

Santiago, veintisiete de junio de dos mil veintitrés.

VISTO:

En la causa Rol C-27634-2017, seguida ante el 12° Juzgado Civil de esta ciudad, caratulada “Maragliano con Instituto Nacional del Tórax”, por sentencia de veintiséis de enero de dos mil veintiuno se declaró, en lo relevante:

a) Que el Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse (HSO) incurrió en falta de servicio en relación a los actores y consecuentemente acogió la demanda de indemnización de perjuicios que se dedujo en su contra, solo en cuanto:

i.- La aludida demandada deberá pagar:

- Por daño moral: a José Maragliano Chacón (padre del fallecido) la suma de \$80.000.000; a Rosa Saldaño Trincado (madre del fallecido) la suma de \$80.000.000; a Sara Maragliano Saldaño (hermana del fallecido) la suma de \$40.000.000; a Elizabeth Muñoz Saavedra (pareja del fallecido) la suma de \$40.000.000 y; a Martín Maragliano Muñoz (hijo del fallecido) la suma de \$100.000.000;

- Por daño emergente sufrido por José Maraglian Chacón, la suma de \$1.100.000;

ii.- Esos montos devengarán reajustes e intereses en la forma que señala el fallo.

b) Desestimó la demanda en contra del Instituto Nacional del Tórax (INT).

c) Cada parte pagará sus costas.

En contra de esta determinación la parte demandante dedujo recurso de casación en la forma y apelación; se alzó también la demandada Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse y se adhirió a aquel recurso el Instituto Nacional del Tórax (Ingreso 236-2021).

Asimismo, se encuentran acumulados a estos autos los roles 11.308-2019, 369-2020 y 370-2020, habiéndose desistido el apelante del recurso que dio origen a este último ingreso.

Se ordenó traer los autos en relación.

CONSIDERANDO:

INGRESO 236-2021:



A] En cuanto al recurso de casación en la forma de la parte demandante:

1°.- Que esta sostiene que la sentencia incurrió en el vicio de nulidad formal del artículo 768 N° 5 del Código de Procedimiento Civil, en relación al numeral 4° del artículo 170 del mismo cuerpo legal, conforme se pasa a indicar:

1.- Respecto de la omisión en cuanto a la individualización y análisis de ciertos documentos y las consideraciones de hecho (relación al Hospital Luis Tisné Brousse -HSO-):

La sentencia solo confirió valor s los documentos, según se deriva de la parte expositiva, presentados en el escrito de folio 86, pero nada dice de los aparejados a folio 87, que corresponden a las atenciones a Felipe Maragliano Saldaño y que tienen el valor probatorio que les confiere el artículo 342 N° 3 del Código de Procedimiento Civil. Esos instrumentos fueron reconocidos al momento de ser exhibidos a los testigos del aludido hospital, quienes los suscribieron, dando cuenta de la secuencia de los hechos y antecedentes que permiten establecer que la víctima al ingresar la primera vez al centro médico no se le practicó ningún examen bioquímico, y si bien sostuvieron haber tomado una radiografía de tórax, ella no se registra en la ficha clínica acompañada ni existe referencia a su contenido; incluso consta en el DAU de 14 de noviembre 2013, en ítem “Estado” como “solicitado” pero el ítem “Ejecutante” aparece en blanco; tampoco individualiza los cuatro electrocardiogramas que indican “ECG anormal”, y a lo menos tres de ellos señalan que Felipe habría sufrido un ataque agudo al miocardio. Los dos primeros electrocardiogramas de 14 de noviembre no se encuentran en la ficha clínica acompañada por el hospital. Tampoco se individualizó el ecocardiograma doopler color que da cuenta que Felipe mantenía los parámetros que los testigos señalan en sus declaraciones que conforman una estenosis aórtica severa y una FEVI de 33 % y 36 %.

Todos los documentos acompañados el 29 de abril de 2019, que corresponden a las atenciones realizadas en este hospital y que no se individualizan en la sentencia demuestras las atenciones defectuosas que recibió la víctima y que se traducen en las siguientes conclusiones: 1.- no se practicaron exámenes de relevancia bioquímica y torácico, sino solo ad portas de ingresar a la UCI de este mismo recinto a los 3 días siguientes y cuando su condición ya era muy grave y con pocas posibilidades de vida en ese recinto médico. 2.- las reiteradas veces que se derivó al paciente a su domicilio; 3.- la



gran cantidad de horas de espera sin atención médica adecuada; 4.- que el segundo día de ingreso, la médico Danette Guiñez lo derivó a su domicilio con medicamentos que bajarían aún más la irrigación sanguínea de sus órganos, que ya se encontraba disminuida según el DAU que reporta esta misma profesional, aun cuando el ecocardiograma eco doopler y sus conclusiones daban cuenta de la gravedad del estado de salud, que indicaba que correspondía derivarlo a un hospital de mayor complejidad; 5.- En el último ingreso a este recinto, el 15 de noviembre, Felipe fue ingresado a un box de urgencia a consecuencia de los resultados del eco doopler que desestimó la médico Guiñez y a pesar de existir a lo menos tres electrocardiogramas que daban cuenta de que aquel habría cursado un ataque agudo al miocardio, se mantuvo en ese box por 15 horas, con una toma de exámenes tardía, tanto que en la ficha clínica de este demandado, al día siguiente de este último ingreso, según se advierte en la única hoja de "Evolución Clínica", de 16 de noviembre, constan las anotaciones de la médico Alejandra González que señaló: *"ingresado anoche sin examen aún..."; "no se le han tomado exs." "12:58 Se presenta caso a residente UCI./ siendo las 13:00 hrs. aún no hay resultados de exs sg. / pacte. con dolor torácico opresivo retro esternal con irradiación a brazo izqdo. aún espero que se le tome"*.

Los documentos reconocidos por este hospital y que fueron omitidos por el fallo son: *"original Dato de Atención de Urgencia (D.A.U.) Hospital Dr. Luis Tisne B. Urgencia Adultos-HSO, folio 00000045976, de fecha 14 de noviembre, hora de ingreso 17:14 hrs., hora egreso 2:52 de 15 de noviembre 2013; original Dato de Atención de Urgencia (D.A.U.) Urgencia Adultos-HSO, folio 00000045976, de 15 de noviembre, hora de ingreso 10:22 hrs., hora de alta clínica 16:39 de 15 de noviembre. Reporte de 16:42 hrs.; original boletas de venta y servicios N° 0156642 y N° 0156667 emitidas el 15 de noviembre; original y copia de electrocardiograma realizado el 15 de noviembre a las 10:52:35; copia de informe de ecocardiografía bidimensional doppler color, realizado el 15 de noviembre, que consta de informe, descripción, comentarios, conclusiones y set de 13 imágenes tomadas entre las 14:58 y 15:08 hrs. de ese día; Hoja. Interconsulta de 15 de noviembre de 2013; ingreso paciente de 15 de noviembre, 23:20 horas; original y copia de electrocardiograma de 15 de noviembre, a las 22:30:24; copia de electrocardiograma del 16 de noviembre a las 1:13 PM; copia de electrocardiograma del 16 de noviembre a las 1:16 y 1:17*



PM; copia electrocardiograma de 16 de noviembre a las 14:56:45; original documento de la unidad de cuidados intensivo, hoja control clínico y enfermería, de 16 de noviembre; ingreso de enfermería, unidad de cuidados intensivos de 16 de noviembre, 15:00 hrs; original documento “ingreso/unidad de cuidados intensivos” de 16 de noviembre, 15:00 hrs.; evolución de enfermería; hoja de indicaciones UCI; Unidad de Cuidados Intensivos Epicrisis. Unidad de Cuidados Intensivos Epicrisis de Enfermería y Unidad de Cuidados Intensivos Epicrisis, que se encuentran en la ficha clínica del INT; ficha hospitalaria avanzada folio 91493, de 16 de noviembre; exámenes biológicos realizados en CRS de Peñalolén Cordillera Oriente-Laboratorio Clínico, de 16 de noviembre.

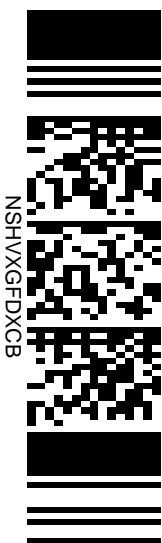
II.- Respecto a las fichas clínicas de ambos hospitales, cuyo análisis se omitió:

Su examen resultaba relevante ya que “transparentan las faltas de servicios denunciados” (sic).

i.- Ficha del Hospital Luis Tisné B.:

En las hoja 2 de 3 del DAU de fecha de ingreso 14/11/2013, folio 00000045976, cuya atención médica estuvo a cargo del médico Tomás Selman Hasbun, se observa que si bien las Rx. tórax frontal y lateral (2 proy) aparecen solicitadas, no se registra que se haya ejecutado dicha solicitud ni la hora en que habría ocurrido, y en la copia de la ficha clínica aportada por dicho hospital no se registran las radiografías, y tampoco se hace mención a sus resultados, sin que aparezca remitida la ficha clínica del INT; no se encuentran los electrocardiogramas (ECG) realizados a las 17:33 del día 14 de noviembre y a las 00:40 del día 15, según se anotó en el mismo DAU de ingreso del 14, folio 00000045976; tampoco los exámenes practicados en dicho recinto, reconocidos por el hospital; no están ni se mencionan los electrocardiogramas de 15 de noviembre a las 22:30 horas y del 16 de noviembre a las 1:13 horas, 1:16 horas y 14:56 horas, acompañados por su parte en escrito de folio 87. No se registra la copia de los exámenes bioquímicos realizados el 16 de noviembre, que están en la copia de la ficha clínica del INT.

Respecto del documento “Ingreso/Unidad de Cuidados Intensivos”, consistente en dos páginas, aparecen tarjado los valores originales, no así en la copia entregada a los demandantes.

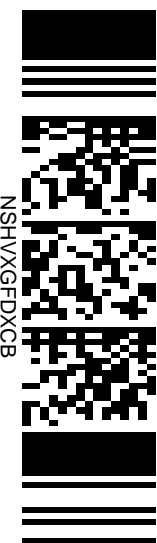


En esta ficha clínica se aprecia que a Felipe desde las 23:32 del día 15 de noviembre hasta las 15:00 horas del día 16, aun cuando el electrocardiograma informaba la ocurrencia de un ataque agudo al miocardio, se le mantuvo en un box de urgencia, con omeprazol y metoclopramida (para tratar náuseas y vómitos), suministrándole, probablemente, suero, según se advierte de documento “Hoja Control Clínico folio 031652” que se encuentra en la ficha clínica aportada por HSO, lo que llama la atención, según se advierte en la única hoja de evolución clínica, las menciones que realiza la médico Alejandra González que señaló “*ingresado anoche sin examen aún...*”; “*no se le han tomado exs.*” y “*acudo a las 13:00 hrs. aún no hay resultados de exs sg*”, agregando que el paciente presentaba “*dolor torácico opresivo retroesternal con irradiación a brazo izquierdo aún espero que se le tome*”. Estas anotaciones transparentan la demora de la atención hasta el último momento, ante un paciente que cursaba un cuadro crítico, pero mantenido en un box de urgencia.

Aun cuando Nicolás Carreño declaró en autos haber realizado una visita y revisión de Felipe en la sala de reanimación, esto no se consignó en la ficha clínica, quedando la duda razonable, por lo anotado por la Dra. Alejandra González, si Felipe requirió reanimación porque estaba sufriendo un nuevo ataque agudo al miocardio o no.

ii.- ficha clínica del Instituto Nacional del Tórax (INT):

Este instrumento no se analiza en la sentencia, llamando la atención que sus hojas tengan folio, al contrario a aquella copia entregada a su parte, que da cuenta que Felipe era paciente de dicho hospital a lo menos desde el año 2004, casi 9 años y no 4 años como depusieron los testigo presentados por ese hospital; que se le practicaron muchos exámenes hasta antes de su hospitalización de 16 de noviembre; que contrastan con los que aparecen después de dicha fecha y que comienza en folio 118 de dicha ficha, en que no existe ningún examen de electrocardiograma realizado en el INT; tampoco se encuentran exámenes de angio tac, como se aseguró se realizaron; que las únicas placas que se encuentran de un ecocardiograma doppler son de 15 de noviembre que remitió el HSO; tampoco existe radiografía de tórax del INT o remitida por el HSO, como aseguró haber visto el testigo Jorge Enrique Sandoval Berrocal; que a partir del folio 118, se encuentran casi todas las copias de las hojas que están contenidas en la copia de la ficha clínica que su



parte acompañó, a excepción de la hoja del folio 000150, que el INT no entregó a los demandantes.

Lo más importante y grave es que la copia acompañada por el INT no contiene la hoja foliada con el N° 000125 y que correspondería a la “evaluación preanestésica” realizada por el médico Marcelo Concha Ibarra, y el anesthesiólogo Mauricio Ramos Garrido, contenida en la copia que el INT entregó a su parte, acompañada a los autos y que corresponde a la página donde los médicos señalan *“No se tienen otros datos de la ficha clínica Paciente en VM sedado”*, llamando la atención que las páginas con folios 000120 y 000138, que corresponden a una misma impresión de la epicrisis realizada por el INT de 23 de marzo del año 2014, contrastando con la página folio 000142 en que también se encuentra la epicrisis realizada por el INT, cuya fecha de impresión es de 21 de noviembre 2013, (fecha en que fallece Felipe), pero cuya diferencia es que en la epicrisis de las impresiones de 23 de marzo del año 2014 se cambió la fecha de ingreso del paciente en ítem movimientos, no así en el relato de la hospitalización contenido en ellas. Esto es relevante, ya que la epicrisis original del mismo día del fallecimiento de Felipe da cuenta de un relato que inicia con la atención el 17 de octubre de 2013, cuando en realidad ingresó el día 16 de octubre de dicho año, cerca de las 19.30 horas, considerado que todos los testigos declaran que luego de haber sido evaluado por el equipo, se descartó la intervención quirúrgica. Pero según la ficha clínica eso solo ocurrió casi 12 horas después del ingreso de Felipe al INT y se descarta porque el doctor Ubilla señaló a las 6 A.M., *“Respondo a llamado (5 AM)/Enterado del caso/Paciente en situación crítica, con evolución catastrófica en las últimas 12 hrs.../La cirugía valvular aórtica de urgencia no es factible por su mala condición...”*. Aquí surge la interrogante de si había coordinación entre ambos hospitales en el traslado de Felipe, y dado su estado de salud, por qué se esperó tantas horas para evaluarlo o de contrario, si su estado era tan crítico, por qué no se le prestó la asistencia ventricular inmediatamente cuando llegó al INT para evitar la evolución catastrófica en esas 12 horas, considerando que para ello se lo trasladó al INT, según lo que informan los documentos del demandado HSO.

Así los documentos acompañados y que no se individualizaron, ilustran lo que en verdad ocurrió.

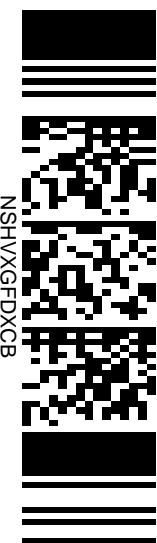


III.- Respecto de las fichas clínicas de atenciones de salud mental de los demandantes para la determinación del daño moral:

El fallo hace referencia solo a los certificados emanados de personas que no rindieron testimonio en juicio, a pesar de haber individualizado las respuestas a los oficios solicitados por su parte, y aun cuando adquiere convicción del daño sufrido, no incorpora en el análisis las fichas clínicas respecto a la salud mental de ninguno de ellos, conforme pormenoriza respecto de cada uno y del diagnóstico en esta materia y las consecuencias.

IV.- Respecto de los certificados de defunción acompañados a la causa:

Explica que si bien se encuentran individualizados, la sentencia no se hace cargo de ellos, eximiendo de responsabilidad al INT. En efecto, estos señalan como causa inmediata de muerte un “*shock cardiogénico, debido o como consecuencia de falla multiorgánica, debido o como consecuencia de válvula aórtica bicúspide con estenosis*”. Sin embargo los testigos del INT señalan que habría fallecido por una “*endocarditis infecciosa*”. La sentencia en el considerando 15 sostuvo “*los documentos analizados, y las declaraciones de los testigos permiten, igualmente, tener por acreditado en la causa las siguientes circunstancias...*” “*4.- Que la causa del shock cardiogénico fue una endocarditis, esto es, una infección de la válvula aórtica que produjo, en el caso de Felipe, la ruptura de dicha válvula.*” Lo que es llamativo, ya que contraviene los certificados de defunción; además no aparece documentada en las fichas clínicas acompañadas por los demandados, y al contrario, los testigos de ambos hospitales señalan que realizado el angio tac, no había rotura de la válvula, lo que fue corroborado por el testigo doctor Rodrigo González y aun así, si resultara efectivo, lo que concluye la juez [que la causa del shock cardiogénico fue una endocarditis], no se repara por los testigos expertos ni por la sentencia que en dicho hospital solo el 19 de noviembre, esto es, al cuarto día del ingreso, se registre “*se decide ampliar cobertura para stafilococcus y enterococo con cloxa+ ampicilina*”, para atacar la endocarditis infecciosa, como se observa en la ficha clínica que acompañó el INT en la hoja foliada 000155, y en la copia acompañada por su parte (página 11 de la digitalización “Ficha INT pág. 21 a 40). Ahí se advierte que el médico Gonzalo Torres, residente UCI INT, aunque da cuenta que cultivos (hemo y uro) del HSO son negativos, señala “*clínicamente muy probable EI*” (*endocarditis Infecciosa*) y *conversa con*



Dr. Blamey, y es allí que recién se decide ampliar cobertura para atacar dicha endocarditis infecciosa”.

De este modo, si Felipe falleció, como señala la sentencia, por endocarditis infecciosa, no se explica la circunstancia de que si todos los médicos declaran que fue por ello, se dejó pasar tantos días para aplicar el tratamiento adecuado para contrarrestarla y se documentó por el INT que la causa inmediata de muerte fue un shock cardiogénico como consecuencia de una falla multiorgánica, por la válvula aórtica bicúspide con estenosis y no consignó que el shock cardiogénico se debió a una endocarditis infecciosa. No existe en la ficha clínica ningún otro antecedente respecto a una posible rotura, ni tampoco algún antecedente anterior a lo ya señalado el 19 de noviembre por el Dr. Torres, y en especial, los dos certificados de defunción donde no se documenta la endocarditis infecciosa ni tampoco LA rotura de la válvula aórtica. Constituye a lo menos una negligencia grave que los médicos no hayan realizado las acciones pertinentes y con la debida antelación para contrarrestar la endocarditis infecciosa que señalan habría causado la muerte. No realizaron los exámenes para determinar que estaba cursando esa endocarditis, a fin de comenzar el tratamiento adecuado, en especial si los médicos que depusieron como testigos señalaron que aquella habría sido la causa de muerte, pero según la ficha y lo anotado por el Dr. Torres, solo se contentaron con los resultados de cultivos provenientes de los exámenes del HSO, que eran negativos respecto a una endocarditis infecciosa. En consecuencia, el INT certificó una causa de muerte que no resulta ser efectiva, dejando que los familiares demandantes siguieran pensando que su muerte era producto de su enfermedad, haciéndolos responsables de la falta de cuidados.

Por otra parte, los testigos que deponen por el INT señalan que el fallecimiento de Felipe no se debió a una falta de servicio, porque según ellos, habría tenido en evento agudo, rotura de la válvula y endocarditis infecciosa, y que la intervención que se había programado era para corregir el anillo de la raíz aórtica, no por la estenosis aórtica severa, ya que su último examen de test de esfuerzo era normal, lo que no es cierto, según las declaraciones que transcribe.

Así, al revisar la ficha clínica, su último control en el INT de 9 de julio de 2013, refiriéndose al test del esfuerzo señala “*submaximo no concluido cf 1 con indicacion quirurgica*”, según se deriva del documento de folio 92, donde se



encuentra la digitalización de dicha página en archivo Ficha INT pág. 55 a 68 y en la ficha acompañada por el INT, página 000115. Entonces, si en el último control de 9 de julio de 2013, aparece que el test de esfuerzo fue submáximo no concluido, necesariamente y de acuerdo a lo declarado por los testigos que sostuvieron que el último test de esfuerzo fue normal, cuando en realidad no lo era, debe concluirse que la indicación quirúrgica fue por su estenosis aórtica, porque así lo declaran los expertos, en especial el doctor Rodrigo González *“uno no los opera hasta que no aparezcan síntomas o el test de esfuerzo se altere”*.

De esta forma, no se analizaron los documentos ni ilustraron la sentencia, y si bien el tribunal no está obligado a realizar un detalle pormenorizado de todos ellos, a lo menos debe contener aquellos de los cuales pende la decisión, en especial cuando no coincide el certificado de defunción con lo concluido por el tribunal, y aunque el HSO fue condenado, ello no ocurrió por todas las faltas de servicios que su parte denunció. Pero el INT fue exonerado, aun cuando el velo de opacidad respecto de la causa del shock cardiogénico, establecida por el mismo recinto hospitalario, no resulta coincidente con lo que declaran los testigos, que son inconsistente además con la ficha clínica, y que resultan temerarias, al constar en la ficha clínica que ellos mismos acompañan que a pesar de lo declarado por los testigos, solo se amplió un tratamiento para una evento de endocarditis infeccioso al cuarto día de encontrarse hospitalizado, a pesar de que sostuvieron que aquella fue la causa que originó el shock cardiogénico.

La sentencia indica en el mismo considerando 15° “3°.- *Que, ante dicho cuadro (shock cardiaco), no podía efectuársele la operación que se tenía prevista para tratar la lesión congénita que padecía el Sr. Maragliano Saldaño*”. Ello haciendo referencia a declaraciones de los testigos del INT, sin embargo nuevamente deja de analizarse la ficha clínica, que da cuenta que el equipo quirúrgico solo evaluó a Felipe para ser operado casi 12 horas después de ingresado a dicho recinto, y cuando lo evalúa el Dr. Ubilla consignó en la ficha *“Paciente en situación crítica, con evolución catastrófica en las últimas 12 HRS. a pesar de terapia médica máxima...Actualmente en FOM... La cirugía valvular aórtica de urgencia no es factible...”* y solo se brinda asistencia ventricular casi 16 horas después de ingresado.



Lo que realmente ocurrió -dice- es que Felipe fue trasladado, según la documentación reconocida por los testigos del HSO, en especial el Dr. Nicolás Carreño que señaló en su testimonial “*A mi juicio era inminente que iba a ser necesario conectarlo a asistencia ventricular...*”, reconociendo además que él escribió la epicrisis de la unidad de cuidados intensivos, solicitando el traslado al INT para “*eventual asistencia ventricular y/o cirugía valvular de urgencia*”. Así al ser evaluado para la cirugía de emergencia y/o asistencia ventricular luego de 12 horas y no inmediatamente, a pesar de que existió coordinación entre los hospitales, resulta lógico pensar que las 12 horas de evolución crítica que señaló Ubilla fueron las que demoraron en evaluar a Felipe en dicho Hospital para prestarle la asistencia ventricular que para el Dr. Carreño del HSO “era inminente” que iba a ser necesario conectarlo. La sentencia no analiza esas 12 horas, aun cuando resultaron ser determinantes para sacarlo del FOM que se encontraba desarrollando.

Por estas falencias la jueza exonera al INT, recinto del cual era paciente Felipe y en el que se le otorgó un sobrecupo dada la angustia de los padres, pero que finalmente se le canceló, porque presentaba UN test de esfuerzo normal, cuando en realidad aquello no resultaba ser efectivo, y todo el resto de los expertos se equivocaron en este punto.

En consecuencia, la sentencia resulta agravante en cuanto tuvo por acreditado que Felipe falleció por un shock cardiogénico, producto de una endocarditis infecciosa y no como consecuencia de su estenosis aórtica, ya que a los familiares no se les informó de aquello y tampoco se documentó en el certificado de defunción. También resulta agravante que luego de analizar la prueba no se haya determinado que el INT demoró 4 días en ampliar la cobertura de medicamentos para enfrentar la endocarditis infecciosa.

IV.- Respecto al rechazo del lucro cesante:

El fallo señala “*en efecto, aun cuando los testigos (en especial el Sr. Campos Elgueta e Isamit Acosta, han relacionado el daño psicológico del demandante Maragliano Chacón, a la pérdida de su trabajo, estima esta sentenciadora que ello no resulta bastante para acreditar que dicha circunstancia, la pérdida de su trabajo, haya sido provocada exclusivamente por la muerte de su hijo.*” Sin embargo, aquí cobran fuerza las fichas clínicas no analizadas, que dan cuenta de un duelo patológico, siendo incluso derivado a

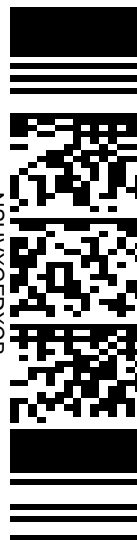


Talca para seguir el tratamiento, donde finalmente el padre de Felipe decidió radicarse.

Sobre el lucro cesante demandado por doña Elizabeth, conviviente y madre de Martín de 5 años a la fecha de la muerte, hijo en común con Felipe, razona la jueza "... no se ha acreditado en estos autos, que el fallecido Sr. Maragliano Saldaño, hubiera sido la única fuente de ingresos del grupo familiar que conformaban, por lo que su desaparición daría derecho a dichos actores a mantener la situación como estaba antes de su fallecimiento por la falta de servicio atribuible al Hospital Luis Tisné B. En este sentido, ningún tipo de prueba se rindió, por lo que será desestimada esta pretensión." Pero lo anterior contrasta con la misma definición que ha dado la sentencia de lucro cesante "*o porque el hecho del autor impide que el patrimonio de la víctima se incremente (lucro cesante)*", haciendo una exigencia que no corresponde, desde que no se relaciona si proviene o no de una fuente única, sino que involucra el hecho que resulta ser el impedimento para que el patrimonio de estos dos demandantes se incremente, por tanto exigir para su procedencia que este sea la única fuente de ingresos del grupo familiar, dando derecho a dichos actores a mantener la situación como estaba antes del fallecimiento de Felipe, se contradice lo establecido por el legislador, porque lo exigido es la pérdida del incremento del patrimonio, lo que dice relación con que todo daño debe ser indemnizado, "*no dice el legislador que si tuvo un daño, pero tiene otra fuente de ingresos, sea precisamente la víctima quien deba soportar ese daño, porque la sentencia no dice que la familia directa de Felipe, esto es su conviviente y su hijo, que en todo caso, la familia no tenía otras fuentes de ingreso, sino la ayuda de los padres de Felipe y padres de doña Elizabeth*" (sic). Así el perjuicio en este ítem, radicada esencialmente, que en definitiva, la sentencia, al no analizar la prueba, y al omitir referirse íntegramente a todas ellas cuando se refiere al daño moral, ha permitido que en definitiva sean justamente las víctimas del injusto, las que deban absolver los daños ocasionados por las faltas de servicios señaladas.

2°.- Que solicita en virtud del arbitrio que antecede, que se invalide la sentencia y se dicte otra de reemplazo en la que acogiendo íntegramente la demanda, declare que ambos demandados incurrieron en faltas de servicios respecto de los actores y que por lo mismo se los condene a pagar: i) por daño moral: \$ 80.000.000 para cada uno de los padres de Felipe; \$ 40.000.000 para la hermana y para la conviviente de Felipe y; \$ 100.000.000 para el hijo de

NSH/XGFDXCB



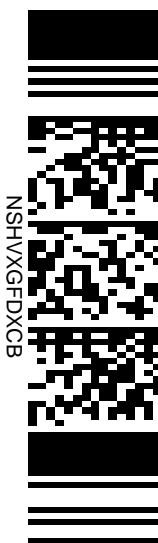
Felipe; ii) por daño emergente: \$1.100.000 para el padre de Felipe; iii) por lucro cesante: para el padre de Felipe \$ 13.106.150 y para la conviviente de Felipe y su hijo \$144.697.464, todo ello más reajustes, intereses y costas.

3°.- Que conforme se logra comprender del escrito de casación, son cuatro los aspectos centrales que desarrolla, a saber: la ausencia de análisis de diversas pruebas médicas, incluida la ficha médica del HSO, lo que también ocurre con la ficha clínica del INT y las fichas de salud mental de los demandantes, con el objeto de calibrar su sufrimiento y el lucro cesante que afectó al padre, así como también con los certificados de defunción y los demás antecedentes que dan cuenta de la discordancia sobre la causa de muerte de la víctima. Por último, y bajo el velo de este único reproche de nulidad, cuestiona la conceptualización del lucro cesante contenida en el fallo al momento de pronunciarse por lo demandando respecto a la conviviente e hijo de la víctima.

4°.- Que la pretensión de nulidad cuya tutela se solicita a través del recurso de casación, requiere siempre de una actividad jurisdiccional previa que culmine en la dictación de una sentencia que haga procedente el recurso y que aparezca pronunciada con alguno de los vicios descritos en el artículo 768 del Código de Procedimiento Civil, es decir, transgrediendo las normas fundamentales de procedimiento. Además, con arreglo a lo prevenido en el artículo 771 del Código de Procedimiento Civil, otro de los presupuestos del recurso de casación es que éste deba interponerse por la parte agraviada por la decisión que se intenta eliminar.

5°.- Que, al respecto, la procedencia del recurso de casación debe ser establecida teniendo en consideración si el defecto de forma acarrea un agravio para quien es parte en el litigio, al afectar lo resolutivo de la sentencia. Así, es menester que exista un interés subjetivo comprometido contrariado por los vicios que le sirvan de sustento a la resolución que se pretende inválida y contraria a derecho. De allí el aforismo jurídico que reza "*nulla actio sine interesse*", es decir, que no hay acción sin interés o, aplicado al recurso de casación, que no hay nulidad sin perjuicio.

6°.- Que en este orden de consideraciones, para que la sentencia impugnada –suponiendo que el juez que la ha dictado ha incurrido en alguna de las causales de invalidación formal- pueda ser anulada, no basta que contenga decisiones que contraríen alguna petición específica del litigante recurrente, sino que es preciso además que éstas sean perjudiciales para la pretensión de



quien postula la casación, comprometiendo un interés actual suyo. Dicho de otro modo, para este caso, no basta que la sentencia no contenga todas las menciones que le son exigibles, sino que es menester que en virtud de ello, se desestimen sus pretensiones.

7°.- Que, teniendo en cuenta los racionios que preceden, no queda sino concluir que el impugnante en estos autos no reviste el carácter de parte agraviada por la sentencia contra la cual recurre, en los términos que prescribe el artículo 771 de la compilación procesal civil, en lo tocante a la supuesta ausencia de análisis de la totalidad de la prueba vinculada con el Hospital Luis Tisné B. ni en lo referente a la prueba vinculada con la acreditación del daño moral y el daño emergente, desde que, en relación a la primera, la sentencia estableció la responsabilidad por falta de servicio de ese establecimiento, sin que la recurrente persiga por su intermedio una declaración diversa, desde que –relacionado por las restantes pretensiones del recurso- solicitó mantener la condena a su respecto, por los montos fijados a título de daño moral y daño emergente respecto de cada uno de los demandados. Ergo, no existe acá perjuicio de ningún tipo, razón por la que los asertos del recurrente en esta materia, esto es, la omisión de análisis de cierta y determinada prueba, no requiere ningún otro examen.

8°.- Que misma suerte corre el reproche sobre la determinación del lucro cesante que se reclama para la conviviente y el hijo del fallecido, en tanto la construcción del arbitrio nada tiene que ver con la omisión de cierto y determinado medio de prueba o la ausencia de argumentación para estimarlo inconcurrente, es decir, con un asunto meramente formal de la sentencia, sino que apunta exclusivamente a la conceptualización desde el punto de vista jurídico de lo que el legislador entiende por dicha avería, lo que se aparta del defecto formal que se denuncia, pues la falta de consideraciones de hecho o de derecho, a que se refiere el numeral quinto del artículo 768, en relación con el artículo 170 N° 4, ambos del Código de Procedimiento Civil, sólo concurre cuando la sentencia carece de las fundamentaciones fácticas o jurídicas que le sirven de sustento, pero no tiene lugar cuando aquellas existen, pero no se ajustan a la tesis postulada por la reclamante, cual es la situación de autos.

En efecto, el rigor de una impugnación de esta naturaleza, hace que el lenguaje en que ella se formula haya de traducir fielmente el fondo de la crítica. Así, la palabra "ausencia" significa inexistencia. Es un sustantivo de



significación radical. Luego, a pesar de lo categórico del cuestionamiento que en estricto rigor corresponde, al tenor de la normativa que sustenta la causal de nulidad que se impetra, es lo cierto que el propugnante se alza contra los razonamientos del juzgador y que sirvieron de sostén para la decisión que en definitiva desestimó esa parte de la demanda. Entonces, acepta que la resolución contiene razonamientos. No considerar no es lo mismo que considerar de manera insatisfactoria a los intereses de una parte, quien podrá discrepar de la justificación que el tribunal da a su veredicto, sin embargo ello no basta para desconocerlo o anularlo. La rigurosidad de que necesariamente se rodean las nulidades procesales pasa, indefectiblemente, por la consistente y precisa imputación de yerros descritos por la ley como graves y trascendentes, debida y claramente fundados y razonados, situación que no se verifica en la especie, conforme se desprende de la propia alegación del arbitrio en esta materia.

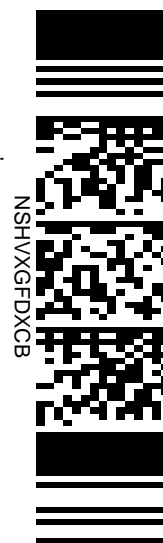
9°.- Que en lo que respecta a las restantes alegaciones que involucran el recurso de casación, atento al carácter excepcional, extraordinario y de derecho estricto del mismo, éste resulta procedente únicamente cuando no es posible enmendar o corregir los vicios denunciados por otras vías; cuestión que no ocurre en este caso, desde que, bajo las mismas premisas que se estructura este remedio procesal, el recurrente dedujo recurso de apelación; mismo que deja en situación a esta Corte de revisar todos los aspectos de hecho y de derecho a que se refiere la controversia *sublite*, por lo que, y teniendo en consideración además lo dispuesto en el artículo 768 inciso 3° del Código de Procedimiento Civil, se procederá a desestimar el presente recurso de casación.

10°.- Que, en consecuencia, solo cabe desestimar el arbitrio de invalidación en todos sus extremos.

B] En cuanto a los recursos de apelación que dedujeron todas las partes respecto de la sentencia definitiva:

En la sentencia enalzada, atendido que contiene dos considerando “Décimo Quinto”, al segundo de ellos se lo designa “Décimo Sexto”, pasando en consecuencia, el fundamento “Décimo Sexto” a denominarse “Décimo Séptimo” y así sucesivamente.

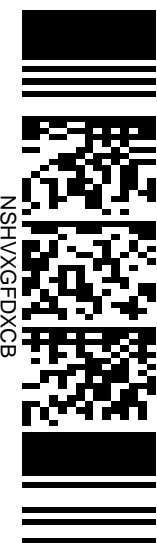
Se tiene, además, presente:



11°.- Que en este sentido, la demandante conforme a su escrito de apelación, centró su agravio en el rechazo tanto de la demanda que interpuso en contra del Hospital del Tórax como del rechazo de su pretensión de lucro cesante respecto del Hospital Luis Tisné B.; por su lado, el Hospital Luis Tisné B. se alzó, solicitando se desestime íntegramente la demanda en su contra; y, por último, el Hospital del Tórax, reclamó de la exoneración de la parte demandante al pago de las costas de la causa decidida por el fallo del *a quo*, pues estima que aquella no obró con motivos plausibles para litigar.

12°.- Que en lo tocante a la responsabilidad de los hospitales involucrados en los hechos, la demandante asevera –por remisión a lo expuesto en el recurso de casación en la forma- que el INT es responsable porque, siendo Felipe paciente de esa institución desde el año 2004, no se explica la circunstancia de que desde la fecha de los hechos que desembocaron en su fallecimiento, no exista ningún examen practicado a su respecto, como electrocardiograma o angiotac, con el objeto de determinar su estado de salud, poniendo de relieve cierta disconformidad entre las piezas de la ficha clínica entregadas a los actores y las acompañadas a estos autos por aquel centro, además de las imprecisiones en la misma en lo tocante a las fechas, lo que a su juicio permite sostener que existió una demora de 12 horas en la atención del paciente, sin que exista certeza sobre si frente a una atención oportuna su condición no habría empeorado. También objetó la falta de coincidencia entre el motivo del deceso consignado en el certificado de defunción y lo concluido por el fallo [muerte por endocarditis], pues esa conclusión no aparece en la ficha clínica ni condice con lo señalado por los testigos de ambos hospitales. En consecuencia -concluye- si Felipe falleció por endocarditis infecciosa, no existe explicación de por qué no se aplicó la medicación necesaria para contrarrestarla.

13°.- Que por su lado, el demandado HSO sostiene su recurso aseverando que no existe prueba que dé cuenta que el día 15 de noviembre, cuando fue citado el paciente para la evaluación del especialista doctor Sued, presentara un shock cardiogénico, pues según los testigos presenciales solo tenía una infección respiratoria que contraindican cirugía electiva valvular, pero que evolucionó de una manera extremadamente grave, imposible de prever. Por otro lado, tampoco existe prueba sobre la demora en el traslado del paciente al INT, sino por el contrario, se gestionó con celeridad y diligencia. Por



lo expuesto, concluye que no se demostró una conducta u omisión del equipo médico que constituya falta de servicio, pues la muerte de Felipe se produjo por una “condición súbita, imposible de prever y evitar”.

14°.- Que debe recordarse que en estos autos se busca hacer efectiva la responsabilidad de un órgano del Estado, razón por la que el estatuto jurídico aplicable para resolver la controversia es el que nace por falta de servicio, factor de imputación que determina la procedencia de la responsabilidad de los órganos que pertenecen a la Administración del Estado.

En este sentido, la jurisprudencia ha señalado reiteradamente que la falta de servicio se presenta como una deficiencia o mal funcionamiento del servicio en relación a la conducta normal que se espera de él, estimándose que ello concurre cuando el servicio no funciona debiendo hacerlo y cuando funciona irregular o tardíamente, operando así como un factor de imputación que genera la consecuente responsabilidad indemnizatoria conforme lo dispone expresamente el artículo 42 de la ley 18.575. En materia sanitaria, la ley 19.966 que contempla un “Régimen de Garantías en Salud”, en su artículo 38 establece la responsabilidad de los Órganos de la Administración en esta materia, incorporando -al igual que la ley 18.575- la falta de servicio como factor de imputación que genera la obligación de indemnizar a los particulares por los daños que estos sufran a consecuencia de la actuación de los Servicios de Salud del Estado.

Señala el mencionado artículo 38 "*Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio*", agregando "*El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio*".

15°.- Que con la finalidad de emprender el análisis que proponen los apelantes en los acápites consignados en los motivos 11° y 12° que precede, es menester asentar que no son hechos discutidos en esta causa, los que siguen:

a) Felipe Florencio Maragliano Saldaño a partir del año 2003 fue paciente de la unidad de cardiopatías congénitas del INT, encontrándose a la espera de una cirugía para el cambio de la válvula aórtica bicúspide;

b) El 14 de noviembre del año 2013, el señor Maragliano Saldaño, ingresó al servicio de urgencia del HSO (17,14 horas) y al efectuarse su



categorización, además de consignarse en el D.A.U. que presentaba antecedentes cardiacos (aorta ascendente con dilatación, a la espera de un cambio de válvula bicúspide), aquel señaló como motivo de su consulta padecer tos hace un mes, dificultad respiratoria y dolor torácico hace tres semanas. Fue evaluado por el médico Tomás Selman Hasbún a las 22,17 horas, a quien el paciente expuso ser portador de una válvula aórtica bicúspide, con estenosis moderada a leve, en espera de cirugía.

En esa oportunidad, se le practicaron dos electrocardiogramas y una radiografía de tórax, siendo, asimismo, evaluado por el internista de turno (1,59 a.m. del día 15 de noviembre) Teresita Cleger González, quien dispuso que el paciente debía presentarse a urgencia ese mismo día en la mañana, para ser presentado al médico Moisés Sued, cardiólogo, para su evaluación y eventual ecocardiograma y derivación al INT.

Ese día (15, a las 2,51 de la madrugada) el paciente fue dado de alta, con hipótesis diagnóstica de tos, con instrucción de presentarse en la mañana del mismo día -15 de noviembre- para ser atendido por el especialista;

c) El día 15 el señor Maragliano Saldaño ingresó nuevamente al HSO a las 10:22 horas, siendo evaluado a las 14 horas por la médico Dannette Guíñez, que ordenó la realización de un ecocardiograma y la interconsulta con un cardiólogo del INT.

Se le practicó un ecocardiograma a las 10:52 hrs., consignándose por la médico *“Sospecha de dilatación ventric izquierda. Taquicardia sinusal. Ligera desviación del eje hacia la izquierda. Descenso del ST (lateral, anterior). Elevación del segmento ST (anterior) Onda T negativa (lateral, anterior) probable ECG anormal”*.

El ecocardiograma doppler practicado ese día 15 consigna como conclusiones: *“1.- cavidades cardiacas levemente dilatadas con hipertrofia ventricular; 2.- motilidad global anormal y segmentaria con hipokinesia global. derrame pericárdico leve; 3.- estructuras valvulares fibrocalcificadas con gradiente transvalvular aórtica de: (74/49mmhg) y área valvular de 0,7 cm2. estenosis aórtica moderada a severa. Insuficiencia aórtica leve y tricúspidea moderada; 4.- presión sistólica de arteria pulmonar estimada en 58 mmhg; 5.- función sistólica deteriorada; 6.- sin evidencia de disfunción diastólica; 7.- sin arritmia durante el examen”*.



Los comentarios efectuados a este examen por el especialista Moisés Sued son: *“FEVI deteriorada. HVI. Estenosis aórtica moderada a severa. Sin arritmia durante el examen. Evidencia de disfunción diastólica. Derrame pericárdico. Dilación de la raíz aórtica (Marfan?)”*. Hipótesis diagnóstica Disnea.

Asimismo, la doctora Guíñez consignó en la hoja de interconsulta como principal síntoma “disnea”, y como diagnóstico clínico *“estenosis aórtica moderada a severa en espera de cirugía IC FEVI 36 %”*.

Se le confirió el alta médica a las 16,39 horas, recetándole espirolactona, atenolol, losartan, berodual, y en caso de deterioro de salud, acudir a urgencia;

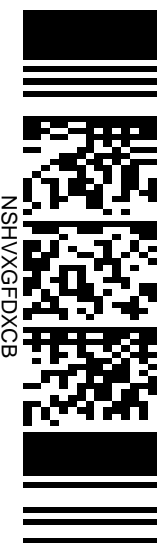
d) El mismo día fecha 15 de noviembre, cerca de las 22,06 horas el señor Maragliano Saldaño es nuevamente ingresado a la urgencia del HSO, luego de haber sufrido un desmayo en su casa, diagnosticando a las 3,55 de la madrugada del día 16, de acuerdo al dato de urgencia *“síncope (shock cardiogénico) y colapso”*, con categoría de *“urgencia médica relativa”*.

Ese mismo día 15, a las 22,30 horas se realizó al paciente un electrocardiograma que señala en su interpretación *“probable IM [infarto miocardio] agudo anterior; sospecha hipertrofia ventr. izquierda; taquicardia sinusual; segmento st ligeramente descendido (lateral); descenso del st (anterior); onda t negativa (lateral, anterior); pequeñas amplitudes del qrs. probable ECG anormal.*

En horas de la madrugada del día 16 (1:13 horas) se le efectuó un segundo electrocardiograma que registra un infarto agudo al miocardio (pared anterior) y ECG anormal.

Se reiteró dicho examen a la 1:16 y 1:17 horas de ese mismo día.

f) En el documento denominado “ingreso de enfermería, unidad de cuidados intensivos” de 16 de noviembre a las 15 horas, se consignó que se trataba de un *“Paciente con antecedentes de Sd. Marfan en control en el hospital del tórax, hace un año sin control por falta de hora./ Consulta en varias ocasiones por disnea al esfuerzo, con dolor torácico. El 15/11 vuelve a consultar por segundo episodio de síncope en el día, se le realiza ecocardiografía que muestra una FEVI de 36%, con estenosis aórtica moderada a severa. Destaca función sistólica deteriorada./Por lo cual se decide hospitalizar en box urgencia, evoluciona tórpidamente con hipotensión se le toma un Anglio Tac que muestra aneurisma Aórtico ascendente sin disección por lo que se*



presenta caso a residente de UCI. Ingres a UCI LCOTE, Hmd hipotenso se decide invadir para uso de DVA sin respuesta, se inicia dobutamina y milrinona. Lorena del río Valdebenito, Enfermera de turno”.

En el ingreso a la UCI de ese mismo día se consigna “Motivo de Ingreso: Manejo de Shock Cardiogénico Antecedentes Médicos: Estenosis aórtica severa, Dilatación de la aorta ascendente Anamnesis: Paciente en control en INT por los diagnósticos descritos, en espera de cirugía de remplazo de válvula y raíz aórtica, último control hace un año. / Inicio cuadro de aumento-progresivo de la disnea de esfuerzo, tos productiva y sensación febril no objetivada. Intentó retomar controles en INT sin éxito, por lo que decidió consultar en SU HSO. Al ingreso normotenso y afebril, se realizó ecocardiograma que mostro estenosis aórtica valvular con área de 0,7 m², dilatación de la aorta ascendente hasta 5 cms, hipokinesia global con FE=36%, derrame pericardio leve. Evolucionó con hipotensión por lo que se realizó anglio TC de tórax, que descarto disección aórtica. Se trasladó a UCI para manejo de shock cardiogénico. Al ingresar en GCS= 15, mala perfusión distal, con acidosis metabólica severa, hepatitis isquémica con prolongación severa del tiempo de protrobina y falla pre-renal. A la ecoscopia impresiona con deterioro de la función del ventrículo izquierdo. Examen Físico: entre otras, Presión arterial indetectable, vigil, atento, orientado, sin apremio respiratorio, moviliza sus extremidades, yugulares ingurgitadas Diagnóstico de ingreso: Shock cardiogénico, estenosis aórtica severa + dilatación de la raíz aórtica, obs Neumonía derecha fundamento Diagnóstico: Antecedente de estenosis aortica severa en espera de resolución quirúrgica, historia de disnea progresiva, tos productiva y sensación febril, evidencia de disfunción ventricular severa. Plan: Instalación de CVC, inicio de milrinona + dobutamina, corrección de acidosis metabólica, toma de serología viral, traslado urgente a INT para asistencia ventricular. Pronóstico de vida 50% Dr. Nicolás Carreño Calderón Rut 13.900.060-9”;

g) En la epicrisis de alta efectuada en el HSO al derivar paciente al INT se señala: “Shock cardiogénico. Estenosis aórtica severa+dilatación de la raíz aórtica. Obs neumonía derecha. En el punto IV, denominado Evolución, se constata lo siguiente ...Inicio cuadro de aumento progresivo de la disnea de esfuerzo, tos productiva y sensación febril no objetivada, intento retomar controles en INT sin éxito, por lo que decidió consultar en su HSO. Al ingreso



normotenso y afebril, se realizó ecocardiograma que mostró estenosis aórtica con área valvular de 0,7 cm² dilatación de la aorta ascendente hasta 5 cms hipokenesia flobal con FE= 36 %, derrame pericárdico leve. Evolucionó con hipotensión por lo que se le realizó angioTac de tórax, que descartó una disección aórtica. Se trasladó a la UCI para manejo de shock cardiogénico. Al ingreso en GSC=15 ptos, mala perfusión distal, con acidosis metabólica severa, hepatitis isquémica con prolongación severa del tiempo de protombina y falla pre-renal. A la ecoscopia impresiona con deterioro de la función del ventrículo izquierdo”.

Dicho documento no consigna la fecha de egreso del paciente ni la hora, pero sí su ingreso, señalándose el 16 de noviembre de 2013, a las 15.00 hrs.;

h) El paciente ingresó a la UCI del INT el día 16 de noviembre de 2013, a las 19:30 hrs., consignándose en la ficha clínica “... *Felipe concurre a servicio de urgencia el día jueves tal como le indicó el Dr. González, pero en urgencia lo dieron de alta. Presentó síncope en casa y volvió nuevamente a servicio de urgencia donde lo dejaron hospitalizado y se solicitó traslado urgente a UCI de INT, en falla multiorgánica, que necesitó ser conectado a sistema de asistencia ventricular izquierda veno arterial con oxigenador. Tras terapia intensiva no recupera fallas y progresan, falleciendo 21/11/13 a las 14:00 horas ...”.*

Dada la gravedad del paciente y su edad, el equipo médico del INT decidió conectarlo el día 17 a un soporte extraordinario, consistente en una máquina de asistencia circulatoria denominada ECMO;

i) El certificado de defunción respectivo consigna que la muerte del señor Maragliano Saldaño ocurrió por un shock cardiogénico, debido o como consecuencia de falla multiorgánica, debido o como consecuencia de válvula bicúspide con estenosis;

j) El INT no posee servicio de urgencia, de manera que un paciente de este nosocomio que requiere atención fuera del horario normal en que funciona, debe acudir al servicio de urgencia de otro centro asistencial e informar al personal de INT para continuar posteriormente el tratamiento;

k) El doctor Rodrigo González fue el cardiólogo del INT y tratante de Felipe, que indicó el día 14 la concurrencia a un centro asistencial de urgencia, dado los síntomas que presentaba.



16°.- Que en este entendido, tal como lo sostiene la magistrado, efectivamente no existe en estos autos pericia de ningún tipo con la finalidad de dilucidar el motivo del fallecimiento del señor Maragliano Saldaño, empero, ella finalmente no resultó necesaria, pues la declaración de testigos resultó ilustrativa y vital para determinar que el HSO no obró conforme a la *lex artis*.

En efecto, conforme se señaló en los hechos indiscutidos y se deriva de la declaración de los testigos presentados por el INT, el paciente se controlaba desde hace años en dicha institución, debido una afección cardiaca congénita, encontrándose asintomático y con indicación quirúrgica de reemplazo valvular. Su dolencia se traducía en una estrechez de la válvula (estenosis aórtica). Así lo explica su médico tratante por años, Rodrigo González Foretic, quien señaló que se encontraba en lista de espera por la dilatación de su aorta y que lo ocurrido fue un “evento agudo” y muy grave, pues estaba asintomático “hasta dos semanas antes del evento final”. Refiere que previo a la internación en el HSO, supo de los síntomas de Felipe, pues la madre de este llamó por teléfono a su enfermera, indicándole [González] que acudiera a un servicio de urgencia [el INT no tiene]. Supo del estado de salud del paciente 48 horas después, cuando ingresó muy grave a la UCI del Instituto, con falla orgánica múltiple (respiratorio, renal, hepática). Explicó este desenlace en la interpretación de la ecocardiografía que se le realizó y que mostró una insuficiencia severa de la válvula aórtica, existiendo probablemente una “*ruptura [sic] de la válvula aórtica en contexto de infección de la válvula*”, denominado “*endocarditis*”, que explicaría la insuficiencia aórtica y la falla cardiaca, lo que además se deriva de la existencia de cultivos de sangre positivos. La rotura de la válvula produce falla cardiaca inmediata y luego de todos los restantes órganos. La conexión a ECMO posibilitó la sobrevivencia de Felipe, de lo contrario, pudo morir recién ingresado al INT.

Sobre la enfermedad congénita que padecía la víctima, explica que los riesgos que involucra son la infección de la válvula y su progresión a una estenosis severa, desarrollando síntomas.

A continuación refiere el testigo que el evento agudo que experimentó Felipe, dice relación con una complicación aguda que se “*implanta en una enfermedad crónica de su cardiopatía. Si la válvula se infecta y rompe los velos, si la aorta se rompe o diseca y determina taponamiento cardiaco*”, es letal. Agrega que si bien la endocarditis se trata con terapia medicamentosa, la



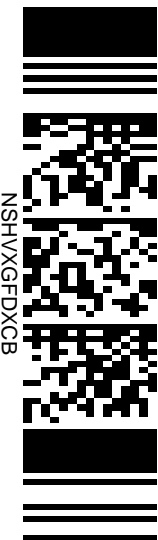
NSHVXGFDXCB

rotura de la válvula es un problema mecánico grave, que los antibióticos no resuelven.

17°.- Que como se observa, el señor Maragliano Saldaño no era un paciente cualquiera, sino que uno que padecía una patología congénita, sujeto a un largo tratamiento y, aunque asintomático, se encontraba en lista de espera para un remplazo quirúrgico y que acudió por primera vez al HSO porque presentaba ciertos síntomas –tos, dolor de pecho, problemas respiratorios (disnea)- que el cardiólogo tratante consideró de relevancia, dado justamente su condición de salud, pues le recomendó que asistiera a un centro de urgencia. Ello, porque ya no estaba asintomático, sin perjuicio de lo cual los médicos del HSO lo derivaron a su domicilio.

Luego, se realizaron al paciente ecocardiografías y electrocardiogramas, debido a que ese mismo día 15 de noviembre en la noche (22,30 horas) debió reingresar al HSO por un desmayo sufrido en su domicilio, y no obstante que uno de esos exámenes daba cuenta de que el paciente sufrió un “probable infarto agudo (anterior)”, nada se hizo al respecto. Tanto, que el médico especialista en cardiología de aquel centro que lo atendió -Moisés Seud-, señaló al declarar como testigo que desconocía ese diagnóstico, afirmando que no existía ningún examen que diera cuenta de ese resultado, y para explicar aquel diagnóstico [infarto agudo] sostuvo que es un error común de los servicios de urgencia guiarse por los informes automatizados del equipo que en este caso señala probable infarto de miocardio, pero que ello no era efectivo. Por ello, afirma, no era necesaria la hospitalización de inmediato, ya que su enfermedad era de larga data. Sin embargo, no existe prueba alguna que dé cuenta del supuesto error interpretativo que arguye este médico, más cuando el mismo indicó que una señal que determina que se está en presencia de una estenosis aórtica severa, es el valor numérico de la FEVI menor a 40 %, esto es, incluso mayor al que presentaba el paciente (36 %) conforme se contiene en el ecocardiograma bidimensional doppler.

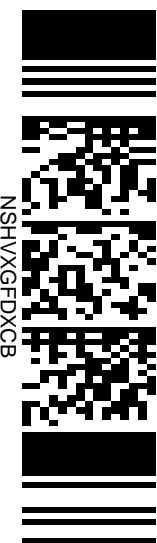
En este mismo sentido, si bien el médico Selman trató de disipar su responsabilidad afirmando que los síntomas con que ingresó el paciente al HSO, y que este refirió al “personal” que lo atendió, no consigna que padecía dolor torácico, tal aserto no resultó efectivo, conforme se deriva de los antecedentes que dan cuenta del primer ingreso a ese hospital que justamente señalan lo contrario, esto es, que Felipe padecía tos hace un mes, dificultad



respiratoria y dolor torácico por tres semanas. En todo caso, dijo este médico, tales síntomas resultaban irrelevantes porque ellos no interferían con su vida normal, pues presentaba signos vitales normales, examen físico sin hallazgos significativos y taquicardia leve. Empero, tales apreciaciones colisionan con el resultado del electrocardiograma, que demostró la existencia de un infarto agudo, y aunque insiste también que el aparato es sensible e inespecífico en su diagnóstico, lo cierto es que, sobre esta afirmación, no existe prueba de ninguna especie que permita desvirtuar el resultado de ese examen. Es decir, si este nosocomio pretendía sostener que el examen registró un infarto por la situación especial que afectaba al paciente y no porque realmente lo haya padecido, debió demostrarlo.

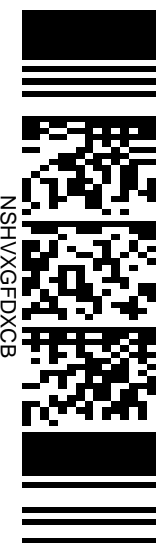
Por otra parte, es el propio Selman el que indica que el dolor torácico es indicativo de cuadros de gravedad, de manera que, atendiendo a los antecedentes del paciente y que aquel síntoma corresponde justamente al motivo de la consulta de urgencia al HSO, sus facultativos no podían sin más desatender el resultado del electrocardiograma, considerando los antecedentes particulares del paciente, quien por lo demás había vuelto a ingresar al hospital después de haber sufrido un desmayo.

En esta misma dirección, la declaración del doctor Nicolás Carreño Calderón tampoco varía lo que viene decidido, desde que este expresó que le correspondió atender al paciente en la UCI, esto es, cuando este ya había consultado dos veces el servicio de urgencia, y tuvo presente la opinión de los médicos que lo revisaron previamente así como los exámenes, para concluir que se trataba de una “condición banal”, una infección viral sin relación con la patología cardíaca, agregando que le tocó verlo en muy mala condición antes de trasladarlo al INT, y que le realizó una ecoscopia que evidenció que el corazón se “contraría de muy mala manera”, pero sin infarto, dando cuenta también se cursaba una infección viral que determinaba una miocarditis (inflamación del músculo cardíaco), de origen viral y no se relacionaba con su enfermedad congénita, lo que desaconsejaba una intervención quirúrgica, sin embargo después aclara que no documentó la miocarditis, atendido que era necesario una biopsia del endocardio, de manera que dicho diagnóstico es solo una sospecha, reiterando que Felipe no cursó un infarto, porque le efectuó una ecoscopia que, según dice, es un examen más preciso que el electrocardiograma porque aquel examen registra los cambios en el músculo



cardiaco durante el infarto, antes de que aparezcan en el electro y se mantienen aún después del electro, sin embargo agrega que no se acuerda el resultado de este último examen y que no es ecocardiografista, aseverando que pudo extraer la información que creyó relevante para él, desde que *“las conclusiones que fueron importantes para mí el grado de estenosis aórtica fue lo más relevante porque yo no estoy capacitado para hacer esa evaluación”*, considerado que la fracción de eyección (FEVI) era menos de 15 %. De esta manera, la impresión de este facultativo no pasa sino de una opinión, que por sus propias palabras impide considerarlas relevantes para determinar que Felipe no padecía un infarto agudo ese día 15 a las 22,30 horas.

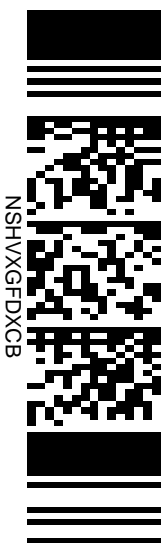
18°.- Que la secuencia de los hechos acreditados según la propia declaración de los testigos del HSO dan cuenta de la falta de servicio que se reclama, pues quedó claro que el ingreso a este nosocomio del señor Maragliano Saldaño se produjo por la indicación precisa del médico tratante (Rodrigo González), derivado justamente de los síntomas que presentaba el enfermo, que permitía concluir que abandonada su calidad de asintomático y la evaluación de esos cambios debieron llevar a los profesionales de aquella demandada a obrar conforme el cuadro de salud que aquel padecía, sin embargo, uno de los médicos declaró desconocer la sintomatología que afectaba al paciente, escudándose en que los antecedentes incorporados al Dato de Atención de Urgencia no siempre son correctos. Empero, lo cierto es que al ingresar Felipe al HSO y después de la evaluación efectuada por el enfermero, aquel señaló expresamente tener un cuadro de tos, y dolor torácico por un período prolongado de tiempo. Este antecedente fue desatendido, no considerado o desconocido en su evaluación, pues como lo señaló en médico Dauvergne Maya (INT), no se trataba de un enfermo cualquiera, sino uno que presentaba una cardiopatía congénita con tratamiento de larga data, al que su médico tratante le indicó -producto del llamado de urgencia de su madre- que se dirigiera a un centro de atención de urgencia y que al llegar a este con síntomas de relevancia clínica –dificultad respiratoria, dolor torácico y síncope- debió recibir la indicación de traslado inmediato a un centro de mayor complejidad -INT-, más cuando el paciente presentó junto a los síntomas ya referidos, una FEVI disminuida de 36 %, lo que de acuerdo a lo señalado por los testigo del INT requería hospitalización, lo que no ocurrió, toda vez que después de la derivación a su domicilio por segunda vez, el paciente sufrió un



desmayo y al reingresar a urgencia del HSO a las 22 horas del día 15, fue atendido en un box (testigo Carreño Calderón) y solo al día siguiente, a las 11 horas fue derivado al INT, previa reanimación realizada en la mañana de ese día 16.

Si bien los médicos Sued, Selman y Carreño del HSO, negaron que el paciente haya sufrido un infarto agudo a pesar de los resultados que arrojaban los exámenes, lo cierto es que el primero de ellos desconocía el diagnóstico del electrocardiograma, desatendiendo la condición que presentaba el paciente, y si bien este junto a Selman sostuvieron aquel examen era irrelevante porque sólo correspondía a una alerta automatizada, la condición base que padecía Felipe los obligaba a una interpretación cuidadosa de los antecedentes médicos y no a sostener una respuesta estándar, aplicable a cualquier otro caso, pues se insiste, se trataba de un enfermo con una cardiopatía congénita, ya sintomático, que ingresó al servicio de urgencia por indicación expresa de su tratante. En consecuencia, sus dichos no desvirtúan el dato médico objetivo de que el día 15 de noviembre en dependencias del HSO Felipe Maragliano Saldaño sufrió un infarto agudo, tal como informó en dos oportunidades el examen de electrocardiograma. La lectura del mismo que entregan los especialistas no condice que el resultado, sin que exista otra prueba que corrobore sus afirmaciones, es decir, no hay otro antecedente que permita concluir que la *lex artis* ordenaba desatender ese dato técnico, pues la correcta interpretación, dada las características del paciente, era que este no presentó aquel infarto. Prueba sobre ello, no existe.

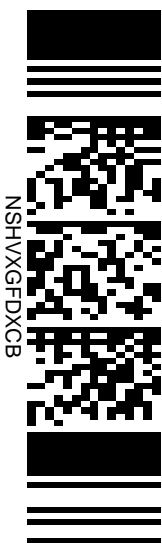
En síntesis, se trataba de un paciente enfermo, que ingresó a urgencia del hospital en tres ocasiones, y a pesar de que quienes lo atendieron conocían su estado de salud pretérito, sumado al dolor de pecho, tos y disnea, y que en la segunda atención médica ya presentaba una FEVI disminuida de 36 %, no obstante lo cual se dispuso nuevamente su alta médica y que con posterioridad a sufrir un síncope, se agravó rápidamente para luego sufrir un infarto, solo resta concluir que el HSO no le brindó al paciente la atención oportuna que su salud requería, pues existiendo a lo menos dos exámenes que demostraban la gravedad de la situación –electro y FEVI (ya pesquisado por Guíñez en el segundo ingreso), permite sostener el erróneo diagnóstico primigenio que redundó en la demora en la derivación a un centro especializado y, con ello, en



la imposibilidad de prestarle la correcta atención en el INT, dado justamente la tardanza, según se pasará a explicar más adelante.

19°.- - Que como corolario de lo que se ha razonado, los antecedentes de hecho asentados tienen la connotación necesaria para ser calificados como generadores de responsabilidad, puesto que se desarrollan en el contexto de la prestación de un servicio público, a través de agentes que se desempeñan en un hospital estatal, y que en el ejercicio de sus funciones deben proveer las prestaciones médicas necesarias al paciente, de forma tal de evitar su exposición a riesgos innecesarios, sin escatimar esfuerzos para ello, sobre todo porque cuenta con equipo técnico y profesional para llevar a cabo tal labor, siendo del todo exigible que se agoten las medidas necesarias para evitar que se produzcan resultados dañosos en la prestación del servicio de salud que se brinda a los usuarios del sistema.

20°.- Que finalmente en lo que dice relación con el Hospital Luis Tisné B., no puede dejar de advertirse que en materia sanitaria la certidumbre sobre la relación causal entre la falta de servicio y el daño producido es difícil de establecer, por lo que en estos regímenes de responsabilidad, en la mayoría de los casos sólo será posible efectuar una estimación de la probabilidad de que el daño se deba a un hecho o al incumplimiento de un deber de atención eficaz y eficiente, por el cual el demandado deba responder. En el caso concreto, existen dificultades para establecer el vínculo causal, atendido los grados de incertidumbre en relación a la evolución médica del paciente. En efecto, una vez establecido que el servicio prestado a Felipe fue deficiente, no debe perderse de vista que, en definitiva, el reproche que se formula a la Administración es no haber entregado un tratamiento oportuno al estado de salud que lo aquejaba, con el objeto de evitar que se agravara, disponiendo lo necesario para una atención más especializada, razón por la que no es posible establecer el vínculo de causalidad entre la falta de servicio asentada y la muerte del paciente; pues, no se puede determinar con el grado de certeza necesaria que, de haberlo hospitalizado el día 15 de noviembre de 2015 o atendido como correspondía y trasladado de inmediato al Hospital del Tórax, se habría impedido el desenlace fatal. No obstante aquello, indudablemente tal atención inmediata, de acuerdo a sus características especiales, sí habría otorgado al paciente una alternativa clara de sobrevivida, pues indudablemente las posibilidades de combatir la enfermedad que lo afectaba, con la infección en

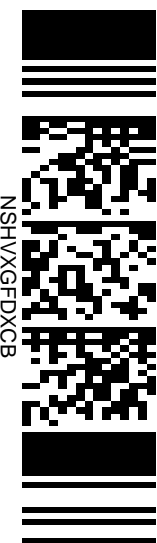


la que derivó, mientras más temprano se inicie el tratamiento indicado para tales efectos, en mejores condiciones pudo encontrarse el paciente para enfrentar una intervención quirúrgica.

21°.- Que por otra parte, al no contarse con otra prueba y en particular por el conocimiento técnico que se requiere para la lectura de las fichas clínicas y demás documentación médica, solo es posible concluir que al ingresar el paciente a la UCI del INT, registraba una falla multiorgánica (hepática, renal, hemodinámica y metabólica) que hacía imposible una intervención quirúrgica, en atención al riesgo vital que presentaba. Ello justifica la extensión de 12 horas antes de conectarlo a ECMO (máquina de asistencia circulatoria), pues se buscaba estabilizarlo. En ese lapso, como lo indican los médicos, se intentaron otras terapias (drogas vasoactivas y ventilación mecánica), considerando que el sistema ECMO no es preventivo y acarrea diversas consecuencias. Frente al cuadro agudo del paciente, los médicos aplicaron todas las terapias para revertir la situación catastrófica que presentada, pero que resultaron infructuosas. Ergo, no es posible detectar el incumplimiento que se le atribuye a este demandado, y por las que se insiste en el recurso de apelación, debiendo recalarse que más allá de la infección que habría causado la dolencia final que produjo el deceso de Felipe, lo cierto es que al ingresar al INT presentaba una falla multiorgánica que no pudo remontar, pues como se dijo, se le produjo un problema mecánico grave y mortal producto de la ruptura de la válvula.

22°.- Que de este modo, la responsabilidad que recae en el HSO se encuentra acreditada, tal como se razonó previamente y, por el contrario, no es posible atribuir al INT la falta de servicio que pretende la parte demandante en su apelación, de manera que en ambos extremos, no queda sino que compartir lo decidido por la jueza *a quo*.

23°.- Que, asimismo, los demandantes objetan el fallo en aquella parte que desestimó lo reclamado a título de lucro cesante. Sobre ello, no puede olvidarse que esta pretensión, en lo que respecta al padre de la víctima, se sustentó en la pérdida de su trabajo, en atención a que producto de daño psicológico que padeció por su muerte, no pudo seguir trabajando, razón por la que se “retiró” en el año 2016 y es por ello que por concepto de lucro cesante reclama lo que le habría correspondido percibir en razón de \$975.145 mensuales hasta la fecha de su jubilación. En relación a la conviviente de Felipe y el hijo de ambos, ese mismo daño se encuentra fundado en la



ausencia del aporte al ingreso familiar de aquello que provenía del señor Maragliano Saldaño por el trabajo que desarrollaba (\$317.319 mensual) y su proyección de vida.

24°.- Que debe anotarse que la naturaleza de la indemnización de perjuicios es sustitutiva, dineraria, compensatoria del daño material que abarca la avería emergente y el lucro cesante, constituyendo el segundo de ellos, la lesión sobrevenida o ganancia frustrada. Así, la doctrina tradicionalmente define al lucro cesante como la ganancia que ha dejado de obtener el acreedor como consecuencia del hecho del que se es responsable. Este concepto se refiere a una lesión patrimonial consistente en la pérdida de un incremento patrimonial neto que se haya dejado de obtener a raíz de un incumplimiento ilícito del deudor o de un perjuicio ocasionado por el personalmente responsable o por un tercero civilmente responsable.

Ahora bien, como es sabido, para que sea indemnizable esta ganancia esperada que constituye el lucro cesante, si bien carece de certeza absoluta, debe ser cierta para que dé lugar a la indemnización reclamada. En este entendido, el lucro cesante por regla general se vincula con un daño futuro que no coincide con el día de la interposición de la demanda, lo que le resta certeza, razón por la que una ganancia esperada nunca será absolutamente cierta sino que solo tendrá un razonable grado de certeza; equivalente a una probabilidad conforme se derive de la prueba, y que permita fijar su *quantum* apartándose de suposiciones antojadizas o aleatorias, de manera que, como señala la doctrina, tal rubro deberá probarse mediante elementos objetivos que permitan desprender verosímilmente un curso (futuro) normal sobre la base de una ganancia hasta ahora producida.

25°.- Que en esta materia, también lleva la razón la jueza *a quo* al concluir que con la prueba aportada al proceso no es posible acceder a este rubro demandado, pues en lo tocante al padre de la víctima, si bien la misma da cuenta de la afectación psicológica que ha debido padecer por la muerte de su hijo (y que sustenta el daño moral reconocido), ella es insuficiente para aseverar que la pérdida del empleo es una consecuencia directa y previsible de ese suceso catastrófico, más cuando aquel dejó de prestar servicios por su propia voluntad, conforme se deriva del respectivo finiquito, después de un tiempo muy prolongado con posterioridad al hecho luctuoso, sin que exista a



este respecto alguna prueba objetiva de la relación directa y necesaria entre el hecho dañoso y la incapacidad laboral del padre.

26°.- Que en lo tocante al daño que se reclama por parte de la conviviente y el hijo del ofendido, no existe prueba alguna que confiera parámetros objetivos para establecer cierta certeza o verosimilitud a las ganancias futuras del trabajador, para así entender que el curso normal de los acontecimientos lleve a concluir que esos ingresos permanecerían hasta la época de jubilación del empleado. En efecto, la prueba aportada con esta finalidad no permite afincar la probabilidad razonable de la pérdida reclamada, en tanto si bien constituyen hechos de la causa la calidad de conviviente e hijo de los demandantes respecto del causante, lo cierto es que mina esta pretensión la circunstancia que, en último término, lo reclamado es el lucro cesante no del trabajador fallecido, sino el propio del hijo y de la conviviente, atendiendo cuantificaciones inciertas e improcedentes a la luz de aquello que constituye esa avería patrimonial, pues el detrimento lo sustentan en aquello que dejó de percibir la familia. Luego, las interrogantes sobre la estabilidad en el empleo, la extensión de esa contribución en relación al hijo menor, la naturaleza que ese lucro cesante posee respecto de quien reclama no en calidad de heredero (conviviente) sino como daño propio y la indeterminación del porcentaje con que esa madre debe contribuir al sustento de ese hijo y del hogar común, constituyen variantes indeterminadas que imposibilitan la fijación de aquello que se demanda por este título.

27°.- Que por último, se comparte la decisión que dispuso que cada parte pagará sus costas, atendido que de conformidad con lo dispuesto en el inciso primero del artículo 144 del Código de Procedimiento Civil, la parte que sea vencida totalmente en un juicio o en un incidente, será condenada al pago de las costas, agregando la norma que podrá con todo el tribunal eximirla de ellas, cuando aparezca que ha tenido motivos plausibles para litigar, sobre lo cual hará declaración expresa en la resolución.

Como se destaca en la transcripción del precepto, no obstante ser totalmente vencido un litigante se le puede eximir del pago de las costas si el tribunal considera que litigó con fundamento plausible, lo que ocurre en este caso, toda vez que sin perjuicio de que la parte demandante resultó totalmente vencida respecto de la pretensión indemnizatoria que dirigió en contra del INT, lo cierto es que dada la naturaleza de la acción que se dedujo y sus particulares



características, es posible concluir que litigó con fundamento plausible, lo que justifica que no se le imponga la condena en costas.

INGRESO CORTE 11.308-2019:

28°.- Que en cuanto a la apelación que dedujo la demandante respecto de la resolución de 5 de julio de 2019 que desestimó, por extemporáneas, las observaciones a la prueba de los testigos que declararon en el término probatorio especial, baste para confirmar la aludida determinación considerar que cualquier decisión al respecto carece de oportunidad, desde que aquella parte pudo ejercer en todas las instancias procesales posteriores el derecho a ser oída, tanto que se alzó mediante los recursos procesales que creyó pertinente a sus derechos, de manera que no ha existido a su respecto una vulneración al debido proceso como pretende en su recurso.

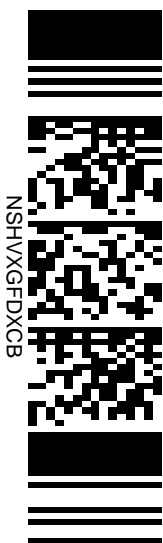
INGRESO CORTE 369-2020:

29°.- Que en lo tocante a la apelación del demandado HSO respecto de la resolución de 17 de junio de 2019, son dos razones relativas a la ausencia de oportunidad que imponen que esta se confirme. La primera, que la resolución que le causa agravio es aquella de 27 de mayo que accedió a la designación del perito de la especialidad solicitada, disponiendo expresamente el tribunal que ese perito debía estar incluido en la lista que para estos efectos dispone la Corte de Apelaciones y no aquella que desestimó su recurso de aclaración, que en definitiva pretendió revivir un plazo fenecido. En segundo lugar, dicha parte debió esperar la realización de la audiencia que regula en artículo 414 del Código de Procedimiento Civil, pues solo después de ella, podía calibrar si la decisión del tribunal resultaba perjudicial, considerando que pudo operar el acuerdo de partes que regula esa disposición.

Por estas consideraciones y lo dispuesto en los artículos 186, 766 y 768 del Código de Procedimiento Civil del Código de Procedimiento Civil, se declara:

I.- Que **se rechaza**, sin costas, el recurso de casación en la forma deducido por la parte demandante en contra de la sentencia de veintiséis de enero de dos mil veintiuno, pronunciada por el 12° Juzgado Civil de esta ciudad, en la causa Rol C-27.634-2017.

II.- **Se confirma**, sin costas, la referida sentencia.



III.- Asimismo, se confirman las resoluciones de diecisiete de junio y cinco de julio, ambas del año 2019, que corresponden a los ingresos acumulados.

Regístrese, comuníquese y devuélvase.

Redacción de la ministra Lilian Leyton Varela.

RoI N° 11.308-2019

Pronunciada por la **Octava Sala** de la Itma. Corte de Apelaciones de Santiago, presidida por el Ministro señor Omar Astudillo Contreras e integrada por la Ministra señora Lilian Leyton Varela y por el Abogado Integrante señor Sebastián Hamel Rivas. No firma el Ministro señor Astudillo, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo del fallo, por encontrarse ausente.



Pronunciado por la Octava Sala de la Corte de Apelaciones de Santiago integrada por Ministra Lilian A. Leyton V. y Abogado Integrante Sebastian Ramon Hamel R. Santiago, veintisiete de junio de dos mil veintitrés.

En Santiago, a veintisiete de junio de dos mil veintitrés, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.



Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en <http://verificadoc.pjud.cl> o en la tramitación de la causa.
A contar del 02 de abril de 2023, la hora visualizada corresponde al horario de invierno establecido en Chile Continental. Para la Región de Magallanes y la Antártica Chilena sumar una hora, mientras que para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar dos horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>