía de gran apoyo, que estaba preocupada de ella y sus nietos.

**21°.-** Que la parte demandada Servicio de Salud a su vez, acompañó legalmente y sin que fuere objetada la documental del folio 84, consistente en copia de auditoría efectuada por el médico cirujano don Rodrigo Osses Anguita; acta de entrega de Auditoría Médica de fecha 28 de Marzo de 2016; copia de Resolución Exenta N° 8011 de fecha 24 de diciembre de 2014 del Servicio de Salud Bio Bio de Protocolo de categorización de adultos de emergencia; copia de Resolución Exenta N° 4278 de fecha 01 de Junio de 2016, del Servicio de Salud Bio Bio, de Protocolo de Categorización de pacientes pediátricos, adultos, gineco-obstétricas en la unidad de Emergencia. Además de prueba testimonial, presentando a los mismos testigos que presenta el Complejo Asistencial, Dr. Víctor Ríos Ruiz.

**22°.-** Que, por su parte, la demandada Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, acompañó sin objeción de la contraria, los documentos del folio 87 consistentes en historia y evolución clínica páginas N° 2 y 4 del 16 de diciembre de 2016; y dato de urgencia de 29 de abril de 2015.

Asimismo rindió la testimonial consistente en la declaración de don Rodrigo Osses Anguita y don Carlos Castillo Bazán, quienes legalmente examinados expusieron en el folio 86 lo siguiente: **El primero:** Que al revisar el caso, le parece que no hay evidencia de falta de atención, que la paciente fue atendida en el lugar y condiciones que su caso requería, situación que conoce porque se le pidió hacer



una auditoría por la Dirección del Hospital y en su calidad de especialista en enfermedades respiratorias, emitiendo un informe que remitió a la Dirección del Hospital. En cuanto a los objetivos, metodología y resultados alcanzados con la auditoría dice que revisó los documentos disponibles de los registros de atención de la paciente, concluyendo, que las atenciones fueron brindadas oportunamente y acorde a la praxis médica habitual para este tipo de metodología. Explica que según los antecedentes y el informe de auditoría referido, las atenciones médicas brindadas a la paciente Ximena Inostroza, fueron ser recibida en urgencia, se realizó evaluación, monitorización, oxígeno terapia, instalación de vías y accesos venosos, solicitud de estudio de diagnóstico y administración de medicamentos, anticoagulantes, antiagregante plaquetario, estatinas, solicitud de interconsultas a otras unidades, como Unidad de Paciente Crítico, gineco obstetra de turno, residente de unidad coronaria y traslado y derivación a la Unidad de Paciente Crítico, cuando fue necesario y factible hacerlo. Señala que el diagnóstico efectuado a la paciente, tanto en la Unidad de Urgencia como en la Unidad de Paciente Crítico, fue trombo embolismo pulmonar, y que se le prescribió oxígeno, tratamiento anti coagulante y derivación a Unidad de Paciente Crítico, siempre monitorizada. Señala que la paciente tenía antecedentes de obesidad y un aborto reciente retenido. Sostiene que para el diagnóstico detectado, de embolia pulmonar, no existen protocolos para el manejo de esta enfermedad en el Hospital; pero indica que existen guías o criterios para el personal de urgencias para atender este tipo de enfermedad. Luego reconoce el informe de auditoría que fue acompañado el 17 de abril de 2018. Explica la conclusión a la que arribó en las páginas 3 y 4 de su informe e indica que hubo 45 minutos entre que se registró la indicación y se registra la administración, siendo un retraso del registro; que no tiene que ver con la indicación, tiene que ver con el momento en que se anota en un computador distinto del lugar en donde se está indicando y administrando el medicamento, por lo que asume, que se realizó este registro posterior a que todo fue administrado. Señala que lo indicado en su informe respecto a que no queda



claro el momento en que se realizó la indicación y la administración del fármaco, fue porque el registro es tardío en relación a la administración de los medicamentos, lo que suele ser de inmediato. Agrega que siempre se atiende al paciente y luego se registran los hechos, especialmente en las atenciones de urgencia, porque el que registra la administración, es el enfermero que puso el medicamento por instrucción del médico. Explica luego que la embolia pulmonar es la instalación en uno de los vasos pulmonares, de un trombo o un coágulo, lo que puede generar diversas complicaciones, como insuficiencia respiratoria o colapso cardio vascular; y señala que el aborto retenido y la obesidad se consideran factores de riesgo para la presentación de embolias pulmonares. Sostiene que en su informe tilda de grave este caso, porque concluye en el fallecimiento de un paciente y sugiere una investigación sumaria porque existe la posibilidad de solicitar información a quienes participaron en la atención de la paciente, dado que solo contó con documentos y registros escritos, sobre la misma. Señala en cuanto a la determinación de la dosis de fármacos a la paciente, que la dosis fue acorde a la evaluación que realizó el médico que prestaba la atención; estas estimaciones no siempre constan en los registros; y agrega que una paciente que llega en estas condiciones, no se pesa, sino solo se hace una estimación del mismo. Indica que en informe de auditoría se señala que la paciente es admitida en la Unidad de Emergencias a las 22:43 horas y que a las 23,20 horas se da inicio a su atención, porque esa hora es la hora del registro de inicio de la atención de Urgencia, la cual fue realizada previamente, por lo que no puede definir la hora exacta en que fue atendida, pero que no le parece tardía, ya que asume que el registro fue posterior a ella.

**El segundo:** señala que no cree que exista responsabilidad por falta de atención o servicio, y que la evolución del caso, el deceso no se debió a falta de atención sino a la gravedad del cuadro patológico que presentó la paciente. Refiere que cree que las acciones realizadas en la atención de la paciente, estuvieron dirigidas por una sospecha clínica bien fundada, se solicitaron los



exámenes adecuados a la patología sospechada, que finalmente se confirmó y cree que se tomaron las medidas terapéuticas y de apoyo de diagnóstico que corresponden al cuadro clínico que se presentó al equipo de urgencia que dirigió el accionar. Explica que tomó conocimiento del caso el año 2017, porque se le invitó a dar una opinión de análisis en el cuadro clínico y que su opinión fue que ésta paciente desde su ingreso al servicio de Urgencia, estuvo bajo atención del equipo de salud en la sala de reanimación del servicio de Urgencia, por tanto se encontraba monitorizada y durante ese tiempo se realizaron exámenes que estaban bien dirigidos por una sospecha clínica, acorde a lo solicitado y también se hicieron intervenciones terapéuticas, algunas de ellas con un sospecha diagnóstica inicial y una segunda sospecha diagnóstica que fue la que se confirmó, embolia pulmonar. Dice que además acotó en ese momento que de acuerdo a los registros de la ficha clínica hubo evidencia de estabilidad hemodinámica, en cuanto a la presión arterial y sospecha clínica de embolia pulmonar de riesgo alto. Sostiene que en el diagnóstico también se toman en cuenta, en la medida que está especificado en la ficha, que había una comorbilidad, que era un exceso de peso importante, y la más importante que era un antecedente de embarazo y con un aborto retenido. Explica que estas enfermedades de base de la paciente, principalmente la condición de embarazo, junto con una antecedente de aborto retenido, aumentan de manera considerable la probabilidad de eventos trombóticos y embólicos lo cual dio la sospecha diagnóstica que se hizo en urgencia y además, el antecedentes del aborto retenido condiciona aumentado el riesgo de las intervenciones terapéuticas que se pueden hacer, por ejemplo, la anticoagulación o trombolisis, porque aumenta el riesgo de sangrado como complicación del tratamiento. Señala que de lo que conoció en la ficha clínica constató que sí se le administraron medicamentos para tratar la sospecha diagnóstica de embolia pulmonar, que es un fármaco anti coagulante, en este caso heparina, el que se le administró antes de tener la confirmación diagnóstica, incluso, se actuó en base a la sospecha clínica y en el cuadro clínico



que presentaba la paciente en ese momento. Luego se le exhibe ficha clínica N° 40.004 de la paciente, acompañada en forma virtual al proceso, en la que consta historia de la evolución clínica y en un párrafo se indica, antecedentes clínico previos de la paciente, la enfermedad diabetes mellitus, además del aborto retenido y obesidad mórbida. En relación a esto indica que la diabetes mellitus es un conocido factor de riesgo de enfermedades cardio vasculares, y aumenta la probabilidad de padecer esta patología como también de que esta patología se presente como un cuadro grave.

**23°.-** Que, en folio 137 rola informe pericial, emitido por el Dr. Luis Ravanal Zepeda, el que en sus conclusiones señala que en las atenciones otorgadas a doña Jimena Patricia Inostroza González en el Hospital de Los Ángeles, entre los días 15 y 16 de diciembre de 2015, existe una relación causal entre el retraso e inadecuado tratamiento, el avance de la enfermedad y su fallecimiento; porque en el tratamiento específico del Trombo Embolismo Pulmonar (TEP) se postergó injustificadamente el tratamiento anticoagulante y los cuidados intensivos, que debieron suministrársele de acuerdo con los protocolos universales y lex artis médica ad hoc; permaneciendo por más de tres horas en el Servicio de Urgencia, en circunstancias que era previsible el desenlace fatal de no aplicar los tratamientos en forma oportuna y adecuada.

**24°.-** Que, así entonces, con la prueba rendida en autos, se tienen por acreditados los siguientes hechos que constan en la ficha clínica y demás documental acompañada por las partes:

1.- Que, con fecha 15 de diciembre de 2015, doña Jimena Inostroza González ingresa al Servicio de Urgencia del Establecimiento Hospitalario, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, de Los Ángeles, quien es trasladada a dicho recinto hospitalario en ambulancia, constando en el folio de intervención pre hospitalaria avanzada N°07549 del SAMU que el móvil llegó al domicilio de la paciente a las 22:26 horas, se evaluó a las 22:30 horas, el pulso, presión arterial,



saturación, glasgow y es trasladada al establecimiento hospitalario con oxígeno por naricera, consignándose como hora de llegada al Servicio las 22:43 horas.

Luego a las 22:44, se evalúa signos vitales y se categoriza en C3, que según Resolución Exenta 8011 del 24 de diciembre de 2014, vigente a la época de los hechos, acompañada por la apoderada del Servicio de Salud demandado, los pacientes categorizados como C3 (Urgencia) serán ubicados en la sala de espera para recibir atención prioritaria y el tiempo de espera máximo para atención médica que no podrá ser mayor a 90 minutos; constando en el N°6 del acápite “Metodología” de la misma resolución que todos los pacientes trasladados a la Unidad de Emergencia por SAMU o ambulancia serán ingresados de manera directa para atención médica y una vez que se realice el trámite de admisión el profesional del box de Triage les asignará la categoría C3, a menos que represente una emergencia vital, en la que su categorización corresponderá a la definida en el protocolo.

2.- Que, según Dato de Urgencia folio 158520 se inició la atención a las 23:02 horas del 15 de diciembre de 2015, consignándose en la ficha clínica que paciente ingresó alrededor de las 23:00 horas a la sala de reanimación del Servicio de Urgencia, se tomó Electro Cardiograma en que se pesquisa taquicardia sinusal, signos de hipertrofia y T negativas asimétricas en pared antero lateral; se registró que se efectuó examen físico por el médico cirujano don Sebastián Pooley Roca, consignándose en la anamnesis de la paciente, que tiene antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad mórbida, embarazo de 6 semanas con aborto retenido. Se deja constancia en el relato inicio de disnea súbita de pequeños esfuerzo hace dos días que interfieren actividades diarias. El día 15 de diciembre, control ginecológico, en el que se constató alrededor de las 18:00 horas, la presencia de aborto retenido.

3.- Que a las 23:50 a 23:55 horas, consta atención de la paciente en enfermería se administran medicamentos y se toman exámenes de laboratorio.



4.- Que a las 12:09 AM del 16 de diciembre de 2015, se recibieron los exámenes de laboratorio y fueron validados a las 12:38 AM, según consta en los resultados de la orden N° 15123812

5.- Que, según ficha clínica a la 00:30 horas del 16 de diciembre de 2015, se presentó y tomó conocimiento del caso, el residente de turno de la Unidad crítica cardiológica, Dr. Pablo Sandoval, quien en la ficha consignó como primera opción TEP; solicitó AngioTAC Tórax; constando en el informe de dicho examen como hora de solicitud 1:12 AM y aparece informado a las 03:28 horas.

6.- Que, posterior a la toma de Angio TAC, aproximadamente a la 01:12 horas, que confirma la presencia de embolia pulmonar bilateral extensa, el médico indica clexane (anticoagulante)

7.- A las 01:23 horas, atención de médico y presenta el caso a la residente de UPC, Dra. Valentina Rozas Cerda, quien previo al ingreso a la Unidad, solicitó evaluación ginecológica, constando en la ficha clínica que el ginecólogo de turno sugirió resolución del TEP y aborto de forma espontánea posterior; a la 01:56 horas se registra la administración de clexane.

8.- Que, en hoja de hospitalización de adulto de fecha 16 de diciembre de 2015, 02:05 horas, suscrito por el Dr. Sebastian Pooley Rocca, aparece que ordenó hospitalización en UTI Adulto.

9.- Que, según ficha clínica, al salir de la sala de reanimación, y previo al ingreso de la paciente a la UPC presentó lo que enfermero describe como paro cardiorrespiratorio autolimitado; ingresando a la UPC adulto, sala UTI, a las 02:50 horas del 16 de diciembre de 2015, presentando a las 02:56 horas, disnea súbita, cianosis central, ausencia de pulso, paro cardio respiratorio, se inician maniobras de reanimación avanzada, paciente recupera pulso débil a las 03:00 horas y a las 03:02 presenta nuevo paro cardio respiratorio, se realiza reanimación avanzada durante 40 minutos, sin interrupción, se suministra adrenalina y atropina en dosis máximas, corrección electrolítica.-



10.- Que, a las 03:34 horas del 16 de diciembre de 2015, fallece doña Jimena Inostroza González, en el Hospital Víctor Ríos Ruiz, consignándose en el certificado de defunción, como causa de muerte, Tromboembolismo Masivo Bilateral.

11.- Que a la época de los hechos, no existían protocolos del Establecimiento para el diagnóstico y tratamiento de la embolia pulmonar, según se consigna en la auditoría realizada, acorde a los recursos e infraestructura.

**25°.-** Que, conforme a los hechos que se han establecido, procede analizar si se ha incurrido en la falta de servicio que alegan los actores y para ello se analizará las conductas desplegadas o posibles omisiones de los demandados en la atención prestada a doña Jimena Inostroza González.-

Que sobre el particular cabe señalar que del análisis del informe pericial, es posible colegir que un elemento primordial para la evolución de un paciente que se ve afectado por un Tromboembolismo Masivo Bilateral es el tiempo en la atención y tratamiento, toda vez que según se consigna en la página 23 del informe pericial, el Tromboembolismo Pulmonar es una condición que invariablemente implica riesgo vital, donde la demora en el tratamiento significa la diferencia entre la vida y la muerte. Así, también en la auditoría del Dr. Rodrigo Osses Anguita, señala que la embolia pulmonar es un cuadro en esencia inestable al menos en sus primeras horas lo que justifica su atención bajo vigilancia estricta por parte del equipo tratante.

**26°.-** Que, en la especie, cabe señalar que doña Jimena Inostroza González, falleció aproximadamente a las 04 horas 50 minutos de haber ingresado al Servicio de Urgencia; que el médico general, que la recibió en dicha Unidad, don Ramiro Pereira Yáñez, según consta en su declaración prestada en el sumario administrativo, fojas 76, declaró que teniendo en consideración que de lo informado por familiares al SAMU, la paciente habría presentado un paro cardio respiratorio en su domicilio; y el examen clínico que arrojó taquicardia, desaturación, yugulares ingurgitadas y auscultación pulmonar sin ruidos



patológicos, le hizo sospechar un diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, derivándola a box de reanimación, haciéndose cargo el médico titular de turno Dr. Pooley.

Que, consta en la ficha clínica, que la paciente padecía diabetes mellitus Tipo 2, hipertensión arterial, obesidad y un embarazo de seis semanas, con aborto retenido, patologías que tal como declararon los testigos Dres. Osses y Castillo, especialistas en enfermedades respiratorias y cardiología, respectivamente, presentados por el demandado Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruíz, se consideran como factores de riesgo para que se produzca una trombo embolia pulmonar, de modo que tales factores era obligatorio considerar en la atención sanitaria prestada; de manera que si desde su ingreso al Establecimiento Hospitalario ya se consideró la posibilidad de un tromboembolismo pulmonar, y que además la paciente presentaba distintos factores de riesgos conocidos por los médicos tratantes, se desprende la obligación de actuar con rapidez. Sin embargo, se presentó el caso al médico residente de la Unidad de Pacientes Críticos a las 1:23 horas, quien solicitó previamente evaluación ginecológica, constandingo que el médico de turno de la maternidad, sugirió compensar el cuadro primario (TEP) y luego resolver el aborto retenido, ingresando recién a la Unidad de Paciente Críticos a las 02:50 AM del 16 de diciembre de 2015, presentando disnea súbita, cianosis central, ausencia de pulso, paro cardio respiratorio, se inician maniobras de reanimación avanzada, paciente recupera pulso débil a las 03:00 horas y a las 03:02 presenta nuevo paro cardio respiratorio, se realiza reanimación avanzada durante 40 minutos, sin interrupción, se suministra adrenalina y atropina en dosis máximas, corrección electrolítica, falleciendo a las 3:34 AM.

Ahora bien, los dos médicos que depusieron en estrados, uno de ellos encargado de la auditoria médica que fue sobreseída, estiman que no existió falta de servicio, que el deceso no se debió a falta de atención sino a la gravedad del cuadro patológico que presentó la paciente. Sin embargo, la falta de servicio no solo se configura cuando el servicio no es prestado sino también cuando éste es



deficiente o tardío; y en la especie es un hecho establecido que la paciente estuvo siendo manejada en el Servicio de Urgencia, en un box de reanimación, quien incluso se vio afectada por un paro respiratorio; que los referidos médicos señalan que la paciente estaba estable a su llegada al Servicio, pero no se podía obviar que es trasladada por el Samu, que había concurrido a su domicilio porque, según lo informado por los familiares, ésta había sido afectada por un paro respiratorio, además de los múltiples factores de riesgo que presentaba y que son reconocidos por los mismos facultativos; de modo que de los hechos consignados se vislumbra que era primordial actuar con la mayor premura tanto en la toma de los diversos exámenes, tratamiento y cuidado de la paciente.

Lo anterior resulta acorde con la pericial, que en sus conclusiones se consigna que existió un retraso en el tratamiento específico del Trombo Embolismo Pulmonar por cuanto se postergó injustificadamente el tratamiento anticoagulante y los cuidados intensivos que debieron suministrársele de acuerdo a los protocolos universales y lex artis médica ad hoc, en forma inmediata desde que se formuló la sospecha diagnóstica de tan grave enfermedad, permaneciendo por más de tres horas en el Servicio de Urgencia en circunstancia que era previsible el desenlace fatal de no aplicar los tratamientos en forma oportuna y adecuada. También se consigna en las conclusiones que una vez establecido el diagnóstico de Trombo Embolismo Pulmonar masivo, se demoró injustificadamente el traslado de la paciente a la Unidad de Paciente Crítico al solicitar el médico residente de la Unidad de Tratamiento Intermedio, una evaluación ginecológica, que podía postergarse por cuanto el TEP constituía una amenaza de muerte que era prioritaria tratar sin demora, por cuanto implicaba riesgo de muerte inminente, riesgo que fue desatendido, evidenciándose una conducta no diligente.

**27°.-** Que, así entonces, apreciada la pericial de acuerdo a la sana crítica, y atendido los hechos que se han relacionado, para esta sentenciadora se encuentra acreditada la falta de servicio del demandado Complejo Asistencial Dr.



Víctor Ríos Ruiz, toda vez que no obstante haberse otorgado atenciones sanitarias a la paciente, éstas no fueron oportunas ni suficientes a la gravedad de la enfermedad que se sospechó desde su ingreso a la Unidad de Urgencia del Establecimiento hospitalario, máxime que los mismos médicos reconocen todos los factores de riesgo que aquella presentaba, limitándose las probabilidades de recuperación, quien finalmente falleció a causa del Tromboembolismo bilateral masivo.

**28°.-** Que, con relación al Servicio de Salud Bío Bío, el DFL N° 1 del Ministerio de Salud del 2005, en su artículo 21 le encomienda a los Servicios de Salud la obligación de organizar, planificar, coordinar y controlar las acciones de salud que presten los establecimientos de la red asistencial del territorio de su competencia, para los efectos de dar cumplimiento a las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud; y de acuerdo al artículo 17 del mismo cuerpo legal, el Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, pertenece a la red asistencial que está bajo la competencia del Servicio demandado, Servicio que es un órgano descentralizado, con patrimonio y personalidad jurídica propia, de modo que se encuentra obligado a responder pecuniariamente de los daños causados por órganos de su dependencia.

**29°.-** Que, establecida la responsabilidad atribuida a los demandados, corresponde examinar la procedencia de los perjuicios reclamados.

Que, en primer término se dirá que en la doctrina y jurisprudencia, se ha conceptualizado el daño moral como el detrimento, angustia, dolor sufrimiento, aflicción o menoscabo psicológico que cualquier persona puede experimentar a raíz de un hecho dañoso, y por su naturaleza subjetiva, su estimación pecuniaria queda entregada a la regulación prudencial del sentenciador, conforme a los principios de equidad que informan a nuestra legislación.-

**30°.-** Que, con relación a la prueba del daño moral, cabe consignar que respecto de los demandantes, no puede más que presumirse el dolor y angustia que han padecido ante la situación que les tocó vivir; esto es la repentina muerte



de su cónyuge y madre; con el consiguiente dolor que la ausencia de aquella figura conlleva para los hijos y cónyuge con quien llevaba 29 años de matrimonio, así como para el hijo menor de edad, quien se vio privado de crecer y desarrollarse junto a la figura de protección y apoyo como es la madre; lo que guarda armonía con el principio probatorio civil que, en doctrina, se le denomina de la normalidad, según el cual quien alega lo normal, lo común u ordinario de las cosas, no tiene el peso de la prueba y, por el contrario ésta recae en quien alegue lo excepcional o anormal, sufrimiento que, en todo caso, se encuentra corroborado por la declaración conteste de los testigos Pedraza Gallegos, Vásquez Villalobos y Durán Álvarez que deponen acerca de la aflicción y angustia padecida por los actores Gabriela, Priscilla, Nelson Sanhueva Inostroza y de don Nelson Sanhueva Torres, derivada de la muerte de doña Jimena Inostroza González, además de la declaración de doña Ana Claro Arriagada quien refiere haber atendido y evaluado en su calidad de psicólogo clínico a don Nelson Sanhueva Inostroza y haber elaborado los informes de folio 79, los que sugieren como resultado y conclusiones, que el menor posee pensamientos pesimistas, y se sugiere trabajar en la confianza en sí mismo, expresión de pensamientos, emociones y sentimientos, comunicación asertiva y efectiva, autocontrol de ansiedad, cierre de asuntos inconclusos, autonomía e independencia. También la declaración de don Deric Burgos Pinilla, quien indica haber atendido en su calidad de psicólogo clínico a don Julio Sanhueva Inostroza y haber elaborado el informe psicológico y certificado de atención psicológica de folio 79, los que refieren como diagnóstico sintomatología depresiva y de angustia relacionada a duelo patológico por figura materna y estrés post traumático reactivo a dicha situación; además del certificado psicológico de atención emitido por la psicóloga doña Bárbara Henríquez Elgueta del Centro de Salud Familiar de la Municipalidad de Los Ángeles, que consigna que don Nelson Sanhueva Torres se atiende desde el 23 de mayo de 2016 debido a un trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente y con tratamiento farmacológico desde el 3 de junio de 2016, lo que también se



encuentra corroborado con la copia de su historia clínica del Cesfam Norte de Los Ángeles que rola en el folio 88.

**31°.-** Que, de acuerdo a lo expuesto precedentemente, los demandados Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruíz de Los Ángeles y el Servicio de Salud Bío Bío, deberán responder por el daño causado, por tratarse de organismos públicos que no han prestado un servicio en la forma exigida por la Constitución y las leyes, existiendo entre la falta de servicio enunciada y los daños ocasionados una relación de causalidad.-

**32°.-** Que, con relación al quantum de la indemnización, se tendrá en consideración que la indemnización tiene un carácter compensatorio, no puede ser fuente de lucro para las víctimas y tampoco tener un carácter punitivo o sancionatorio, de modo que esta sentenciadora fijará prudencialmente los montos de la indemnización del daño moral que los demandados deberán pagar en favor de don Nelson Sanhueza Torres en la suma de \$ 20.000.000.-; y en favor de don Nelson David, don Julio Jesús, doña Ximena Ernestina, doña Gloria Onise, doña Gabriela Stefanie, doña Jerusalen Amada, doña Priscila Natalia Febe, y doña Rosa Esperanza Belén, todos Sanhueza Inostroza, la suma de \$ 10.000.000 para cada uno de ellos, sumas que deberán pagarse con los reajustes e intereses que se establecerán en lo resolutivo del presente fallo.-

**33°.-** Que, en nada altera lo resuelto la demás prueba rendida en autos, la que sólo se menciona para los efectos procesales pertinentes.-

Por estas consideraciones y de conformidad, además, con lo previsto en los artículos 38 inciso 2° de la Constitución Política de la República; 4° y 42 de la Ley 18.575; 1.698, 1.706 y 2.317 del Código Civil; 144, 160, 170, 341, 358, 384, 425, 426 del Código de Procedimiento Civil; Ley 19.966 y DFL N°1 del Ministerio de Salud; se declara:

**En cuanto a la objeción de documentos:**





ellos, sumas que deberán pagarse reajustadas según la variación que haya experimentado el Índice de Precios al Consumidor, entre la fecha de esta sentencia y la de su pago efectivo y devengarán, asimismo, intereses corrientes para operaciones reajustables desde la fecha en que el presente fallo quede ejecutoriado hasta la data del pago efectivo.

No se condena en costas a los demandados por motivos plausibles para litigar y al Servicio de Salud Bío Bío, además por gozar de privilegio de pobreza.-

Regístrese, notifíquese y archívese en su oportunidad.

Rol N° 2.243-2017.-

Dictada por doña **SUSANA ARROYO CEBALLOS**, Jueza Titular del Segundo Juzgado de Letras de Los Ángeles.



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 07 de abril de 2019, la hora visualizada corresponde al horario de invierno establecido en Chile Continental. Para la Región de Magallanes y la Antártica Chilena sumar una hora, mientras que para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar dos horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>