

NOMENCLATURA	: 1. [40]Sentencia
JUZGADO	: 9º Juzgado Civil de Santiago
CAUSA ROL	: C-23621-2015
CARATULADO	: GÓMEZ / CLINICA AVANSALUD
PROVIDENCIAS.A	

Santiago, veintisiete de Marzo de dos mil diecinueve

VISTOS:

En presentaciones de 29 de septiembre de 2015 y 10 de noviembre de 2016 comparece doña SONIA DEL CARMEN GÓMEZ GALLEGUILLOS, dueña de casa, doña CARMEN GLORIA VARGAS GÓMEZ, don CLAUDIO OSVALDO VARGAS GÓMEZ, don MARCOS EUGENIO VARGAS GÓMEZ y doña SUSANA DEL CARMEN JORQUERA GÓMEZ, todos empleados, domiciliados en calle Cerro El Plomo N°5.931, oficina 1.704, comuna de Las Condes; deduciendo demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual, cumplimiento de contrato y negligencia médica en contra de CLÍNICA AVANSALUD, empresa del giro de su denominación, cuya representante legal es doña Edith Venturelli Leonelli, ingeniera comercial, y en contra don LUIS SEPÚLVEDA PAVEZ, médico, todos domiciliados en avenida Salvador N°130, comuna de Providencia.

Indican que el domingo 13 de abril del año 2014 el paciente don Eugenio Vargas Ulloa, cónyuge, padre y padrastro de los demandantes respectivamente, hasta esa fecha completamente autovalente y el que solo adolecía de incontinencia urinaria y control de antígeno prostático, presentó vómitos, los que con el paso de la noche y madrugada empeoraron de sobremanera, razón por la cual se le trasladó a la Clínica Avansalud, por ser una de las que tiene convenio con su Isapre (Consalud) y porque en su sitio web aparecía como “acreditada”.

El lunes 14 de abril se les indicó en Urgencias de dicha clínica que



se podría tratar de una obstrucción intestinal producto probablemente de un “fecaloma”, lo que con el paso de los días se transformó en el diagnóstico final, iniciando su recuperación en la UCI de dicho centro hospitalario.

Durante la estadía del paciente y en presencia de sus familiares en la totalidad de las visitas que estaban autorizadas (dos al día), solicitaron informes e hicieron consultas sobre el diagnóstico que daba el médico residente de turno y en algunas ocasiones a su médico tratante inicial, doctor Gustavo Czwiklitzer.

Fue así como estos empezaron a tener problemas con los médicos residentes, principalmente porque les entregaban información confusa y a veces contradictoria entre turno y turno. Por ejemplo, uno de ellos informó que el paciente no tenía próstata, lo que fue desmentido por otro médico, que señaló que si la tenía, lo que les generó un ambiente de confusión sobre la real condición de salud del paciente.

El 24 de abril el médico tratante don Gustavo Czwiklitzer indicó que su labor había concluido y que los restos del fecaloma se habían eliminado satisfactoriamente, por lo que procederían a preparar al paciente para su alta.

En esa circunstancia asumió el control del equipo médico don Luis Sepúlveda Pavez, del staff de la clínica demandada, a cargo del control del equipo multidisciplinario, de la rehabilitación y recuperación del paciente.

El viernes 25 de abril el paciente salió de la UCI a un área llamada “cuarto norte” -sala- pudiendo quedarse un pariente a dormir con él en la noche y tener un régimen de visitas más holgado.

Al día siguiente, sábado 26 de abril a las 13:30 horas, se les acercó el médico demandado indicándoles que esperarían un día para ver si al paciente se le daba el alta con “Sonda Foley” o “pañales” debido a su incontinencia urinaria, por lo que le solicitó a la nutricionista (sic) quien ordenó dar al paciente en el almuerzo algo más consistente, al estar en condiciones de comer normalmente. También indicó se le diera mucha agua embotellada (proveída por la clínica) para que orinara lo más posible y determinar si salía con o sin “Sonda Foley” y procedió a retirarse.

El paciente comió normalmente y al cabo de media hora empezó con náuseas, siendo atendido por sus familiares. Cuando vieron que estas



eran cada vez más fuertes y frecuentes, dieron aviso a enfermería y solicitaron que se le llevara un recipiente para que botara ahí sus secreciones.

A las 14:40 horas el paciente sufrió el primer vómito realmente fuerte lo que se repitió cada 15 a 20 minutos. Ante esto, sus familiares avisaron nuevamente al personal del mesón que atiende dicha unidad y solicitaron la presencia de un doctor en carácter de urgente, por cuanto los vómitos -contenidos de retención- se hacían cada vez más frecuentes y dolorosos.

Las respuestas fueron que ya irían, que estaban con otros procedimientos, etc., sin que nada ocurriera. Solo una hora después se presentó una auxiliar de enfermería para llevarse uno de los vómitos y analizarlo.

Pasó el tiempo y ningún médico ni enfermera se presentó a pesar de los reclamos, solo auxiliares de enfermería que no sabían que hacer, lo que hizo al hijo del paciente, don Marcos Vargas ir a la UCI y solicitar un médico en carácter de urgente debido al cuadro de intensos vómitos y convulsiones que su padre presentaba.

La respuesta fue negar la comparecencia de un facultativo aduciendo que eso correspondía a los médicos “de afuera” y no a los que estaban en la UCI, ante lo cual y pese a la insistencia sin resultados, este se retiró a la espera de los profesionales. Sin embargo solo llegaron auxiliares de enfermería, que le proporcionaron apenas un medicamento para “frenar” las náuseas.

Los familiares fueron conminados a retirarse a las 22:00 horas, por lo se puede acreditar que por más de 7 horas el paciente no tuvo un profesional médico que lo examinara y determinara las acciones a seguir. Solo una persona podía quedarse a dormir con él y fue su cónyuge, doña Sonia del Carmen Gómez Galleguillos.

A las 00:40 horas y producto de la situación, esta última debió ser internada de urgencia por una descompensación generada al ver a su marido con convulsiones y vómitos cada vez más fuertes. Fue ingresada a las 01:07 horas y de acuerdo con su relato, no recuerda haber visto hasta el momento de su ingreso a ningún médico en atención de su cónyuge. Por ello, podrían haber transcurrido más de 12 horas sin que hubiese un médico



a cargo del paciente o que alguna enfermera lo haya visitado.

En el evento que hubiese habido un médico donde se encontraba hospitalizado el paciente no habría ocurrido que los vómitos suscitados por causas desconocidas se hubiesen prolongado, y su deterioro de salud podría haberse evitado por completo. Al no existir médico tratante que tuviese mayores conocimientos o capacidad de resolución que los auxiliares de enfermería presentes, el desenlace consistió en un cuadro irreversible, sin recuperación.

La epicrisis de la clínica señala expresamente que al iniciarse el proceso de náuseas, que en realidad fueron vómitos incontenibles, derivó a vómitos que se habrían intensificado con el pasar de las horas. Estos son conocidos en la ciencia como “contenidos de retención”. Sin embargo, lo único que llama la atención según el informe al equipo tratante es que el enfermo presentaría “dificultad en la diuresis”, haciendo caso omiso de la evidente sintomatología.

La cónyuge del paciente se encontró presente hasta su posterior traslado a Urgencias. Hasta esa hora no había llegado médico alguno. La epicrisis señala que el primer médico en arribar, luego de ser contactado, es un urólogo, que ninguna relación tenía con el “vómito masivo y broncoaspiración de contenido de retención” que describe el propio informe, sino con la dificultad en la diuresis, lo que nada tenía de preocupante en contraposición a la gravedad de la recurrencia de vómitos y de la neumonía aspirativa que se produjo. Esta derivó en otras complicaciones, como por ejemplo describe la propia epicrisis, “falla ventilatoria y fatiga muscular”, lo que motivó a altas horas de la madrugada del domingo que se le entubara e iniciara ventilación mecánica invasiva. Este shock tuvo su causa en el inexistente servicio por parte del personal médico y de enfermería de la Unidad de Paciente Crítico.

Estiman que si el equipo médico hubiese estado presente oportunamente las decisiones adoptadas habrían sido las correctas. En este caso no hubo decisión alguna por más de 12 horas.

Al día siguiente, domingo 27, los familiares del paciente se dirigieron a la UCI, donde este había sido devuelto dada su condición. En ese lugar el doctor Carlos Urrea les notificó que se encontraba en situación



extremadamente grave, intubado y con riesgo vital y que las siguientes 48 horas serían determinantes para su condición de vida.

Luego, el miércoles 30 de abril, ante la molestia de la familia frente a las inexplicables circunstancias que llevaron al paciente a una condición de gravedad extrema y el hecho de que durante más de 12 horas ningún personal profesional -médico o enfermero- se presentara a atenderlo, a pesar de sus reclamos, estos incluso solicitaron información a la Médico Jefe de la UPC doctora Carolina Herrera Contreras. Hasta el día de hoy ella refuta que alguien de la UPC negare la presencia de un médico, ya que no era política de la clínica ni de la unidad que dirige negar el auxilio cuando se trata de una situación de evidente riesgo del paciente. Sin embargo, no estuvo presente cuando el enfermo no fue atendido, a pesar de sus constantes llamados.

Hasta la fecha no se ha informado adecuadamente qué médico residente o similar estuvo a cargo el sábado 26 de abril en el turno de tarde.

Los días posteriores el paciente estuvo intubado con ventilación mecánica, sedado y con todas las asistencias para tratar el shock séptico generado por la neumonía aspirativa que le provocó el shock séptico, producto según los médicos de “aspirar vómitos”, así como erradicar la bacteria que se alojó en sus pulmones. Dicha bacteria se presenta en el organismo producto de la alimentación que llega a los pulmones, infectándolos. También y como lo consignan los partes médicos, estuvo gran parte del tiempo intubado y sedado y costó mucho que despertara, tanto que el nuevo médico tratante don Luis Sepúlveda pidió hacer un electroencefalograma y una resonancia magnética para descartar una “embolia cerebral”, lo que tampoco ocurrió, pero que lo dejó con delirium, disfagia (no pudo alimentarse normalmente producto del largo período de entubación), diálisis tres veces por semana, arritmia, imposibilidad de hablar normalmente, requiere de una serie de medicamentos especiales y tratamientos profesionales médicos particulares.

Posteriormente, en su estadía en la UTI, ocurrieron dos episodios que denotan la absoluta negligencia del equipo de la clínica.

El primero consiste en que en hora de visitas del 26 de abril, don Marcos, hijo del paciente, sintió gritos de su padre desde fuera de la pieza



-se estaba lavando las manos conforme a procedimiento- y al ver hacia adentro notó que gritaba, estaba agitado y manifestaba con sus manos una evidente incomodidad. Desde ese instante, transcurrieron exactos 6 minutos (entre las 18:45 y las 18:51 horas) en los que no fue socorrido. En la UTI era el único paciente con cámara de vigilancia dado su estado. Al concurrir don Marcos Vargas donde la enfermera que se encontraba sentada en el sillón de espaldas a la pantalla, constató que no había nadie atento a la condición de su padre y que por tanto pudo estar así por un tiempo indeterminado. Ante ello pidió hablar con la enfermera jefa del turno y solicitó que pusieran más atención a la situación de su padre.

El segundo incidente, 24 horas más tarde, y pese a la solicitud expresa de cuidado, se produjo al volver a la visita de las 18:30 horas, el hijo del paciente nuevamente ve el mismo cuadro, su padre gritaba y pedía ayuda con los brazos en alto agitados, tratando de sacarse la sonda- y transcurridos 2 minutos en que nadie concurrió al llamado, les representó la situación. Al rato la enfermera jefa concurrió con él y ambos apreciaron que se encontraba desnudo y sacándose las sondas, arrancándolas, sentado en el sillón.

Ante eso la enfermera jefa, estupefacta, no tomó ninguna decisión. A solicitud del señor Vargas buscó un equipo de apoyo, y junto al kinesiólogo y dos auxiliares de enfermería, lograron calmar al paciente estabilizarlo y lo pasaron del sillón a la cama. Cuando lo acostaron no insertaron un saturómetro y por ende no había control de los valores de estabilización de los signos vitales, en una Unidad de Tratamiento Intensivo. La excusa fue que “se lo sacaba el paciente”, pero en realidad jamás lo insertaron.

Eso derivó en que el hijo del enfermo pidiera la presencia de la médico jefe de la UPC, doña Carolina Herrera Contreras, que señaló que la clínica no poseía el personal suficiente para asegurar su cuidado integral, obviando que es una Unidad de Paciente Crítico, que por su propia naturaleza, debe contar con profesionales y paramédicos altamente calificados. Sugirió dos alternativas: que los familiares contrataran a una enfermera adicional o que se turnaran para su cuidado intensivo. Todo esto, reitera, en la Unidad de Tratamiento Intensivo.

El día 17 de junio dieron el alta al paciente, pero su estado era de



una persona totalmente dependiente: no podía moverse, ir al baño, ni siquiera asistido, postrado en un catre clínico con colchón antiescaras, salir tres veces a la semana a practicarse diálisis de por vida, y con una esperanza de vida que en cualquier momento podía terminar en un desenlace fatal dadas las condiciones en las que quedó luego de su paso por la clínica demandada.

Tanto fue así que el 28 de diciembre del año 2014 el señor Eugenio Vargas Ulloa falleció producto de su deteriorado estado de salud.

Cita los artículos 1485, 1545 y 1546 del Código Civil, agregando que los contratos emanados de los establecimientos de salud son de adhesión, en los cuales la capacidad de negociación para el cliente se encuentra severamente limitada; como contrapartida, imponen otras obligaciones señaladas en los artículos 1560 y siguientes del Código Civil, y por tanto de existir cláusulas ambiguas, las mismas deben interpretarse en contra de quien las redacta. Consideran además aplicables los artículos 1547, 1556 y 1558 del Código Civil en cuanto la responsabilidad que le cabe a la demandada, la indemnización procedente, en cuanto al lucro cesante y daño emergente y las consecuencias del dolo por incumplimiento de la obligación; contraída por la parte demandada.

El sistema de responsabilidad en nuestro derecho es subjetivo, lo que implica que solo se responde por un obrar doloso, negligente o descuidado y que es este “juicio de reproche” el fundamento último de la responsabilidad. La regla general está representada por actos y conductas que conllevan un juicio de reproche, lo cual significa un obrar doloso o culpable y, en este último caso, siempre que se incurra en el grado de culpa asignada en la ley al obligado, en el caso de marras, el actor responde hasta de la culpa leve. Y en este caso no se está ante una obligación de resultado, sino una de medios, en que la conducta exigida a la contraria de prestar atención médica contratada, lo que no fue cumplido.

La obligación de indemnizar es el deber que sitúa a una persona a resarcir, indemnizar, cualquier perjuicio o daño, bien sea este causado por ella o por otra persona que de ella depende, o por alguna cosa de que es dueña o que esté a su servicio. En el caso de la responsabilidad producto del daño, la responsabilidad médica se origina en la falta de diligencia en el



desempeño profesional de acuerdo a un estándar general de cuidado que entrega la *lex artis*.

Cita el artículo 1545 del Código Civil e indica que ambos demandados no cumplieron con el contrato médico acordado, especialmente la obligación de actuar con seguridad, cuidado y destreza, presumiéndose entonces que actuaron con negligencia y que su incumplimiento produjo daño al paciente.

El actuar del demandado le hace observar una conducta negligente que no satisface los estándares del buen padre de familia. La *lex artis*, margen en el cual el profesional del área de la salud se desempeña, es un concepto relativo y difícil de valorar, pero en términos generales se define como la forma de proceder de un profesional idóneo, que cuenta con un título reconocido legalmente por los organismos universitarios acreditados y que tiene la formación y los conocimientos necesarios para estar ejerciendo.

Está acordado en medicina que el actuar profesional a un enfermo que precisa atención médica oportuna y eficaz, basada en la aplicación de medidas terapéuticas y que en términos estadísticos corresponde al actuar normalmente aceptado, ha de circunscribirse a lo comúnmente aceptado en la comunidad médica nacional e internacional, esto es, lo que habitualmente se recomienda hacer en casos similares, tomando en cuenta el lugar geográfico en el cual se realiza la prestación, los apoyos tecnológicos que se tenga y la oportunidad en que se prestó la atención.

Por todo esto tiene la convicción que los demandados tienen a lo menos un actuar negligente, asimilable a la culpa grave, lo que equivale en materia civil al dolo, y por tanto responderían por los perjuicios directos del incumplimiento, considerando tanto los previstos como los imprevistos al tiempo del contrato. Todo esto en relación a los artículos 44, 1547 y 1558 del Código Civil.

El deber de prueba de la diligencia -y por ende la falta de responsabilidad- corresponde a la demandada, pues se trata de una regla específica para la responsabilidad contractual -artículo 1547 inciso tercero del Código Civil-, el que cita.

En cuanto a la existencia del perjuicio que ello causó a la actora, este resulta evidente, tanto por la vía contractual como por la extracontractual.





Existe una clara responsabilidad contractual por parte del demandado, al existir un contrato de prestación de servicios médicos por una parte y la contraprestación, reflejada en el pago por dicha atención. Y acreditará en la etapa pertinente que la demandada obtuvo un lucro específico, derivado del pago de honorarios médicos y de hospitalización por parte del paciente, correspondientes a la atención proporcionada por parte de sus médicos de staff. Existía por parte del médico tratante, su equipo y de la clínica el deber de cuidados respecto del paciente, que en la especie no fue adecuadamente cumplido.

En cuanto al daño moral, en ambos eventos este es irrefutable. La parte que infracciona la ley, sea contractual o extracontractualmente, está obligado a resarcir todo daño. Cita fallo de la Corte Suprema Rol 2.821-2007. Este se relaciona con los padecimientos psíquicos que provocó la situación de angustia permanente derivada de situaciones de esta naturaleza para todo el círculo familiar del paciente.

En cuanto al nexo causal entre daño y perjuicio, es obvio que en la especie existe, toda vez que el daño es causa eficaz del hecho a resarcir. Se entiende que nuestro ordenamiento jurídico exige una relación causal entre el hecho y el daño, en el sentido que el hecho del demandado debe ser causa necesaria del daño que se alega, pero asimismo, entre ambos debe haber una relación suficientemente cercana, como para que el daño pueda ser objetivamente imputado al hecho del demandado, es decir, requiere que el daño sea directo. Aún si se considerase que el daño se produjo a raíz de un eventual incumplimiento contractual por parte del demandado respecto de la demandante, la Corte Suprema ha señalado que procede, entonces, en la responsabilidad contractual la reparación del daño extrapatrimonial cuando está ligado a un daño material y, si como sucede en la especie, se trata de un daño moral puro, dicho daño acreditado, tenga un nexo causal con el incumplimiento contractual y que el deudor, al incumplir su obligación, haya podido preverlo o actuado con dolo o culpa grave. Es precisamente esto lo que funda la responsabilidad que se persigue tanto de la sociedad demandada como del equipo profesional demandado: la aplicación del principio consagrado en el artículo 2317 inciso segundo del Código Civil, en cuanto dispone que produce obligación solidaria de



indemnización de perjuicios, "todo fraude o dolo cometido por dos o más personas".

En la especie, la clínica y sus dependientes son no solo cómplices del mismo sino causantes de la situación en comento.

En cuanto a la culpa en el acto, el médico y su equipo se encuentran obligados a entregar al paciente una prestación concienzuda, atenta y conforme a los conocimientos actuales de la ciencia.

En Chile la prueba de la diligencia corresponde al deudor. Es responsabilidad del médico probar que actuó con la diligencia debida. Y determinar la denominada *lex artis* por la cual se rigen los profesionales. En la especie, estima que se configura una culpa técnica; es decir, a través de una comparación entre lo que se debería haber hecho y aquello que se hizo existe una discordancia. El médico no actuó como debió hacerlo. Este y su equipo perteneciente a la clínica debieron comportarse en conformidad al estándar de conducta que se les exige, lo que no existió en la especie. La conducta del médico en el diagnóstico, la ausencia absoluta de los mismos durante 7 horas, la negación de atención de los especialistas cuando fueron requeridos, la falta de tratamiento, su mala aplicación posterior y total ausencia la vigilancia del paciente determinan claramente en la especie la ausencia del cumplimiento de la *lex artis*. Siendo estos los parámetros, estima que en la especie el tratamiento y su aplicación dan lugar a una culpa médica pues, como se ha narrado profusamente en la parte fáctica de este libelo, existió un defecto técnico en su ejecución conforme a un estándar de un médico normal y medio.

Estima asimismo que se ha verificado la culpa en la especie por negligencia u omisión, es decir el médico y su equipo no actuaron en la forma que debieron actuar. A lo sumo, situación igualmente constitutiva de daño culposos, el médico y su equipo han actuado de manera imprudente. Asimismo, el equipo de profesionales ha incumplido en forma reprochable el deber de vigilancia al cual están afectos, toda vez que la *lex artis* obliga al médico cuidar al paciente, ya sea de manera personal o a través de un subalterno.

Entiende que la medicina implica riesgos, a los cuales, por regla general se somete de manera voluntaria la víctima para lograr un fin



terapéutico. Ello no contradice que el paciente se encuentra en la necesidad de recurrir al médico, pero tampoco descarta la existencia de una voluntad para asumir el tratamiento y sus riesgos. Por lo mismo, el que se verifique un riesgo previsto no implica de manera necesaria culpa médica. Sin embargo, no es este el caso, pues si bien la avanzada edad del paciente es generadora de toda clase de situaciones patológicas, en la especie los daños a su salud se produjeron por el inadecuado actuar del médico.

En definitiva, estima que en este caso concurre la culpa médica consistente en un comportamiento que se aparta de los usos normales de la medicina, sea por ignorancia de la técnica apropiada o por una actitud temeraria en el acto médico.

Respecto de la solidaridad de la Sociedad Clínica Avansalud por los daños causados por médicos al interior de sus dependencias, se requiere distinguir si el médico presenta o no una vinculación laboral con ella. En la especie, al existir un contrato de trabajo entre el médico tratante y esta, la doctrina concuerda en que debe responder civilmente. En efecto, aplica acá la regulación propia del artículo 2320 del Código Civil, que cita. En el ámbito particular de la responsabilidad de la clínica por el hecho ajeno, la jurisprudencia nacional no ha cuestionado su procedencia. Y si, según la noción tradicional del vínculo de subordinación, resulta discutible entender que existe dependencia del médico con relación al establecimiento privado de salud, dado que él es parte de su staff, como consta de la simple revisión de la página web [www.avansalud.cl](http://www.avansalud.cl). Si bien los médicos presentan autonomía técnica, el vínculo de subordinación debe entenderse en el sentido que actúa en el interés y por cuenta de otro, la clínica. Por lo demás, el acto médico ejecutado beneficia sin duda a la clínica que recibe los honorarios. Los médicos asalariados deben sujetarse a la reglamentación establecida por el recinto privado de salud.

En cuanto a la obligación que asiste a su parte para acreditar la especie y monto de los perjuicios, sostiene que existen daños correspondientes a los siguientes conceptos, que han de ser indemnizados por las demandadas:

a) Daño emergente, consistente en los gastos médicos acreditados en el proceso y que hayan sido cubiertos por el paciente, monto que aún no es



posible determinar dada la existencia de tratamientos médicos que debió recibir hasta el momento de su muerte; la suma a indemnizar es la de \$43.000.000.-, suma que deberá repartirse en cuotas iguales entre cada uno de los actores.

A esa suma se deben agregar los gastos médicos generados por hospitalizaciones a que debió someterse el paciente con posterioridad a su tratamiento en la clínica, lo que alcanza a la suma de \$15.000.000.-

b) Daño moral apreciado en la amargura, depresión, dolor o pérdidas espirituales que el accidente le ocasiona a la víctima directa o a sus familiares. Pide considerar que doña Susana Jorquera Gómez, hija solamente de la cónyuge del paciente, fue criada por él, formando parte de su familia hasta su muerte, por lo que también ha sido objeto de dicho daño, en circunstancias que no conoció otro padre más que el señor Eugenio Vargas Ulloa. El artículo 1556 del Código Civil no limita la reparación en materia contractual al daño emergente y al lucro cesante, al no excluir al daño moral, por lo que procede en materia contractual su reparación. En la especie corresponde indemnizar, dada la gravedad de la lesión, los daños provenientes del clásico concepto de pretium doloris, tradicionalmente entendido como el sufrimiento físico o mental, un daño positivo generado por cualquier forma de sufrimiento, comprendiendo tanto la intensidad como duración de dicho dolor. Cita jurisprudencia. En relación al quantum desglosa de la siguiente manera: Respecto de doña Sonia del Carmen Gómez Galleguillos, la suma de \$80.000.000.-; de doña Carmen Gloria, don Claudio Osvaldo y don Marcos Eugenio, todos de apellido Vargas Gómez, para uno la suma de \$120.000.-; y, respecto de doña Susana del Carmen Jorquera Gómez, la suma de \$60.000.000.- Por ende, el daño moral es avaluado en el monto de \$500.000.000.-, por lo que la suma total a indemnizar es la de \$543.000.000.-

Solicita en definitiva, se declare que los demandados sean condenados a pagar solidariamente la suma de \$ 543.000.000.-, más los reajustes según el alza que experimente el índice de Precios al Consumidor, contados desde la fecha en que motivan la presente demanda, mediante liquidación que practicará el Secretario del Tribunal, más intereses y costas.

En subsidio, interpone demanda de indemnización de perjuicios por



responsabilidad extracontractual en contra de los demandados. Da por íntegramente reproducidos los elementos fácticos de la demanda principal.

Indica que la doctrina ha reconocido que, para que proceda la responsabilidad extracontractual se requiere la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) En el caso de la responsabilidad producto del daño, la responsabilidad médica se origina en la falta de diligencia en el desempeño profesional de acuerdo a un estándar general de cuidado que entrega la *lex artis*, la cual también corresponde a materias de situaciones extracontractual.

b) En cuanto a la existencia del perjuicio que ello habría causado a la actora, este resulta evidente, tanto por la vía contractual como por la extracontractual.

En el evento que se estimare que en la especie la relación contractual referida en lo principal de esta presentación no fuere la provocadora del daño, el artículo 1437 establece que las obligaciones también pueden provenir de un hecho ilícito, que puede revestir la forma de un delito o cuasidelito. La obligación consistirá en la indemnización del daño ocasionado. Al efecto, cita el artículo 2314 del Código Civil.

Existía por parte del médico tratante, de su equipo y la clínica el deber de cuidados respecto del paciente, que no fue adecuadamente cumplido.

En cuanto al daño moral que ha irrogado esta situación, en ambos eventos este es irrefutable. La parte que infracciona la ley, sea contractual o extracontractualmente, está obligado a resarcir todo daño.

Cita fallo de la Corte Suprema, Rol 2.821- 2007.

Este mismo daño tiene directa relación con los padecimientos psíquicos que ha provocado la situación de angustia permanente derivada de situaciones de esta naturaleza, no solo para el demandante (sic) sino para el resto de su círculo familiar. En relación con lo planteado, la doctrina habla de “daños anormales” y señala que existen casos en que haciéndose uso de un derecho se daña a un tercero, y en alguno de ellos, por las características de anormalidad que revisten, "la conciencia jurídica se siente inclinada a pensar que el daño causado debe ser reparado, ya



que el ofensor puede sin perjuicio para él, no hacer uso de su derecho, ya sea porque pudo haber usado de él en forma tal que no perjudicara a terceros."

En cuanto al nexo causal entre daño y perjuicio, es obvio que en la especie existe, toda vez que el daño es causa eficaz del hecho a resarcir. El ordenamiento jurídico exige que exista en una relación causal entre el hecho y el daño, en el sentido de que el hecho del demandado debe ser causa necesaria del daño que se alega, pero asimismo, entre ambos debe haber una relación suficientemente cercana, como para que esta pueda ser objetivamente imputado al hecho del demandado, es decir, requiere que el daño sea directo. Aún si la sentenciadora considerase que el daño se produjo a raíz de un eventual incumplimiento contractual por parte del demandado respecto de la demandante, la Corte Suprema ha señalado que procede, entonces, en la responsabilidad contractual la reparación del daño extrapatrimonial cuando está ligado a un daño material y, si como sucede en la especie, se trata de un daño moral puro, este dicho daño acreditado, tenga un nexo causal con el incumplimiento contractual y que el deudor, al incumplir su obligación, haya podido preverlo o actuado con dolo o culpa grave.

Es precisamente esto lo que funda la responsabilidad que se persigue tanto de la sociedad demandada como del equipo profesional demandado: la aplicación del principio consagrado en el artículo 2317 inciso segundo del Código Civil, el que cita. Es más, el artículo 2316 establece dos reglas respecto: a) Se responde hasta concurrencia del beneficio obtenido por el que se aprovecha del dolo ajeno sin ser cómplice en él (regla similar en materia contractual: artículo 1458); y, b) A contrario sensu, el cómplice responde por el total de los perjuicios: artículo 2316 inciso segundo del Código Civil, que cita.

En cuanto a la culpa en el acto médico, el médico y su equipo se encuentran obligados a entregar al paciente o enfermo, una prestación concienzuda, atenta y conforme a los conocimientos actuales de la ciencia. En la especie, se configura una culpa técnica; es decir, a través de una comparación entre lo que se debería haber hecho y aquello que se hizo existe una discordancia. El médico no actuó como debió hacerlo. El médico



y su equipo perteneciente a la clínica demandada debieron comportarse en conformidad al estándar de conducta que se le exige, situación que no ocurrió. La conducta del médico en el diagnóstico, la ausencia absoluta de los mismos durante 7 horas, la negación de atención de los especialistas cuando fueron requeridos, la no concurrencia del equipo de enfermería cuando fue requerido por los familiares del paciente, la ausencia absoluta de tratamiento, su mala aplicación posterior y falta de vigilancia del paciente determinan claramente en la especie la ausencia del cumplimiento de la *lex artis*. Siendo estos los parámetros, estima que el tratamiento y su aplicación dan lugar a una culpa médica pues, como se ha narrado, existió un defecto técnico en su ejecución conforme a un estándar de un médico normal y medio. Estima asimismo se ha verificado la culpa por negligencia u omisión, es decir el médico y su equipo no actuaron en la forma que debió actuar. A lo sumo, situación igualmente constitutiva de daño culposo, el médico y su equipo han actuado de manera imprudente.

Asimismo, el equipo de profesionales ha incumplido en forma reproachable el deber de vigilancia al cual están afectos, toda vez que la *lex artis* obliga al médico a cuidar al paciente, ya sea de manera personal o a través de un subalterno. Entiende que la medicina implica riesgos, a los cuales, por regla general se somete de manera voluntaria la víctima para lograr un fin terapéutico. Esto no contradice que el paciente se encuentra en la necesidad de recurrir al médico, pero tampoco descarta la existencia de una voluntad para asumir el tratamiento y sus riesgos. Por lo mismo, el que se verifique un riesgo previsto no implica de manera necesaria culpa médica. Sin embargo, no es este el caso, pues si bien la avanzada edad del paciente es generadora de toda clase de situaciones patológicas, en la especie los daños a su salud se produjeron por el inadecuado actuar del médico.

En definitiva, en este caso concurre la culpa médica consistente en un comportamiento que se aparta de los usos normales de la medicina, sea por ignorancia de la técnica apropiada o una actitud temeraria en el acto médico.

Respecto de la solidaridad de la Sociedad Clínica Avansalud por los daños causados por médicos al interior de sus dependencias, se requiere distinguir si el médico presenta o no una vinculación laboral con ella. En la



especie, al existir un contrato de trabajo entre el médico tratante y la clínica, la doctrina concuerda en que esta última debe responder civilmente. En efecto, aplica acá la regulación propia del artículo 2320 del Código Civil, el que cita conjuntamente con jurisprudencia de la Corte de Apelaciones de La Serena. En el ámbito particular de la responsabilidad de la clínica por el hecho ajeno, la jurisprudencia nacional no ha cuestionado su procedencia. Y si, según la noción tradicional del vínculo de subordinación, resulta discutible entender que existe dependencia del médico con relación al establecimiento privado de salud, dado que este es parte de su staff, como consta de la simple revisión de la página web [www.avansalud.cl](http://www.avansalud.cl)

Reproduce lo señalado en la acción principal respecto de la autonomía técnica de los médicos y el vínculo de subordinación con la clínica. Lo mismo en cuanto a acreditar por su parte los daños.

En presentación de 17 de enero de 2017, la demandada Clínica Avansalud **contestó** la demanda interpuesta en su contra, solicitando su rechazo, con costas. Su representada es un prestador institucional privado de salud, autorizado para que en sus dependencias se otorguen toda clase de prestaciones y servicios médicos, quirúrgicos y clínicos, actividades que bien pueden ser desarrolladas sea con la actuación de sus equipos médicos de staff, sea por aquellos que sin ser sus dependientes se encuentran debidamente acreditados para tal efecto.

Es efectivo que el 14 de abril del 2014 don Eugenio Osvaldo Vargas Ulloa acudió al Servicio de Urgencia de su representada, siendo el motivo de consulta un cuadro de 4 días de evolución, caracterizado por vómitos, dolor abdominal, a lo que se agregó, un día antes de la consulta, taquipnea, sudoración y mareos. Se le practicó una exhaustiva evaluación en la que se destacaron los siguientes antecedentes: paciente de 87 años de edad, cáncer de colon operado, portador de cáncer de próstata, accidente cerebro vascular previo no secuelado, hipertensión arterial, usuario de cardioaspirina con 1 comprimido al día, hipoacusia bilateral. Al examen físico, el paciente se encontraba en regulares condiciones generales, sudoroso, deshidratado, afebril, con abdomen distendido y con dolor intenso en fosa iliaca izquierda, con signos clínicos de obstrucción intestinal. Entre los resultados de los





exámenes de orientación diagnóstica que se le practicaron, es del caso mencionar un hemoglucotest de 164 Mg., creatinina de 4.6 mg/dl, BUN de 81 mg/dl, lipasa de 219, ph 7,31, y un electro cardiograma que mostró fibrilación auricular de respuesta ventricular rápida, con frecuencia cardiaca de hasta 164 por minuto. Conforme con los antecedentes descritos se indicó la hospitalización del paciente en la Unidad de Paciente Crítico (UPC) para estudio y manejo de las hipótesis diagnósticas de fibrilación auricular, obstrucción intestinal, deshidratación, falla renal y cáncer de próstata.

Durante su estadía en la UPC, se confirmó presentaba una obstrucción intestinal por fecaloma, una uropatía obstructiva baja y una enfermedad renal crónica etapa IV, reagudizada desde el ingreso y de etiología multifactorial. Ahora bien, su cuadro de obstrucción intestinal pudo ser tratado en forma conservadora con proctolisis y prokinéticos, presentando una buena respuesta a las medidas implementadas; se logró controlar adecuadamente su frecuencia cardiaca mediante terapia médica, y su enfermedad renal crónica también logró ser estabilizada mediante tratamiento médico. Atendida la favorable respuesta al manejo médico implementado, el 25 de abril del 2014 se le trasladó a una habitación del Servicio Médico- Quirúrgico, donde se intentaría lograr diuresis espontánea, retirándose la sonda Foley que tenía instalada. Consta en sus registros clínicos que aquel durante todo el día 26 de abril del 2014 se mantuvo en buenas condiciones generales, con adecuada tolerancia oral a la alimentación, pero con dificultad en la diuresis espontánea, razón por la cual se indicó la reinstalación de la sonda Foley, la que al ser frustrada, hizo necesaria la instalación de Cistofix bajo visión ecográfica, lográndose así la extracción de orina que estaba retenida.

Niega expresamente que el paciente haya estado con un cuadro de náuseas y vómitos reiterados y que haya permanecido sin asistencia médica durante todo ese día, por cuanto se encuentra objetivado en sus registros clínicos que fue visto por su médico tratante, el urólogo doctor Morales y el residente de turno; que tuvo un control seriado por enfermería cada 3 horas aproximadamente y que solo presentó un episodio de vómito bilioso alrededor de las 15:00 horas, el cual fue registrado por el personal de enfermería, y solo después de la instalación de Cistofix, pasadas las 21:30



horas, presentó un vómito explosivo, que produjo una broncoaspiración, por la cual fue inmediatamente reingresado a la UPC. Durante la nueva estadía en la UPC, el paciente evolucionó con falla ventilatoria, sepsis por *Klebsiella Pneumoniae* Blee propia de la broncoaspiración, creatinina en ascenso y oligoanuria, todo lo que hizo necesario se conectara a un ventilador mecánico, tratamiento antibiótico y terapia de reemplazo renal, medidas con las cuales fue estabilizándose paulatinamente, lográndose su ventilación espontánea y el control de su enfermedad renal. Durante toda la estadía en la UPC el equipo médico diariamente mantuvo informada a la familia y siempre le prestó la asistencia que requería, pesquisándose y manejándose adecuadamente y en tiempo oportuno cada una de las complicaciones que presentó. Con todos los esfuerzos terapéuticos desplegados, el 17 de junio del 2014 se pudo indicar el alta hospitalaria al paciente, con las correspondientes medidas de control, cuidado y tratamiento médico, y si bien egresó con un trastorno de deglutorio y de fonación, no puede olvidarse que a su ingreso al recinto presentaba hipoacusia bilateral y que los problemas de deglución son propios e inherentes al uso de ventilación mecánica; asimismo, que la indicación de hemodiálisis de 3 veces por semana solo obedece a la natural evolución de la enfermedad renal crónica que presentaba el paciente.

El contrato que su representada celebró con el paciente solo le imponía la obligación de proporcionar los servicios médicos de profesionales debidamente calificados en experiencia y experticia en el ejercicio de las especialidades médicas vinculadas a las distintas patologías que presentaba el señor Vargas desde su ingreso; obligación que cumplió cabal, oportuna e íntegra y diligentemente, pues en todo el proceso de atención del paciente siempre estuvo a cargo de un equipo médico interdisciplinario compuesto por especialistas en cirugía, medicina interna, urología, nefrología, medicina intensiva, etc., quienes emplearon todos sus conocimientos, ciencia y arte; además de estar permanentemente al cuidado de un completo equipo de enfermería. Agrega que las obligaciones contractuales impuestas a su representada, en cuanto involucran la prestación de atenciones médicas, son de hacer, de medios y no de resultado.

Finalmente, destaca que conforme con el categórico e indestructible



**Foja: 1**

mandato legal consagrado en el artículo 112 del Código Sanitario, en cuya virtud todas las actividades propias de la medicina u otras relacionadas con la conservación y restablecimiento de la salud -como son los hechos cuestionados en la demanda- solo pueden ser desempeñadas por quienes posean el título respectivo (médico cirujano, matrona, enfermera) otorgado por la Universidad de Chile u otra reconocida por el Estado, resulta jurídicamente irrefutable que todo el decidir y quehacer médico es de exclusiva responsabilidad del equipo médico tratante del paciente, quedando su representada, a través de los órganos con que manifiesta su voluntad, en la más absoluta imposibilidad de determinar o interferir en la materialización de todas aquellas conductas que son inherentes al ejercicio profesional -tales como la formulación de diagnósticos, la indicación y ejecución de tratamientos-, pues de hacerlo incurriría en el ilícito de ejercicio ilegal de la profesión, tal y como se conceptualiza en el artículo 113 del mismo cuerpo legal.

Cita el artículo 20 del Decreto N°161 de 1982 del Ministerio de Salud y arguye que resulta imposible atribuir a su representada algún grado de intromisión en las decisiones médicas adoptadas por el equipo médico que atendía al señor Eugenio Vargas Ulloa.

Opone las siguientes excepciones y/o defensas de fondo:

a) Rechazo de la demanda, por falta de legitimación procesal de los actores. Conforme con la literalidad de la demanda resulta incuestionable que el contrato cuyo incumplimiento se reclama es aquel celebrado entre Avansalud y el paciente, don Eugenio Vargas Ulloa.

Asimismo establece que los 5 actores comparecen a título personal y reclamando su daño propio, sin invocar título alguno que les hiciera poseer la calidad de parte en el contrato cuyo incumplimiento reclama, por lo que la pretensión indemnizatoria que se intenta debe ser rechazada, atendida su falta de legitimación procesal para deducir la acción de indemnización de perjuicios por el supuesto incumplimiento de las obligaciones de un contrato en el que jamás fueron parte, y que por ende no produce efecto alguno a su respecto.

b) Rechazo de la demanda, por la inexistencia de los elementos de la responsabilidad civil contractual demandada. No existe incumplimiento de



**Foja: 1**

las obligaciones contractuales, legales o reglamentarias que le asistían a su representada, junto con el irrefutable hecho de que del actuar de Avansalud no causó o generó perjuicio alguno para los actores. Cita el artículo 1556 inciso primero del Código Civil, norma conforme a la cual es indudable que en el análisis de los hechos discutidos se deberá determinar y/o ponderar si las demandadas incumplieron total o parcialmente sus obligaciones o retardaron su cumplimiento, y para ello, en la apreciación de falta de cuidado que se imputa a su representada, necesariamente debe hacerse una comparación entre la conducta del supuesto autor del daño y la que habría observado un hombre, médico o un prestador de salud prudente en el desempeño de sus actividades. Para determinar si el personal de salud que participó en las atenciones brindadas al señor Eugenio Vargas Ulloa, en especial desde el 26 de abril del 2014 hasta su alta, faltó o no al cuidado y diligencia debidos, necesariamente corresponderá ponderar las circunstancias existentes y conocidas a ese momento por el agente. En tal escenario, sostiene que cualquier otro equipo médico o prestador de salud institucional en igualdad de condiciones habría actuado idénticamente como lo hizo el equipo médico de su representada. Conforme lo anterior, resulta que la acción intentada en su contra es absolutamente improcedente, pues en los hechos no concurre ninguno de los elementos generadores de la responsabilidad contractual que se pretende, ya que:

a) No existe conducta negligente alguna de su representada, del codemandado ni del equipo de salud que participó en la atención del paciente. De los artículos 1547 y 1558 del Código Civil se concluye que la existencia de una conducta dolosa y/o culpable es un elemento indispensable para configurar la existencia de la responsabilidad contractual. Es del caso recordar que son los propios demandantes quienes reconocen en su libelo que el contrato de prestación de servicios médicos que su representada celebró con el señor Vargas únicamente le imponía una obligación de medios, pues resulta físicamente imposible se haya obligado a la obtención de un resultado preciso y determinado, ya que el objeto del contrato corresponde a la ejecución de actos médicos en el cuerpo humano, cuyos resultados finales dependen de múltiples e independientes factores, que muchas veces son completamente ajenos y escapan a la esfera del



**Foja: 1**

actuar del médico, y con mayor razón del establecimiento de salud. Así las cosas, y atendido que el incumplimiento contractual que se le imputa se hace consistir en la presunta conducta negligente del codemandado y del equipo de salud que atendía al paciente “en el diagnóstico, la ausencia absoluta de los mismos durante siete horas, la negación de atención de los especialistas cuando fueron requeridos, la ausencia absoluta de tratamiento, su mala aplicación posterior y total ausencia de vigilancia del paciente determinan claramente en la especie la ausencia de cumplimiento de la *lex artis*”, es del caso señalar que tales imputaciones se encuentran plenamente desvirtuadas, toda vez que:

- Su representada cumplió con todas y cada una de las obligaciones que le imponía el contrato celebrado, por cuanto diligente y oportunamente puso a su disposición todos los servicios profesionales de un completo equipo médico de diversas especialidades, debidamente acreditados y calificados en experiencia e experticia, quienes por lo demás cumplieron cabal, íntegra y diligentemente con todas sus obligaciones profesionales, éticas, contractuales y legales, pues su actuar siempre se ajustó a la *lex artis* de la ciencia médica, siendo su proceder carente de culpa y/o negligencia.

- El codemandado controló adecuadamente la condición del paciente desde su ingreso al servicio médico-quirúrgico, unidad de hospitalización de menor complejidad, donde había sido trasladado luego de superar la condición más crítica con que había ingresado, y en la cual se intentaría lograr su diuresis espontánea.

- Durante el 26 de abril del 2014 el paciente fue asistido por su médico tratante, por el urólogo y el residente de turno en cuanto se requirió su presencia. Ello se encuentra objetivado en los registros clínicos que dan cuenta que en la fecha señalada fue evaluado por estos tres médicos.

- No es efectivo que el paciente haya estado con vómitos durante más de 7 horas, por el contrario, los registros de enfermería informan que el señor Vargas fue controlado periódicamente por el personal de enfermería, que detectó oportunamente su cuadro de retención urinaria, informando de ello tanto a su tratante como al urólogo, así como también asistió oportuna y diligentemente los dos episodios de vómitos que presentó el paciente, el primero alrededor de las 2.5:00 horas y que no significó problema alguno, y



Foja: 1

el segundo que se presentó después de las 21:30 horas, que fue de carácter explosivo y produjo una broncoaspiración, por el cual recibió asistencia médica inmediata y se trasladó a la UPC.

Destacar que la broncoaspiración que se produce en cualquier episodio de vómito explosivo es un fenómeno inevitable pues se relaciona con el acto de regurgitación del contenido alimentario y la natural reflejo de inspiración.

- En la UPC se desplegaron los mayores esfuerzos terapéuticos para la resolución de las complicaciones propias e inherentes a la broncoaspiración que presentó el paciente, lográndose su estabilización y finalmente su alta hospitalaria.

b) Inexistencia de los daños reclamados.

Su parte niega expresamente la existencia de los daños reclamados en la demanda, por cuanto:

- La descripción de los hechos que configurarían el daño moral reclamado es del tal ambigüedad que impide conocer cuál sería la "amargura, depresión, dolor o pérdidas espirituales" sufrida por cada uno de los demandantes, pues tales vocablos más bien describen el concepto doctrinario de daño moral, sin traducirse en hechos precisos y concretos que hubiesen afectado a cada uno de los actores. Al respecto, no puede olvidarse que el señor Vargas tenía 87 años de edad, presentaba múltiples morbilidades previas, como un cáncer de próstata, una obstrucción intestinal, una uropatía obstructiva baja, arritmia por fibrilación auricular y un enfermedad renal crónica, entre otras, condiciones que demuestran se trataba de un paciente deteriorado y lábil, que incluso en el registro de enfermería de ingreso se describe como semi-autovalente, de manera tal que su condición posterior al egreso hospitalario y luego su fallecimiento se explican por el natural deterioro que sufre el ser humano con el avanzar de la edad.

- Los gastos médicos que se reclaman a título de daño emergente, simplemente corresponden al costo de los necesarios tratamientos que requería la condición de salud del paciente, y no consta que ellos hayan sido solventados con el patrimonio personal de cada uno de los demandantes.

c) Inexistencia de todo vínculo de causalidad entre la conducta de su



Foja: 1

representada y los daños alegados por el actor.

Según lo dispuesto en el artículo 1558 del Código Civil solo son indemnizables aquellos daños que puedan imputarse a malicia o negligencia de otra persona, requisito que resulta imposible de configurar en los hechos sometidos al conocimiento del tribunal, toda vez que:

- Su representada dio cabal, fiel, oportuno y diligente cumplimiento a su obligación de proporcionar la infraestructura necesaria para las atenciones médicas que requirió el paciente. Asimismo, todos los integrantes del equipo de salud que participaron en las atenciones cuentan con una sólida formación académica y acreditación de especialidad. Es indudable que el potencial de causalidad del proceder de su defendida con respecto a los daños alegados por el actor es indiferente al derecho.

- Las eventuales secuelas físicas del paciente se habrían presentado de todos modos en razón de su edad y deteriorada condición previa al ingreso al establecimiento.

Así las cosas, se tiene como lógica conclusión que la responsabilidad que se pretende imputar a su representada, y en la que se funda la petición de reparación de daños de los demandantes, carece de todo sustento fáctico-jurídico, pues no concurren bajo prisma alguno los requisitos esenciales y copulativos que hacen nacer la obligación de indemnizar. Por ende, la demanda necesariamente debe ser rechazada, por cuanto no cabe condenar a una persona por la ocurrencia de hechos que escapan absolutamente a su control.

d) Rechazo de la demanda, por la inexistencia de toda obligación solidaria de los demandados.

De existir responsabilidad de los demandados de indemnizar los perjuicios reclamados, bajo ninguna perspectiva jurídica podría ser solidaria, toda vez que del artículo 1545 del Código Civil se colige no son obligatorias aquellas modalidades que no han sido pactadas por las partes. El artículo 1511 del Código Civil dispone como fuentes de la solidaridad "la convención, el testamento o la ley", y en este caso no habiéndose convenido la solidaridad, esta modalidad en el cumplimiento de la obligación carece de sustento para ser declarada, en la acción ejercida por responsabilidad civil contractual.



Foja: 1

e) En subsidio, rechazo de los improcedentes reajustes e intereses.

Su defensa rechaza absolutamente la procedencia que se le condene a pagar indemnización pecuniaria alguna; pero para el evento improbable que se estimase dar lugar a ello, precisa que conforme con el texto expreso de la demanda, resulta claro que la pretensión de la contraria, y por ende la naturaleza de este procedimiento, es de carácter declarativo y consecuentemente de condena, de manera tal que si la sentencia definitiva declarara la existencia de la obligación de los demandados de indemnizar a los actores, bajo ninguna perspectiva jurídica tal obligación de dar una suma de dinero podría reajustarse o generar intereses desde una época anterior a su nacimiento, pues es claro e irrefutable que la obligación solo existirá y será exigible cuando la sentencia de término quede firme y ejecutoriada.

Asimismo, contestó la demanda subsidiaria, solicitando su rechazo, con costas, conforme con las siguientes excepciones y/o defensas.

a) Improcedencia de la demanda subsidiaria por la inexistencia de los hechos generadores de la responsabilidad extracontractual demandada. Su defensa refuta cualquier juicio de reproche y/o disvalor que la contraria pueda argumentar en su contra, por cuanto no existe ningún hecho ilícito que pueda imputársele a su autoría o a la de sus dependientes o delegados, y que la obligue a indemnizar los daños que los actores alegan en su demanda, toda vez que:

- Clínica Avansalud siempre puso a disposición de don Eugenio Vargas Ulloa todos los recursos profesionales y técnicos para su adecuada atención, siendo evaluada, diagnosticada y tratado conforme a la sintomatología que iba manifestando, y superándose adecuadamente las complicaciones que presentó.

- Todos los médicos y el equipo de salud que atendieron al paciente se encuentran debidamente capacitados y acreditados en el ejercicio de su profesión y sus respectivas especialidades, con lo que resulta imposible configurar una conducta negligente y/o descuidada de su representada en la elección de los profesionales que prestan sus servicios en sus dependencias y/o en la organización de sus recursos humanos y técnicos.

- En todas las atenciones que se le brindaron a la paciente se respetaron estrictamente las normas, postulados y recomendaciones que





Foja: 1

dispone la Lex Artis de la medicina, lo que desvirtúa toda hipótesis de culpa invigilando o culpa directa de su representada.

- Las atenciones brindadas a don Eugenio Vargas Ulloa, al interior de Clínica Avansalud no le causaron daño alguno.

Con lo expuesto, resulta evidente que la acción subsidiaria necesariamente debe ser rechazada, pues no concurre ninguno de los elementos generadores de la responsabilidad extracontractual que se reclama de su representada, y al efecto se remite y da íntegramente por reproducidos todos los antecedentes expuestos en lo principal de esta presentación, argumentaciones que simplemente no transcribo para respetar el principio de economía procesal.

b) Solicita el rechazo de la demanda por la inadmisibles modalidad de condena que se pretende de los demandados.

De existir responsabilidades de los demandados de indemnizar los perjuicios reclamados, bajo perspectiva jurídica alguna podría ser solidaria, pues la acción subsidiaria que se ejerce en autos en contra de su representada, se sustenta en el estatuto de la responsabilidad civil extracontractual del empresario por el hecho de los dependientes, el cual se encuentra consagrado en los artículos 2320 y 2322 del Código Civil, normas que no contemplan la solidaridad como modalidad en el cumplimiento de la obligación indemnizatoria, por lo que la pretensión de la contraria de obtener una condena solidaria de los demandados carece de toda fuente que la respalde. Así las cosas, resulta del todo inadmisibles la solicitud de condena solidaria de los demandados, lo que impone la declaración del rechazo de la demanda, pues en los hechos no existe fuente alguna que permita establecer dicha modalidad de obligación.

c) En subsidio, solicita el rechazo de los improcedentes reajustes e intereses reclamados en la demanda.

Su defensa rechaza absolutamente la procedencia que se le condene a pagar indemnización pecuniaria alguna, pero no obstante lo anterior y para el evento improbable que se estimase dar lugar a la pretensión intentada, es jurídicamente imposible dar lugar a los reajustes e intereses pedidos, y para tal efecto se remite y da por íntegramente reproducidos los argumentos expuestos en el título de idéntica materia de lo principal.



Foja: 1

En presentación de 17 de enero de 2017, el **demandado don Luis Sepúlveda Pavez contestó a demanda**, solicitando su rechazo, con costas. El demandado es médico cirujano con especialidad en medicina interna, y en tal calidad le correspondió participar por primera vez en la atención del paciente cuando este fue derivado a la Unidad Médico Quirúrgica de la Clínica Avansalud el 25 de abril de 2014. Recibió y procedió a revisar sus antecedentes médicos, entre los cuales destacaban: 87 años de edad, cáncer de próstata, cáncer de colon operado, accidente cerebro vascular previo no secuelado, uropatía obstructiva baja, obstrucción intestinal por fecaloma, arritmia por fibrilación auricular, enfermedad renal crónica etapa IV. Siendo esta la primera evaluación del paciente, el médico se presentó con sus familiares y conversó con ellos, explicándoles se intentaría lograr una diuresis espontánea para que así pudiese irse de alta sin el uso de catéter urinario permanente. Al día siguiente su representado evaluó al paciente alrededor de las 13:00 horas y al encontrarlo en buenas condiciones dispuso el retiro de la sonda Foley, supeditado a la consecución de diuresis espontánea, dejó la indicación de cambio de papilla a régimen liviano para mejorar adherencia y se le avisara en caso de cualquier cambio en sus condiciones, retirándose de la clínica. Conforme a lo anterior, y tal como consta en la ficha clínica a las 18:45 horas del 26 de abril de 2014 se le dio aviso que el paciente no había logrado diuresis espontánea, sin otra comunicación de relevancia clínica. Por tal razón, indicó la reinstalación de la sonda Foley, con endogel y que se diera aviso a urólogo de turno, sin tener más noticias del paciente hasta el día siguiente cuando concurrió a su visita regular programada. Recién en la mañana del 27 de abril de 2014 le fue comunicado por el médico residente de la Unidad de Pacientes Críticos, doctor Jorge Casado, quien salía del turno noche, que el paciente había cursado en la noche del 26 de abril, luego de la instalación de cistofix, un episodio de vómito explosivo que derivó en una broncoaspiración, por lo cual se reingresó a la Unidad de Paciente Crítico. Ingresado a dicha unidad, el paciente estuvo a cargo de un equipo médico multidisciplinario, en el que también participó su representado, quien lo evaluó diariamente y estuvo en contacto permanente con su familia, definiéndose en pleno consenso con ellos las mejores opciones terapéuticas para el enfermo.



Foja: 1

Gracias a los esfuerzos desplegados, se logró darle de alta el 17 de junio de 2014 en las mejores condiciones que su situación permitió. Así las cosas, resulta evidente que la demanda intentada en su contra debe necesariamente ser rechazada, pues en los hechos sometidos a conocimiento del tribunal no concurre ninguno de los elementos generadores de responsabilidad contractual que se pretende.

En cuanto a la acción ejercida en sede contractual.

a) Solicita el rechazo de la demanda, por falta de legitimación procesal de los actores. Conforme con la literalidad de la demanda resulta incuestionable que el contrato cuyo incumplimiento se reclama es aquel celebrado entre Avansalud y el paciente, don Eugenio Vargas Ulloa. La demanda establece que los actores comparecen a título personal y a su propio nombre, reclamando daños propios, sin invocar título alguno que les hiciera poseer la calidad de parte en el contrato cuyo incumplimiento se reclama, por lo que la pretensión indemnizatoria debe ser rechazada, atendida la falta de legitimación procesal de los demandantes para deducir la acción de indemnización de perjuicios por el supuesto incumplimiento de obligaciones de un contrato en el que jamás fueron parte y que no produce efecto alguno a su respecto.

b) En subsidio, solicita el rechazo de la demanda, por la inexistencia del incumplimiento contractual reclamado.

En los hechos sometidos a conocimiento del tribunal no concurre ninguno de los elementos generadores de responsabilidad contractual que se pretende.

- En cuanto a la existencia de una conducta negligente y/o culpable de su representado que configure el supuesto incumplimiento de sus obligaciones que se reclama. Las obligaciones impuestas a su defendido, en cuanto involucran la prestación de atenciones médicas, son de medios y no de resultado como erradamente intenta dar a entender la contraria. Resulta físicamente imposible se haya obligado a la obtención de un resultado preciso y determinado o a la permanencia exclusiva al lado del enfermo, pues las obligaciones emanadas del contrato que vinculó a las partes de la Litis, precisamente tiene por objeto la práctica y/o ejercicio de la medicina, que no es una ciencia exacta, por lo que sus resultados finales dependen de



**Foja: 1**

múltiples e independientes factores, imposibles de evitar. Cita el artículo 1556 del Código Civil e indica que en el análisis de los hechos discutidos se deberá determinar y/o ponderar si su representado incumplió total o parcialmente sus obligaciones o bien retardó su cumplimiento, para lo cual cabe recordarse que el artículo 44 del Código Civil establece que es culpa leve aquella falta de diligencia y cuidado que los hombres emplean ordinariamente en sus negocios, de manera tal que en la apreciación de la falta de cuidado que corresponde realizar en autos, deberá compararse la conducta del supuesto autor del daño y la que habría observado un hombre prudente en el desempeño de sus actividades. Así las cosas, para determinar si incumplió o no con el cuidado y diligencia debidos, se deberán ponderar las circunstancias existentes y conocidas a ese momento por el agente. Su defensa sostiene que cualquier otro médico, de igual especialidad y experticia, habría actuado idénticamente a su representado. Conforme a lo anterior se deja en total evidencia lo insostenible que resulta configurar la existencia de una conducta negligente y/o culpable de su representado en la atenciones que otorgó al paciente, requisito esencial para establecer una condena de responsabilidad indemnizatoria, según lo dispuesto en los artículos 1547 y 1558 del Código Civil. Concretamente, su actuar se ajustó a la *lex artis*, toda vez que controló e ingresó al paciente a la Unidad Médico Quirúrgica, realizando una completa anamnesis del mismo; dispuso que las medidas terapéuticas tendientes a lograr el alta en mejores condiciones de manejo ambulatorio, resultaban idóneas y adecuadas al estado de salud del enfermo; una vez informado de la complicación que presentó, se encargó de liderar un equipo multidisciplinario que lo trató de manera integral, lo que en definitiva permitió que fuera dado de alta en las condiciones propias de una persona de su avanzada edad y deteriorado estado de salud previo a su ingreso.

- En cuanto al nexo de causalidad alegado por los demandantes.

Según lo dispuesto en el artículo 1558 del Código Civil solo son indemnizables aquellos daños que puedan imputarse a malicia o negligencia de otra persona, requisito que resulta imposible de configurar en estos hechos, toda vez que: la conducta de su defendido fue siempre correcta, diligente y oportuna, es decir, carente de culpa, de modo tal que su



Foja: 1

potencial de causalidad con respecto a los daños alegados por los actores es indiferente al derecho; los sufrimientos psicológicos que se alegan en la demanda, de modo alguno se encuentran vinculados con el actuar de su representado.

Sostiene que ninguno de los daños alegados por la contraria son ciertos y efectivos, y aun cuando se acreditara su existencia, estos se encuentran totalmente desvinculados con el actuar de su defendido, lo que sin dudas lo exime de toda responsabilidad.

- En cuanto a los daños reclamados.

Su parte niega expresamente la existencia de los daños reclamados en la demanda, y aun cuando se acreditará que la contraria ha padecido los perjuicios señalados, estos no se vinculan con el actuar de su defendido.

Así las cosas, la responsabilidad que se pretende imputar carece de todo sustento fáctico-jurídico, pues en la especie no concurren bajo prisma alguno los requisitos esenciales y copulativos que hacen nacer la obligación de indemnizar.

c) Solicita el rechazo de la forma en que se solicita se condene a los demandados en sede contractual. En el evento de existir responsabilidad de los demandados de indemnizar los perjuicios reclamados por los actores, bajo ninguna perspectiva jurídica podría ser solidaria, en consideración a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1511 del Código Civil, que ha establecido como fuentes de la solidaridad "la convención, el testamento o la ley". En la especie no existe ninguna de las fuentes que haga procedente la aplicación de esta modalidad obligacional.

El contrato que celebraron los demandados no estipulaba la obligación de solidaridad, por lo que se descarta la convención. Lo mismo ocurre con las otras dos fuentes, no existe testamento como fuente de las obligaciones alegadas ni disposición legal alguna que pudiese servir para exigir una eventual condena solidaria en responsabilidad contractual.

Asimismo, contestó la demanda subsidiaria, solicitando su rechazo, con costas, conforme con las siguientes excepciones y/o defensas: - inexistencia de los hechos generadores de la responsabilidad extracontractual demandada. - la inadmisble modalidad de condena que se pretende de los demandados. -rechazo de los improcedentes reajustes reclamados en la



Foja: 1  
demanda.

En presentación de 27 de enero de 2017, la demandante evacuó la **réplica**, indicando ser efectivo que don Eugenio Vargas padecía ciertas enfermedades, propias de su edad y que fue internado en la Unidad de Pacientes Críticos de la Clínica Avansalud. Sin embargo, ello no fue el fundamento de la serie de daños ocasionados por los demandados que desencadenó en su muerte. La clínica señala en innumerables ocasiones que puso a disposición del paciente distintos médicos de diferentes especialidades, aparte del servicio de enfermería, pero no que las versiones de unos y otros eran contradictorias, con la consiguiente preocupación de la familia del paciente, por cuanto consideraban que su padre, padrastro y cónyuge no estaba siendo atendido con la dedicación que se ameritaba. Tal como el demandado señala en su contestación, el 14 de abril de 2014 don Eugenio Vargas acudió al servicio de urgencias de la clínica, siendo su motivo de consulta un cuadro de 4 días de evolución, caracterizado por vómitos, dolor abdominal, taquipnea, sudoración y mareos. El demandado expresamente niega que “el paciente haya estado con un cuadro de náuseas y vómitos reiterados y que haya permanecido sin asistencia médica durante todo el día 26 de abril.” Pero manifiesta una secuencia de hechos que en la realidad no sucedieron. Se contradice al indicar que nunca el paciente estuvo con un cuadro de náuseas y vómitos, para luego agregar que “solo presentó un episodio de vómito bilioso alrededor de las 15:00 horas” y “pasada las 21:30 presentó un vómito explosivo, que produjo una broncoaspiración, por lo cual fue reingresado a la Unidad de Pacientes Críticos”. En este punto hay que detenerse, pues entre las 15:00 y 21:30 nada dice respecto del procedimiento médico que se adoptó para evitar un nuevo vómito. No señala qué hizo en concreto, qué exámenes de imágenes se tomaron para verificar el eventual daño, si nuevamente el paciente se obstruyó, si suspendió o no su régimen alimenticio. La negligencia en el cuidado del vómito es evidente. La secuencia de hechos que se narran en la contestación es contradictoria con la ciencia médica y el mismo sentido común, primeramente debió ocurrir el “vómito explosivo” (el cual, según los hechos narrados por la demandada acaeció a las 21:30 horas) y el “vómito bilioso” debió haber sucedido a posteriori (y no a las 15:30, como se



**Foja: 1**

señala). La broncoaspiración, a la cual el demandado no atribuye mayor importancia se produjo como consecuencia del mal manejo médico y de enfermería de la Clínica. Si hubieran sido más diligentes en su actuar el paciente no la habría padecido.

El demandado trata de pasar por alto el hecho de que, tal como lo señaló expresamente, el paciente concurrió al servicio de urgencias de Avansalud “siendo su motivo de consulta un cuadro de 4 días de evolución, caracterizado por vómitos, dolor abdominal, taquipnea, sudoración y mareos”. Efectivamente la familia del paciente estuvo presente hasta las 22:00 horas de ese día, acusando cada vez que el paciente vomitaba. No solo fueron los dos episodios respecto de los cuales el demandado se pronuncia, sino que fueron innumerables. A pesar de los continuos reclamos de los familiares en caso alguno el personal médico visitó al enfermo. Don Marcos Vargas, hijo de don Eugenio, solicitó auxilio a algún médico de la UPC, pues los médicos de la unidad médico quirúrgica no respondieron a sus deberes clínicos. Le señalaron que, a pesar de conocer al paciente -ya que había estado internado por varios días- y de la cercanía entre ambas unidades, no era posible que un médico UPC concurreniera a visitar a un paciente de la unidad médico quirúrgico. En definitiva, ningún facultativo que prestare servicios para el demandado concurrió a los llamados de auxilio de los familiares ante los continuos vómitos de don Eugenio Vargas. La falta del deber de vigilancia que le corresponde al personal médico y de enfermería, los cuales dependen de Avansalud, se hace patente.

Respecto de la broncoaspiración, la ciencia médica ha señalado que “En la neumonía aspirativa hay evidencia radiológica de infiltrado parenquimal pulmonar en diferentes segmentos, como consecuencia del paso de secreciones contaminadas por agentes patógenos que proceden de la región orofaríngea o gastroesofágica hacia el árbol traqueobronquial. Se presenta principalmente en adultos mayores y en pacientes con alteraciones neurodegenerativas. Los mecanismos implicados en la aspiración son: la disfagia orofaríngea funcional y las alteraciones gastroesofágicas. Los gérmenes implicados son *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenza* y *S. aureus* cuando la neumonía aspirativa ocurre en la comunidad y bacilos gramnegativos si es de ocurrencia intrahospitalaria. Los anaerobios pocas



**Foja: 1**

veces son agentes responsables. La historia clínica, radiografía pulmonar y otros procedimientos como la videofluroscopia orofaríngea, resultan útiles para el diagnóstico. El tratamiento está basado en el uso de antibióticos principalmente contra gérmenes aeróbicos grampositivos y gramnegativos y, excepcionalmente, contra anaerobios en situaciones especiales; y, medidas para disminuir las condiciones que favorecen la broncoaspiración”. El demandado dice que durante toda la estadía en la UPC, el equipo médico mantuvo informada a la familia. Lo que hizo la clínica es lo mínimo que debe de hacer. La Ley N° 20.584 es clara en este sentido. Luego sostiene que “el contrato que Avansalud celebró con el paciente, solo imponía a mi representada la obligación de proporcionar los servicios médicos de profesionales debidamente calificados en experiencia y experticia en el ejercicio de las especialidades médica”. Olvida que entre las 15:00 y 21:30 horas del 26 de abril de 2014 el personal médico y de enfermería respecto de don Eugenio Vargas fue negligente en el cumplimiento de sus deberes, por cuanto el deber de vigilancia que los profesionales de la salud deben de ceñirse fue violentado. Si hubieran observado con detención el estado del paciente, hubieran evitado la neumonía aspirativa que evidenció. Y establece que el paciente fue dado de alta, sin señalar nuevamente porque tuvo que hacer uso de ventilación mecánica. Asimismo, Avansalud pretende exonerarse de responsabilidad haciendo alusión al artículo 112 del Código Sanitario, mediante una interpretación antojadiza de la legislación, por cuanto trata de culpar a sus médicos de su negligencia.

En cuanto a la supuesta falta de legitimación procesal de los actores alegada, carece de racionalidad, pues de ser acogida dicha postura supondría una especie de causal de exoneración de la responsabilidad civil, ya que don Eugenio Vargas falleció a consecuencia del incumplimiento de los demandados, en caso alguno existiría sujeto activo legitimado para demandar indemnización de los perjuicios. En caso de responsabilidad médica, para los facultativos, las Clínicas y Hospitales sería más fácil esperar que los pacientes fallecieran y así no existiría sujeto activo para demandar. El planteamiento del demandado implicaría acoger el principio *nemo auditur propriam turpitudinem allegans*. El demandado trata de ignorar el derecho de representación que le cabe a sus poderdantes o bien, quiere





Foja: 1

ignorar el hecho de que don Eugenio Vargas falleció a consecuencias del incumplimiento contractual por su parte.

Posteriormente, solicita el rechazo de la demanda por la inexistencia de los elementos de la responsabilidad civil contractual demandada. A su juicio, los requisitos exigidos por el derecho civil para que proceda la responsabilidad contractual se hacen evidentes. A saber, Avansalud alega no existe conducta negligente suya, del codemandado ni del equipo de salud que participó en la atención del paciente. Dicho planteamiento es muy genérico, pero no ha dado respuesta del motivo de la broncoaspiración, enfermedad que por lo general se presenta por mal manejo médico y de enfermería. El demandado no detalla, para tratar de fundamentar su diligencia en el cumplimiento del contrato, qué sucedió entre las 15:00 y 21:30 horas del 26 de abril de 2014. Además, a diferencia de lo que el demandado menciona el médico Luis Sepúlveda no controló adecuadamente al paciente en la unidad médico quirúrgica, no evitó la neumonía aspirativa. A su vez señalan que “la broncoaspiración que se produce en cualquier episodio de vómito explosivo es un fenómeno del todo evitable, pues se relaciona con el acto de regurgitación del contenido alimentario y la natural reflejo de inspiración”, lo que es total y absolutamente falso, por cuanto ignora que se trató de un paciente con vómitos, por ende que hubiera vomitado nuevamente era del todo esperable, así la broncoaspiración era evitable, si los codemandados hubieran obrado conforme a derecho en el cumplimiento de sus deberes contractuales.

Por otro lado, el incumplimiento contractual se presume culpable, según el inciso tercero del artículo 1547 del Código Civil. En caso alguno el demandado ha podido desvirtuar esta presunción. Luego alega la “inexistencia de los daños reclamados”. Tratan de exonerarse de responsabilidad culpando a la edad del paciente y a sus enfermedades previas. A su vez, intentan negar la existencia de gastos médicos elevados. El daño moral se hace palpable, ante la pérdida de un ser tan cercano como fue el cónyuge, el padre o padrastro. Cita jurisprudencia.

En lo referente a la inexistencia de vínculo causal, los daños reclamados tienen como causa directa e inmediata la conducta culposa del



Foja: 1

demandado en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. Nuevamente Avansalud trata de exonerarse de responsabilidad culpando a la edad del paciente o sus complicaciones previas. Quiere ignorar el hecho de que el paciente colapsó por carencia de personal u otra causa análoga.

En lo relacionado con la obligación solidaria entre los codemandados, es efectivo lo que señala Avansalud, se está en presencia de una obligación simplemente conjunta, respecto de la cual deberán de responder los demandados.

Y respecto a los intereses y de cuando estos nacen, el demandado olvida que el hecho culposos que ha producido daño y merece ser reparado, violentó al ordenamiento jurídico y los intereses deben ser aplicados desde la fecha en que se produjo el incumplimiento. No hace mención alguna a los reajustes.

A su vez, respecto de la demanda subsidiaria de indemnización de perjuicios, se alega su improcedencia por la insistencia de los hechos generadores de la responsabilidad extracontractual demandada. Al emanar de los mismos hechos, se remite a lo anteriormente señalado. El demandado sostiene que “las atenciones brindadas a don Eugenio Vargas Ulloa, al interior de Clínica Avansalud no le causaron daño alguno”, afirmación absolutamente falsa. Hubo un daño en su personal no ser atendido oportunamente cuando padeció una neumonía aspirativa, que lo derivó a la UPC y fue conectado a un ventilador mecánico, para dejarlo postrado en cama y posteriormente producir su muerte. Los daños son evidentes. Además, solicita “el rechazo de la demanda por la inadmisibles modalidad de condena que se pretende los demandados”. En este sentido, el demandado no entiende la norma del artículo 2317 del Código Civil. Finalmente y respecto a los intereses y de cuando estos nacen, se remite a lo señalado: el demandado olvida que el hecho culposos que ha producido daño y merece ser reparado, violentó al ordenamiento jurídico y los intereses deben ser aplicados desde la fecha en que se produjo el incumplimiento (o la que SS. determine). No hace mención alguna a los reajustes.

En presentación de 14 de febrero de 2017, la demandada **Avansalud S.p.A** evacuó la **dúplica**, indicando que son fundamentos de petición de rechazo de la demanda todas y cada una de las consideraciones de hecho y



Foja: 1

derecho expuestas en su contestación, las que da por íntegramente reproducidas. En su réplica la contraria no plantea alguno que logre desvirtuar su defensa para enervar las acciones intentadas en su contra, por lo que estima inoficioso incurrir en reiteraciones.

En presentación de 14 de febrero de 2017, el demandado don **Luis Sepúlveda Pavez evacuó la dúplica**, indicando que son fundamentos de petición de rechazo de la demanda todas y cada una de las consideraciones de hecho y derecho expuestas en su contestación, las que da por íntegramente reproducidas. Además, respecto de la réplica, precisa los siguientes aspectos. En cuanto a lo que respecta a la falta de legitimidad activa de todos los actores, en la réplica se señala que estarían legitimados invocando el derecho de representación que eventualmente les asistiría, un argumento totalmente falaz, toda vez que de la simple lectura del libelo pretensor se aprecia que todos los demandantes actúan a título personal y ninguno invocando la institución del derecho de representación que la contraria busca invocar. Por otro lado, en la misma réplica la contraparte acoge lo expuesto por su defensa que excepcionó respecto de la modalidad que debían ser condenados los demandados en el régimen de responsabilidad contractual, expresando ahora que la modalidad es simplemente conjunta. Estima que los actores yerran al señalar en su réplica lo concerniente a la demanda subsidiaria y modalidad en que deben ser condenados los demandados lo siguiente: “en este sentido, el demandado no entiende la norma del artículo 2317 del Código Civil. Estamos en presencia de un cuasidelito civil”, resulta necesario precisar que tal alegación sin lugar a dudas descontextualiza el claro tenor literal del libelo pretensor, en el que irrefutablemente consta que la contraparte sustenta su acción indemnizatoria subsidiaria en el artículo 2320 del Código Civil. Los actores pretenden sorprenderlo, modificando extemporáneamente la acción indemnizatoria originalmente deducida, alteración improcedente, pues conforme a lo dispuesto en el artículo 261 del Código de Procedimiento Civil la única oportunidad procesal válida para modificar la demanda es aquella que transcurre entre la notificación y antes de la contestación presentada por cualquiera de los demandados, pues el sujeto pasivo de la Litis ya fue emplazado para ejercer sus defensas conforme con los hechos y el derecho



Foja: 1

invocado en la demanda. Conforme establece el artículo 312 del mismo cuerpo legal la finalidad procesal de la réplica es ampliar, adicionar o modificar las acciones que se hayan formulado en la demanda pero sin alterar las que sean objeto principal del pleito, siendo esto último lo que precisamente ocurre en autos, donde los actores modifican su acción indemnizatoria subsidiaria, que originalmente invocaba el artículo 2320 del Código Civil. Siendo absolutamente improcedente la alteración de la acción ejercida que se pretende realizar, se puede apreciar que con la modificación de la acción indemnizatoria subsidiaria, la Litis ya ha quedado determinada y circunscrita únicamente a la acción que fue originalmente ejercida en la demanda y a las excepciones que su parte dedujo en la demanda, esto es, una acción indemnizatoria por responsabilidad extracontractual sustentado en la norma del artículo 2320 citado.

En lo demás, la réplica no plantea argumento alguno que logre desvirtuar sus defensas para enervar la acción impetrada en su contra, por lo que no incurrirá en reiteraciones inoficiosas.

El 28 de marzo de 2018 se llevó a cabo comparendo de **conciliación** en presencia de ambas partes, la que no prosperó.

Por resolución de 10 de abril de 2017, **se recibió la causa a prueba.**

Por resolución de 16 de noviembre de 2018, **se citó a las partes a oír sentencia.**

**CONSIDERANDO:**

**PRIMERO:** Que doña Sonia del Carmen Gómez Galleguillos, doña Carmen Gloria Vargas Gómez, don Claudio Osvaldo Vargas Gómez, don Marcos Eugenio Vargas Gómez y doña Susana del Carmen Jorquera Gómez, deduciendo demanda en juicio ordinario por responsabilidad contractual, contra la Clínica Avansalud, representada por doña Edith Venturelli Leonelli y contra el médico don Luis Sepúlveda Pavez. Solicitando se le indemnice perjuicio por daño emergente ascendente a 43.000.000.-, daño moral por \$500.000.000.-, reajustes, intereses y costas.

En subsidio, demandan los mismos perjuicios por responsabilidad extracontractual.

Los fundamentos de las acciones se encuentran detalladas en la parte expositiva de esta sentencia.



Foja: 1

SEGUNDO: Que la clínica demandada solicita el rechazo de la acción principal, por falta de legitimación procesal de los actores, ya que no les une contrato de prestación de servicios médicos; porque siendo una obligación de medios no existe conducta negligente; porque no existen daños; porque no existe relación de causalidad, ni porque tampoco hay solidaridad con el médico demandado. Y en subsidio rechaza lo pedido por reajustes, intereses y costas.

Respecto de la demanda subsidiaria, solicita el rechazo porque no existen hechos generadores de responsabilidad y porque sería inadmisibile la modalidad de condena por no existir solidaridad. En subsidio rechaza lo pedido por reajustes, intereses y costas.

TERCERO: Que el médico demandado también solicita se rechace la demanda principal y subsidiaria, con costas, puesto que carecen de legitimidad procesal para demandar al no ser parte del contrato de prestaciones médicas que se señala como incumplido. Y en subsidio, porque o existió negligencia de su parte, no existe nexo causal, ni daños. Además rechaza el fundamento de la solidaridad.

CUARTO: Que son hechos no discutidos en la causa los siguientes:

- a) el 13 de abril de 2014, ingresó como paciente a la Clínica Avansalud, don Eugenio Vargas Ulloa, cónyuge, padre y padrastro de los demandantes, de 87 años de edad, a quien se le diagnosticó una obstrucción intestinal por fecaloma, motivo por el cual se le dejó internado en UCI.
- b) El paciente era operado de cáncer al colon, tenía cáncer de próstata, falla renal, además de hipoacusia.
- c) El 25 de abril de 2014 se le trasladó a rehabilitación en sala, quedando a cargo del equipo respectivo y acompañado por familiares.
- d) Ese mismo día sufrió de vómitos cuya aspiración derivó en neumonía frente a lo cual esa noche se le intubó y mantuvo con ventilación mecánica.
- e) El 17 de junio de 2014 el paciente fue dado de alta con movilidad reducida y dializado.
- f) El 28 de diciembre de 2014, el paciente falleció.



Foja: 1

- g) El médico demandado es parte del equipo de salud de la clínica que asumió el proceso de rehabilitación.

**A.- Respecto de la Acción Principal:**

**I.- En cuanto a Excepción de Falta de Legitimación Activa:**

QUINTO: Que las partes también están contestes en que don Eugenio Vargas Ulloa, ingresó a la Clínica Avansalud por corresponderle según contrato de prestaciones médicas derivado de su previsión de salud, y en ese contexto dicha relación contractual también afecta al médico demandado al ser parte de su equipo.

SEXTO: Que el artículo 1438 del Código Civil señala que “Contrato o convención es un acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa.” lo que implica un vínculo creador de obligaciones para aquellos que han sido parte de él.

SÉPTIMO: Que es claro, en este caso, que los actores demandan por sí, el daño material y el dolor o angustia que les provocó la enfermedad y fallecimiento de su pariente, argumentando que ese daño no se hubiere producido si el contrato celebrado entre su padre y la clínica se hubiere cumplido diligentemente. Sin embargo, tal demanda resarcitoria, no tiene para ellos una fuente contractual. Motivo por el cual la excepción debe ser acogida.

**II.- Respecto de las defensas subsidiarias:**

OCTAVO: Que atendido lo resuelto aparece incensario pronunciamiento, sin perjuicio del análisis que se haga de la demanda subsidiaria.

**B.- En cuanto a la Demanda Subsidiaria:**

NOVENO: Que el artículo 2314 y siguientes del Código Civil establece que “El que ha cometido un delito o cuasidelito que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización; sin perjuicio de la pena que le impongan las leyes por el delito o cuasidelito.”

DÉCIMO: Que los demandantes consideran que su padre y esposo no recibió las atenciones médicas que le eran necesarias, sino que por el contrario la falta de cuidado en ellas hicieron que se presentaran los eventos de vómitos que denuncian como no atendidos y que desencadenaron la aspiración broncopulmonar que le dejó graves secuelas y postración



Foja: 1

falleciendo finalmente. Agregan además que entró al recinto de salud caminando y en buenas condiciones generales pero egresó sin autovalencia y deteriorado.

UNDÉCIMO: Que las alegaciones de la clínica y del médico son las mismas en cuanto a negar la falta que se le imputa de manera que serán tratadas conjuntamente.

DUODÉCIMO: Que conforme al artículo 1698 del Código Civil que dice “Incumbe probar la obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta”, les correspondía a los demandantes acreditar la negligencia.

DÉCIMO TERCERO: Que acompañaron respecto del hecho ilícito los siguientes antecedentes documentales:

- a) “Anamnesis” correspondiente al paciente don Eugenio Vargas Ulloa, emitida por doña Daniela Gatica, Unidad de Paciente Crítico Clínica Avansalud, de 25 de abril de 2014, con indicación de médico tratante Dr. Sepúlveda y diagnóstico “obstrucción intestinal por fecaloma resuelto”. En ella se observa: “Actualmente paciente evoluciona estable, se logra superar episodio de obstrucción intestinal con proctoclisís, prokinéticos y lactulosa (...) Paciente se encuentra en condiciones de traslado”.
- b) “Epicrisis martes 17/06/2014” correspondiente al paciente don Eugenio Vargas Ulloa, emitida por el doctor Luis Sepúlveda Pavez, médico tratante, Clínica Avansalud, en la que se observa lo siguiente: “En MQ evoluciona con adecuada tolerancia oral a alimentación asistida, sin embargo inicia náuseas y vómitos que se intensifican en el pasar de las horas. Además vale destacar dificultad en la diuresis, motivo por el cual se indica sondeo intermitente, el cual se frustró. De este modo se contacta urólogo, quien intenta instalar sonda Foley sin éxito. Por este motivo indica instalación de Cistofix bajo visión ecográfica. Posterior al examen presenta episodio de vomito masivo y broncoaspiración de contenido de retención, lo que sumado a AC x FA de rápida frecuencia determinan su traslado a UPC, donde evoluciona con falla ventilatoria y fatiga



Foja: 1

muscular, motivo por el cual se decide intubar e iniciar ventilación mecánica invasiva. Finalmente se logra instalar sonda Foley sin inconvenientes, lograr retirarse Cistofix transitorio (...).”.

- c) “Epicrisis UGA” correspondiente al paciente don Eugenio Vargas Ulloa, firmada por don Jaime Hidalgo, médico geriatra, y doña María Angélica Bello, becada medicina interna, Facultad de Medicina, Unidad de Geriatria de Agudos Universidad de Chile, en la que se observa: “Paciente con antecedentes descritos, hospitalizado recientemente (14.04.14 – 17.06.14) en Avansalud con diagnóstico de obstrucción intestinal que se maneja medicamente, posteriormente presenta shock séptico foco pulmonar e ITU simultanea por Klebsiella Pneumoniae Blee (+) que requirió VMI, DVA; y que se trató por 21 días con meropenem y vancomicina. Durante la hospitalización presenta falla renal aguda que requiere hemodiálisis de urgencia instalándose”.

DÉCIMO CUARTO: Que dicha parte solicitó oficio con antecedentes expedido por don Mario Pardo Gamboa, Director Médico de Clínica Avansalud, que remite Epicrisis de don Eugenio Osvaldo Vargas Ulloa, que contiene i.- Fecha de ingreso el 14 de abril de 2014 y de egreso el 17 de junio del mismo año; ii.- diagnósticos “enfermedad renal crónica etapa 5, hemodiálisis crónica, neumonía debida a klebsiella pneumoniae, arritmia”; iii.- datos de la evolución del paciente, procedimientos y medicamentos que se le indicaron. iv.- indicaciones del alta.

Además, se recibió oficio dirigido por don Mario Pardo Gamboa, Director Médico Clínica Avansalud, en el cual se remitieron al tribunal copia de los registros clínicos del paciente don Eugenio Osvaldo Vargas Ulloa.

DÉCIMO QUINTO: Que también rindieron testimonial de las siguientes personas:

- de don **Jorge Fernando Buchert Riveros**, quien respecto de haber cumplido los demandados sus obligaciones contractuales en tiempo y forma indicó que no fue así. Vio el estado de salud en el cual don Eugenio Vargas





Foja: 1

ingresó a la clínica Avansalud, tenía una infección intestinal y después tuvo episodios de vómitos, en los cuales no fue atendido en un periodo de varias horas. No sabe si posterior a eso fue regresado a su casa con diálisis. Posteriormente tuvo que ser hospitalizado en la Clínica de la Universidad de Chile, y su condición de salud nunca fue mejor.

Visitó al paciente unas tres veces durante su estadía en la clínica. Estuvo hospitalizado en abril de 2014, unos 15 días. Su estado de salud antes de ingresar a la Clínica Avansalud era uno propio a su edad, pero se manejaba solo y después de su salida de ella andaba en silla de ruedas, con diálisis. Antes de ingresar a la clínica lo vio caminando.

Le consta que cuando el paciente tuvo episodios de vómitos no fue atendido en varias horas, pues justamente se encontraba en ese momento en la clínica. Fue un día sábado de abril de 2014, no recuerda el día exacto. Al ingresar a la clínica tenía sobre los 80 años.

No recuerda exacto el tiempo que medió entre que fue regresado a su casa y posteriormente internado en el Hospital de la Universidad de Chile. Cree que unos dos o tres meses. No sabe en qué fecha fue regresado a su casa desde la clínica demandada, pero fines de abril o principios de mayo.

En cuanto a cuál de los demandados fue responsable de lo ocurrido imagina que la clínica, y ante la clínica el médico. Las obligaciones incumplidas, dada la condición del paciente, fueron que no se le prestó la atención en el momento de haber ocurrido el episodio de vómitos. Recuerdo fueron horas en que no lo atendieron. Deben haber sido dos o más horas.

El día en que estuvo en la clínica no se registró como visita. El paciente estaba en una sala con su hija y su señora. No lo dejaban entrar porque tenía visitas restringidas. Fueron ellos quienes le informaron a los que estábamos afuera, en la sala de espera.

- de don **Cristian Boris Calderón Hinojosa**, quien indicó saber que don Eugenio Vargas se atendía en la Clínica Avansalud y que estuvo hospitalizado ahí. Desconoce al médico.

Considera que hubo una negligencia en el episodio en el cual don Eugenio tuvo una complicación, estando la señora Sonia Gómez presente, se requirió de la asistencia de personal de la clínica, que demoró demasiado



Foja: 1

tiempo en aparecer, lo que le produjo tragara algún tipo de secreción, que hizo que su situación empeorara, más allá del estado natural de su edad. Tuvo un perjuicio con esta negligencia, con esta notoria falta de atención. Ello lo sabe porque en ese minuto estuvo muy cerca de la familia, su padre había fallecido hacía pocos meses, lo que le generaba una sensibilidad especial con el tema, por eso estuvo cercano a Claudio. Además, a los dos días de ocurrida la situación con don Eugenio, estando la señora Sonia muy afligida y afectada, ella se lo contó.

Sabe que don Eugenio estuvo en la clínica demandada el año 2014. Sabe además que falleció en diciembre de 2014, la fecha exacta no la recuerda. Después de Avansalud, lo llevaron al Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Cuando ingresó al primero de dichos recintos tenía 83 a 89 años. No recuerda en qué fecha fue dado de alta del recinto clínico demandado.

- de doña **María Teresa Galaz Barraza**, quien indicó fue a visitar a don Eugenio a la Clínica Avansalud. No se cumplió con el objetivo de que éste saliera en buenas condiciones de salud, de acuerdo al diagnóstico con que ingresó, una obstrucción intestinal. Eso se estaba superando, cuando lo visitó por primera vez lo encontró con buen semblante. Ahí se enteró que lo darían de alta, no sabe si al día siguiente o subsiguiente. Por eso, fue una sorpresa saber que a la semana siguiente seguía internado y estaba en cuidados intensivos. Se enteró por Sonia que se había suspendido el alta, porque hubo un episodio en donde tuvo vómitos en forma continua y no tuvo asistencia médica oportuna, por lo que se le habían infectado los pulmones y le vino una infección que lo derivó a cuidados intensivos por un tiempo largo. También lo fue a ver a cuidados intensivos, pero no lo vio consciente y su apariencia no era buena. Cree que la clínica no cumplió con su obligación de cuidar a sus pacientes y prestar una atención rápida y eficiente a los enfermos que están hospitalizados.

En cuanto a la fecha de la hospitalización, fue a verlo por primera vez en abril de 2014 y su estadía se prolongó después del episodio de los vómitos un par de meses. Fue a fines de mayo a verlo a la UCI, entre mayo y junio, no recuerda la fecha exacta. Allí estuvo un tiempo prolongado.

Después de estar en la Clínica Avansalud, lo visitó en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Nunca vio que se pudiera recuperar de lo que



Foja: 1

le ocurrió, quedó con muchas secuelas. Después de estar en el Hospital de la Universidad de Chile llegó a su casa y tenía que estar en silla de ruedas, no era autovalente y dependía totalmente de su familia. Después se enteró que falleció en diciembre de ese mismo año 2014.

Repreguntado sobre el episodio de vómitos y el tiempo que estuvo sin atención, señaló que estuvo horas sin atención de un médico, pero no sabe cuántas.

Cuando ingresó a Clínica Avansalud don Eugenio tenía unos 82 años aproximados. No sabe cuánto tiempo medió entre que fue dado de alta de la Clínica Avansalud y fue ingresado al Hospital de la Universidad de Chile, pero fue poco tiempo.

En su estadía en la clínica demandada, lo vio directamente dos veces, no había un sistema de registro de las visitas. Solo les pedían cuando llegaban seguir el procedimiento de lavado de manos y esperar la hora exacta de ingreso de visitas.

DÉCIMO SEXTO: Que además los demandantes pidieron prueba confesional, compareciendo don Luis Augusto Sepúlveda, quien indicó que es efectivo que el 13 de abril de 2014 el paciente don Eugenio Vargas Ulloa ingresó al servicio de Urgencias de Clínica Avansalud. Precizando que el diagnóstico principal es “obstrucción intestinal”, probablemente producto de un fecaloma. Además, presentaba inestabilidad hemodinámica, producto de una fibrilación auricular, con pulsaciones de más de 150 latidos por minuto.

Entre las causas que producen un fecaloma, la principal, es la edad del paciente. Como consecuencia de ello el colon funciona más lento, lo que puede favorecerlo, sobretodo en el contexto de éste, que tenía como antecedente un cáncer de colon operado, la aparición de un fecaloma. Es frecuente que los pacientes que presentan un daño orgánico cerebral de base, como en este caso, puedan presentar esta situación.

El método con el que se diagnostica un fecaloma es recurriendo a los antecedentes clínicos, una historia clínica detallada y exhaustiva, con un examen físico, sumado a exámenes complementarios, habitualmente imágenes.

A los pacientes que cursan dicha aflicción, primero se les estabiliza de las complicaciones que pueda generar una obstrucción intestinal por fecaloma,



**Foja: 1**

las que pueden ser deshidratación e inestabilidad hemodinámica. Una vez manejadas estas situaciones, se procede a descartar otras causas que pudieran generar la referida obstrucción, además del fecaloma; y, si finalmente se confirma que esta es la única causa, se procede a administrar medicamentos para acelerar el tránsito intestinal, junto con soluciones de proctolisis, que es un tipo de lavado de colon. Además, se procura que el paciente no se alimente por vía oral hasta corroborar que el tránsito intestinal se ha restablecido.

En el caso del paciente don Eugenio Vargas, el método utilizado fue anamnesis exhaustiva, examen físico, exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas.

Son criterios que determinan que el fecaloma fue resuelto, la recuperación del tránsito intestinal; que se manifiesta en la eliminación de deposiciones por el ano, además de presentar movimientos intestinales más arriba del colon, que permitan el inicio de algún tipo de alimentación o hidratación.

En cuanto a las complicaciones que pueden derivar de dicha aflicción, la más grave, una perforación intestinal, que puede llevar a la muerte. Además, la traslocación bacteriana, que significa que gérmenes que habitualmente habita en el colon o intestino, pueden pasar a la sangre, generando una bacteremia (septicemia), producto de la cual se puede generar una inestabilidad en sus parámetros hemodinámicos y una deshidratación.

Señaló además ser efectivo que el Servicio Médico Quirúrgico es de menor complejidad que la Unidad de Paciente Crítico.

Además, es efectivo que el paciente ingresó al primero trasladado desde la Unidad del Paciente Crítico (UPC). El fecaloma estaba resuelto, lo que determinó la decisión de los clínicos de la UPC. El paciente estaba estable y había reiniciado tolerancia oral con alimentos sólidos. En efecto, el paciente no decidió su reingreso a la UPC sino que el médico de turno a cargo de dicha unidad.

Indicó que es correcto que el 26 de abril de 2014 el paciente llevaba dos días con deposiciones negativas. Tenía ruidos intestinales y una adecuada tolerancia oral, que sugerían que presentaría deposiciones en ese momento



**Foja: 1**

o en uno cercano. Asimismo que en el registro de ficha clínica se consigna la planificación en ausencia de deposiciones fleet. Algunas de las indicaciones, en la medida de que lo más probable es que no se requieran, no se consignan en la hoja de indicaciones, y se transmiten verbalmente al personal de enfermería encargado del paciente, existiendo debido registro en la ficha clínica. En este caso lo más probable era que no se requiriesen, dados los hallazgos de examen físico, donde se escuchaban ruidos intestinales normales.

Es igualmente efectivo que ese día a las 15:00 horas, según registro de enfermería, el paciente presentó episodio de emesis biliosa en una oportunidad. En cambio, no recuerda que a las 20:00 horas del mismo día el personal de enfermería haya registrado “paciente nauseoso más vómitos, abdomen distendido”. Es correcto que a las 21:30 horas se le administró antiemético hizofran 4 mg endovenoso por indicación médica del doctor Morales, urólogo de turno de llamado.

En cuanto a que según la última evolución médica de ese mismo día, sin hora de registro, no se hayan constatado episodios de vómitos, indicó que cuando él constato en la ficha, aproximadamente a las 13:00 horas del 26 de abril, el paciente no había presentado vómitos. La última evolución médica realizada, fuera de UPC, fue hecha por el doctor Morales, que en su condición de urólogo no tiene la obligación de consignar este elemento en la ficha, salvo que lo estime necesario. Además, dicha información se consigna en las evoluciones de enfermería.

No es efectivo que en la ficha clínica del paciente no exista registro de su evaluación en sala una vez iniciados los episodios de vómitos. En la ficha clínica consta el registro, de puño y letra del doctor Morales, antes que el paciente fuera trasladado a la UPC. En el momento en que escribe la ficha, había presentado un vómito bilioso, aproximadamente a las 15:00 horas.

Tampoco es cierto que haya recetado medicamentos al paciente sin examen previo. La indicación en la hoja ad hoc se realiza una vez examinado y evaluado el paciente. En ocasiones se avanza las indicaciones proyectadas para el día siguiente, las que se actualizan una vez que el paciente es evaluado clínicamente en dicha oportunidad.

No es efectivo que, siendo la emesis de inicio abrupto el motivo de



**Foja: 1**

consulta al servicio de urgencia el 14 de abril de 2014, los dos episodios de vómitos del 26 de abril de 2014, eran indicios de una nueva obstrucción intestinal. Los vómitos pueden ser producto de una re habituación a la nueva consistencia del régimen alimenticio, iniciado ese mismo día, por solicitud de la familia, para mejorar su adherencia y para replicar las condiciones de alimentación de su casa, en vista de un alta, que en ese momento se visualizaba pronta.

En sala no se realizaron nuevos exámenes para descartar una nueva obstrucción intestinal, pues no habían elementos clínicos que así lo sugirieran. Una vez que el paciente estuvo en la UPC, sí se realizaron. Como el diagnóstico es fundamentalmente clínico muchas veces basta con la historia clínica y exámenes de laboratorio de sangre, para sospecharla, sobretodo porque el paciente ya era conocido en dicha unidad.

Tampoco es efectivo que, una vez iniciados los vómitos, se suspendió el régimen alimenticio del paciente. Dado que el primer vómito bilioso y en baja cuantía, la indicación es continuar con la tolerancia oral y definir si esta continúa o no; de acuerdo a la evolución, y en base a eso, programar su continuidad o no.

Sobre las condiciones en que se indica al personal de enfermería la instalación de una sonda nasogástrica en un paciente, indicó que en el caso que se suponga que el trastorno intestinal está detenido o muy enlentecido, cosa que al momento de su evaluación clínica no constaba. En cuanto a si con posterioridad al segundo episodio de vómitos indicó al personal de enfermería instalar la referida sonda, indicó que no lo hizo, porque no estuvo en antecedentes de la presencia de vómitos, toda vez que como pueden ser parte del proceso de realimentación y el paciente se encontraba estable, el enfermero de turno no vio la necesidad de comentarle dicha situación (tras el primer vómito). Sí le llamó para comentarle la situación urológica, recibiendo la clara indicación de contactar a dicho especialista en caso necesario. En UPC, como la situación clínica era distinta, si se realizó la indicación, dado que era lo que correspondía.

No es efectivo que una de las complicaciones más catastróficas para un paciente, asociada a vómitos, sea la neumonía aspirativa. Es una de aquellas complicaciones que pudieran ocurrir. La gravedad suele darla la condición



**Foja: 1**  
previa del paciente.

Es efectivo que, según registro clínico realizado por el médico UPC don Juan Pablo Mirada, el paciente fue evaluado por residente de la misma UPC, en contexto de llamado de enfermería, por episodio de vómito, con posterior dificultad respiratoria y FA de respuesta ventricular rápida. En este contexto y observando la nueva situación clínica, el residente de la UPC decide re trasladarlo a esta unidad.

En cuanto a la neumonía aspirativa, esta es una infección pulmonar, producto de la aspiración de contenido bucofaríngeo. Las consecuencias de ella y el pronóstico dependen fundamentalmente de la condición clínica de base del paciente, la oportunidad en el diagnóstico y la extensión del compromiso pulmonar, como de la limitación de oxígeno que el paciente requiere. Además, si hay o no repercusión en el estado hemodinámico del paciente. En cuanto a la posibilidad de evitarla, indicó que podría hacerse en el caso de tomarse todas las medidas de precaución. Pero en general pueden ocurrir abruptamente y sin previo aviso, dificultando su capacidad como clínicos para predecirla.

Es efectivo que una vez reingresado el paciente a la UPC se le instaló sonda nasogástrica por el personal de enfermería, extrayéndose 700 cc. de contenido alimentario, según el registro clínico de 27 de abril de 2014, a las 06:15 am. Consigna que no se puede saber cuánto se este volumen corresponde al alimento y cuanto a saliva, la cual se sabe, se genera en aproximadamente un litro o más al día.

Tampoco lo es que se hayan encarecido los costos y la estadía hospitalaria para el paciente producto de la neumonía aspirativa. Ello ocurrió por las complicaciones derivadas de un shock séptico pulmonar, sumado a una falla orgánica múltiple que presentó. Esta última significa que varios sistemas y órganos fallan. En este caso, además de lo respiratorio, fallaron la parte renal (se deterioró aún más el daño que tenía de base), la parte cardiovascular y hemodinámica, la parte hematológica (padeció una anemia en su estadía en la UPC) y la parte neurológica, con un compromiso de conciencia cualitativo.

No es efectivo que posterior a la neumonía aspirativa el paciente haya debido ser intubado y conectado a soporte ventilatorio invasivo por tiempo



**Foja: 1**

prolongado. No lo fue de manera inmediata, sino que se le otorgó una chance de ventilación mecánica no invasiva (sin intubación) y una vez que esta fue insuficiente, se decidió intubar y conectar a ventilación mecánica invasiva, toda vez que la decisión clínica lo ameritaba.

Es correcto que el paciente cursó deterioro hemodinámico, requiriendo monitorio cardíaco invasivo, uso de inotropos y drogas vasoactivas en altas dosis. En cambio, no lo es que producto de la sepsis pulmonar haya cursado una falla renal reagudizada, requiriendo hemodiálisis. Precisa que producto del shock séptico, en el contexto de una función renal basalmente deteriorada, lo que se corroboró con ecotomografía renal, finalmente se produjo una insuficiencia renal aguda sobre crónica, que determinaron que para salvar la vida del paciente, y previa consulta y aceptación de su familia, se decidiera iniciar la hemodiálisis.

Es efectivo que como consecuencia de la neumonía aspirativa el paciente cursó un cuadro séptico en sangre, orina y vía aérea, con el germen *Klebsiella Pneumoniae* Blee (+). Este último consiste en una bacteria con perfil de resistencia antibiótica alta, lo que significa que el arsenal terapéutico se reduce en alternativas. En sí, no confiere mayor gravedad, salvo la dificultad para tratarla. Recalca que al paciente se le inició antibioterapia empírica al momento de su re traslado a la UPC, el cual demostró su efectividad una vez que se contó con el resultado del cultivo, donde apareció esta bacteria. En cuanto a la relación entre dicho germen y la mortalidad intrahospitalaria, indicó que en general los gérmenes resistentes encontrados en el ámbito hospitalario se asocian a una mayor mortalidad intrahospitalaria. Este es uno de aquellos gérmenes.

Cuando un paciente se encuentra hospitalizado en la UPC es el médico residente y la jefatura técnica quienes dan las indicaciones y toman las decisiones médicas, en conjunto médico tratante y un equipo multidisciplinario de apoyo, que en este caso estuvo presente.

Es efectivo que concurrió a visitar al paciente cuando se encontraba reingresado en la UPC. Fue visitado por él, una vez que asumió como tratante, todos los días hasta que fue dado de alta. Dado que la familia tenía una actitud ocasionalmente hostil con el equipo clínico, y ya que él tenía una adecuada relación con ellos, continuó su labor como tratante,





Foja: 1

como la lex artis define.

No es correcto que producto de la ventilación mecánica prolongada del paciente haya cursado trastorno deglutorio, requiriendo terapia de rehabilitación y trastorno del habla. La ventilación mecánica es solo un factor para dicho suceso. Es más relevante su estado de base neurológico y su edad en este desenlace.

No recuerda la cantidad exacta de días en que don Eugenio Vargas estuvo en la clínica, pero parece ser correcto que fueron 62 días.

Es efectivo que según escáner de abdomen y pelvis de 27 de abril de 2014 practicado al paciente, persistían cambios respecto a la dilatación patológica de asas de yeyuno. Destaca que es frecuente que hallazgos radiológicos no se condigan con la clínica del paciente, lo que determina que aún frente a estos hallazgos, el paciente pudiera haber tenido tránsito intestinal conservado y podrían haber estado expuestos a cambios radiológicos evolutivos respecto del primer escáner realizado en urgencia.

No es efectivo que el paciente ingresó a la clínica por un fecaloma, valiéndose por sí mismo y fue dado de alta postrado en una silla de ruedas. Según lo relatado por su cónyuge, el paciente presentaba dificultad relevante en la movilidad, aun pudiendo caminar. Fue dado de alta en una condición de valencia acorde a la máxima gravedad de los eventos acontecidos y satisfactoriamente tratados, durante su hospitalización, sin desmedro que se le realizó y se le seguiría realizando, según su propia indicación, tratamientos de rehabilitación motora, del habla y de la deglución. En dicho contexto, se proyectaba que el paciente podría no quedar postrado, siempre que se tomaran todas las medidas terapéuticas de rehabilitación indicadas.

Es efectivo que en la epicrisis respectiva se estipuló que ante cualquier consulta había que contactarse a su correo electrónico persona. La familia nunca se puso en contacto con él.

Finalmente, indicó que la última vez que revisó la ficha clínica del paciente fue hace aproximadamente un mes.

DÉCIMO SÉPTIMO: Que por su parte la clínica rindió prueba testimonial de las siguientes personas:

- de don **Rodolfo Valenzuela Cáceres**, quien indicó que al momento de la hospitalización de don Eugenio Vargas se desempeñaba



**Foja: 1**

como médico residente en la Unidad de Pacientes Críticos de la demandada. Se trataba de un paciente de 87 años, con historia médica de hipertensión crónica, cáncer de colon resuelto mediante cirugía años antes. Se encontraba en estudio por un cáncer de próstata y tenía signos propios de deterioro como hipoacusia (disminución de los órganos auditivos), en este caso de ambos oídos.

El paciente consultó el 14 de abril del año 2014 por un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal, de al menos 24 horas de evolución, asociado a náuseas y vómitos. Los familiares decidieron llevarlo a la clínica y debido a la comorbilidades que tenía (enfermedades propias del paciente) se decidió hospitalizarlo en la Unidad de Pacientes Críticos, con el diagnóstico de obstrucción intestinal. Una vez en dicha unidad se pesquisa que tiene una disfunción renal crónica, que al momento de la consulta se encontraba reagudizada, lo que significa que un paciente que tiene una problema renal sufre un deterioro súbito y adicional de la función renal y se objetiva entonces que la causa del cuadro de obstrucción intestinal se debe a un “ fecaloma” (un tumor de heces fecales que se encuentran en el recto o en canal anal y que generan dificultad o impiden la defecación) . Una vez objetivada la causa se solicitó la asistencia de los cirujanos digestivos, de lo recuerda el doctor Gustavo Czwiklitzer acudió a la contestación de la interconsulta y decidió realizar un procedimiento que se llama “ proctoclis”, que consiste en la infusión por vía rectal a través de una sonda rectal de una solución que contiene suero fisiológico, vaselina y sustancias laxantes con el fin de facilitar el tránsito intestinal y repermeabilizar el tracto intestinal bajo, posterior a ello el paciente pudo defecar y se resolvió el cuadro de obstrucción intestinal.

El paciente permaneció en la Unidad de Pacientes Críticos y si bien su función renal mejoró no lo hizo completamente, lo que demuestra que existía una disfunción renal pre-existente. El 24 de abril fue egresado a las camas de médico quirúrgico, ubicado en el 4 piso de la unidad y como era de costumbre, a todos los que egresaban se tomaba la providencia de egresarlos a través de un médico tratante internista, en este caso fue el doctor Luis Sepúlveda. Durante su estadía en el médico quirúrgico, se intenta el retiro del catéter urinario, habitualmente llamado sonda foley,



Foja: 1

instrucción dada por el médico tratante y es su concepto como médico que lo correcto que indica la lex artis para el manejo de catéter urinario, donde siempre se busca en lograr que el paciente pueda orinar de forma autónoma, a lo anterior, en jerga médica, se llama “diuresis espontánea”.

Posteriormente a la instrucción del retiro del catéter el paciente evolucionó con una retención aguda de orina, ante lo cual se le comunicó al tratante y bajo el procedimiento habitual se le solicita a enfermería que reinstale un catéter urinario, (hace énfasis que la instalación de un catéter urinario forma parte de las competencias de cualquier enfermero) y habitualmente tiene buenos resultados, sin embargo, existen situaciones en las cuales la vía urinaria no puede ser canalizada por enfermería y en ese caso se solicita asistencia médica de preferencia, un urólogo, situación que fue comunicada al doctor Luis Sepúlveda, quien comunicó que debía llamarse al urólogo para permealizar la vía urinaria. No recuerda el nombre del urólogo, pero de su conocimiento de la historia clínica, el mencionado intentó la instalación del catéter sin éxito y por lo tanto se decidió realizar “cistostomía percutánea, “mediante un dispositivo llamado “ cistofix”. Este procedimiento consiste en la instalación de un drenaje utilizando una aguja que conduce el drenaje desde la hada (dic) una vejiga, que en este caso, está llena de orina. De esta forma, resuelve la retención aguda de orina. Destaca que la retención aguda de orina produce dolor y como reacción al dolor surgen vómitos, situación que en el caso del paciente ocurrió.

Durante la jornada el paciente fue monitorizado por enfermería, por el tratante, por el urólogo y por el médico residente quirúrgico. En una persona de 87 años, en situación tan aguda como la suya, suelen evidenciarse de forma patente deterioro psicorgánico derivado de su avanzada edad y co morbilidades. Por tanto, se pueden producir trastornos de la deglución que aparecen de forma aguda y súbita, que en la eventualidad de un episodio de vómitos podrían llegar a la bronco-aspiración, que significa la entrada al tracto digestivo, por definición un lugar contaminado a la vía área, lo que puede producir un cuadro grave de la vía área y pulmón, que en la jerga médica se llama” neumonía aspirativa”.

Posterior a eso el paciente fue trasladado a la Unidad de Pacientes



Foja: 1

Críticos nuevamente y considerando su extrema fragilidad desarrolló disfunción multi- orgánica, en este caso caracterizada por falla respiratoria, circulatoria y renal. Destaca que desde el punto de vista de la investigación médica, los pacientes con disfunción orgánica múltiple tienen una mortalidad superior a 85% en las primeras 24 horas y hasta un 60% en los días posteriores a su ingreso en la Unidad de Pacientes Críticos.

Considerando la gravedad de su cuadro fue conectado a ventilador mecánico invasivo y requirió de hemodiálisis, que consiste en una terapia de reemplazo renal que se realiza mediante la instalación de un catéter que se inserta en las venas del paciente debido al manejo ventilatorio, la terapia antibiótica de amplio espectro y las terapias de reemplazo renal y el manejo cuidadoso del personal de la Unidad de Pacientes Críticos, el paciente salió adelante fuera de todo pronóstico. Recuerda fue difícil retirarlo de la sedación y la ventilación mecánica, pues desarrolló un cuadro de “delirium hiperactivo”, que consiste en alteración de la conciencia con agitación, negligencia en seguir órdenes y dificultad para su protección personal, en este mismo caso los pacientes con delirium se manejan con medidas de control ambiental y en algunos casos con contención mecánica que tiene por objetivo evitar accidentes relacionados con la agitación motora. Para ello es fundamental el apoyo familiar, que en el caso particular fue solicitado al hijo del paciente. Su presencia, que inicialmente se pensó para el caso del delirium, posteriormente desencadenó en una serie de conflictos, lo que significó en definitiva que atender al paciente fue una situación extremadamente estresante, lo que sin embargo no mermó la voluntad del equipo en atenderlo con profesionalismo y con la máxima calidad técnica, lo que llevó a que pudiese ser dado de alta alrededor del 26 de junio del mismo año, sin trastorno deglutorio o de deglución, requiriendo reemplazo renal crónico, pero con autonomía aceptable para la historia y condición del paciente. Desconoce su la evolución porque no tuvo la oportunidad de seguirlo.

Contrainterrogado, señaló no estuvo de turno cuando el demandante sufrió los vómitos que indicó. En cuanto a lo declarado sobre este punto, precisó que “vómitos explosivos” no es una definición técnica. La atención de un paciente crítico implica documentarse sobre la historia clínica, su



**Foja: 1**

análisis y antecedentes, por tanto cualquier médico que cumpla funciones en una unidad de pacientes clínicos se encontrará en condiciones de contestar respecto de un paciente que además tuvo una larga estadía.

- de doña **Verónica Monsalve Molina**, estuvo presente en algunas oportunidades cuando el paciente don Eugenio Vargas estuvo hospitalizado. Tuvo problemas respiratorios en la UCI de la clínica en el 2014 y le tocó evaluarlo como interconsulta de hematología. Se trataba de un paciente muy averiado, con secuelas de accidente vascular, cardiopatía de origen hipertensivo, falla renal, desnutrición y en malas condiciones neurológicas. En esta oportunidad le tocó evaluar algunos aspectos hematológicos y pudo constatar que recibió todos los cuidados correspondientes de una UCI, con monitoreo constante. También observó que el médico Luis Sepúlveda pasaba a visitarlo a diario, incluso más de una vez al día. Lo vio sostener varias reuniones con la familia, las que hacía en la oficina del médico jefe.

El paciente ingresó a la clínica ante la imposibilidad de evacuar sus intentos, lo que finalmente se comprobó era un fecaloma (retención importante de materia fecal, voluminosa, no es necesario operarla), condición de tratamiento médico. Tenía sobre los 80 años.

Su cuadro fue resuelto en forma oportuna, lo que sabe pues tuvo la oportunidad de revisar la ficha clínica del paciente.

En aquellos días iba todos los días a la clínica por lo que siempre veía al doctor Sepúlveda en la visita diaria que refirió. La familia del paciente le pareció muy demandante, lo que llamó su atención, de igual modo la paciencia que su colega demostró al atenderlos con tiempo y resolver sus dudas, se trataba de reuniones prolongadas.

En cuanto a la calidad del médico Sepúlveda en las visitas, debe diferenciarse entre el médico de turno, que abarca la atención médica del día, las 24 horas del día, esto puede ser en jornadas de 12 o 24 horas, y otra es la condición de médico tratante, que era don Luis Sepúlveda. Esto es para cuando el paciente sale de su condición dicho doctor se hace cargo de él en sala, es decir, al egreso de la UCI.

Agrega que el problema respiratorio del paciente ocurrió una vez resuelto el problema del fecaloma, días después. En efecto, cuando se planificaba el alta del paciente, presentó una retención urinaria aguada, que



**Foja: 1**

no se logra resolver por una sonda urinaria, por lo que fue llamado en interconsulta un urólogo de apellido Morales, quien determinó debía realizarse un procedimiento de evacuación de la vejiga, la instalación de cistofix (punción en la vejiga que permite sacar la orina). Obviamente esto puede requerir sedación y analgésicos. Al revisar la ficha supo que el paciente vomitó. Ello produjo una broncoaspiración, motivo por el cual tuvo que ser trasladado a la UCI. Esto no es infrecuente, los vómitos post-operatorios, post-procedimientos invasivos ocurren dentro de un 10%, son efectos colaterales. En su opinión, no era predecible este episodio de vómitos.

Luego de dicho episodio estuvo el paciente un tiempo prolongado en la UCI y fue dado de alta. Ello implica que sus problemas más graves fueron resueltos aunque las enfermedades de base continuaron, como es de esperar en un anciano con polipatologías.

DÉCIMO OCTAVO: Que el demandado Sepúlveda, rindió los testimonios que siguen:

- de doña **Carolina del Carmen Herrera Contreras**, quien indicó conoció de este caso en su calidad de médico jefe de la Unidad de Paciente Crítico y tiene presente que dada la gravedad del caso se realizaron todas las acciones médicas tendientes a verificar la causa y resolver los problemas que generaron la obstrucción intestinal de don Eugenio Vargas. El paciente estuvo en dos oportunidades en la unidad y en ambas se le prestó la atención definida por protocolo de sus patologías. Se trataba de un paciente de alto riesgo por su avanzada edad, tenía antecedentes de un cáncer de próstata, de colon, un accidente cerebro vascular anterior, hipertensión arterial e hipoacusia. Presentó un cuadro de obstrucción intestinal por fecaloma por lo que se consultó al Servicio de Urgencia primero y posteriormente se le ingresó al servicio de UPC, donde fue atendido por médicos intensivistas y cirujanos que definieron que el manejo de su cuadro era médico y no quirúrgico en primera instancia. Luego de proceder a la reanimación con volumen, uso de proquinéticos y tomando las medidas de gastroprotección y tromboprofilaxis habituales el paciente respondió favorablemente, por lo que se le trasladó a una unidad no motorizada denominada “médico quirúrgico cuarto-norte”. Allí quedó a cargo del



**Foja: 1**

médico Luis Sepúlveda, internista, acreditado por Clínica Avansalud para hacer tratancias. El 26 de abril de 2014 el paciente fue visto por su médico tratante doctor Sepúlveda hacia el mediodía y posteriormente quedó con sus controles habituales e indicaciones prescritas. De acuerdo a lo registrado en la hoja de enfermería y en la ficha clínica, habría presentado un episodio de vómitos aproximadamente a las 15:00 horas, el que fue asistido por el personal de enfermería de turno. Ese día su tratante había definido el retiro de la sonda urinaria quedando en observación, hospitalizado para eventual conducta en caso de no presentar diuresis espontánea (micción de orina), lo que finalmente ocurrió, por lo que enfermería lo comunicó a su tratante, el que indicó realizar una interconsulta al especialista de urología de turno, que concurrió practicando una cistostomía. El paciente presentó posterior a ello un episodio de vómitos con sospecha de aspiración de contenido gástrico y fue traslado a la UPC. A partir de ese momento permaneció largo tiempo en dicha unidad, período en el cual estuvo con ventilación mecánica, requiriendo drogas vasoactivas, antibióticos y todas las prestaciones monitoreo hemodinámico que su caso requería. En su calidad de médico jefe de la UPC tuvo especial consideración al mantener a la familia permanentemente informada de las condiciones de gravedad del paciente. Se realizaron numerosas reuniones con ella, lo que consta en la ficha clínica, y posteriormente, cuando el paciente recuperó la condición de estabilidad clínica, fue trasladado a médico quirúrgico, nuevamente a cargo del médico demandado. A diario se visitaba en conjunto entre Jefatura y el residente de turno para definir las acciones médicas a seguir como también se le informaba a la familia la evolución. El paciente egresó de la clínica en condiciones de recuperación de la causa que produjo su hospitalización. Agrega que dicha condición era severa y su evolución lenta, pero muy favorable. Repreguntada, indicó haber visto en la ficha clínica como en la hoja de terapia de enfermería las visitas e indicaciones de su médico tratante al mediodía, las anotaciones de enfermería respecto del episodio de vómitos que presentó a las 15:00 horas, los controles de técnicos paramédicos en la frecuencia adecuada para ese servicio, la información del enfermero de turno al doctor Sepúlveda sobre la necesidad de activar la llamada de urgencia al urólogo, la atención de este último y el posterior ingreso a la



Foja: 1

UPC. Hubo permanente atención del equipo profesional con el paciente el 26 de abril de 2014.

En cuanto al episodio de vómitos precisó que estos pueden ser causados por múltiples situaciones, en el caso de un cuadro de obstrucción intestinal en tratamiento pueden ser habituales. Sin embargo, hay numerosas otras situaciones en las que no es posible prever la intensidad o frecuencia, como por ejemplo por dolor. En el caso de don Eugenio Vargas, estaba siendo atendido por dificultad en la micción, lo que podría ser causa de dicho episodio, no pudiendo ser previsto. En pacientes ancianos sin adecuado control deglutorio existe riesgo que el contenido gástrico llegue hasta los pulmones, debiendo establecerse la sospecha para tomar las acciones respectivas de protección de la vía aérea, tales como intubar al paciente, lo que se hizo.

A la época de atención de don Eugenio Vargas la clínica demandada contaba con un servicio UPC acreditado por la Superintendencia de Salud, un cuerpo de residentes médicos calificados, un rol de interconsultores especialistas en cirugía, urología y otras especialidades. La infraestructura tanto de UPC como del Servicio Médico Quirúrgico estaba al servicio de sus usuarios permanentemente. Existían protocolos de atención médica y definición de tareas entre el residente de anestesia, encargado de evaluar a cualquier paciente que presentara una necesidad de atención en el servicio médico quirúrgico. La atención de UPC estaba disponible a solicitud de cualquier área de la clínica tan solo con la petición del personal a cargo del paciente. No existen hechos u omisiones negligentes en relación a la atención del paciente. Incluso quedó constancia en la ficha clínica de que las decisiones de ciertas atenciones excepcionales, como por ejemplo si el paciente iba o no a ser dializado, se conversaron previamente con la familia, específicamente con quien actuaba como representante, su hijo Marcos Vargas.

- de don **Carlos Andrés Sánchez Arévalo**, indicó como enfermero a cargo del paciente que ese día 26 de abril de 2014 lo evaluó constatando que se encontraba estable, lo que se confirma con su evolución clínica en la misma ficha clínica en la que se evidencian signos vitales dentro de rangos normales y solo destaca ausencia de orina espontánea, razón por la cual





Foja: 1

informó vía telefónica al médico tratante Sepúlveda, quien indicó instalación de sonda Foley, lo que se frustró, por lo que se realizó llamado al urólogo de turno doctor Morales para solucionar ese tema. Destaca que el paciente Vargas era uno con múltiples patologías de base, entre ellas cáncer de próstata operado, portador de cáncer de colon operado, uropatía obstructiva baja, insuficiencia renal crónica etapa 4, hipertensión arterial e hipoacusia bilateral.

Durante sus rondas de enfermería ese día el paciente permaneció estable, sin dolor, orienta en tiempo y espacio, hidratado y con buena tolerancia al régimen oral. Se encontraba en el Servicio Médico Quirúrgico del cuarto piso norte de la Clínica Avansalud. Los pacientes que ingresan a esta unidad son aquellos que requieren un cuidado sin monitorización continua y presentan menor complejidad desde el punto de vista médico y de asistencia de enfermería, se realizan por lo menos cada 2 horas visitas de enfermería en caso de un paciente estable y en mayor periodicidad en casos necesarios.

A este respecto, a los médicos de turno se les informan los cambios o necesidades no cubiertas dentro de las indicaciones médicas y cualquier evento que no sea normal dentro del proceso de patología. Por lo anterior asegura que tanto la clínica como el médico demandado, quien visitó al paciente durante la mañana, cumplieron estricta y diligentemente las obligaciones que tenían con el paciente, el que siempre estuvo debidamente controlado. Destaca que ese día el señor Vargas fue evaluado y atendido por su tratante doctor Morales, urólogo, por kinesiología, por distintos técnicos y enfermería y por él mismo.

No hubo acciones ni omisiones negligentes en la atención que se le otorgó por el doctor Sepúlveda en la clínica. Ello le consta por haber participado en la atención que se le brindó el 26 de abril de 2014, evidenciadas en las propias evoluciones clínicas que realizó y consignó en la ficha respectiva.

- de doña **Paulina Reveco Giguea**, quien indicó trabajó como médico cirujano durante el periodo en el servicio de hospitalización del paciente y por revisión de la ficha clínica, de lo que recuerda se trataba de un paciente senil, tenía 87 años, con una carga de morbilidad (enfermedades



**Foja: 1**

previas) importantes, tenía un cáncer de colon, de próstata , hipertensión arterial, accidente cerebro vascular, hipoacusia, que ingreso con cuadro grave a la clínica, específicamente con cuadro intestinal, por el cual ingresó a la Unidad de Paciente Críticos de acuerdo a protocolo. Fue evaluado por un cirujano digestivo que determino el tratamiento médico a seguir y el paciente se recuperó de esa patología. Posteriormente egresa conforme a protocolo de la Unidad de Paciente Críticos y la clínica le asignó un médico tratante, Luis Sepúlveda.

Presentó una complicación aguda que según consta en la ficha clínica fue dos episodios de vómitos y retención de orina aguda por el retiro de la sonda Foley, de acuerdo al registro ese día fue atendido por el médico tratante, por el personal de enfermería, por urólogo de llamada, por el kinesiólogo y cuando tiene el segundo episodio de vómito y posterior broncoaspiración, fue evaluado y atendido por el médico residente de turno, quien decidió su reingreso a la Unidad de Paciente Críticos, de acuerdo a protocolo. Fue atendido en ella desde el 26 de junio del año 2014 en el reingreso y después hasta junio del año 2014. Se le entregó monitorización continua, soporte hemodinámico, soporte ventilatorio, tratamiento de antibiótico y manejo multidisciplinario de todas las patologías de base que tenía y las complicaciones, entre ellas una falla renal que también requirió soporte y las secuelas propias de un paciente crítico, tanto así que pudo ser dado de alta y vuelto a su domicilio.

Repreguntado indica que al ser dado de alta el paciente se fue con indicaciones médicas generales, reposo, régimen de alimentación, controles y medicamentos específicos para cada patología. Entre ambos episodios de vómitos mediaron unas 8 horas.

El paciente ingresó a la Clínica Avansalud el 14 de abril del año 2014, ingresó a la Unidad de Pacientes Críticos el 26 de Abril del año 2014. Revisó su fija médica por última vez hace dos semanas. El contenido de la ficha es del paciente, la custodia de la clínica y ella accedió como personal de salud. Revisó la ficha clínica para recordar el caso. No sabe si estuvo de turno en las fechas en que el paciente padeció de vómitos explosivos.

- de don **Luis Felipe Rivera Bertin**, quien indicó que como kinesiólogo de la clínica y coordinador del servicio del área de kinesiología



**Foja: 1**

respecto de hospitalizados y pacientes, atendió al paciente y como coordinador, se fijó y pidió que fuera atendido por todo el equipo kinésico, velar porque se cumplieran con todas las obligaciones. Al ver al paciente se fijó en su evolución y en que fue atendido por parte de todo el equipo médico, la enfermería. Todo el equipo médico tuvo atención oportuna (se cumplieron correctamente todas las indicaciones de las fichas clínicas).

Repreguntado, indicó que don Eugenio Vargas ingresó por un fecaloma, obstrucción intestinal. Presentaba antecedentes mórbidos de un accidente cerebro-vascular, por lo que no era completamente autovalente. Tenía 87 años.

Desde el punto de vista kinesiológico, la estadía del paciente en la clínica, fue que llegó en condición de no autovalente, pero no 100%, pero después con su estadía en la UCI, su nivel de problemas motores aumentó, pero logró rehabilitarse y ser dado de alta en silla de ruedas y con buen manejo de sus secreciones y partes respiratorias, pero con plan de continuar en su domicilio con un plan kinesiológico para mejorar su funcionalidad. Dicho plan es el adecuado para este tipo de paciente, consiste en poder optimizar las funciones motoras del paciente desde la condición del alta. En cuanto al por qué aumentaron los problemas motores de este durante su estadía en la UCI, indicó que porque estuvo en coma inducido con sedación en ventilación mecánica y con sepsis (infección grave), factores que inciden directamente en la condición neuromuscular. El plan de manejo en la UPC consiste en primero optimizar la funcionalidad respiratoria y ejecutar los programas de desconexión del ventilador mecánico, y lo segundo, es rehabilitar al paciente precozmente en la parte motora para prevenir su deterioro de funcionalidad basal. Dicho plan se cumplió en el caso de este paciente.

Contrainterrogado, indicó que durante la internación del paciente en clínica Avansalud se desempeñaba en las unidades UPC y médico quirúrgico. Le parece que el paciente ingresó al 14 de abril de 2016 y estuvo allí hasta el 16 de junio de 2016, aproximadamente. Estuvo en urgencias, después pasó a la UPC, después a médico quirúrgico, después reingresó a la UPC, egresó y fue dado de alta del médico quirúrgico. En especial, ingresó a la UPC por una broncoaspiración. Esta probablemente se



Foja: 1

produjo por un vómito y la condición de ser un paciente añoso y con un accidente cerebrovascular, por lo que no tiene un adecuado control de su vía aérea. Desde su conocimiento, el vómito se trató oportunamente por el personal de la clínica, pues se ejecutó el ingreso a la UPC, que es lo que corresponde para seguridad del paciente. No recuerda la hora de dicho episodio ni tampoco la de ingreso a la UPC. Tampoco si en dicha oportunidad estaba de turno.

En cuanto a los médicos tratantes de don Eugenio, de medicina interna lo fue el doctor Luis Sepúlveda y el tratante cirujano, don Gustavo Czwilizer.

Finalmente, indicó que revisó por última vez la ficha del paciente hace unas dos semanas.

DÉCIMO NOVENO: Que se rindieron dos informes periciales que tuvieron como base los antecedentes de ficha clínica:

1.- Informe efectuado por doña Daniela Molina, enfermera, en cuyas conclusiones se lee: “En relación a lo expuesto en Fase N°3 sobre la definición del proceso de enfermería y normativa vigente relacionada a los cuidados de profesionales de enfermería, puedo concluir que profesionales de Clínica Avansalud, se ajustan a legislatura vigente que define gestión del cuidado de enfermería (...) Respecto a la supervisión del paciente durante su estadía en servicio de médico quirúrgico y la proporción oportuna de cuidados otorgados por profesionales de enfermería, según registro clínico evaluado, se encuentra evidencia de cada acción de enfermería ejecutada en beneficio del estado de salud del paciente, como lo indica la norma (...) Según el análisis cronológico de los eventos, exámenes, revisión de ficha clínica y protocolos institucionales se evidencia la constante supervisión por personal de enfermería efectuando cuidados y acciones de salud atinentes al estado de salud, requerimientos y necesidades del paciente”.

2.- Informe realizado por don Arturo Olivares Pemjean, médico cirujano, quien concluyó que: “ Las patologías con Riesgo Vital por las que consultó el Sr. Vargas siendo hospitalizado el día 14 de Abril del 2014 fueron acertadamente manejadas por el equipo multidisciplinario de UPC y especialistas concurrentes logrando la estabilización del estado del paciente y su progresiva, aunque no total mejoría, hasta decidir su egreso de esta



**Foja: 1**

unidad de alta complejidad después de 10 días de permanencia. Con la optimista suposición de que esta mejoría seguiría en progreso, el médico que asumió su tratancia, Dr. Luis Sepúlveda, decidió realizar modificaciones en su tratamiento - régimen liviano, fraccionado, asistido y retiro de sonda vesical - impartiendo instrucciones alternativas para la eventualidad de intolerancias a las variables terapéuticas. La observancia de eventuales intolerancias a las variables correspondía a personal de enfermería de turno del Servicio Médico Quirúrgico, en ausencia del médico tratante en horario inhábil un fin de semana y que, en caso necesario, debían recurrir a Residentes o Especialistas de Llamada. Lo indicó el Dr. Sepúlveda según lo respaldan sus registros manuscritos en ficha clínica solo para eventualidad de fallidos sondeos vesicales. Es decir, se dio mayor importancia al problema urológico que al digestivo, pero fue éste el que desencadenó los riesgos de aspiración de vómitos, sobretodo en la posición decúbito dorsal que debió mantener durante los desplazamientos desde su habitación hacia el Servicio de Rayos X t viceversa y durante el procedimiento realizado por Dr. Morales. El estado nauseoso y los vómitos que presentó el Sr. Vargas constituían signos de intolerancia al nuevo régimen (modificado de papilla a liviano fraccionado, asistido). No hay registros de acciones en orden a tratar este síndrome. Ejemplo: Régimen cero, Sonda Naso-gástrica o solicitud de interconsulta a residentes o aviso al tratante. En hoja de enfermería hay ausencia de registros de estos signos desde las 10:00 a las 15:00 hrs. En que se consigna la recolección de 50 cc de contenido bilioso. Y bastante más tarde, se registró un vómito explosivo después de un procedimiento urológico. Estos hechos no fueron informados al médico tratante. Sin embargo, sí hubo información telefónica al Dr. Luis Sepúlveda de fallidos intentos de sondeo vesical, por la existencia de retención de orina - globo vesical - y su autorización para llamar al especialista urólogo de turno, tal cual lo había instruido el tratante en el caso que se diera una situación como la descrita. La hoja de enfermería, con registros enmendados y tachas, consigna que a las 21:00 hrs del día 26 de Abril fue llamado el Urólogo, Dr. Morales quién a su vez registró en la ficha, en primer lugar la indicación de IZOFRAN ® endovenoso lo que permite deducir que tuvo conocimiento del cuadro emético del paciente (vómitos). Este profesional



**Foja: 1**

intentó, sin éxito el sondeo vesical y por tal motivo decidió realizar una Cistotomía bajo Eco ordenando el traslado del paciente. El procedimiento Urológico duró hasta las 23:30 hrs., después del cual el paciente que volvía al Servicio acompañado del Enfermero presentó un vómito explosivo y, posteriormente complicaciones respiratorias y cardíacas que determinaron el llamado al residente de UPC. En Ficha Clínica existe un informe manuscrito del Dr. Morales describiendo el procedimiento de la Cistotomía bajo Eco, sin hacer referencia al estado emético del paciente, pero sí a su escasa colaboración durante el mismo. El Dr. Jorge Casado Vega, médico residente de UPC describe en un registro mecanografiado que concurrió llamado por enfermería, a las 00:05 hrs. del día 27 de Abril a atender la emergencia clínica del Sr. Vargas, consistente en aspiración de vómitos y alteraciones respiratorias y hemodinámicas significativas, motivo por el que decidió su inmediato reingreso a UPC. A partir de esta complicación y su necesario reingreso a UPC, el paciente presentó un sinnúmero de complicaciones-shock séptico por klebsiella blee; neumonia aspirativa; infección del tracto urinario a igual germen; arritmia completa; reagudización de insuficiencia renal crónica; encefalopatía toxico metabólica; y debió ser sometido a procedimientos invasivos; ventilación mecánica, cateterismo vascular; sondeos múltiples; transfusiones de sangre; diálisis todas ellas graves, al extremo que en algún momento de su evolución se planteó suspender terapias sofisticadas o fútiles. Sin embargo logró recuperarse y ser dado de alta para continuar manejo domiciliario con necesidad de diálisis periódicas; kinesioterapia de rehabilitación, terapias de fonoaudiología por trastornos de deglución y habla y controles médicos periódicos.

Finalmente, corresponde señalar que de acuerdo al condicionado de la póliza CAEC CONSALUD del paciente, todas las atenciones - favorables con recuperación parcial de estados críticos - como las que originaron complicaciones que prolongaron su estadía hospitalaria y provocaron riesgos serios en la salud del paciente, fueron otorgadas por prestadores del staff de Clínica Avansalud”.

VIGÉSIMO: Que de los abundantes antecedentes agregados, aparece que el paciente, un hombre de 87 años de edad, con patologías crónicas



**Foja: 1**

graves, como insuficiencia renal, cáncer de colon operado, estudios de cáncer de próstata, accidente vascular previo, desnutrición, deterioro cognitivo (senilidad), hipoacusia y según el kinesiólogo movilidad disminuida, ingresó por un problema agudo de obstrucción intestinal que requirió su hospitalización, siendo resuelto en 9 días (14 al 25 de abril) a través de un tratamiento que resolvió el fecaloma que produjo esa obstrucción. En esas condiciones ya estable de esa dolencia, fue trasladado a sala para manejo médico y de enfermería destinado a rehabilitarlo. El cuidado de enfermería se realizó cada dos horas y además contaba el paciente con ayuda de su familia.

En esas condiciones se agudizó su situación de falla renal no logrando diuresis espontánea que obligó a intentar manejos de sonda y luego de vaciamiento de vejiga mediante una cistostomía. Problema que aparecía como el más urgente de resolver y fue priorizado según señala el informe pericial médico.

En cuanto a los episodios de vómitos que fueron 2, según doctora Reveco, las respuestas fueron básicamente dos. Según el testigo Rodolfo Valenzuela, médico residente, se produjo por el intenso dolor que produce la retención de orina. La doctora Carolina Herrera, Médica Jefe de la Unidad, en tanto agrega que por su edad puede ser falta de control deglutorio.

En lo que tanto los testigos como los informes periciales están contestes es en que el paciente era de alto riesgo y que su condición de base con morbilidad de 85% a las 24 horas y 60%, definió el desenlace de los episodios de vómito, que aunque atendidos eficientemente ya que se le trasladó esa misma noche a la UCI y finalmente solucionados, implicaron como riesgos inherentes al tiempo de sedación y ventilación mecánica un deterioro orgánico relevante.

Además de ello, por la falla renal agudizada por sus propias características resultaba previsible que el paciente aunque fuera estabilizado, mantendría un largo proceso de rehabilitación con alto índice de probabilidad de no superarlo. De hecho sobrevivió varios meses.

**VIGÉSIMO PRIMERO:** Que no aparece que la clínica, ni el equipo médico hayan faltado a los cuidados del paciente de modo tal de determinar



Foja: 1

dichas faltas el fatal desenlace; motivo por el cual no aparece fundamento suficiente para acoger la demanda subsidiaria por responsabilidad extracontractual.

VIGÉSIMO SEGUNDO: Que en todo caso, no se rindió ninguna prueba suficiente acerca del motivo exacto del fallecimiento del Sr. Vargas, existiendo mucha distancia en el tiempo desde el egreso y este hecho.

VIGÉSIMO TERCERO: Que a la prueba testimonial de los demandados, prueba técnica y documentada se le dará valor de plena prueba por sobre la presentada por los demandantes. Y a los informes periciales, apreciados conforme a la sana crítica, el apoyo y refrendación suficiente para completar la convicción de que no existió negligencia médica ni de enfermería.

VIGÉSIMO CUARTO: Que la restante prueba consistente en los testimonios de Jorge Fernando Buchert Riveros, Cristian Boris Calderón Hinojosa y María Teresa Galaz Barraza sobre los perjuicios; certificados de nacimiento y matrimonio de los actores, certificados de salud psiquiátrica e informes periciales de salud mental, así como comprobantes de deudas por prestaciones médicas y hospitalarias, en nada alteran lo decidido.

VIGÉSIMO QUINTO: Que respecto de las demás alegaciones y defensas subsidiarias se hace innecesario pronunciarse.

VIGÉSIMO SEXTO: Que por haber tenido motivo plausible para litigar, la demandante no será condenada en costas.

En consecuencia y visto además lo dispuesto en los artículos 1438 y siguientes y 1698 y 2314 y siguientes del Código Civil; y artículos 144, 170 y 254 y siguientes del Código de Procedimiento Civil, **se rechazan** las demandas principal y subsidiarias, sin costas.

Regístrese, notifíquese y archívese.

Pronunciada por doña LIDIA POZA MATUS, Jueza del Noveno Juzgado Civil de Santiago.





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

