

CAUSA ROL : C-5.751-2.019.
MATERIA : JUICIO ORDINARIO DE INDEMNIZACION DE
PERJUICIOS.
CÓDIGO : I-03
DEMANDANTE : LUCAS MAXIMILIANO MILANEZ ZULETA.
R.U.N. : 5.991.089-2.
DEMANDADO : HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA
R.U.N. : 61.606.201-8.
FECHA DE INICIO : 06.11.2019

Antofagasta, a veinticuatro de Septiembre del año dos mil veintiuno.

VISTOS:

Que, a folio 1, comparece don **Camilo Patricio González Miranda**, Abogado, en representación de don **Lucas Maximiliano Milanez Zuleta**, chileno, casado, soldador, cédula nacional de identidad 5.991.089-2, con domicilio en Avenida Luis Cruz Martínez N° 7566, Antofagasta, y ambos para estos efectos en calle Prat N° 214, oficina 506-507, Antofagasta, quien deduce en procedimiento ordinario de mayor cuantía, acción de indemnización de perjuicios, en contra del **Hospital Regional de Antofagasta**, R.U.T. 61.606.201-8, representado por doña Yoselin Castillo Blanco, Doctora, ambos con domicilio en Calle Azapa N° 5935, Antofagasta.

Relata que a principios del año 2018, su representado comenzó a experimentar una serie de molestias, tales como, mareo, pérdida de apetito y baja de peso, por lo que concurre a control médico con un gastroenterólogo, el cual, con el objeto de investigar las dolencias expuestas ordena efectuar una tomografía de tórax, abdomen y pelvis. Señala que dicho examen fue realizado en Clínica Antofagasta el día 30 de abril del año 2018, cuyo informe arrojó como resultado: "Engrosamiento rectal concéntrico. Sin adenopatías



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

Código: XRBXWJCRKF

perirrectales ni metástasis a distancia. Diverticulosis de colon sigmoides, descendente y transverso". Indica que en virtud del resultado del examen el cual evidenció que el paciente sufría de cáncer de recto inferior, se le practica con fecha 29 de mayo del mismo año una endoscopia rectal y biopsia, los que confirman las sospechas medicas diagnosticando un adenocarcinoma de tipo intestinal, medianamente diferenciado, G2. Explica que el cáncer de recto es una enfermedad que se origina por células malignas en la mucosa del colón o el recto, que forman parte del intestino grueso, el cual se inicia con la aparición de un pólipo que se transforma en tumor.

Señala que atendido el diagnóstico de cáncer de recto, ya confirmado, su representado fue derivado a junta médica del programa AUGE, y según consta en ficha clínica, con fecha 11 de junio del año 2018, se emitió informe del Comité Oncológico de la Clínica Antofagasta, en virtud del cual se decidió someter a su representado a radioterapia más quimioterapia preoperatoria, entre otras medidas. Expone que su representado realizó el tratamiento en el Centro del Cáncer de Antofagasta (COA), con quimioterapia y radioterapia de forma concomitante, la quimioterapia en forma oral durante la mañana previa sesión de radioterapia, además del consumo de tramadol para los dolores y omeprazol, terminando dicho tratamiento el 14 de agosto, tras 25 sesiones. Precisa que durante ese periodo el demandante se mantuvo estable, en buenas condiciones físicas y psicológicas, gracias a los especiales cuidados del equipo médico del COA y de su pareja, especialmente con respecto a su alimentación, para mantener una nutrición y un peso adecuados, para enfrentar la operación que debía realizarse por el cáncer que lo aqueja, sin faltar a ninguna cita médica, ni tratamiento, con el apoyo y cariño de su familia.



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

Código: XRBXWJCRKF

Describe que con fecha 25 de junio, según consta en ficha clínica, don Lucas Milanez comenzó con el tratamiento de radioterapia más quimioterapia preoperatoria; el 28 de junio, inició tratamiento de quimioterapia con capecitabina, concomitante con radioterapia; el día 09 de julio, comenzó con radioterapia, que terminó el 14 de agosto de 2018. Así las cosas, indica que el día 22 de agosto del año 2018 se realizó tomografía de control de cáncer de recto inferior, arrojando: "Probable persistencia de tejido tumoral viable en recto. Adenopatías sospechosas en vasos hipogástricos", dando por terminado íntegramente, los tratamientos quimio y radioterapéuticos, con fecha 29 de agosto del mismo año.

Señala que atendido los resultados de la exploración, según da cuenta la reunión del Comité Oncológico, su representado junto a su familia deciden realizar la intervención quirúrgica en la Clínica Falp (Fundación Arturo López Pérez) en la ciudad de Santiago, programada para el día 05 de enero del año 2.019. Por su parte, continuó con los controles en el Hospital Regional de Antofagasta, siendo citado para examen de rutina de colonoscopia el día 21 de noviembre del año 2018, el cual le fue tomado por la gastroenteróloga Akiko Shimizu. Expone que según consta en ficha clínica, la primera colonoscopia arrojó como resultado lesión sésil bilobulada (pólipo) en colon ascendente. Ante abundante materia fecal se difiere polipectomía. Programar polipectomía con preparación óptima, por lo que se debió reprogramar la colonoscopia, para el día 10 de diciembre, el cual arrojó como resultado "Mala preparación. Abundante materia fecal líquida, espesa que limita la visualización. Se infiltra la submucosa con suero fisiológico y se resecan, con asa hexagonal de diatermia, dos pólipos en colon ascendente distal y uno bilobulado en colon proximal. Biopsia de recto".



Precisa que en dicho procedimiento su representado sufrió una perforación de colon, del cual, la médico que practicó la colonoscopia no se dio cuenta, siendo el demandante enviado a su casa, sin perjuicio que su pareja informó a la paramédico que se encontraba en la unidad de endoscopia, que el paciente manifestaba mucho dolor, mareo, y que se encontraba en malas condiciones. Indica que su representado fue enviado a su domicilio con indicación de régimen liviano y beber bastante líquido, sin embargo, en su domicilio continuo con malestares cambiando su pigmentación de piel, estado anímico, decayendo rápidamente, razón por la cual su pareja el día 12 de diciembre llama al SAPU, quienes sólo inyectan nefersil, lo que controla los dolores por pequeños momentos.

Relata que debido a que su representado continua con los malestares y dolores, acude el día 14 de diciembre a la consulta del médico tratante del cáncer, don Iván Alcota, presentando al examen físico síntomas de deshidratación,, afebril, taquicardico, abdomen globoso, depresible, dolor a la palpación a nivel de abdomen inferior, con signos de irritación peritoneal, siendo derivado mediante interconsulta de forma urgente al Hospital Regional, al cual llega alrededor de las 16:19 horas, según DAU, siendo atendido recién a las 21:30. Señala que en dicho momento, según consta en ficha clínica, se constata la perforación de colon de 1 cm en colon derecho, gran absceso hacia retroperitoneo, Hemicolectomía derecha e Ileo-transversostomía, debiendo ser operado de urgencia, durante la madrugada del día 15 de diciembre del año 2018. Relata que en dicha intervención no se logró realizar una sutura de la perforación, debido a la formación de un absceso y la infección que estaba provocando una septicemia, razón por lo cual el cirujano doctor Nasser Eluzen, cortó trozo del colon, realizando una colectomía parcial.



Expone que debido a la falta de camas en el Hospital demandado, su representado paso 17 horas en la sala de recuperación, sin que se informara de los resultados de la operación a los familiares, los cuales se enteraron por el propio paciente el día 17 de diciembre durante la visita, el cual les comentó que la doctora que había realizado la colonoscopia solicitó una reunión con los familiares en su consulta ubicada en el policlínico adultos del mismo Hospital. Señala que en dicha reunión, la doctora de manera general se excusó del resultado de la colonoscopia, en el estado del paciente y no a la praxis, razón por la cual los familiares de su representado deciden presentar un reclamo formal, en el Hospital Regional, el día 18 de diciembre del año 2018.

Relata que don Lucas Milanez, estuvo hospitalizado desde el día 14 al 21 de diciembre, siendo dado de alta con nuevas indicaciones, nuevos medicamentos, reposo absoluto, debiendo re estructurar todos los planes en el tratamiento médico para el cáncer, además de aplazar la operación programada. No obstante lo anterior, hace presente que el demandante continuo con malestares en su domicilio, debido a la operación realizada, reingresando a urgencias el día 19 de enero por dolor abdominal, y presentando trombo pulmonar el 23 de enero, lo que lo obligó a mantenerse hospitalizado hasta el día 29, momento en el cual es dado de alta nuevamente, con indicación de tratamiento anticoagulante por 06 meses, debiendo aplazar la operación para el cáncer por segunda vez.

Hace presente que según los hechos descritos se constituye la falta de servicio en el examen de colonoscopia realizado al demandante el día 10 de diciembre del año 2018, toda vez que se ejecutó erróneamente y el proceder negligente provocó la irritación peritoneal que derivó en la necesidad de intervención quirúrgica en carácter de urgente. Al respecto,



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

Código: XRBXWJCRKF

estima que no es factor de exculpación que las perforación sean una complicación habitual puesto que la literatura médicas ha señalado que la perforación de colón por dicho procedimiento bordea el 0,4%. Añade además, que la doctora no se percató de dicha situación lo que agrava aún más la negligencia cometida, lo que impidió que se tomara ninguna medida para contrarrestar las consecuencias, como tampoco se informó al paciente ni sus familiares.

Por su parte, indica que el paciente fue intervenido en marzo del año 2019, en el Instituto Oncológico Arturo López Pérez, por su cáncer, cuya operación duró varias horas y resultado exitosa. Señala que según lo informado por el medico Roberto Charles, la operación se prolongó debido a que se dentro se encontraba todo pegado producto de la peritonitis experimentada. Asimismo, indica que durante el post operatorio el demandante quedo con una ileostomía, y el proceso fue difícil, doloroso con una constante indigestión, todo ello a consecuencia de la falta de colon del paciente, que afectó gravemente su estabilización.

Relata que en el mes de junio del año 2019, el paciente regresa a la ciudad de Santiago con el objeto de realizar una nueva operación consistente en reconectar ciertas partes del sistema digestivo lo que permitiría continuar con una vida normal. Sin embargo, señala que no logra recuperarse, sufriendo intensos dolores, a lo que le indican se debe a la falta del colon, y la única solución disponible sería colocar una colostomía (bolsa) definitiva y así evitar el dolor. Expone que dicha situación no era querida por el paciente, sin embargo en septiembre del mismo año, debió ser intervenido nuevamente para proceder a colocar una colostomía definitiva, lo cual significó que el paciente perdiera su recto y ano.

Expone que el paciente se encuentra en la actualidad en



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

Código: XRBXWJCRKF

su domicilio, recuperándose, experimentando una baja considerable de peso, producto de la colostomía definitiva, dos bolsas colectoras de orina y una sonda urinaria en forma provisoria, cuya extracción se encuentra programada para el mes de octubre-noviembre en la misma institución médica. En consecuencia, refiere que la situación del paciente sería más favorable, en el evento de no haberse incurrido en la negligencia médica el Hospital demandado, incumpliendo una serie de deberes de conducta, absteniéndose de realizar las diligencias debidas. Respecto de las conductas omisivas, señala que atendida su posición de garante permite se le imputen deberes positivos de actuación.

Indica que todas las personas tienen derecho que se les proporcione atención en salud, a través de una red, consistente en un sistema de salud proporcionado por servicios públicos, siendo así, el derecho a una prestación oportuna de salud, una de las primeras garantías consignada en la DPI Técnica N° 04 del Ministerio de Salud. Por su parte, agrega que la Ley 18.469, regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, la cual dispone que las prestaciones debidas las conceda el servicio a través de sus establecimientos con los recursos físicos y humanos con que cuenta. Asimismo y en concordancia a las disposiciones internacionales que rigen al respecto, señala que el Ministerio de Salud ha establecido que corresponde a estos órganos ejecutar coordinadamente acciones integradas de fomento o promoción y protección relativas a las personas y al ambiente, recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas, bajo su dependencia. Finalmente, precisa que es aplicable además la responsabilidad aplicada al servicio pública, por la cual en su artículo 44 de la Ley



18.575, se establece la responsabilidad por falta de servicio al desarrollar su objetivo de proporcionar atención de salud a los ciudadanos.

En cuanto al régimen de responsabilidad, señala que tanto para el Estado, como el organismo demandado, la responsabilidad extracontractual tiene fundamento constitucional, en los artículos 1, inciso 4°; 4, 5 inciso 2°, 6, 7 y 19 números 2, 20 y 24 de la Constitución Política de la República. Explica que es una responsabilidad constitucional atendido a que la primacía normativa de la Constitución, esta impuesta a todos los órganos estatales, que deben velar por el bien común, con pleno respeto de las garantías y derechos que la Constitución reconoce y establece. Que además es una responsabilidad directa, ya que responde por el hecho de la persona jurídica y no por el del tercero, y es una responsabilidad regida por el derecho público, siendo la falta de servicio el hecho determinante de la responsabilidad y no la conducta de algún funcionario en particular.

En relación a los requisitos de la responsabilidad, afirma que concurre en la especie la comisión por omisión, toda vez que el vez que el demandado tenía el deber de actuar para evitar el daño, efectuando el examen de acuerdo a la lex artis, con los cuidados que se exigen y verificando que el paciente se encuentre en óptimas condiciones, que además habiéndose requerido la intervención, principiado el curso de los acontecimientos, esta intervención no se produjo oportunamente.

Expone que habiéndose tomado conocimiento oportunamente de la perforación sufrida por el paciente, se hubieran evitado las consecuencias dañosas provocadas al demandante. Indica que efectivamente, concurre la falta de servicio, tanto en la existencia de numerosos factores de riesgo presentes en el



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

Código: XRBXWJCRKF

paciente, lo que obligaba a diferir la extirpación de lesiones benignas, priorizando la cirugía del cáncer rectal programada; la existencia de numerosos factores de riesgo que obligaba un control postoperatorio más prolongado; el alta precoz estando el paciente sintomático; y la ejecución de la colonoscopia efectuada con infracción a la lex artis, mediante una mala técnica, desprolija, y que produjo daños. Señala que todas las conductas desplegadas por el Hospital demandado, no satisfacen el estándar de actuación al que se deben ajustar en la prestación de los servicios médicos, teniendo en consideración que de conformidad a la lex artis los facultativos médicos están obligados al cuidado debido, y la infracción provocó que la salud empeorara y que la vida estuviera expuesta al riesgo.

En cuanto al daño, en especial el daño moral, refiere que se constituye en los menoscabos sufridos por el demandante, como consecuencia del tratamiento inoportuno y defectuoso realizado por el Hospital demandado. En categorización, describe el interés extrapatrimonial afectado como todas las afecciones que ha soportado tanto en su integridad física como en su integridad psíquica, las circunstancias en las que ocurrieron los hechos, el carácter y forma en la que se produjo la lesión, todo ello evidenciado en las complicaciones físicas, psicológicas y emocionales sumado al dolor que significó la perforación de colón, el desgaste físico, la intervención quirúrgica de urgencia, las complicaciones en su operación posterior que determinó en las mencionadas dificultades de continuar con su vida normal. Relata que dicha situación ha afectado su vida familiar ya que sus necesidades biológicas son depuestas en cuatro bolsas de las cuales emanan olores, incomodando y avergonzando su compañía ante familiares, lo que afecta de por sí su autoestima y evita que terceras personas se le acerquen. Asimismo, señala que el



ámbito social se ha visto afectado por cuanto ha sufrido percances, sin que pueda transportarse libremente lo que no obedece al cáncer que padecía, sino que es consecuencia directa de la perforación de intestino y los diversos materiales clínicos que mantiene en su cuerpo. Al respecto explica que en materia sanitaria, el artículo 41 de la ley 19.966, incorpora expresamente la indemnización del daño moral, el cual indica será fijada por el juez considerando los aspectos del daño, excluyendo los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieren podido prever o evitar según el estado de la circunstancias, la ciencia o técnica al momento de producirse el daño. Por tanto, estima que el demandado responsable civilmente, debe indemnizar el daño moral que ha causado lo que avalúa en la suma total de \$550.000.000 o la suma mayor o menor que el tribunal determine racionalmente conforme al mérito del proceso.

Finalmente y en cuanto al daño patrimonial correspondiente a la efectiva pérdida sufrida por el demandante, como consecuencia de las atenciones médicas que tuvo y ha tenido que financiar para conseguir una atención médica oportuna solicita la suma de \$40.000.000.-, que comprende todos los gastos médicos y clínicos con posterioridad a lo ocurrido el día 10 de diciembre, considerando medicamentos, compra de bonos, realización de exámenes médicos, intervenciones quirúrgicas posteriores, entre otros. Agrega que atendida la desconfianza generada por el Hospital demandado, ha debido cambiar el prestador de salud dirigiéndose a la Fundación Arturo López Pérez, lo que ha encarecido el presupuesto destinado al tratamiento médico, así como los medicamentos, pasajes aéreos, Hospedaje, insumos y todo lo que ha significado.

Solicita tener por interpuesta, demanda de indemnización



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

Código: XRBXWJCRKF

de perjuicios en contra del Hospital Regional De Antofagasta, representado por la Doctora Yoselin Castillo Blanco, y en definitiva que se acoja la demanda y se dé lugar a las indemnizaciones ya referidas, que ascienden a las suma de \$40.000.000.- por concepto de daño emergente y a la suma de \$50.000.000.- por daño moral o las sumas que el tribunal determine fijar, más los intereses máximos que la ley permite estipular, con los reajustes por conceptos de Índice de Precio del Consumidor contados desde que la sentencia se encuentre firme y ejecutoriada para todos los efectos legales, condenando al demandado al pago de las costas de la causa.

Que, a folio 5, comparece don **Paulo César Simón Flores**, Abogado, en representación del **Hospital Regional de Antofagasta**, contesta la demanda y solicita sea rechazada en todas sus partes con costas. En primer lugar, niega y controvierte cada uno de los hechos denunciados en la demanda y que ellos hayan ocurrido de la forma en que se señala.

Indica que efectivamente se programó colonoscopia con fecha 21 de noviembre del año 2018, a don Lucas Milanez, demandante de autos, por la doctora Akiko Shimizu, procedimiento solicitado por comité oncológico ante diagnóstico de cáncer avanzado de recto en tratamiento y protocolo de quimioterapia y radioterapia de neoadyuvancia para su posterior programación de cirugía.

Expone que con anterioridad al procedimiento se le explicó al paciente en qué consistía el estudio y sus posibles complicaciones, ante lo cual el paciente firmó el consentimiento informado, ya que de contrario, no podría realizarse dicho procedimiento. Relata que la facultativa, en informe de procedimiento, señaló que la colonoscopia se practicó bajo sedación, observando que a nivel de colon ascendente se encontraban dos lesiones una de 1,5 cm y otra de



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

Código: XRBXWJCRKF

3 cm sésil, con patrón glandular tubular largo, con abundante materia fecal, colon con preparación subóptima, a nivel de recto inferior con compromiso de la línea pectínea lesión ulceroinfiltrante de bordes mal definidos irregular, abarcando más del 75% de la circunferencia del órgano, friable, con pérdida del patrón vascular correlacionado con un Cáncer avanzado de recto inferior, a su vez múltiples lesiones saculares de gran tamaño en todo trayecto colónico , tratándose de una pandiverticulosis colónica. Al respecto y atendida la presencia de materia fecal, se reprograma la polipectomía, además de solicitar exámenes de laboratorio.

Así las cosas, con fecha 10 de diciembre del año 2018, siendo un paciente prioritario debido a su cáncer avanzado, se realiza el procedimiento del cual se informa que: "Con colonoscopia se avanza hasta colon ascendente se resecan dos pólipos de 3 mm con pinza y en ascendente proximal lesión bilobulada con patrón glandular tubular largo y corto, se procede a inyectar solución fisiológica en la submucosa elevando en su totalidad y es resecada con asa caliente hexagonal de polipectomía, en forma de protección se posiciona clip post polipectomía".

Afirma que lo denunciado por el demandante, en relación a la perforación del colon, no es efectivo por cuanto existen imágenes fotográficas de todo el procedimiento que prueban que nunca se perforó el colón al paciente, lo que se aprecia en Video colonoscopia, de dicha fecha, en que según consta en imagen 6, se observa el tumor cancerígeno, y luego en imágenes 17 a 20, se puede ver la herida ya cerrada, post extracción del tumor y sin perforación alguna, tal como se describe en el protocolo operatorio, en donde se le instala para mayor seguridad un clip. Hace presente que el procedimiento es ambulatorio por lo que no requiere mayores días de



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

Código: XRBXWJCRKF

hospitalización, razón por lo cual es dado de alta el mismo día y en buenas condiciones.

Relata que 04 días después, el paciente siente molestias y regresa al Hospital, donde la facultativa que realizó el referido procedimiento informó que tomó conocimiento del paciente, quien ingreso a urgencias con dolor abdominal intenso, náuseas, vómito y fiebre, razón por lo cual se realiza TAC abdomino pélvica que muestra inflamación pericólica con aire libre en cavidad. Se lleva a mesa operatoria y se realiza hemicolectomia derecha e ileotransverso anastomosis, cirugía llevada a cabo por equipo de cirugía de turno. Precisa que tomando conocimiento de la situación el día 15 de diciembre, fuera de su jornada laboral, se dirigió al hospital para atención respectiva del paciente, tramitar cama en unidad de cuidados intermedios y una atención optima conversando con familiares y su esposa.

Explica que lo que afectó al paciente, fue una complicación propia de la enfermedad, es decir, un desgarró de los tejidos propio del cáncer del paciente por la mala perfusión de sangre a esa zona, según claramente detalla la médico en su informe, conclusiones que además se encuentran conforme al análisis que se le hizo a la parte de Colon que se extrajo según informe anatomo patológico N° 18-10036 de fecha 03 de enero de 2019, que determino que "se observa segmentos con focos de necrosis discontinuo de la mucosa y submucosa, asociado a áreas de angiodisplasia y trombos intravascular. Se observa un foco de necrosis transmural que determina perforación de la pared, concluyendo segmento de pared de intestino grueso con colitis isquémica. "Al respecto, explica que la colitis isquémica, se produce cuando se bloquea el flujo sanguíneo a la zona del intestino seccionado, producto del Cáncer, cuyo desgarró es una complicación que se produce



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

Código: XRBXWJCRKF

por la mala calidad de los tejidos circundantes a la zona intervenida, y que sucedió en el domicilio del demandante. Agrega que se indica en el referido informe que aunque sea baja la estadística de presentar cánceres sincrónicos en el mismo órgano, el paciente presentaba en la lesión reseca neoplasia de alto grado de malignidad, que debía ser reseca. Precisa que su evolución ha sido con altas tasas de complicaciones como tromboembolismo pulmonar, diagnóstico que se realizó en el mes de Enero de 2019, diarreas, colostomía ante su cáncer avanzado de recto inferior con compromiso de canal anal, hechos lamentables para el paciente y su familia, pero descritas de presentarse en un paciente con cáncer avanzado.

Expone que el Hospital actuó procurando la recuperación de la paciente dentro del ámbito de sus competencias. Hace presente que la entidad según las disposiciones transitorias de la Ley 19.937, detenta la calidad de "establecimiento de autogestión en red", por lo que su representante judicial y extrajudicial es su propio Director. Agrega que el D.F.L. N° 1, del Ministerio de Salud, dispone que los establecimientos dependientes de un Servicio de Salud, con calidad de autogestionados, son órganos funcionalmente desconcentrados, y por tanto a los directores de los hospitales que adquieran dicha calidad, les corresponde ejercer las funciones de administración, entre ellas las materias de responsabilidad. Por tanto, afirma que le son aplicables las normas especiales de Responsabilidad en materia sanitaria.

Alega que no existe responsabilidad alguna respecto al Hospital demandado por cuanto para que se configure la falta de servicio, y en consecuencia la responsabilidad en materia sanitaria, se debe acreditar la acción u omisión generadora del daño, descartando la responsabilidad objetiva ya que no es



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

Código: XRBXWJCRKF

posible indemnizar todo daño que se produzca como consecuencia del actuar de la administración. Por su parte, afirma que no existe una falta de servicio, pues, su representada actuó diligentemente dentro del tiempo en que los medios técnicos y humanos con que cuenta el Servicio Público lo permite, quien además actuó apegada a los protocolos del servicio de atención de salud pública, todo ello conforme a la realidad objetiva y relativa. Sin perjuicio de ello, refiere que el acto médico es distinto a la falta de servicio, pues su responsabilidad es de medios no de resultados, y el paciente tuvo una complicación propia de su enfermedad, la cual fue resuelta de forma exitosa, salvándole la vida, lo que le permitió seguir su tratamiento neoplásico en la Fundación Arturo López Pérez.

Cita los artículos 38 y 41 de la Ley 19.966, y señala que es deber de la demandante acreditar que efectivamente se produjo una rotura del tejido intestinal por la Dra. Shimizu, a lo que alega, no existe documento alguno, ni antecedente médico que avale dicha afirmación, por el contrario, acompaña documentos e imágenes del procedimiento que demuestran que no existió perforación alguna, lo que se corrobora con la sintomatología del paciente al alta médica y que aparece en la ficha clínica, sumado a que el paciente aparece recién al 4° día del procedimiento con dolores, que reafirma el desgarramiento tardío de sus vísceras, según lo ya establecido por la médica y el examen del anatómopatólogo, como una complicación propia de la enfermedad, tal como ocurre con el Tromboembolismo Pulmonar que sufre posteriormente.

Reitera que la responsabilidad del Estado es subjetiva, y por tanto requiere culpa, indica que dicha confusión se debe a que se estima que el Estado debe responder siempre, aún en su actividad lícita, exigiendo únicamente la existencia de un daño y la relación de causalidad entre el actuar del Estado y



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

Código: XRBXWJCRKF

el daño. En lo particular, precisa que los médicos del Hospital Regional de Antofagasta, procedieron con la debida diligencia, cuidado y oportunidad durante la extracción del tumor cancerígeno del paciente.

Sin perjuicio de lo anterior y en el caso que se determine una indemnización del daño, aun en ausencia de culpa, es indispensable que se acrediten los elementos de la responsabilidad extracontractual que se reclama, es decir, una relación de causalidad entre el daño y la actividad del Hospital, consistente en los perjuicios sufridos que deben ser consecuencia directa, de la actividad o inactividad de su representado. Al respecto, sostiene que la causa basal del detrimento físico, se debió al Cáncer de recto, y que la perforación de sus intestinos post quirúrgica, por colitis isquémica, fue resuelta por el equipo médico, no siendo procedente que se le impute responsabilidad civil al Hospital sin existir una causalidad, razón por lo cual no se puede pretender un enriquecimiento sin un antecedente lícito que haga procedente la indemnización de perjuicios.

Por su parte y en relación a los daños demandados en particular el daño emergente, alega que no se acompaña documento alguno que justifique la suma demandada por dicho concepto, lo que además, ha sido fundado como gastos médicos en general, los cuales, no alcanzan la cantidad de \$40.000.000.- que la demandante pretende, siendo dichos gastos propios de la enfermedad de base, sin que exista causalidad alguna con la perforación que se reclama.

En cuanto al daño moral, alega que la suma demandada carece de todo fundamento por cuanto no existen antecedentes médicos que den cuenta de que existió alguna negligencia o mala praxis, y sólo se advierte un interés económico y antojadizo, al exigir una suma que excede la valoración



objetiva de un daño que resulta incalculable, pero que debe regirse con parámetros racionales posibles de valorar. Agrega que su delimitación está determinada por lo dispuesto en la Ley 19.966, y en virtud de ello, la suma demandada supera el monto máximo que se determina en caso de muerte, en la mediación ante el Consejo de Defensa del Estado, la que solo permite alcanzar la cantidad de 3.500 U.F.

Que, a folio 9, la demandante evacuó el trámite de la réplica y ratifica en todos sus términos los hechos expuestos en la demanda. En cuanto a la contestación del Hospital demandado, indica que lo señalado respecto a la lesión en el colon, que justifica como una complicación propia de la enfermedad base, no se condice con los hechos expuestos por cuanto según consta en informe de intervención de fecha 21 de noviembre del año 2.018, la preparación del colon se encontraba en la misma situación que cuando se practicó la colonoscopia el 10 de diciembre por lo que no existe justificación alguna que se realizara, existiendo abundante materia fecal líquida, espesa que limitaba la visualización. Precisa que ante dichos antecedentes el procedimiento debió ser suspendido, al igual que la primera vez, pero que sin embargo, se continuo con la exploración y existiendo uso de asa de diatermia (resección) en un paciente con patología base de cáncer de colon, no hubo un control postoperatorio más prolongado, dando de alta a un paciente que refirió dolor luego de la intervención. Agrega además, que dicha circunstancia se comprueba por cuanto en menos de 48 horas el personal del SAPU asiste al paciente por cuadro de dolor. Hace presente que la negligencia que se imputa, no solo dice relación con la perforación sino que existió un mal manejo del paciente al cual se dejó sin el tratamiento adecuado para evitar las complicaciones futuras, además de los diagnósticos



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

Código: XRBXWJCRKF

clínicos errados.

Que, a folio 11, el Hospital Regional de Antofagasta evacuó el trámite de la duplica y controvirtió el escrito de la réplica, para lo cual esgrime se pidió informe a la unidad de endoscopia, el cual fue evacuado a través de la Dra. Akiko Shimizu y que acompaña en el otrosí de su presentación, en el que se responde cada uno de los cuestionamientos del escrito de réplica

Que, a folio 12 se citó a las partes a audiencia de conciliación, cuya acta consta a folio 27, la que no se produjo.

Que, a folio 30, se recibió la causa a prueba, fijándose los hechos sustanciales, pertinentes y controvertidos, rindiéndose la que consta en autos; y se citó a las partes a oír sentencia.

Que, a folio 131, se decretó Medida Para Mejor Resolver, la que se tuvo por cumplida a folio 143 y se trajeron nuevamente los autos para fallo.

CON LO RELACIONADO Y CONSIDERANDO:

I.- EN CUANTO A LAS TACHAS FORMULADAS POR LA PARTE DEMANDADA EN CONTRA DE LOS TESTIGOS HERNÁN EUSEBIO LECHUGA FARIAS Y DOÑA PAULA TAN REYES:

PRIMERO: Que el demandado, tachó en la audiencia respectiva, a don Hernan Eusebio Lechuga Farías, fundado en las causales del artículo 358 N° 6 y 7 del Código de Procedimiento Civil y en contra de doña Paula Tan Reyes, por la causal del N° 6 del referido artículo por cuanto no se entiende que atendida la opinión profesional de los testigos, no hayan sido designados como peritos, lo que presume una práctica procesal que pretende excluir a su parte de la designación de dichos peritos y por tanto se concluye la imparcialidad de dichos profesionales, en especial don Hernan



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

Código: XRBXWJCRKF

Lechuga quien atendida la cantidad de informes que ha realizado al Estudio Jurídico, existe a lo menos un grado de amistad con la persona que los contrata.

SEGUNDO: Que la parte demandante evacuó el traslado conferido y solicita el rechazo de las tachas opuestas, fundado en la manifiesta falta de fundamento de las alegaciones, sumado a que de los dichos de los testigos no se puede tener por establecido, ni acreditado, que exista un interés directo o indirecto en el resultado del juicio el cual debe ser de carácter económico. Agrega que tampoco se desprende de las declaraciones que exista una íntima amistad con la parte demandante, la que sólo se funda en la relación que pueda tener con el estudio jurídico. Hace presente que el abogado que patrocina la causa es don Camilo González, quien contrato a los profesionales, en consecuencia la parte demandante no posee vínculo de amistad para efectos de acoger la tacha.

TERCERO: Que, en particular, el testigo Hernán Lechuga consultado por si habría realizado informe médico relativo a don Lucas Milanez en la presente causa, responde que efectivamente realizó un informe pericial médico y aclara que obtuvo remuneración por tal servicio. Luego, preguntado sobre si ha efectuado otro informe favorable para el Hospital Regional de Antofagasta en relación a algún paciente, indica que el realiza informes objetivos, por lo que su calificación de favorable, no es algo que le competa. A mayor abundamiento, se le pregunta cuantos informes ha confeccionado para el estudio Leppes y Compañía, a lo que esgrime que no lleva la cuenta exacta pero podría ser cincuenta o más.

Que se rechazarán las tachas deducidas por cuanto no se encuentra configurado y probado en autos el interés directo que supuestamente tendrían los testigos el que, según la



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

Código: XRBXWJCRKF

Jurisprudencia de nuestros tribunales, debe ser patrimonial o económico en el resultado del proceso, ni tampoco es posible colegirlo de las propias declaraciones de los testigos tachados, y tampoco se desprende de lo declarado la "Íntima amistad", en los términos requerido por el Código de Procedimiento Civil.

Sin perjuicio de lo señalado, la declaración del testigo Lechuga, no será considerada al momento de valorar la prueba, precisamente por lo que el testigo responde, declara e informa, que hace al menos presumir, que sus declaraciones se entregan, en razón de un acuerdo remunerado con el apoderado del actor, lo que hace poco veraz su testimonio.

II.- EN CUANTO A LA TACHA DEDUCIDA POR LA PARTE DEMANDANTE EN CONTRA DE LA TESTIGO DOÑA AKIKO DUBRASKA SHIMIZU LOPEZ:

CUARTO: Que la parte demandante, tachó en la audiencia respectiva, a la testigo individualizada, fundado en las causales del artículo 358 N° 4, 5 y 6 del Código de Procedimiento Civil, en consideración a que la testigo ha dado cuenta que mantiene un vínculo de subordinación y dependencia con el demandado, quien asume la obligación del pago de sus prestaciones y además es a quien debe acatar instrucciones. Hace presente que existe un vínculo permanente y continuo, y la norma no distingue entre personas naturales y jurídicas, de carácter privado o público. En cuanto a la tacha del N° 6 del artículo 358 del Código Procedimiento Civil, indica que de los hechos señalados por la testigo, queda de manifiesto un interés indirecto en el resultado del juicio, por ser la funcionaria quien realiza la colonoscopia, de la cual se funda la presente acción, sumado además de que el demandado, según lo dispuesto en el artículo 38, tiene la facultad de repetir contra dicha funcionaria por lo que su



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

Código: XRBXWJCRKF

testimonio, puede estar inducido a intentar que su empleador salga favorable, y en consecuencia mantiene un interés a lo menos indirecto desde el punto de vista del funcionario.

QUINTO: Que la parte demandada evacuó el traslado solicita rechazo de la tacha por cuanto la imparcialidad alegada, no se desprende de la calidad de funcionario público ya que lo que exige la norma, es un vínculo estrecho, lo que en la especie no existe ya que no mantiene un contrato de trabajo sino que un nombramiento con su superior jerárquico.

SEXTO: Que las inhabilidades relativas serán rechazadas, atendido que nuestra Excm. Corte Suprema, ha resuelto reiteradamente que los funcionarios públicos que deponen en juicio por parte del Fisco o de alguna de las reparticiones del aparato administrativo estatal, no se encuentran en los casos de inhabilidades de los números 5° y 6° del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, por cuanto estas causales se fundan en el estrecho vínculo de dependencia entre el testigo y la parte que lo presenta, que no es el caso de los funcionarios públicos, que no dependen del Fisco en los términos que esas disposiciones legales exigen. (Fallo publicado en la Revista de Derecho, Jurisprudencia y Ciencias Sociales, tomo 52, sección 1ª, página 444).

Sin perjuicio de lo concluido, y como se ha indicado en el motivo tercero, tampoco se le dará valor al testimonio de la facultativo, al momento de ponderar la prueba, puesto que, como la deponente, fue quien practicó el procedimiento, el que según se denuncia el demandante, se habría realizado con faltas la "lex artis", lo que hace que su declaración sea poco veraz, por la posición que tiene ante el recinto asistencial donde presta servicios.



III.- EN CUANTO A LA INHABILIDAD DEDUCIDA POR LA PARTE DEMANDADA EN CONTRA DE DOÑA MARCELINA DEL ROSARIO MUÑOZ MALDONADO:

SÉPTIMO: Que el Hospital demandado, tachó en la audiencia respectiva, a la testigo referida, fundado en las causales del artículo 358 N° 1 y 7 del Código de Procedimiento Civil, en armonía a lo dispuesto en el referido artículo y solicita se realice una interpretación armónica del artículo 358 del cuerpo legal citado, en cuanto a la denominación conviviente, conforme lo dispone además el Código Penal, a quien le otorga acciones referidas a la víctima, situación que se desprende de las declaraciones de la testigo, quien ha manifestado convivir con el demandante, y se deduce una manifiesta falta de imparcialidad por la amistad manifestada.

OCTAVO: Que la parte demandante, evacuó el traslado y solicita que se rechacen las inhabilidades, por cuanto no existe ningún antecedente que permita acreditar un vínculo de cónyuge o pariente legítimo, según lo señala la norma, en relación con lo dispuesto en el artículo 304 del mismo cuerpo legal, en cuanto a la forma en cómo se debe acreditar el estado civil de las partes, sumado además que la causal alegada refiere específicamente a un estado civil. Por su parte y en cuanto a la falta de parcialidad de la testigo, señala que en materia de reforma civil, se ha cuestionado negar la posibilidad que terceras personas acudan a dar su testimonio, sólo por razones de amistad o parentesco, ya que son quienes conocen de los hechos y han presenciado los mismos. Sin perjuicio de ello, precisa que la norma requiere que la amistad sea íntima, es decir, un contacto continuo y fiable, lo que no es posible advertir de las declaraciones de la testigo por cuanto sólo ha señalado arrendarle al



demandante, razón por lo que lo conoce, situación que no amerita una amistad íntima.

NOVENO: Que las inhabilidades serán rechazadas, puesto que el vínculo civil debe ser expreso y la amistad debe ser manifestada por hechos graves que el tribunal calificará según las circunstancias, lo que se no colige con ese carácter de lo señalado por la deponente, razón por la cual se rechazarán las inhabilidades en los términos solicitados, tal como se dispondrá en lo resolutivo de esta sentencia.

IV.- EN CUANTO AL FONDO DEL ASUNTO:

DÉCIMO: Que comparece don Camilo Patricio González Miranda, Abogado, en representación de don Lucas Maximiliano Milanez Zuleta, ya individualizado, quien deduce en procedimiento ordinario de mayor cuantía, acción de indemnización de perjuicios, en contra del Hospital Regional de Antofagasta, representado por doña Yoselin Castillo Blanco y solicita se le indemnicen los siguientes daños: \$40.000.000.- por concepto de daño emergente y a la suma de \$50.000.000.- por daño moral o las sumas que el tribunal determine fijar, más los intereses máximos que la ley permite estipular, con los reajustes por conceptos de Índice de Precio del Consumidor contados desde que la sentencia se encuentre firme y ejecutoriada para todos los efectos legales, condenando al demandado al pago de las costas de la causa.

UNDÉCIMO: Que, el servicio demandado, contestó la demanda y solicitó sea rechazada en todas sus partes con costas.

DUODÉCIMO: Que, la parte demandante, con el objeto de acreditar sus alegaciones, se hizo valer de los siguientes medios de prueba:

I.- DOCUMENTAL



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

Código: XRBXWJCRKF

1.- Reportajes "Tasas de supervivencia por etapas para el cáncer colorrectal", "Cirugía del cáncer de recto" y Tipos de ileostomías y sistema de bolsa recolectora, emitido por American Cancer Society;

2.- Reportaje "Como comprender la colonoscopia" y "Como comprender los pólipos del colon y su tratamiento", emitido por la American Society for Gastrointestinal Endoscopy;

3.- Impresión página web Mayo Clinic, información al paciente, "Cáncer Rectal" y "Colonoscopia";

4.- Informe de evaluación científica basada en la evidencia disponible, Cáncer colorectal, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile;

5.- Resolución Exenta N° 1031, del Ministerio de Salud, Aprueba protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención de salud;

6.- Documento "Establece protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención para ser aplicados por los prestadores institucionales públicos y privados;

7.- Guía Clínica AUGE, Cáncer colorectal en personas de 15 años y más, Series Guías Clínicas MINSAL 2013;

8.- Impresión página web MedlinePlus enciclopedia medica "Ileostomía" y "Perforación gastrointestinal";

9.- Reportaje "Perforación tras colonoscopia: experiencia en 16 años" Revista Española de enfermedades digestivas, Vol. 99, N° 10, pp.588-592, 2007;

10.- Resumen ejecutivo Guía de práctica clínica cáncer colorectal en personas de 15 años y más 2018, del Ministerio de Salud;

11.- Diagnóstico y tratamiento de la perforación de colon durante la colonoscopia, Revista médica Chile 2008, 136: 310-316;



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

Código: XRBXWJCRKF

12.- Copia Sentencias Rol Corte 2468-2018, pronunciada por la Tercera Sala de la Excelentísima Corte Suprema de fecha 17 de junio del año 2.019;

13.- Copia Ficha Clínica N° 741435 a nombre de don Lucas Maximiliano Milanez Zuleta del Hospital Dr. Leonardo Guzmán;

14.- Documento denominado "Informe pericial médico legal", emitido por don Hernan Eusebio Lechuga Farías;

15.-Dato Atención Urgencia N° DAU 1812140157, Episodio de Hospitalización y Protocolo operatorio, emitido por Hospital Regional Antofagasta a nombre de don Lucas Maximiliano Milanez Zuleta;

16.-Formulario de referencia y contrareferencia de fecha 14 de diciembre del año 2018, emitido por el Hospital Militar del Norte;

17.- Colonoscopia a nombre de don Lucas Milanez Zuleta, de fecha 29 de mayo del año 2018, Unidad de endoscopia, Clínica Antofagasta;

18.- Epicrisis tratamiento de radioterapia, de don Lucas Maximiliano Milanez Zuleta, de fecha 25 de junio del año 2018, emitido por Centro Oncológico Antofagasta;

19.- Epicrisis oncología médica, de don Lucas Maximiliano Milanez Zuleta, emitido por Centro Oncológico Antofagasta;

20.- Videocolonoscopia, de don Lucas Maximiliano Milanez Zuleta, de fecha 21 de noviembre y 10 de diciembre del año 2018, emitido por Hospital Regional de Antofagasta;

21.- Informe anatomo patológico N° 18/9858 y 18/10036 de fecha 10 y 15 de diciembre del año 2018, emitido por Hospital Regional de Antofagasta, Unidad de anatomía patológica;

22.- Tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste de fecha 14 de diciembre del año 2018 y 20 de enero del año 2019, emitido por Hospital Regional de Antofagasta;



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

Código: XRBXWJCRKF

23.- Epicrisis de fecha 16 de diciembre del año 2018, emitido por Hospital Regional de Antofagasta;

24.- TAC Angiotac tórax, de fecha 22 de enero del año 2019, emitido por Hospital Regional de Antofagasta;

25.- Informe UROTAC, de fecha 03 de septiembre del año 2019 y 07 de enero del año 2020, emitido por Fundación Arturo López Perez;

26.- Informe médico Tac Multicorte Tórax con contraste e Informe Ecocardiograma, de fecha 21 de febrero del año 2019, emitido por Diagnoimagen;

27.- Informe Ecocardiografico, de fecha 24 de enero del año 2019, por Hospital de Antofagasta;

28.- Informes anatomopatologico, unidad de anatomía patológica, de fecha 15 de marzo, 24 de mayo y 22 de agosto del año 2019, por la Fundación Arturo López Perez;

29.- Tomografía Tórax, abdomen y pelvis, de fecha 28 de febrero del año 2020, por Centro Oncológico del Norte;

30.- Orden médica, emitida por don Juan Carlos Baeza Cordero, Cirujano-Urólogo de fecha 24 de abril del año 2020, con Informe médico Ecotomografia Tiroidea de fecha 22 de mayo del año 2020;

31.- Informes medico egreso hospitalario - Epicrisis de fecha 22 de marzo, 29 de agosto y 11 de septiembre del año 2019, de la Fundación Arturo López Perez;

32.- Presupuestos N° 110907, 210484, 210475 y 210992 de fecha 25 de septiembre del año 2018 y 20 de agosto y 03 de septiembre del año 2019, emitido por Fundación Arturo López Perez;

33.- Boletas de atención Enfermería y Cirugía N° 000325 y 000306, ambas de fecha 03 de enero del año 2019, emitidas por Hospital Militar del Norte, Servicio Policlínico;



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

Código: XRBXWJCRKF

34.- Bonos de atención ambulatoria N°s. 702430752;
702575609; 702575610; 702637919; 705078326; 705078325;
705126273; 705078640; 705078641; 705172108; 705492763;
380338153; 711006185; 711006127; 711002153; 712111784;
713619292; 714811914; 716851125; 713645296; 718974157;
725026081; 725014654; 725200234; 727799125;

35.- Boleta de ventas y servicios N° 0507201 emitida por Hospital Militar del Norte de fecha 03 de enero del año 2019

36.- Estado de cuenta paciente detalle, de fecha 07 de enero del año 2019, por Clínica Antofagasta;

37.- Boletas electrónicas N° 000497126, 000033103 y 000528603, emitida por Fundación Arturo López Perez de fecha 24 de mayo y 02 de julio, ambas del año 2019 y 07 de enero del año 2020;

38.- Presupuesto honorarios médicos N°3.543, emitido por Sociedad Medica FALP S.A. de fecha 20 de agosto del año 2019;

39.- Informe Psicológico emitido por Paula Tan Reyes de don Lucas Milanez Zuleta, de fecha 19 de mayo del año 2020;

40.- Set de 2 fotografías.

II.- TESTIMONIAL:

Comparece don Hernan Eusebio Lechuga Farías, quien señala que don Lucas Milanez fue estudiado en abril del año 2018, por un carcinoma, que en dicho estudio se le ordenó tratamiento de quimioterapia y radio terapia. Que habiendo finalizado dicho tratamiento, el comité oncológico decide la resolución quirúrgica del resto del tumor, pero que en el intertanto se diagnostican pólipos en el colon, y en razón de ello se le realiza una colonoscopia. Expone que dicha colonoscopia no se pudo llevar a cabo, debido a que durante el examen se constata bastante materia fecal que dificulta la exploración y se suspende. Explica que existe una escala de estudio que cuantifica la cantidad de materia fecal existente



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

Código: XRBXWJCRKF

en el intestino, y en dicho primer procedimiento, al paciente se le calificó 5 en escala Boston, lo que adquiere relevancia por cuanto, al momento de realizarle una segunda colonoscopia, esta fue calificada en grado 6 con un máximo de 9. Expone que el paciente presentaba factores de riesgo de perforación, tales como, la presencia de pólipos que provocan la inflamación de los intestinos; haberse sometido a quimioterapia y radioterapia, lo que de por sí afecta las mucosas, los tejidos y compromete la inmuno competencia del paciente, asimismo, señala que el uso de bisturí eléctrico, se atribuye como uno de los factores más frecuentes de la perforación del colon. En consecuencia, refiere que existiendo dichos factores de riesgo, el paciente debió haber esperado 24 o 48 horas antes de haber sido de alta, ya que, al aplicar el termocauterio, que es una chispa que produce una quemadura local, contiene el sangramiento, pero generalmente compromete también tejidos vecinos sanos, lo que probablemente indica que sucedió, y por tanto, la observación al paciente debió haberse mantenido, para el evento de que se produjera una complicación. Señala que una quemadura puede demorar horas en eliminar el tejido y provocar la perforación, lo que se denomina fisiopatológica, que significa el desarrollo anormal del procedimiento.

Sostiene que de haberse dejado hospitalizado al paciente, el diagnóstico hubiese sido precoz, y eso hubiese evitado la gravísima complicación que fue la peritonitis y el absceso que obligó a eliminar parte del intestino y realizar la iliotransversastromia. Agrega que un diagnóstico a tiempo, hubiera permitido hacer una sutura primaria y evitar lo que se produjo, razón por lo cual considera que hubo una violación a la lex artis al dar alta de manera precoz al paciente con las consecuencias que eran previsibles.



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

Código: XRBXWJCRKF

Hace referencia a basta su experiencia profesional y precisa que actualmente se desempeña como perito médico legal, forense y medicina general inscrito en el listado de la Iltma. Corte de Apelaciones de Santiago.

Expone que, confeccionó el informe médico legal agregado a estos autos y tuvo a la vista la ficha clínica del paciente y demandante en estos autos. Explica que el procedimiento de colonoscopia es un examen directo visual del interior del colon, y su preparación previa, requiere que haya un campo quirúrgico limpio libre de materia fecal, ante lo cual se utiliza la escala subjetiva de Boston que es de 0 puntos con limpieza absoluta y de 9 puntos con el intestino completamente ocupado con heces, hace presente que no existe un criterio que se considere óptimo para proceder pero sí que la escala puede incidir en el resultado del procedimiento. Indica que la colonoscopia puede ser diagnóstica, con el objeto de determinar procesos existentes en el intestino, o bien terapéutica, mediante la cual se extirpan los pólipos. En relación al post operatorio, señala que ante la existencia de factores de riesgo de producirse una complicación y teniendo presente el mecanismo de cauterización se debe esperar un tiempo prudencial para el alta, y lograr realizar un tratamiento oportuno.

Por su parte, explica que la polipectomía, es la extirpación de un pólipo, formación que tiene un tallo y un cuerpo, y su extirpación incluye la sección y ligadura del tallo del pólipo y la extracción de la masa del cuerpo. En este caso, indica que no se realizó una ligadura, sino que, se instaló un clip metálico, una grapa metálica en el lugar de la extirpación y es en ese lugar donde se produce la perforación. Precisa que es indiferente que la perforación se pueda haber producido en cualquier lugar del intestino debido



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

Código: XRBXWJCRKF

a las malas condiciones en que se encontraba, pero que la perforación se produjo justo en ese punto, producto de la quemadura.

Refiere que una vez revisada la ficha clínica y según se indica en el protocolo médico del paciente, existía un alto grado de contaminación que dificultaba la visualización y se realiza esta polipectomía. Luego, hace presente que posteriormente en la biopsia se aprecian 4 pólipos más en las cercanías del recto, lo que indica que esos pólipos se pasaron por alto en el procedimiento, siendo la única explicación, el hecho que la contaminación fecal, dificultó la técnica. En este contexto, menciona que la perforación no se produce durante la intervención, sino que en el post operatorio inmediato. Relata que en la ficha clínica no se indica la hora de alta ni tampoco existe una epicrisis, pero que según indagó, el paciente fue dado de alta a las 10:00 de la mañana, cursando un postoperatorio en el hospital de una hora. Indica que atendido a los antecedentes el paciente, se debió haber tomado una actitud expectante por alguna complicación, tal como la perforación, que se manifiesta con dolor e inflamación, y ante una sospecha realizar un estudio imagenológico que permitiera corroborar la existencia de una perforación. Reitera que la perforación no se produjo durante el procedimiento, ni cuando fue dado de alta, sino que produjo más tarde.

Respecto al diagnóstico de colitis isquémica, indica que es una inflamación del intestino secundaria, producto de una irrigación defectuosa, en donde se puede producir una perforación. Precisa que no es una contradicción a la polipectomía en sí, pero que debe ser considerada al realizar un tratamiento de pólipos que son de naturaleza benigna, y el estado del paciente. Hace presente que la perforación se



debió a la extirpación del pólipo, pero que el diagnóstico de colitis isquémica constituye un factor más de agravamiento y de perforación, que obligaba tener una observación más prolongada en el operatorio.

Aclara que la perforación sufrida por el paciente, es una complicación quirúrgica esperable en cualquier intervención de ese tipo, pero que pudo estar influida por la mala visualización del campo quirúrgico al momento de realizarla. Explica que existe un post operatorio inmediato, el cual considera el periodo en que demora el alta del paciente, y el post operatorio alejado, que corresponde al alta definitiva del mismo, en este caso, indica que el post operatorio adecuado, en consideración al estado particular del paciente, debió ser, por lo menos, de 24 a 48 horas dependiendo de la evolución del paciente, es decir, si presentaba algún síntoma sospechoso que haga recomendable mantener la observación.

Explica que el paciente no tiene el deber de acudir al Hospital al presentar la sintomatología por cuanto no tiene las competencias para conocer su origen, sin embargo, en este caso el paciente manifestó los síntomas al momento de haber sido dado de alto, lo que se mantuvo hasta el día 14 de diciembre.

Conduce a doña Paula Belén Tan Reyes, quien indica que el paciente fue enfático en señalar que padece de afecciones personales producto de una colostomía que se le realizó en el año 2019. Indica que el paciente padece de un trastorno cognitivo y afectivo, producto de la pérdida de su esfínter. Señala que el paciente relata que se le diagnóstico en el año 2018 un cáncer de recto, y que para efectos de realizarse una operación que extirpara el tumor, se debió realizar previamente una colonoscopia, la cual es suspendida producto



de existir una gran cantidad de materia fecal. Agrega que, cuando se realizó la colonoscopia reprogramada, quedo muy mal y nunca se pudo recuperar, razón por lo cual acude al médico y le confirman que se le había perforado el colon. Señala que el demandante se siente muy mal, ya que le indicó que la doctora que hizo el procedimiento, le reconoció que por un error le perforó el colon, asumiendo que ella se había dado cuenta del error, pero que esperó mucho tiempo, padeciendo mucho dolor y que incluso pensó que se podía morir de ese dolor, por lo que no logra entender porque no lo buscó, porque no se le indicó a la familia en el post operatorio que se había producido el error sin intentar solucionarlo. Relata que todo ello le provocó una pérdida de confianza y de percepción en los médicos, personas que se supone deben de cuidar de su salud.

Refiere que el demandante se encuentra muy afectado, con complicaciones para reintegrarse a sus labores, producto de la pérdida de su esfínter, siente vergüenza en razón de que cuestiona su virilidad, su hombría, atendido además de que lleva una bolsa recolectora, lo que ha dificultado la forma en como desarrolla su vida con la pérdida total de su esfínter. Afirma que el demandante ha intentado en dos ocasiones suicidarse, debido a la depresión grave que padece y que a la fecha aún se encuentra en recuperación. Agrega que debe tener tratamiento psiquiátrico regulado, atendido a las condiciones de salud que además tiene el paciente y por tanto concluye que efectivamente el demandante ha tenido un daño moral, por las consecuencias físicas y psicológicas que ha sufrido producto de la colostomía.

Ratifica el informe psicológico agregado en autos y menciona sus títulos profesionales y experiencia laboral para declarar en juicio.



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

Código: XRBXWJCRKF

Sugiere atención neurológica del paciente, atendido a que los hechos han afectado su esfera cognitiva teniendo problemas de memoria a corto plazo, problemas de concentración y planificación futura lo que tiene relación directa a los hechos sufridos, que comienzan con la colonoscopia reprogramada y tienen como consecuencia la perforación del colon y debido a ello la pérdida de su esfínter. Reitera que el trastorno afectivo del paciente es grave por lo que no existe fecha en que pueda acabar, debido a la gravedad de su depresión que se relaciona con una afección medica asociada, como lo es la colostomía.

Comparece doña Marcelina del Rosario Muñoz Maldonado, quien señala que don Lucas Milanez se realizó una colonoscopia el 10 de diciembre, y cuando se terminó el proceso se encontraba con mucho dolor abdominal. Indica que le señaló a la persona que se encontraba en el lugar que él estaba mal con mucho dolor. Señala que se mantuvo con mucho dolor durante la noche y los días siguientes. Relata que el demandante acudió donde el doctor tratante en el Hospital Militar, y lo derivaron al Hospital Regional, en donde ingreso por urgencia, le hicieron un examen, momento en el cual donde se percataron que tenía perforado el colon y tuvieron que operarlo. Luego de la operación, volvió al Hospital por una trombosis. Señala que debido a lo sucedido, los familiares decidieron que no se operara en el Hospital sino que se lo llevarían a Santiago.

Indica que no se pudo operar en enero, sino que lo operaron en mayo, lo dejaron con unas bolsas, la paso muy mal. Menciona que no pudieron recuperarlo del esfínter y que después lo volvieron a operar de la vejiga; lo único que quería era matarse.



Relata que lo cuida, pero que él todavía está mal y requiere ayuda psicológica, siempre le dice que se quiere morir.

Conduce a doña Lesli Ocaranza Pizarro, quien señala que fue pareja del hijo de don Lucas, hace un par de años, sin embargo mantuvo contacto con la familia, en este caso, con el actor y fue testigo de todo su proceso.

En cuanto al estado psicológico, esgrime que él ha manifestado pensamientos suicidas, no solo con ella, sino a otras personas, pues se le ha imposibilitado mucho su trabajo, su vida normal, no se siente bien.

En cuanto a los gastos, primero los medicamentos, los traslados, alojamientos que se pagaron cuando la familia fue a Santiago, los exámenes realizados en la capital como acá en Antofagasta. Después del episodio del hospital, él fue intervenido en la Fundación Arturo López Pérez, desconoce el monto exacto, inicialmente se hablaba de 20 millones, eso fue por una de las operaciones. Luego, acota que serían 3 intervenciones, siendo una de ellas la de 20 millones. Por su parte, la familia también tuvo que invertir en viajes en avión.

Concluye refrendando que luego de su intervención, don Lucas ha manifestado pensamientos suicidas y todos los médicos que lo han visto lo han derivado a un Psicólogo o a un Psiquiatra. Lo cual se entiende pues el quedó con una bolsa que no le permite vestirse bien, que le impide sentarse bien, no puede hacer fuerza, él era un hombre muy activo. El mirarse como hace sus necesidades por su estómago, ese es el mayor daño, aquello le provoca mucha vergüenza y por la presencia de la bolsa hay muchas actividades que requieren compañía, pues no las puede hacer por sí solo.

III.- OFICIOS:



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

Código: XRBXWJCRKF

Se agregaron a la carpeta digital, Oficio N° 176-2020 emitido por Jetsmart S.p.A.; Oficio Ord. N° 1734 del Hospital Regional de Antofagasta; Oficio Ordinario 4P N° 24750/2020 de Fonasa Norte; y Oficio Ord. N° 507/2020 por Centro Oncológico del Norte.

IV.- INFORME PERICIAL:

Se tuvo por acompañado Informe Pericial Analítico, emitido por el Perito Judicial don Luis Ravanal Zepeda.

DÉCIMO TERCERO: Que a su turno, el Hospital demandado, con el objeto de acreditar sus alegaciones se valió de los siguientes medios de prueba:

I.- DOCUMENTAL:

1.- Videocolonoscopia, de don Lucas Maximiliano Milanez Zuleta, de fecha 21 de noviembre y 10 de diciembre del año 2018, emitido por Hospital Regional de Antofagasta;

2.- Hoja de enfermería paciente adulto de fecha 10 de diciembre del año 2018;

3.- Informes Anatomo-Patológico N° 18/9858 y 18/10036 de fecha 10 y 15 de diciembre del año 2018, emitido por Hospital Regional de Antofagasta, Unidad de anatomía patológica;

4.- Episodio de Hospitalización de fecha 15 de diciembre del año 2018, emitido por Hospital Regional Antofagasta a nombre de don Lucas Maximiliano Milanez Zuleta;

5.- Informe emitido por la Doctora Aniko Shimizu, caso clínico de don Lucas Maximiliano Milanez Zuleta de fecha 17 de diciembre del año 2019;

6.- Certificado emitido por doña Francisca García Reinoso, Encargada de Procesos Disciplinarios, Hospital Regional de Antofagasta;

7.- Manual de Procedimiento Unidad de Endoscopia, marzo 2014, emitido por el Ministerio de Salud;



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

Código: XRBXWJCRKF

8.- Orden para procedimiento Colonoscopia larga de fecha 10 de diciembre del año 2018;

9. - Reportage medico "Colonoscopy Polypectomy and Long-Term Prevention of Colorectal-cancer deaths", National Institute of healthy, en idioma ingles;

10. - Reportage medico "Adverse events related to colonoscopy: Global trends and future challengs", emitido por World Journal of Gastroenterology, en idioma inglés.

II.- TESTIMONIAL:

Comparece don Sergio Andrés Ledesma Vergara, quien señala que el procedimiento se realizó en el Hospital Regional de Antofagasta, se trató de una colonoscopia en donde se extrajo un pólipo, una polipectomía descrita en el informe de la colonoscopia. Señala que el paciente tenía un procedimiento previo, y se determinó que se hiciera en las mejores condiciones, con preparación intestinal, además de un anestesista para que fuera de mejor manera. Luego, acota que este fue un examen de colonoscopia de control para evaluar una cirugía de cáncer de recto, pero en el examen de noviembre se encontró una nueva lesión en el colon ascendente, en un segmento distinto de aquel donde se encontraba el cáncer detectado y de esa lesión a la doctora le pareció que la preparación del paciente no era la óptima ni era seguro, entonces se decidió hacer el procedimiento posteriormente con preparación del paciente.

Precisa que el demandante tenía como enfermedad de base "adenocarcinoma de recto" diagnosticado en mayo del año 2018 sometido a quimio y radio preoperatorio y el examen se hizo para examinar las condiciones en que se encontraba para la operación colorectal. Indica que para realizar la colonoscopia, se debe solicitar una hora y junto a ello se le entrega la información al paciente en que consiste el



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

Código: XRBXWJCRKF

procedimiento, los riesgos y los requerimientos del mismo, como que debe estar acompañado y debe venir preparado. Al respecto se exhibe el documento denominado "orden de citación", el cual se le entregó al paciente en noviembre, para el procedimiento de diciembre, en donde se indica en que consiste el procedimiento, que será sedado, que se le tomaran muestras para biopsia, y dependiendo de la enfermedad podrá realizarse otros procedimientos, como en el caso la extracción de pólipos. Se explica además, los riesgos del procedimiento, en relación a los medicamentos, hemorragia o perforación y las consideraciones para poder hacer el examen. Hace presente que al paciente se le entregó una doble información, al realizarse el primer procedimiento y en diciembre, en el segundo examen. Explica que el documento no está incluido en la ficha clínica, porque se debe mantener en la unidad por norma interna.

Agrega que, en la colonoscopia del 21 de noviembre del 2018, se encontró una lesión en el colon ascendente, lo que hizo sospechar que fuese un adenoma que no estaba descrita en mayo. Entonces como era una lesión de tamaño grande, que no estaba descrita y la preparación del colon no era la óptima, se decidió re-citar al paciente para poder practicar una polipectomía segura. Sostiene que, el paciente no fue perforado en la cirugía del 10 de diciembre del 2018, al momento de realizar la polipectomía; de hecho la doctora tuvo cuidado de colocar un kit de seguridad sobre la lesión como lo establece la norma, precisamente para precaver que no haya una perforación secundaria. Cuando se habla de perforación, se refiere a perforar todas las capas del colon y cuando nos referimos a lesiones del cáncer (Pólipo), solamente están en la mucosa y ese es el objetivo de la polipectomía, es un mecanismo preventivo del cáncer.



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

Código: XRBXWJCRKF

A mayor abundamiento, esgrime que las perforaciones se pueden dividir entre "perforaciones inmediatas" y "perforaciones tardías". Las "inmediatas"; se advierten, pues al realizar el corte se puede ver la grasa del peritoneo, o derechamente el peritoneo y que ocurren en el centro clínico de recuperación y las "tardías" que acontecen en el domicilio, a las horas o los días de haber egresado de la unidad, como un dolor abdominal intenso, que es lo que le ocurrió, por ejemplo, a don Lucas. Así, la imagen no daba cuenta de perforaciones inmediatas.

En cuanto a la producción de la perforación en don Lucas a 4 días después de su alta médica, indica que revisando la biopsia, una de las posibilidades que se pudo haber producido es que al hacer polipectomía, se aplica una técnica con un asa térmica que es "como quemar la piel" y que en el caso del actor, por su quimioterapia, sus vasos estaban alterados, por tanto, la irrigación del segmento colón, no se produjo para la reparación de la mucosa. Vale decir, es como una quemadura que se profundizó por no tener una buena irrigación para recuperar el tejido cortado.

Añade que si el paciente no hubiese sido operado de la polipectomía, si el pólipo no se resecaba se podía transformar en un nuevo cáncer con la probabilidad de metástasis.

Consultado sobre las medidas de seguridad conforme a la escala de Alderete que se aplicaron, si el paciente cumple 9 puntos en el post operatorio se puede egresar con seguridad, al respecto el paciente tenía el puntaje máximo y se firmó un documento que el paciente cumplía con la escala y se encuentra en buenas condiciones para ser egresado de la unidad.



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

Código: XRBXWJCRKF

Refiere que la médico tratante, se cercioro luego de la intervención que estuviese cerrada la zona intervenida, corroborando que no quedó pólipo alrededor de la disección ni tampoco quedó cortada la capa muscular, que es la que da cuenta que no se perforó en ese momento. Lo que hizo la doctora, es abocar los espacios abiertos del pólipo, con el clip de seguridad.

Señala que desde agosto del 2015 a la fecha de su declaración no se ha producido ninguna perforación de colon, es más, siendo estos registros auditables. Así, desde que el asumió como jefe de la unidad, no ha existido perforación de colon por colonoscopia.

Aclara que el no atendió presencialmente al paciente Lucas Milanez, el como jefe esta presente en la revisión de los informes que se hacen en la unidad y se enteró de la situación del paciente Milanez, pues la Dra. Akiko que hizo el procedimiento, lo llamó por teléfono indicando que el paciente estaba en urgencia con sospecha de una perforación intestinal.

Aduce que la literatura clínica señala que en preparación de menos de 6 según la escala de Boston generan riesgo de complicación, y que escala de 6 es la que aparece en la ficha del paciente. Luego acota que, sin embargo, el segmento donde se hizo la polipectomía es un segmento que por foto, aparece limpio.

Respecto a los factores de riesgo de perforación intestinal en el paciente Lucas Milanez, indica que el único antecedente que tenían era el cáncer rectal, el paciente no era ni diabético ni hipertenso, tampoco era usuario de anticoagulante. A mayor abundamiento, hace presente que sus equipos no permiten ver las micromusculaturas de los pacientes que han sido sometidos a quimioterapia, por lo que



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

Código: XRBXWJCRKF

era imposible determinar que el paciente iba a generar una perforación tardía por estos factores.

En cuanto a las características del paciente y el mayor período de observación del post operatorio, plantea que todo paciente que se hace polipectomía independiente de sus antecedentes, todos se controlan en el post operatorio, en especial las polipectomías grandes, por ello se aplica la escala de Alderete.

En relación a que la historia clínica del paciente debe ser consignada en la ficha clínica, más aún se le hacen consultas al paciente, consignándose antecedentes quirúrgicos, anestésicos y médicos. Por su parte, se le entrega una hoja de información de preparación al paciente para que se la lleve a su domicilio y se prepare para la colonoscopia.

Esgrime que para el caso de perforaciones de colon, lo que se hace es llevar inmediatamente al paciente al escáner para ver si esta perforado y luego pasa inmediatamente a pabellón para hacer la recesión del segmento perforado. Al efecto, para evitar perforaciones, se hace una revisión exhaustiva del colon.

Indica, en cuanto al grado de sedación del paciente, tiene que ver con el nivel de analgesia, en estos casos se ocupa analgesia de corto efecto, vale decir, el paciente despierta y queda sin dolor, siendo el dolor un indicativo de complicaciones agudas.

Finalmente, aduce que en cuanto a quienes están a cargo del post operatorio hay una enfermera, un tens y está el médico que da el alta final.

Comparece doña Akiko Dubraska Shimizu López, quien señala que a don Lucas Milanez previamente se le había asignado una hora por la unidad de endoscopia, para realizar



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

Código: XRBXWJCRKF

una colonoscopia en vista de su protocolo de quimioterapia y radioterapia de un cáncer avanzado de recto. El día 21 se le asigna la hora y le toca realizar el procedimiento, en el cual se le entregó la información al paciente, sobre qué consistía, sus riesgos y las consideraciones generales que se debía tener durante el procedimiento y de forma previa al mismo. Ese día se practicó una sedación y logró advertir una lesión distinta a la ya establecida y se le cita a una nueva fecha el 10 de diciembre, explicándoles a los familiares que se practicara una nueva polipectomía en condiciones óptimas y solicitar tiempos de coagulación con la finalidad de evitar sangrados, pero que se haga con anestesia. En esa segunda oportunidad, nuevamente se le explica en que consiste el procedimiento y los riesgos propios, se identifica la lesión, se lava la zona, se cauteriza y se realiza un registro fotográfico. En dicho contexto, hace presente que el colon tiene varias capas y en el procedimiento se hace una separación de la capa superficial con la capa más profunda, haciendo una especie de colchón y luego se reseca la lesión. Al separarse las capas, como protección se coloca un clip de seguridad, ese fue el procedimiento que realizó el 10 de diciembre.

Señala que, al terminar el procedimiento, se explican los cuidados durante y posterior al procedimiento. El paciente estaba a cargo también de un anestesista, que luego al pasar a la sala de recuperación, le entrega todas las indicaciones, no pudiendo el paciente abandonar la sala hasta que se haya revertido completamente el proceso de sedación, dicho período no contempla un estándar, cada paciente se recupera conforme a sus condiciones. Luego, se anotan los síntomas y medicamentos suministrados al paciente, en el caso del actor, no presentaba dolor y sus signos eran estables.



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

Código: XRBXWJCRKF

Una vez que egresa, se le explicita nuevamente al paciente que si presenta dolor o sangrado debe notificar al servicio.

Refiere que el motivo del examen de colonoscopia del 21 de noviembre del 2018, fue por un cáncer de recto inferior localmente avanzado en quimioterapia y radioterapia. En dicho contexto, se advirtió una segunda lesión que es característico de un cáncer, siendo importante describir el tamaño. Si esa lesión presente en la mucosa no se reseca, puede llegar a capas posteriores como pasó en el recto.

Señala que, el paciente no fue perforado el 10 de diciembre del 2018, cuando se hace la polipectomía, solo se reseco la lesión en la mucosa. A mayor abundamiento, aclara que como toda endoscopista sabe, pueden haber perforaciones inmediatas que se advierten en el mismo procedimiento, otras perforaciones se advierten en la sala de recuperación, si el paciente expresa tener abdominal intenso u otras que se advierten ya en el domicilio del paciente. Luego, la perforación de don Lucas a cuatro días del alta médica, se debió a factores inherentes propios del paciente y no de la técnica como tal, una de las cosas que pudieron evaluar, es que no existió una irrigación adecuada impidiendo una cicatrización óptima, pudiendo el tejido abrirse.

En cuanto a las medidas de seguridad conforme a la escala de Alderete, expone que se trabaja con un protocolo universal que importa describir la lesión, el tamaño, características y morfología. Una vez identificada, se inyecta para elevar la lesión y así poder resecarla. En el caso, se realizó todo el protocolo. Luego, si se llegase a cortar la lesión, quedará la recesión, hasta ese punto se debe llegar y si uno advierte que hay una perforación el mismo clip endoscópico lo cerrará.



En relación a los protocolos de la endoscopia, hace presente que los entrega dicha unidad, en donde se especifica el riesgo del estudio y se indica que el paciente debe venir acompañado, se debe practicar algunos exámenes, si esta consumiendo aspirinas o anticoagulantes deben suspenderse y en ayuno.

En cuanto a la exposición de los riesgos de la intervención, aduce que esta se hace al momento de la cita, como también cuando se va a practicar el procedimiento. Es un deber del paciente haberse acercado en el post operatorio, si se presenta dolor de fuerte intensidad, fiebre, sangrado o taquicardia, debe notificarse o asistir al servicio de urgencia.

Expone que el médico que realizó el examen de endoscopia o el médico que está a cargo del post operatorio, debe efectuar una epicrisis donde se adjunta informe, indicaciones y hoja de egreso, siendo esta la norma general de la unidad.

Finalmente, aduce que el antecedente que se tenía respecto al paciente, era la quimioterapia y radioterapia por su cáncer rectal, pero esto no te predice que paciente se va a perforar o no, pues incluso un colon sano puede presentar estas complicaciones. Al efecto, acota la prevención de la perforación, pasa por practicar una buena técnica como también la aplicación del clip de seguridad, encontrándose este clip adherido a la mucosa.

Hace presente que los medicamentos tienen una vida media de acción, los que se usan para este tipo de procedimientos son de una vida media corta, es una dosis que se ajusta según el procedimiento. Entonces, efectivamente hay medicamentos que pueden bajar el umbral del dolor, pero en este caso al ser su vida muy corta, no van a enmascarar el dolor que va a sentir el paciente.



Indica que, en el post operatorio, el actor estaba con un anesthesiólogo, dos enfermeras, una que asiste al anesthesiólogo y otra que está en recuperación y 3 o 4 tens más el endoscopista.

Sostiene que, la "Escala de Alderete", contiene los parámetros de signos vitales y escala del dolor, que incluye aspectos como está el paciente en su capacidad respiratoria, circulatoria, conciencia y coloración al ingreso y al alta del paciente, haciéndose por escrito la observación si egresa o no en buenas condiciones.

Finalmente, indica que el día 14 de diciembre el paciente ingresa de urgencia por una perforación colónica, eso le fue comunicado por el cirujano de turno, pues trabajan en equipo.

DÉCIMO CUARTO: Que, nuestra Excelentísima Corte Suprema, en cuanto a la falta de servicio, ha resuelto que resulta aplicable "(...) el Título XXXV del Libro Cuarto del Código Civil y, específicamente, su artículo 2.314, que establece la responsabilidad por el hecho propio, en caso que exista falta de servicio, y los artículos 2.320 y 2.322, que establecen la responsabilidad por el hecho ajeno, si se trata de una falta personal del o de los funcionarios. En efecto, cabe aceptar la aplicación en Chile, a partir del artículo 2.314, de la noción de falta de servicio. Ésta se presenta como una deficiencia o mal funcionamiento del servicio en relación a la conducta normal que se espera de él, lo que concurre cuando aquél no funciona debiendo hacerlo y cuando funciona irregular o tardíamente, operando así como factor de imputación que genera la consecuente responsabilidad indemnizatoria. Este factor de imputación, al ser reconducido a las normas del Código Civil, determina que la



responsabilidad se genera cuando el servicio se presta de forma negligente”.

Agrega el citado fallo “Que para que se genere la responsabilidad por falta de servicio es necesario que entre aquella y el daño exista una relación de causalidad, la que exige un vínculo necesario y directo. Un hecho es condición necesaria de un cierto resultado cuando de no haber existido ésta, el resultado tampoco se habría producido. La doctrina distingue dos elementos integrantes de la relación de causalidad: el primero, denominado elemento natural, en virtud del cual se puede establecer que un hecho es condición necesaria de un cierto resultado cuando de no haber existido la condición, el resultado tampoco se habría producido; y el segundo, es el elemento objetivo, para cuya configuración es indispensable que el daño producido pueda ser imputado normativamente al hecho ilícito. Así, una vez determinada la causalidad natural, se debe proceder a verificar si el daño puede ser atribuible a la conducta desplegada. En materia sanitaria, la certidumbre sobre la relación causal es más difícil de establecer, en especial cuando el dilema es si en razón de una negligencia médica el paciente pudo perder una oportunidad de sanarse. En estos regímenes de responsabilidad muchas veces sólo será posible efectuar una estimación de la probabilidad de que el daño se deba a un hecho o al incumplimiento de un deber de atención eficaz y oportuna, por el cual el demandado deba responder”.

El profesor Enrique Barros Bourie, en su Tratado sobre Responsabilidad Extracontractual, ha señalado que la culpa médica es simplemente un caso de aplicación de la culpa civil, de modo que se le aplican las reglas generales sobre deberes de cuidado, prueba y responsabilidad por el hecho ajeno. Por lo mismo responden los médicos, por su negligencia



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

Código: XRBXWJCRKF

definida de acuerdo a las reglas generales. A su vez, la negligencia, como criterio de atribución de responsabilidad, no presenta diferencias, cualquiera sea la forma jurídica bajo la cual sea calificada la relación de quien presta el servicio de salud con el paciente (contrato, responsabilidad extracontractual, falta de servicio).

La infracción a los deberes de diligencia debe ser mostrada por el demandante, pues, de lo contrario, la conducta del médico no puede ser calificada de incumplimiento contractual, ni se pueden dar por incumplidos los deberes extracontractuales de cuidado y es por eso, en resguardo al principio de igualdad de los medios probatorios, es que se han desarrollado correctivos que asignan a los especialistas la carga de proporcionar la información que permita determinar su propia diligencia, lo que se conoce como la imposición de deberes de colaboración.

Agrega que si la responsabilidad es planteada en sede extracontractual, como ocurre en la especie, la inversión de la carga probatoria exige que los hechos cumplan con las condiciones que se infieren del artículo 2.329 del Código Civil, para asumir una presunción de culpa por el hecho propio. Todo indica que de la magnitud del daño, en principio se puede inferir que aquél ocurrió a causa de alguna negligencia. En segundo lugar, la presunción procede si quedan en evidencia errores médicos u hospitalarios obvios, de aquellos que no suelen ocurrir si se actúa diligentemente en uno u otro caso, el daño puede ser atribuido a la negligencia médica.

A los hospitales y clínicas resultan ejemplarmente aplicables las reglas generales de la responsabilidad patrimonial por daños. En consecuencia los establecimientos responden por negligencia, la que debe ser probada por el



demandante, a menos que proceda construir una presunción de culpa por el hecho propio o ajeno, o se trate de un caso de culpa infraccional. Además la negligencia debe ser causa del daño y, en el caso de daños consecuentes, debe haber una relación directa de éstos con el ilícito inicial.

Expresa que conviene tener presente que la responsabilidad debe ser construida de conformidad con el concepto de culpa civil, en el caso de los establecimientos que actúan bajo un estatuto de derecho privado y de falta de servicio, si lo hacen bajo un régimen de derecho público. No es posible establecer un criterio único de atribución de responsabilidad a hospitales o clínicas, porque éstos prestan servicios de muy diversas índoles, lo que es determinante al momento de establecer su responsabilidad. Por otro lado, cada una de las prestaciones hospitalarias está sujeta a las reglas de cuidado, y, en general, al estatuto de responsabilidad que les resulta aplicable según su naturaleza. La responsabilidad de las clínicas y hospitales por el hecho propio tiene por antecedentes típico no haber dispuesto de los medios necesarios para prestar los servicios. Se trata de una culpa en la organización, cuya fuente es no haberse observado los deberes de cuidado en la administración de los equipos de trabajo, infraestructura e instalaciones. Puede hablarse de una culpa difusa, porque la infracción al deber de cuidado no recae en persona identificable, sino que se muestra en que el establecimiento no haya objetivamente observado los estándares exigibles a una clínica u hospital de su tipo y características.

A su turno, la profesora Carmen Domínguez Hidalgo, ha señalado que las reglas de la carga de la prueba son siempre iguales cualquiera sea la fuente de responsabilidad y sólo se diferencian en atención al contenido a la obligación.



Distinción que cobra especial relevancia y aplicación cuando de profesionales liberales, como el médico, se trata, puesto que fue formulada precisamente en torno a los contratos de obras y de servicios en general, que se dan normalmente en las relaciones de dichos profesionales con sus clientes.

Tratándose de obligaciones de resultado, en las que el deudor se obliga a un determinado resultado, la sola prueba del incumplimiento de él es suficiente para generar la responsabilidad, pues el sólo hecho de no producirse el resultado comporta un daño, una culpa y una relación de causalidad. En cambio, cuando se trata de obligaciones de medios, el deudor sólo se compromete a hacer lo posible para procurar al acreedor la prestación que éste espera, de modo que, en caso de incumplimiento para que se desencadene la responsabilidad, será necesario probar que el deudor incurrió en culpa. Probada la culpa al deudor no le cabe ya exonerarse por medio de la prueba de ausencia de culpa, pues la prueba del acreedor agota el juicio de responsabilidad. Dicha distinción, cobra especial relevancia en materia médica, pues, en ella, la regla general será que la obligación del profesional sea de medios, es decir, que "se obligue a proporcionar al enfermo todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia y no a curar al enfermo". Ello implica que normalmente al paciente le corresponde la necesidad de probar la negligencia, esto es la culpa y la relación de causalidad o nexo de causalidad de ésta con el daño producido.

DÉCIMO QUINTO: Que nuestra Excm. Corte Suprema ha resuelto que la responsabilidad médica exige la infracción de la "Lex Artis", la que debe ser acreditada en juicio. En este sentido, los médicos deben actuar conforme a las técnicas, a los procedimientos y a las prácticas correctas que aconseja



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

Código: XRBXWJCRKF

la ciencia que ellos profesan. Así, el acto médico se realizará del modo debido si se sujeta a la manera que indica la "Lex Artis". Y si bien no siempre las prácticas médicas aceptadas excluirán todos los casos de negligencia "puesto que podrán ser calificadas de insuficientes dependiendo de las características del caso específico- ellas constituyen un referente eficaz para dilucidar si en una situación específica hubo falta de diligencia o descuido culpable.

DÉCIMO SEXTO: Que según se observa en la Ficha Clínica, 741435, custodiada en la Secretaria del Tribunal, el Comité Oncológico con fecha 11 de Junio del año 2.018, señala que el actor, a esa fecha presentaba desde hace tres meses rectorragia y proctalgia. Del estudio colonoscópico realizado el 29 de mayo de ese año, se detectó un tumor rectal de 6 cms de diámetro a 5 cms del margen anal. Bp Adenocarcinoma G2. Sin metas en tórax, abdomen y pelvis (30/04/2.018) pulmones e hígado. El diagnostico oncológico era de cáncer al recto inferior y se decide someterlo a RT más QT preoperatoria.

Con fecha 25 de junio de ese año, el médico oncólogo radioterapeuta del Hospital Regional Dr. Ricardo Baeza Letelier, informa que el paciente presenta un cáncer en el Recto inferior T3 NX M0. Adenocarcinoma de tipo intestinal G2. CEA (6/6/18) 5,6. TAC Tórax (7/6/18) Nódulo calcificado basal posterior derecho, atelectasias subsegmentarias basales izq. Colelitiasis. Se inicia la QT/RT el 09/07/2018. (1 y 2 semana), 23/07/2018 (3 y 4 semana) y 07/08/2018) (5 semana).

Y ya con fecha 14 de septiembre, consta que el Comité de Oncología del Hospital demandado, decide su resolución quirúrgica.

DÉCIMO SÉPTIMO: Que al paciente se le ordena la realización de una colonoscopia, según se observa en los documentos agregados por el Hospital demandado, con fecha 09



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

Código: XRBXWJCRKF

de Octubre, procedimiento que según se observa en la referida ficha clínica, se realiza el 21 de noviembre. En dicha fecha, consta en la videocolonoscopia, pre medicación con midazolam 3 MG/Fentanyl 25 UG. Esfínter hipotónico, pared indurada, superficie irregular. En la escala de Boston registral nivel 5, previa sedación, paciente en decúbito lateral izquierdo, se introduce colonoscopio, avanzando hasta ciego, colon ascendente proximal 2 lesiones 1 sésil de 15 cms aprox y otra más distal de 3 cm sésil con patrón tubular largo, pero antes abundante material fecal se difiere la polipectomía. A lo largo del trayecto colonico, predominio izquierdo múltiples lesiones saculares de gran tamaño, a nivel de recto inferior con compromiso de línea peptinea lesión ulcero infiltrante bordes mal definidos. Irregular que abarca más del 75°% de la circunferencia friable con perdida patrón vascular.

Resección pólipos (si/no): no

Conclusión: CA avanzado de recto inferior; pandiverticulosis colonica; dos lesiones 0-is1 ascendente proximal 1,5 cm y 1 cm.

Atendido lo señalado, se programa la polipectomia con preparación óptima y tiempos de coagulación con anestesiólogo.

Luego con fecha 10 de diciembre, se realiza el nuevamente el procedimiento reprogramado. En la videocolonoscopia consta en la escala de Boston un índice de 6. Tacto rectal: esfínter normotonico ampolla rectal vacía pared posterior indurada, se palpa lesión elevada irregular y Canal anal: lesión ulceroinfiltrante que compromete línea peptinea.

Colonoscopia: previa anestesia se introduce duodenscopio hasta avanzar a colon ascendente. mala preparación, abundante materia fecal liquida espesa, que limita la visualización a



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

Código: XRBXWJCRKF

nivel de ascendente distal se resecan dos pólipos con pinza de 3 mm y en ascendente proximal lesión sésil de 1 cm bilobulada con pin pattern tubular largo y corto, se infiltra en la submucosa solución fisiología elevando en su totalidad y reseca con asa hexagonal. Se polipectomía se posiciona clips sin complicación a lo largo de trayecto colonico múltiples lesiones saculares de gran tamaño en resto inferior infiltrando línea peptinea, lesión ulceroinfiltrante friable que abarca 75% de la luz sin estenotar con pérdida del patrón vascular se toma biopsia.

Resección pólipos: (si/no): si

Ascendente

Conclusión: CA avanzado de recto inferior con infiltración a canal anal, diverticulosis colonica, olipectomía de lesión 0.is, ascendente de 1 cm (probable adenoma), lesión 0.is 3mm ascendente reseca con pinza.

DÉCIMO OCTAVO: Que a su turno, consta en el Informe Anatómo-patológico N° 18/9858 y su examen Macroscópico:

1- Pólipo ascendente: formación redondeada de tejido que mide 1,3x1x1cm. Superficie externa blanquecina irregular. Al corte, blanquecino de consistencia blando (Incl. 1, ST).

2 - Pólipo ascendente: Dos fragmentos de tejido de 0,1cm. (Incl 2)

3 - Recto Tres fragmentes de tejido de 0,3cm (Incl 3). Diagnóstico histológico tracto gastrointestinal, ascendente (1), recto (3)

1.- Colon ascendente: Adenoma tubulo-velloso con displasia epitelial de alto grado. Correspondiente a la categoría 4 de la clasificación de viena: neoplasia de alto grado / 4.1 adenoma displasia de alto grado.



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

Código: XRBXWJCRKF

2.- Colon ascendente: Adenoma tubular con displasia epitelial de bajo grado (focal). Correspondiente a la categoría 3 de la clasificación de viena: neoplasia de bajo grado no invasiva.

3- Recto pólipo hiperplástico. Negativo para displasia/malignidad. Correspondiente a la categoría 1 de la clasificación de viena”.

DÉCIMO NOVENO: Que consta que el actor es dado de alta, el mismo 10 de diciembre e ingresa nuevamente al Hospital Regional de Antofagasta, debido a los intensos dolores, en horas de la madrugada del 15 de diciembre de 2018, la Anamnesis registra lo siguiente:

Paciente con antecedente de CA de recto bajo con tratamiento de neoadyuvancia RT y QT cumplido, en preparación para tratamiento quirúrgico, se le realiza colonoscopia el día lunes 10/12/2018, realizados polipectomía con asa en colon ascendente, presenta posteriormente dolor abdominal intenso, náuseas y vómitos, niega fiebre acude a consulta de cirujano general quien en vista de clínica decide referir a este centro.

Examen Físico; Abdomen distendido doloroso en FID Blumberg +

Se solicita TAC que muestra inflamación peri colon derecho y aire libre.

Diagnóstico: - Perforación de colon derecho - CA recto con QT RT en espera de resolución quirúrgica; Plan Terapéutico: A. Pabellón.

Luego y según el Informe N°18/10036 realizado por la Unidad de Anatomía Patológica del Hospital:

El examen Macroscópico de la muestra obtenida del Colon derecho, observa segmento de íleon, ciego y colon ascendente de 20 cm de longitud. Serosa opaca, irregular con abundante tejido adiposo. Abierto, perímetro de bordes quirúrgicos



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

Código: XRBXWJCRKF

proximal y distal de 4,6 y 8 cm, respectivamente. Mucosa café amarillenta con pliegues conservados. Se identifican dos divertículos no complicados y cuatro pólipos pediculados de 0,2 a 0,4cm. A 8,5 cm de borde quirúrgico distal, se identifica perforación transmural de la pared intestinal contenida por la serosa que mide 2,5 cm de diámetro y 2,3 cm de profundidad, con clip hemostático fijo a uno de los borde de la mucosa que circunda la perforación, sin penetrar en ella. La muestra incluye apéndice cecal de 9x 0,5 cm con placas de fibrina en tercio distal (Incl. 1 a 19).

El examen Histopatológico de la misma indica: Segmento de intestino grueso con focos de necrosis discontinuos de la mucosa y submucosa asociados a áreas de angiodisplasia y trombos intravasculares algunos en organización distribuidos a lo largo. Se reconoce un foco de necrosis transmural que determina perforación de la pared con exudado fibrinoleucocitario subseroso y seroso. Se observan algunos divertículos no complicados y cuatro adenomas tubulares con displasia epitelial de bajo grado. Se cuentan 5 linfonodos con edema y linfadenitis crónica”.

Atendida la gravedad del paciente, ese mismo día es intervenido. En la cirugía se evidencia perforación de aprox 1 cm de colon derecho. Un gran absceso hacia el retroperitoneo el que se lava y aspira. Se decide hemicolectomia derecha + ileotrasverso anastomosis sección de transverso e íleon distal con stappler lineal pieza a biopsia. ileotrasverso anastomosis latero lateral con vicryl 3.0 en los planos. Cierre de brecha con seda 2/0. Aseo y hemostasia. Cierre de pared con vicryl 1/0. Corchetes a piel paciente estable a recuperación.

La Unidad de gastroenterología, el 15 de diciembre del año 2.018, registra que se evalúa al paciente en el área de



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

Código: XRBXWJCRKF

recuperación de pabellón con cirugía realizada 5.00 am. Antecedentes de cáncer avanzado de recto inferior con compromiso de canal anal. En QT y RT de neoadyuvancia. Se solicitó colonoscopia control por el servicio de oncología, la primera realizada el día 21/11/17 donde, se observó lesión sésil bilobulada, con pérdida del patrón glandular en colon ascendente de y lesión ulcero infiltrante en recto, inferior con compromiso de la línea peptinea. Friable que abarca más del 75 % de la circunferencia de la luz del órgano. Asociado pandiverticulosis colónica de gran tamaño. Se programó polipectomía para el día 10/12/18, para optimizar preparación. se realiza polipectomía previa infiltración a nivel de la submucosa de adrenalina 1.20000 elevando en totalidad y resecano con asa hexagonal caliente se observa ulcera post resección sin complicación inmediata y se posiciona clips de protección, no obstante consulta hasta el día 14/12/18 al servicio de urgencia ante dolor abdominal y signos de irritación peritoneal, ante hallazgos en Tac es llevado a mesa operatoria y se observa perforación colon derecho de 1 cm con gran absceso hacia retroperitoneo. Se lava y aspira y se decide hemicolectomía derecha más anastomosis ileotransverso.

VIGÉSIMO: Que el Informe Médico elaborado por Dr. Roberto Charles Carrasco, médico de la Fundación Arturo López Parez (FALP), agregado a folio 137, como medida para mejor resolver, señala que el actor en el mes de Septiembre de 2018 acude a Clínica FALP, para evaluar la posibilidad de realizar cirugía oncológica con equipo institucional de especialidad, se confirma que ya está en la fase terapéutica correspondiente, y que es importante planificarla a la mayor brevedad, incluso hace trámites para saber costos asociados a



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

Código: XRBXWJCRKF

esta atención, y finalmente señala que no estarían a su alcance.

En febrero del año 2.019, aproximadamente a las 24 semanas del fin de la radioterapia, le contacta el paciente y sus familiares, ya que, harán esfuerzos económicos para realizar la cirugía, a ese momento refieren que en el mes de Septiembre, cuando ya habían transcurrido 12 semanas desde el fin de la radioterapia, dentro de los estudios indicados por el equipo tratante del Hospital de Antofagasta, se realiza una colonoscopia, procedimiento en que se habría producido una perforación del colon derecho al extirpar un pólipo, y que se habría demorado días en el diagnóstico de esta complicación, por lo que, evoluciona grave y requiere cirugía de urgencia, donde se realiza resección de la mitad del colon, posteriormente habría tenido complicaciones, que demoraron su recuperación y que tuvo una hospitalización prolongada.

En marzo de 2019, en clínica FALP se realiza cirugía del tumor retal, procedimiento muy complejo, por todos los cambios y alteraciones locales que se produjeron con ocasión de la perforación, sepsis y la cirugía de urgencia que se le realizó en diciembre. Todo ello determinó que se tuviera una mala evolución funcional del punto de vista digestivo, requiriendo re intervenir en tres ocasiones: mayo, agosto y septiembre del año 2.019.

El resultado final, de los procedimientos tuvo un impacto negativo en la calidad de vida del actor, ya que actualmente no tiene cáncer, esta con una colostomía definitiva.

A lo preguntado en el Oficio por el Tribunal, señala el facultativo que, la perforación del colon derecho influyó en el desenlace de las operaciones en la clínica, ya que, perdió



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

Código: XRBXWJCRKF

más de la mitad de su colon, lo que produjo una mala absorción colónica y alteró la función defecatoria; se retrasó la cirugía oncológica, lo que aumentó la complejidad quirúrgica, porque con el transcurso del tiempo se favorece el incremento de la fibrosis post-radioterapia, y que afecta en definitiva el funcionamiento del esfínter anal, por último la complicación de perforación, aun cuando este descrita como susceptible de concurrir, lo importante es un diagnóstico y tratamiento precoz, por lo daños y secuelas que suponen una peritonitis y sepsis.

VIGÉSIMO PRIMERO: Que en autos, se realizó además, un Informe Pericial, por el Perito Dr. Luis Ravanal Zepeda, en este se concluye que:

1.- El día 12 (10) de diciembre de 2018 en el Hospital Regional de Antofagasta, el paciente fue sometido a un procedimiento diagnóstico terapéutico denominado colonoscopia (videocolonoscopia), ejecutado con el paciente mal preparado, tras el cual fue dado de alta el mismo día, y aproximadamente al tercer día del postoperatorio, fue reinternado en mismo centro hospitalario en estado grave y en riesgo vital, debido a las graves complicaciones con las que evolucionó a causa de una perforación en el colon en el área específica, desde la cual se había extirpado un pólipo el día 12 (10) de diciembre, lesión que no fue advertida por el médico tratante durante el transoperatorio, ni postoperatorio inmediato.

2.- La colonoscopia fue realizada en la fecha previamente aludida, fue realizada en condiciones deficientes y/o inadecuadas, por cuanto el colon no se encontraba limpio, es decir, mal preparado, lo que constituía un factor de riesgo que dificultaba el reconocimiento de las estructuras anatómicas, limitaba la detección diagnóstica de alteraciones y/o lesiones, incrementando el riesgo de perforación



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

Código: XRBXWJCRKF

intestinal colónica, hecho reconocido por el propio médico tratante en su informe de videocolonoscopia al señalar literalmente "...mala preparación, abundante materia fecal líquida espesa, que limita la visualización...", por ende, la responsabilidad vinculadas a las complicaciones y lesiones causadas por el médico tratante son de su exclusiva responsabilidad, en circunstancias en que el paciente se encontraba bajo su cuidado.

3.- No consta que el paciente hubiese sido debidamente informado de los riesgos a los que se exponía al ser intervenido con un colon insuficientemente preparado, es decir, que hubiese dado su consentimiento informado y aceptado el riesgo de la intervención en estas malas condiciones para la ejecución del procedimiento quirúrgico (colonoscopia + polipectomía).

4.- La perforación de colon durante la realización de colonoscopia electiva realizada en malas condiciones debido a una inadecuada preparación pre-intervencionista, es de responsabilidad exclusiva del médico tratante, quien expuso al paciente a un riesgo que podría haber evitado en forma simple, suspendiendo la intervención, y convocándolo nuevamente cuando estuviese en condiciones. Por lo que quien expuso al paciente al riesgo de lesiones en este caso, es el médico tratante, riesgo que se materializó, con un resultado que califica como catastrófico al perforar el intestino a nivel del colon.

5.- Se advierte además, por parte del médico tratante, una actitud contemplativa, no diligente, con omisión de medios diagnósticos, por cuanto otorgó el alta el mismo día en que realizó el procedimiento, sin haber confirmado por algún medio diagnóstico que el segmento intervenido (colon) no hubiese sido lesionado, es decir, sin lesiones asociadas



con la instrumentación realizada en malas condiciones, sobre todo del campo visual del área quirúrgica, lo que explica que la perforación haya pasado desapercibida, permitiendo a su vez, la progresión de las complicaciones, sobre todo de naturaleza infecciosa a nivel peritoneal y retroperitoneal, con el resultante agravamiento y deterioro del estado de salud del enfermo, que en el caso se materializaron con el desarrollo de Peritonitis aguda, necrosis de la pared del asa intestinal y absceso retroperitoneal, entidades con elevada morbimortalidad, que de no haber recibido tratamiento médico quirúrgico e intensivo a contar del día 15 de diciembre, hubiesen sido fatales, con una evolución complicada que prolongó el período de internación hospitalaria requiriendo de múltiples y complejas intervenciones medico quirúrgicas y cuidados intensivos, con secuelas anatómicas y funcionales perpetuas dadas por la disección de extensos segmentos de intestino grueso y adherencias postquirúrgicas intraperitoneales, entre otras.

6.- En suma, se advierte que las atenciones sanitarias otorgadas al paciente por el médico tratante durante la ejecución de una videocolonoscopia el día 12 (10) de diciembre de 2018, no se llevaron a cabo con ajuste a la lex artis medica ad hoc, sin el debido cuidado, con una actuación que califica como no diligente, existiendo relación de causalidad directa entre la conducta aludida y la perforación del colon, resultando con graves complicaciones y secuelas anatómicas funcionales perpetuas, en circunstancias en que se trataba de un procedimiento electivo que podría haberse suspendido hasta que el paciente se encontrase adecuadamente preparado para ejecutar sin riesgo la colonoscopia y polipectomía.



VIGÉSIMO SEGUNDO: Que como se ha señalado, el actor le imputa al Hospital demandado, haber incurrido en una falta de servicio, materializada en una perforación de colon que acontece a partir de la colonoscopia practicada con fecha lunes 10 de diciembre del año 2.018, realizada por doña Akiko Dubraska Shimizu López, para luego, sin advertir la perforación, darle el alta inmediata con la única indicación de comer liviano y beber bastante líquido. A juicio del demandante, de haberse dado mayor período de observación, atendida las características especiales del paciente, incluso de producirse la perforación en el post operatorio, se podría haber abordado con mayor celeridad, evitando de este modo, mayores consecuencias perniciosas para la salud del paciente. Así las cosas, las actuaciones ya referidas, revelan según indica, un funcionamiento deficiente y tardío, como forma de manifestación de la culpa en la responsabilidad médica que le atribuye al hospital, que causó perjuicios materiales y morales que se demandan, fundando la responsabilidad atribuida en las normas contenidas en los artículos 2.314 y siguientes del Código Civil.

VIGÉSIMO TERCERO: Que analizada la prueba ventilada en autos, en la especie, la Ficha Clínica y sus aspectos más relevantes consignados en el considerando décimo sexto, los procedimientos de colonoscopia, reseñados en el motivo décimo séptimo, los Informes Anatomo-patológicos N° 18/9858 y 10/10036, la Amnesis de fecha 15 de diciembre de 2018, la nota gastroenterológica, y el Informe médico de FALP, de conformidad a las reglas legales, es posible presumir con los caracteres de gravedad y precisión suficiente en los términos del artículo 426 del Código de Procedimiento Civil, en relación con el artículo 1.712 del Código Civil, que el demandante había sido diagnosticado y padecía de un cáncer en



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

Código: XRBXWJCRKF

el recto inferior T3 NX M0. Adenocarcinoma de tipo intestinal G2. CEA (6/6/18) 5,6. TAC Tórax (7/6/18) Nódulo calcificado basal posterior derecho, atelectasias subsegmentarias basales izq. Colelitiasis, atendido dicho diagnóstico, el Comité Oncológico del Hospital demandado, lo somete a QT/RT, desde el 09/07/2018 al mes de Agosto de ese año. Luego el mismo Comité sugiere su resolución quirúrgica. Durante el mes de septiembre realiza las consultas en FALP, para la cirugía, momento en el que el actor no podía cubrir los gastos de la intervención y según se informa debía realizarse prontamente.

También a propósito del diagnóstico médico, se le indica la realización de una colonoscopia (electiva), la que en primer término fue agendada para el 21 de noviembre y que no se realizó y fue reprogramada para el 10 de diciembre de ese año, fecha en que se realiza el procedimiento y se le da al alta médica, reingresando a los cuatro días con una perforación de aprox 1 cm de colon derecho, momento en que es intervenido de urgencia, para intentar lavar, aspirar y cerrar la perforación.

VIGÉSIMO CUARTO: Que tal como se describe en los documentos agregados por el demandante a folio 45, y también lo comenta el Dr. Roberto Charles Carrasco, de la Fundación Arturo López Parez (FALP), en su informa, la colonoscopia es un procedimiento médico que permite examinar el revestimiento del colon (intestino grueso) para descartar anomalías. El procedimiento se lleva a cabo insertando en el ano un tubo flexible del grosor de un dedo y haciéndolo avanzar lentamente hasta llegar al recto y al colon.

Una de sus complicaciones, como lo asevera el Hospital demandado, es la perforación o el desgarramiento de la pared intestinal, que pueden requerir cirugía. Y también es posible



que en donde se toma la muestra (biopsia o la polipectomía) puede producirse sangrado, aunque generalmente éste es menor.

Luego y como aconseja la literatura médica, debido a estas complicaciones después de una colonoscopia, es importante reconocer las señales tempranas de las mismas.

En consecuencia, el Hospital demandado incurre en una falta a la "lex artis", en su caso "falta de servicio", desde que ante un paciente con el diagnóstico ya referido, y que es sometido a una Colonoscopia, que en su caso además, por la observación de pólipos, se decide hacer una "Polipectomía", entregar el alta médica, el mismo día en que es sometido a este procedimiento; porque y como lo asevera el Hospital, la mala calidad de los tejidos del paciente y su malignidad, hacían probable o estimable en un porcentaje mayor, alguna complicación de las ya indicadas.

De consiguiente, el servicio debió mantener al actor en observación, por un tiempo prolongado, eso le hubiese permitido, abordar las complicaciones graves, que hubieren de aparecer y tratarlas de inmediato, tal como se aconseja, precisamente por las consecuencias que estas complicaciones, generan, en la salud del paciente, sobretodo en el caso del actor, quien además de padecer un cáncer en el recto, había sido sometido durante cinco semanas a radio y quimioterapia y se la había indicado su resolución por medio de una cirugía; es decir, el demandante, no era un paciente, cuyo procedimiento se realiza por sospechas de un cáncer u otra anomalía, de contrario, era un paciente con un diagnóstico delicado y grave, que había sido tratado durante al menos tres meses por el mismo recinto asistencial y que requería cirugía a la brevedad.

Este examen y análisis es el esperado, es decir la revisión de la ficha clínica del paciente, las condiciones en



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

Código: XRBXWJCRKF

que llega a realizarse el procedimiento, lo que se observa durante el procedimiento, el resultado de este y las indicaciones y supervisión luego del procedimiento. Si como lo indica el Hospital demandado, el procedimiento se realizó conforme a los protocolos aplicables al mismo, no se comprende, que en el post-operatorio no haya adoptado igual cuidado y diligencia y haya otorgado el alta médica el mismo 10 de diciembre.

VIGÉSIMO QUINTO: Que en cuanto a la preparación y desarrollo del procedimiento, consta en la video-colonoscopia que el 21 de noviembre que ante la mala preparación del paciente, se reprograma la polipectomía con preparación óptima y tiempos de coagulación con anestesiólogo.

El 10 de diciembre, se llevan a cabo estos dos procedimientos, y se advierte nuevamente mala preparación, abundante materia fecal líquida espesa, que limita la visualización. Se continúa con el procedimiento y a nivel ascendente distal se resecan dos pólipos con pinza de 3 mm y en ascendente proximal lesión sésil de 1 cm bilobulada con pin pattern tubular largo y corto, se infiltra en la submucosa solución fisiología elevando en su totalidad y reseca con asa hexagonal, se posiciona clips y se observan a lo largo del trayecto colónico múltiples lesiones saculares de gran tamaño en recto inferior, infiltrando línea peptinea, lesión ulceroinfiltrante friable que abarca 75% de la luz sin estenosis con pérdida del patrón vascular.

Se discutió por las partes, en torno a la conveniencia de realizar el procedimiento por las condiciones que se consignan en ambos informes y la escala de Boston. Esta Escala, como otras más, son herramientas que sirven para estandarizar el nivel de preparación en la colonoscopia y determinar objetivamente el grado de limpieza y visibilidad



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

Código: XRBXWJCRKF

de la mucosa colónica en 3 segmentos evaluados: ciego-colon derecho, colon transverso e izquierdo (descendente-sigmoides-recto), con una puntuación de 0 a 3, dando un puntaje total de 0 (sin preparación) a 9 (óptima).

Sobre esta controversia, si bien en la escala Boston, al paciente se le asigna una puntuación de 6, que podríamos entender en el rango de lo óptimo, consta en el informe consignado por la facultativo, que las condiciones no eran las mejores, consigna la mala preparación, abundante materia fecal líquida espesa que limitaba su visualización, sin embargo aun así continuó con el procedimiento e incluso reseco los pólipos o al menos dos de ellos y colocó un clip. A juicio del Tribunal, se faltó a la Lex artis, precisamente por lo referido en el motivo anterior, esto es, el actor presentaba una mala calidad de sus tejidos, la misma profesional advierte múltiples lesiones saculares de gran tamaño en recto inferior, se había sometido por semanas quimioterapia, en consecuencia lo prudente y esperado, habría sido suspender ambos procedimientos, porque una mala visualización unido a unos tejidos dañados o malignos, hacen probable un yerro durante el examen, sin embargo eso no ocurrió. Aquí es donde es dable preguntar, sobre la necesidad de resecar esos pólipos en ese procedimiento y no esperar una óptima preparación y/o eventualmente la asistencia de otro profesional, debido a que el procedimiento era electivo, lo prudente era esperar y extremar las medidas de seguridad, para la realización de ambos procedimientos.

Sobre esto, el Informe Pericial, es concluyente se indica por el Perito que el procedimiento diagnóstico terapéutico, se ejecutó con el paciente mal preparado, lo que constituía un factor de riesgo que dificultaba el reconocimiento de las estructuras anatómicas, limitaba la



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

Código: XRBXWJCRKF

detección diagnóstica de alteraciones y/o lesiones, incrementando el riesgo de perforación intestinal colónica, medio de prueba que analizado de conformidad a las reglas de la sana crítica, precisamente por quien lo emite, y lo ya concluido en los párrafos anteriores, permiten colegir al Tribunal, que el Servicio no adoptó las medidas de seguridad esperadas y que son de responsabilidad del facultativo tratante. No altera esta conclusión lo aseverado por el testigo Sergio Ladezma Vergara, precisamente porque el deponente no intervino en el procedimiento y tampoco la declaración de la médico que estuvo a cargo del mismo, precisamente por las razones esgrimidas al momento de resolver su inhabilidad.

VIGÉSIMO SEXTO: Que por último en cuanto a la perforación atribuible a la medica y en definitiva al Hospital, sostiene el informe pericial que el paciente fue sometido a un procedimiento diagnóstico terapéutico denominado colonoscopia ejecutado con el paciente mal preparado, tras el cual fue dado de alta el mismo día, y aproximadamente al tercer día del postoperatorio, fue reinternado en mismo centro hospitalario en estado grave y en riesgo vital, debido a las graves complicaciones con las que evolucionó a causa de una perforación en el colon en el área específica, desde la cual se había extirpado un pólipo, lesión que no fue advertida por el médico tratante durante el transoperatorio, ni postoperatorio inmediato.

Agrega que, en el caso, no existe información precisa respecto al tipo de clips empleados, número y localización, sobre todo, el motivo por el cual se aplicaron, existiendo coincidencia de localización anatómica en la zona perforada en la pared del colon con el área quirúrgicamente intervenida



desde la cual se extirparon los pólipos, esto es, en el colon ascendente.

Destaca que, en base al propio reporte de videocolonoscopia, que a parte de la presencia de pólipos, este segmento se encontraba indemne, ya que no se describen alteraciones o lesiones en el colon ascendente o derecho, por lo tanto, la perforación se vincula directamente con esta única intervención. En estas circunstancias, no es posible atribuir el origen de la perforación en el colon derecho a otra causa distinta a la instrumental, es decir, a causa de la perforación quirúrgica del colon que pasó desapercibida durante la ejecución de la polipectomía, llevada a cabo con un paciente mal preparado (hecho incontrovertible).

A juicio del Perito, es evidente que la perforación con la subsiguiente formación de un absceso de grandes dimensiones y el desarrollo de una peritonitis aguda constituyen hallazgos objetivos que permiten establecer una relación de causalidad directa desde el punto de vista médico entre el defectuoso actuar durante la instrumentalización del colon derecho el día 12 de diciembre de 2018, que explica la perforación y subsiguientes complicaciones agudas que siguen al acto operatorio (videocolonoscopia + polipectomía).

Este informe, analizado bajo las reglas ya indicadas, hacen presumir que se incurrió en falta a la "lex artis", en cuanto a que la perforación producida al paciente, fue consecuencia directa del examen al que fue sometido. En estos autos no obran antecedentes, objetivos y certeros que hagan presumir lo contrario, la testimonial del Hospital como se ha indicado no será considerada y la documental rendida por el recinto, tampoco entrega antecedentes precisos que pueda contrarrestar lo concluido. Luego las conclusiones a las que arriba el Perito, las infieren, según se observa en el



informe, inductivamente del examen de los documentos agregados a este proceso y que revisados los mismos, aplicando el conocimiento general y técnico que tiene sobre la materia, colige que la perforación del colon derecho, no es sino atribuible al procedimiento realizado el 10 de diciembre, que pasó desapercibida durante la ejecución de la polipectomía y como además se ha indicado en un paciente mal preparado y al cual se le entrega el alta médica, sin mediar mayor observación.

VIGÉSIMO SÉPTIMO: Que, en razón de lo concluido en los motivos que anteceden, no cabe sino, colegir que el equipo médico que trató y participó del procedimiento médico practicado en el Hospital demandado, incurrió en una falta de servicio, puesto que ha quedado probado en autos que no se aplicaron los medios diagnósticos en el procedimiento realizado en el paciente Lucas Milanez el 10 de diciembre del 2018.

VIGÉSIMO OCTAVO: Que, teniendo presente lo concluido y para que proceda la responsabilidad por falta de servicio, tal como se ha indicado, es necesario que exista la falta o disfunción del servicio que el demandado estaba obligado a prestar, en la especie el Hospital no trato en forma oportuna, ni apegado a los procedimientos y estándares médicos, al momento en que el paciente fue atendido e intervenido el 10 de diciembre, luego la mala preparación el alta médica prematura y el retardo en el diagnóstico y medios terapéuticos idóneos, permiten concluir el actuar imprudente, negligente y tardío del hospital y de suyo la falta de servicio o un servicio de baja calidad e imperfecto, ante los errores médicos y hospitalarios, de aquellos que no suelen ocurrir si se actúa diligentemente en uno u otro caso.



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

Código: XRBXWJCRKF

VIGÉSIMO NOVENO: Que, de consiguiente, corresponde determinar la concurrencia de los daños alegados por la parte demandante y los perjuicios que demanda.

Nuestro ordenamiento jurídico dispone que toda persona que ha causado daño a otro, se encuentra obligado a resarcir los perjuicios que provengan de su acción ilícita, tal como lo dispone los artículos 2.314 y siguientes del Código Civil. Que a su vez el artículo 2.329 del mismo cuerpo legal señala que todo lo que pueda imputarse a malicia o negligencia de otra persona, debe ser reparado por ésta.

En relación con el daño emergente, se demanda la suma de \$40.000.000.- (cuarenta millones), que corresponde a los gastos médicos y clínicos incurridos por el paciente con posterioridad a la intervención del día 10 de diciembre ya referida para lo cual allegó prueba documental suficientemente pormenorizada en el considerando duodécimo. Sin embargo, teniendo presente que el paciente presentaba un cáncer de recto como enfermedad base, diagnóstico que requería tratamiento con independencia de los hechos promovidos el 10 de diciembre y que dicho padecimiento fue tratado, en definitiva, en la Fundación Arturo López Pérez en la ciudad de Santiago, tal como describen los presupuestos vinculados a dicha fundación cuyo diagnóstico refieren un tumor maligno del recto, solo se estará a los gastos incurridos en la ciudad de Antofagasta en relación a las intervenciones y tratamientos promovido ante el Hospital Regional de esta ciudad, precisamente porque es imposible determinar, cuanto es lo que el actor hubiese gastado de todas maneras, si suprimimos la negligencia incurrida en el procedimiento, en la cirugía de extirpación del tumor, el resultado de la misma y sus tratamientos posteriores y puesto



que los presupuestos emitidos por la Fundación Arturo Lopez Perez, aparecen como aproximados.

Que así entonces, valorando la prueba rendida por el demandante, conforme a las reglas legales, ninguno de dichos instrumentos aparece como cuestionado por el demandado, es posible tener por acreditado que efectivamente la parte demandante experimentó daño emergente, quien producto de las consecuencias sufridas desde su intervención en el hospital demandado, hubo de incurrir en una serie de gastos médicos, cuyo origen deriva de la falta de servicio denunciada, concurriendo en autos el nexo causal entre aquélla y el perjuicio patrimonial demandado.

En cuanto al monto demandado, de conformidad a la prueba documental aportada por el actor, se condenará al Hospital demandado a pagar la suma solo debidamente acreditada en relación con este daño, esto es \$5.515.158.-, monto que se construye mediante los siguientes documentos, ninguno cuestionado procesalmente de contrario. A folio 57: boleta de atención enfermería por \$7.498.-; bono de atención ambulatoria por \$14.340.-; boleta del hospital militar por \$5.740.-; boleta de atención ambulatoria por \$30.290.-; boleta de atención ambulatoria por \$14.640.-; estado de cuenta del paciente Clínica Antofagasta por \$4.780.-; bono de atención ambulatoria por \$166.730.-; bono de atención ambulatoria por \$9.310.-; bono de atención ambulatoria por \$94.190; bono de atención ambulatoria por \$28.630.-; bono de atención ambulatoria por \$8.480.-; bono de atención ambulatoria por \$350.660.-; bono de atención de salud por \$21.950.-; bono de atención ambulatoria por \$12.040.-; bono de atención ambulatoria por \$7.550.- , y el oficio decretado como medida para mejor resolver, agregado a folio 101, emitido por Fonasa Norte, Dirección Zonal Norte, que da



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

Código: XRBXWJCRKF

cuenta de los copagos, desde Diciembre 2018 a Mayo 2020, que corresponde a la suma \$4.738.330; tal como se indicará en lo resolutivo de esta sentencia; suma que deberá incrementarse con los intereses fijados para operaciones de dinero no reajustables a contar de la notificación de la demanda y hasta el pago efectivo, sin reajustes.

TRIGÉSIMO: Que, la parte demandante ha demandado además daño moral por la cantidad de \$50.000.000.-, el que funda en los pesares físicos y psicológicos que ha debido padecer el demandante. Argumenta al efecto en su libelo que su representado padece de una serie de dificultades para continuar con su vida normal, en un principio por todo el dolor que significó experimentar una perforación de colón, el desgaste físico, vómitos malestares. Luego, a consecuencia, debe estar siempre apoyado de sus familiares, sus necesidades biológicas son depuestas en cuatro bolsas que le acompañan, de lo cual emanan olores incomodos, lo que lo avergüenzan en su autoestima y evita que terceras personas se le acerquen. Asimismo, esgrime que en el ámbito social también ha sufrido percances, ya que no puede transportarse libremente como acostumbraba.

Sobre este daño conviene tener presente que el daño moral se ha entendido por como "el dolor, pesar o molestia que sufre una persona en su sensibilidad física, en sus sentimientos o afectos o en su calidad de vida". En cuanto a la prueba del daño moral, tanto la doctrina como la jurisprudencia mayoritaria coinciden en señalar que el daño moral no requiere prueba, y que sólo basta que la víctima acredite la lesión de un bien personal para que se infiera el daño.

Nuestra Iltma. Corte de Apelaciones ha resuelto, "Que en cuanto al daño moral entendido como un menoscabo de un bien



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

Código: XRBXWJCRKF

no patrimonial, en cuanto afecta la integridad psíquica de un individuo y que se traduce en el agobio que genera el haber sufrido una lesión considerable y el riesgo para su vida que ello representó, no requiere de prueba. En cuanto a su evaluación señala que debe hacerse conforme a la prueba tasada o legal y a la apreciación prudencial del sentenciador, lo que es distinto a la afirmación de que el daño moral requiere prueba”.

Sin perjuicio de lo indicado, la prueba del daño moral impone ciertas restricciones, en ese sentido y normalmente el mismo no puede ser objeto de una prueba directa pero si por presunciones.

TRIGÉSIMO PRIMERO: Que, desde ese punto de vista, la parte demandante allegó documental, a folio 63, consistente en informe psicológico pronunciado por doña Paula Tan reyes, Psicóloga, quien en sus conclusiones asevera que el paciente presenta un trastorno de depresión debido a otra afección médica, manifestando sintomatología de ánimo depresivo recurrente, sentimientos de tristeza y desesperanza focalizado a que no va a poder recuperarse después de los procesos de intervención a los que ha sido sometido, específicamente colostomía. Agrega en su informe, que existe una pérdida de interés por interacciones sociales y actividades placenteras, a consecuencia de ello, se manifiesta deterioro emocional a causa de los hechos negligentes que han afectado su integridad física, siendo su consecuencia más grave, la persistente molestia física y dolor corporal en un tratamiento extenso mayor a un año. Finalmente, aduce que el paciente manifiesta episodios de estrés post traumático a consecuencia de una intervención ambulatoria sin gran porcentaje de riesgo para su integridad física, que detonó cambios irreversibles para su vida,



limitando sus actividades diarias domésticas, laborales y sociales, este documentos y sus conclusiones, fu reconocido y latamente expuesta y reseñadas en el motivo duodécimo se este fallo.

Sobre el daño moral, además condujo a estrados a doña Marcelina Muñoz Maldonado y doña Lesli Ocaranza Pizarro, quienes en forma contestes manifestaron que el demandante sufrió daño moral, a raíz del tratamiento practicado al Sr. Lucas en el Hospital demandado. Doña Marcelina refiere que el demandante aún está mal, requiere ayuda psicológica y que siempre señala que se quiere morir. Asimismo, al efecto doña Leslie señaló que don Lucas ha manifestado pensamientos suicidas, no solo con ella, sino a otras personas, pues se le ha imposibilitado mucho su trabajo, su vida normal, no se siente bien. Lo cual se entiende pues el quedó con una bolsa que no le permite vestirse bien, que le impide sentarse bien, no puede hacer fuerza, él era un hombre muy activo. Concluye aseverando, en relación al demandante, que el mirarse como hace sus necesidades por su estómago, ese es el mayor daño, aquello le provoca mucha vergüenza y por la presencia de la bolsa hay muchas actividades que requieren compañía, pues no las puede hacer por sí solo.

Medios de prueba que unido a la circunstancia incuestionable e innegable que para cualquier persona experimentar una negligencia como la referida, la gravedad del daño y las consecuencias permanentes en la vida y salud, lo que en la especie queda de manifiesto, en el Informe extendido por FALP, que indica que el procedimiento tuvo un impacto negativo en la calidad de vida del actor, ya que actualmente no tiene cáncer, pero esta con una colostomía definitiva; del cual evidentemente se puede concluir, que el estado del demandante, podría ser muy distinto, porque falta



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

Código: XRBXWJCRKF

de servicio, determinó una cirugía de urgencia, donde se le resecó la mitad del colon y posteriormente, nuevas cirugías en la Fundación, calificadas de "complejas", por todos los cambios y alteraciones locales que se produjeron con ocasión de la perforación, sepsis y cirugía de urgencia; daños que hacen presumir fundadamente con caracteres de gravedad, concordancia y precisión suficiente de que efectivamente el demandante ha sufrido dolor, aflicción en su esfera psíquica, en sus sentimientos, y una alteración en su vida diaria en forma permanente, circunstancias que permiten presumir fundadamente el daño moral que demanda.

TRIGÉSIMO SEGUNDO: Que, en cuanto al quantum de dicho daño, si bien evaluar el daño afectivo tal como lo señala el profesor Enrique Barros Bourie, en su Tratado de responsabilidad extracontractual, "La evaluación del perjuicio afectivo presenta dificultades generales de evaluación del daño, en cuanto a la subjetividad de la evaluación, el carácter punitivo de la indemnización y la ausencia de criterios formales o informales que permitan una comparación objetiva de las sumas asignadas a título de indemnización".

Corresponde en definitiva determinar prudencialmente el daño por los jueces del fondo, y en la especie, para dicho efecto, es preciso tener presente, entre otros factores, la gravedad y particularmente la extensión de este daño, materia a la que se refirieron los testigos de la parte demandante, y la documental allegada; la actitud asumida por el Hospital desde el momento mismo del hecho generador del daño y la capacidad económica del demandado.

TRIGÉSIMO TERCERO: Que, en virtud de estas conclusiones, se considera que una indemnización compensatoria justa y suficientes, es la suma demandada, porque le permitirá en



parte resarcir el daño sufrido y que deberá pagarse incrementada con los intereses corrientes para operaciones de dinero no reajustables a contar de la fecha de esta sentencia y hasta el día del pago efectivo, sin reajustes.

TRIGÉSIMO CUARTO: Que, el resto de la prueba rendida y no pormenorizada en lo que antecede, en nada altera lo resuelto precedentemente.

TRIGÉSIMO QUINTO: Que no se condena en costas al Hospital demandado, por no haber resultado completamente vencido en autos.

Por estas consideraciones y visto además lo dispuesto en los artículos 144, 160, 170, 174 a 180, 254, 346 N° 3, 426, 428, 433 del Código de Procedimiento Civil, artículos 1.698, 2.314 y siguientes del Código Civil, se declara:

I.- Que **se rechazan** las tachas opuestas por la parte demandada en relación a los testigos don Hernán Lechuga Farías, doña Paula Tan Reyes y doña Marcelina Muñoz. Asimismo, **se rechazan** las tachas opuestas por el demandante en relación a la testigo doña Akiko Shimizu.

II.- Que, **se acoge** la demanda deducida por el Abogado don **Camilo Patricio González Miranda**, en representación de don **Lucas Maximiliano Milanez Zuleta**, en contra del Hospital Regional de Antofagasta solo en cuanto se condena a pagar al demandante ya individualizado, la suma de **\$5.515.158.- (cinco millones, quinientos quince mil ciento cincuenta y ocho pesos)** por concepto de daño emergente y la suma de **\$50.000.000.- (cincuenta millones de pesos)** por daño moral.

III.- Que, las sumas antes referidas, deberán incrementarse con los intereses fijados para operaciones de dinero no reajustables a contar de la notificación de la demanda y hasta el pago efectivo, sin reajustes en el caso



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

Código: XRBXWJCRKF

del daño emergente y con los intereses corrientes para operaciones de dinero no reajustables a contar de la fecha de esta sentencia y hasta el día del pago efectivo, sin reajustes, para el daño moral.

IV.- Que, cada una de las partes, pagará sus costas.

Se deja constancia que se hizo uso de la facultad contemplada en el artículo 319 del Código Orgánico de Tribunales.

Regístrese, notifíquese y archívese en su oportunidad.

Rol C-5.751-2.019.

Dictada por doña **Elizabeth Verónica Araya Julio**, Juez Titular.

En Antofagasta, a veinticuatro de septiembre del año dos mil veintiuno, se anotó en el estado diario la presente sentencia de acuerdo a lo previsto en el artículo 162 inciso final del Código de Procedimiento Civil.



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

Código: XRBXWJCRKF