

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia  
JUZGADO : 3º Juzgado de Letras de la Serena  
CAUSA ROL : C-2339-2018  
CARATULADO : ÁVALOS TAMAYO FARID PETRICH/CLINICA  
REGIONAL DEL ELQUI S.A

La Serena, seis de Marzo de dos mil veinte  
**Vistos.**

Mediante escrito de fecha quince de junio del año dos mil dieciocho, rectificado en otro de fecha seis de julio del mismo año, comparece don **Alejandro Andrés Carvallo Santander**, abogado, domiciliado en La Serena, calle Pintor Enrique Lobos N° 1760, en representación convencional de doña **Amada Elizabeth Tamayo Cárdenas**, administradora de empresas, y de su hijo menor de edad, **Farid Petrich Ávalos Tamayo**, estudiante, ambos domiciliados en La Cantera, calle Cardenal Medina N° 2790, Coquimbo, interpone demanda en juicio ordinario contra de **Clínica Regional del Elqui S.A.**, del giro de su denominación, representada por don Nilo Lucero Arancibia, ingeniero comercial, ambos domiciliados en La Serena, Avda. El Santo N° 1475, y en contra de don **Felipe Horacio Ramos Saint-Jean**, médico cirujano, del mismo domicilio, para que sean condenados a pagar en forma solidaria las indemnizaciones que señalará, más reajustes, intereses y costas.

#### **I.- Antecedentes generales.**

Refiere que en fecha 9 de mayo de 2016 falleció en La Serena, don Waldo Alexander Ávalos Aranda, quien fuera el cónyuge de doña Amada Tamayo Cárdenas y padre del menor Farid Petrich Ávalos Tamayo. El occiso prestaba servicios en calidad de instructor del rubro minero, según contrato de trabajo del 4 de abril del 2014 hasta la fecha de su fallecimiento, con una remuneración de \$4.071.598 mensual. Hace presente



Foja: 1

que al momento de su muerte, el señor Ávalos tenía 63 años y 10 meses de edad.

Relata que el 5 de mayo de 2016 el occiso se dirigió a la Clínica Regional de Elqui, de propiedad de la demandada, e ingresó a la Unidad de Urgencia, siendo atendido por el médico de turno Felipe Horacio Ramos Saint-Jean, dependiente de la demandada.

Agrega que según consta de la anamnesis efectuada en la misma clínica, el paciente ingresó con un cuadro de dolor en región pectoral, opresivo, irradiado a mandíbula y hombro izquierdo, dificultades respiratorias, concomitante con una crisis de tensión arterial, síntomas que venía padeciendo con intensidad progresiva. Ingresó a Urgencia a las 23:03 horas del 5 de mayo de 2016 y se le dio de alta a las 02:05 horas del día siguiente. Estuvo casi 3 horas en la Clínica. Le prescribieron medicamentos.

Afirma que en la práctica, el paciente fue abandonado a su suerte, al disponer el alta en el estado grave o crítico en que se encontraba, con alto riesgo vital. En efecto, atento a la naturaleza, evolución y sintomatología de su padecimiento el occiso nunca debió ser dado de alta por cuanto sus padecimientos eran indiciarios de un síndrome coronario agudo (también conocido por su sigla “SCA”); por el contrario, debió tratarse como paciente crítico.

Indica que el SCA era una hipótesis plausible en ese momento, una sospecha o, al menos, no era aún descartable. No se hospitalizó al paciente en la Clínica ni se le derivó a un centro asistencial con mayores recursos profesionales o técnicos. No se le informó la magnitud del riesgo que sufría. Cúmulo de negligencias.

Menciona que luego del alta dada por la Clínica demandada, éste permaneció en su domicilio continuando con fuertes dolores —ya descritos— desde la madrugada del 6 de mayo de 2016 hasta la mañana del 9 de mayo del mismo año.

Alega que habida consideración que resultó estéril la atención de la Clínica y persistiendo su sintomatología desde su egreso, decidió recurrir



**Foja: 1**

nuevamente a urgencia, pero del sistema público. Ingresó al Hospital San Juan de Dios de La Serena, el 9 de mayo a las 11:42 horas, recibió las atenciones posibles y falleció a las 22:30 horas, como consecuencia de un infarto al miocardio que venía en evolución desde hacía unos cinco a seis días, cuando empezaron sus dolencias, según lo reflejado en la anamnesis.

Destaca que al ingresar a la Unidad de Urgencia del Hospital San Juan de Dios, el médico tratante planteó de inmediato como hipótesis diagnóstica: “síndrome coronario agudo” (“SCA”) y dispuso la inmediata internación del paciente, quien, a las pocas horas falleció a causa de su deteriorada condición.

Hace presente que si un síndrome coronario agudo (SCA) es la principal hipótesis diagnóstica, la valoración e intervenciones iniciales deben realizarse rápidamente, tanto para abordar su tratamiento o para descartar definitiva y justificadamente la hipótesis de su ocurrencia. Estas intervenciones se deben regir por los protocolos específicos de dolor torácico. Agrega que la conducta inicial, incluyendo electrocardiograma (ECG) y manejo preliminar de un paciente con posible SCA debe realizarse en un tiempo máximo de 10 minutos desde la presentación. Manifiesta también que aproximadamente un 25% de los ECG resultan engañosos, por lo que se hace necesario profundizar la pesquisa de un diagnóstico acertado.

Sostiene que deberían seguirse los siguientes pasos en todo paciente con “sospecha” de SCA:

1. Asistencia de vía aérea, ventilación y circulación (ABC).

2. Obtención de historia y examen físico: El dolor generalmente es de inicio gradual, mayor de 30 minutos, descrito frecuentemente como de carácter opresivo, aplastante o urente, de ubicación difusa e irradiado a brazos o mandíbula, generalmente asociado a la realización de actividad física, no cambia con la respiración o posiciones específicas. Puede haber otros síntomas asociados, como diaforesis, náuseas, dificultad respiratoria o vómitos. Se deben buscar dirigidamente factores de riesgo para un evento coronario, como un evento cardiovascular previo, antecedente con que la



**Foja: 1**

Clínica contaba en su ficha clínica, por atención recibida el 10 de diciembre de 2014, en que presentó un evento sospechoso de enfermedad cardíaca.

3. Se deben considerar los diagnósticos diferenciales de dolor torácico, así como potenciales contraindicaciones a la terapia trombolítica. El examen físico debe estar orientado a objetivar el compromiso hemodinámico del paciente, descartar hipotensión y falla cardíaca, así como al estado neurológico, buscando focalidad o déficit cognitivos, cuando aún se considera la trombolisis como una posible medida terapéutica futura.

4. Realización de ECG: Es frecuentemente no concluyente en un abordaje inicial, por lo que se recomienda su repetición en intervalos de 5-10 minutos cuando el paciente se mantiene sintomático y existe una alta sospecha de SCA.

5. Acercamiento de equipo de resucitación a la sala del paciente.

6. Monitorización cardíaca.

7. Oxígeno: Idealmente se debe mantener una saturación superior al 90%.

8. Vía venosa periférica y obtención de muestras: Para el laboratorio inicial, incluye enzimas cardíacas, electrolitos, función renal, índices de coagulación y perfil lipídico.

9. Aspirina, 325 mg.

10. Nitratos: Se utilizan en caso de que el paciente tenga molestias precordiales persistentes, hipertensión o signos de falla cardíaca, siempre y cuando no haya signos de compromiso hemodinámico ni uso previo de inhibidores de la fosfodiesterasa (ej.- disfunción eréctil). Se utiliza en dosis de 0,4 mg cada 5 minutos, máximo 3 veces. El dolor puede o no responder a nitroglicerina, y si lo hace, dicha respuesta no distingue confiablemente un dolor isquémico de uno no isquémico.

11. Tratar falla cardíaca izquierda, si se encuentra presente: Utilizar reductores de la postcarga (Nitroglicerina sublingual o en goteo endovenoso),



**Foja: 1**

diuréticos de asa (furosemida endovenosa) o administrar ventiladores de presión positiva no invasivos (BPAP).

12. Dar beta bloqueador (ej. metoprolol 25 mg vía oral) sólo cuando no haya signos de falla cardíaca, alto riesgo de falla cardíaca, signos de compromiso hemodinámico, bradicardia o compromiso severo de la vía aérea. Se puede utilizar endovenoso si el paciente posee antecedentes de hipertensión.

13. Se puede utilizar opioides en caso de dolor precordial o ansiedad severos y persistentes.

14. Iniciar atorvastatina 80mg lo antes posible, y preferentemente antes de realizar PCI en pacientes sin uso de estatinas.

Resalta que se debe tener precaución evaluando a adultos mayores, ya que tienen mayor susceptibilidad a presentarse con síntomas “atípicos” de un síndrome coronario agudo. En un estudio retrospectivo de pacientes con infarto agudo al miocardio confirmado, se evidenció que aproximadamente un tercio no presentó dolor torácico de ningún tipo, sino síntomas de diversa índole como disnea, astenia, náuseas, palpitaciones, síncope o incluso paro cardíaco.

A continuación, trata de las diferentes pruebas diagnósticas del SCA, a saber:

1. Electrocardiograma: Menciona que el ECG es frecuentemente no concluyente, por lo que se debe realizar seriadamente si la sospecha diagnóstica persiste. En dos series de pacientes, el ECG fue “no diagnóstico” en un 45%, y normal en un 20% de pacientes que posteriormente mostraron tener un infarto agudo al miocardio. Un 55% es certero.

2. Bio marcadores cardíacos: La obtención de marcadores seriados en suero, o enzimas cardíacas como la troponina T e I, resultan esenciales en la confirmación del diagnóstico de infarto. Se deberían obtener en todo paciente con un riesgo significativo de SCA. Estas enzimas son proteínas regulatorias cardíacas que controlan la interacción mediada por calcio entre



Foja: 1

la actina y la miosina. Son productos de genes específicos, y por lo tanto con el potencial de ser específicas del tejido cardíaco.

3.- Exámenes complementarios: Manifiesta que se deben realizar según la sospecha clínica de un diagnóstico diferencial. Dentro de los diagnósticos diferenciales que se debe considerar ante un paciente con una clínica compatible con un SCA encontramos los siguientes: • Disección aórtica; • Tromboembolismo pulmonar; • Pericarditis; • Neumotorax, hemotorax, derrame pleural; • Taponamiento cardíaco.

Añade que en el caso de pacientes de alto riesgo, una estratificación previa no es necesaria y generalmente necesitan angiografía coronaria de urgencia, en los siguientes casos: • Shock cardiogénico. • Falla cardíaca • Angina de reposo persistente o recurrente • Inestabilidad hemodinámica debido a complicaciones mecánicas. • Arritmias ventriculares inestables.

II. La pérdida de la “chance” como fuente de responsabilidad civil. Negligencia médica.

Alega que los demandados incumplieron los parámetros mínimos exigibles en la atención del paciente Ávalos Aranda, que se denota en el otorgamiento de una prestación de salud imperfecta, negligente, culposa, sin respetar los protocolos médicos de rigor o los mandatos de la ciencia y buena praxis médica, especialmente de parte del médico tratante Dr. Felipe Horacio Ramos Saint-Jean, quien demostró impericia y negligencia sin disponer de interconsulta a otros médicos más experimentados o especializados (salvo un radiólogo); antecedentes a partir de los cuales se establece la culpa como hipótesis de procedencia de la responsabilidad que se demanda.

Dicho lo anterior, afirma que concurre en la especie lo que se ha llamado indemnización por “pérdida de chance u oportunidad”, pues las faltas antes referidas de parte del personal médico de la Clínica Regional de Elqui privaron al paciente de acceder a la oportunidad de salir del infarto y salvar su vida, es decir, de conseguir una ganancia o evitar una pérdida, lo que ocasionó el daño demandado, en el sentido de privar a su hijo y



**Foja: 1**

cónyuge de seguir contando con la presencia en vida de su padre y marido, con el sufrimiento propio del duelo para el resto de sus vidas.

Explica que la pérdida de la chance se hace indemnizable cuando representa para la víctima de su privación una probabilidad de quedar en mejores condiciones, sea porque se podría obtener algo mejor o mayor, sea porque se suprime un riesgo existente.

Expone que el paciente Ávalos falleció producto de un shock cardiogénico como consecuencia de un infarto agudo al miocardio. No es posible sostener inequívocamente que la muerte del paciente no se habría producido de haber recibido la debida atención por la demandada, ni que el cuadro padecido fuera necesariamente mortal o incompatible con la vida, por cuanto la información disponible no explicita antecedentes idóneos para arribar a esas conclusiones. Sin embargo, con la información disponible es posible afirmar que Ávalos sí pudo haber sobrevivido al evento de haberse aplicado oportunamente las terapias pertinentes, en la Clínica Regional de Elqui.

Adiciona que dada la temprana intervención y el tiempo que se mantuvo el paciente en su casa evolucionando el síndrome hacia un riesgo en progresivo aumento, sus posibilidades de sobrevivencia eran altas. Los antecedentes registrados en la ficha clínica del paciente llevan necesariamente a concluir era un paciente de alto riesgo, con antecedentes anteriores y concomitantes que la Clínica conocía. Si bien es cierto que a mayor edad la incidencia de infarto y muerte súbita de origen cardíaco aumentan, desde el punto de vista epidemiológico esa variable constituye sólo un factor de riesgo pero no un mecanismo fisiopatológico que cause necesariamente la muerte como ocurrió en el caso.

En relación a las omisiones en que incurrió el personal sanitario, describe que no se apreció objetivamente el estado de urgencia cardiológica del paciente. Esto condicionó directamente que se le privara de la oportunidad de ser sometido a una terapia idónea, compatible con “Síndrome Coronario Agudo”.



Foja: 1

Continúa señalando que una evaluación clínica expedita resultaba crucial en este paciente, por cuanto la mortalidad asociada a un shock cardiogénico —actual o sobreviniente, en el contexto de un infarto agudo al miocardio, es alta y la posibilidad de implementar una terapia con buen resultado va disminuyendo en la medida que pasa el tiempo. Alega que tan negligente proceder lo privó, sin duda alguna, de la oportunidad de luchar dignamente por su vida. En efecto, la falta de un diagnóstico oportuno al momento del ingreso del paciente a la Unidad de Emergencias de la Clínica Regional de Elqui, su alta prematura en la necesidad de recibir oportuno auxilio médico, la negligente evaluación del profesional tratante y la absolutamente contraindicada alta médica son omisiones en que incurrió el personal médico actuante, que lo despojaron de cualquier oportunidad, aún de la más mínima, de ser sometido a los tratamientos adecuados, pertinentes, íntegros y oportunos, con cuyo mérito podría haber, eventualmente, salvado su vida.

Defiende que la tardanza ocasionada para que el paciente recibiera adecuada atención sanitaria, permitió que su patología evolucionara naturalmente hacia la irreversibilidad y -por ende- se produjera la muerte del enfermo.

Pasa a explicar que en el caso del profesional médico, en general, se pueden identificar claramente dos deberes de conducta: de un extremo, el de información y, de otro, el de protección de la vida, salud y la integridad física y síquica del paciente. Estos deberes operan durante todo el iter contractual (entre la Clínica demandada y el paciente se perfeccionó un contrato consensual de prestación de servicios médicos y clínicos).

El deber de información se conecta directamente con la noción del consentimiento informado, propia de esta clase de contratos. El profesional médico tiene el deber de informar al paciente sobre el procedimiento que aplicará y los riesgos asociados a su aplicación. Si se observa este deber y luego se realiza alguno de los riesgos que se representó ad initio, el profesional médico no puede pretender quedar exonerado de responsabilidad. La exoneración tendrá lugar cuando haya cumplido con su obligación contractual, es decir, cuando la realización del riesgo no se deba





**Foja: 1**

a su negligencia o impericia, sino a otra causa ajena a su control [caso fortuito o fuerza mayor; o culpa exclusiva de la víctima]. La manifestación de este consentimiento informado no significa que el paciente asume sobre sí los riesgos del tratamiento o intervención y las consecuencias de su realización. El deber de información no se agota al momento de celebrar el contrato, éste subsiste durante la ejecución de la prestación médica, incluso más allá de la misma. El médico como profesional experto debe informar de forma constante a su paciente. Es este deber de información, vinculado al conocimiento que debe poseer en cuanto profesional, el que explica el por qué en la responsabilidad civil médica rige la previsibilidad de los daños como límite de su indemnización, ya no con relación al momento de la celebración del contrato, sino del incumplimiento del mismo. Hasta ese mismo instante pesa sobre el profesional médico el deber de prever las posibles consecuencias de su incumplimiento [artículo 1558 del Código Civil]. Esta extensión en el tiempo también se justifica en el deber de protección de que habla la letra que sigue.

b) En cuanto al deber de protección, éste debe entenderse en el sentido de que el profesional médico debe procurar emplear, en la ejecución de su prestación, personas y cosas idóneas para el fin que se persigue, en términos tales que no causen un daño al paciente. Este deber explicaría el por qué el profesional médico responde por el hecho de sus auxiliares o por los medicamentos que suministra al paciente o por la elección de un laboratorio; y el por qué el hospital o clínica responde no sólo por la culpa de sus médicos, auxiliares y colaboradores, sino que, además, por los defectos de sus equipos o, en general, por la culpa de su organización hospitalaria. Muy relacionado con este deber de protección que supone la seguridad y garantía del paciente, la Corte Suprema ha declarado que si las infecciones intrahospitalarias existen, es deber del hospital erradicarlas y, si ello no es completamente posible, debe contar con el personal, equipamiento y los procedimientos adecuados para detectarlas cuando ocurren, a fin de evitar su nefasta acción, y cuando de todas maneras y debido a una infección de esa naturaleza el paciente fallece, quiere decir, entonces, que ha habido una falla estructural del servicio, que no fue capaz de enfrentar cumplidamente la emergencia.



Foja: 1

III. Responsabilidad civil indemnizatoria.

Alega que desde el momento en que el paciente ingresa a una Clínica para recibir atención sanitaria, se forma un contrato consensual innominado de atención médica y prestación de servicios clínicos. Sin embargo tal relación jurídica solamente vincula a la demandada y al paciente, o a sus herederos, en cuanto sucesor de la persona del causante, por los daños sufridos por éste. No obstante, en el caso de marras, se demanda el daño sufrido por la cónyuge y por el hijo del paciente fallecido, es decir, por los perjuicios propios de los demandantes. En tal caso, no ha existido vínculo contractual entre estos damnificados —cónyuge o viuda, e hijo— con las demandadas, de modo que estamos frente a un caso de responsabilidad civil extracontractual.

Acusa que las demandadas han incurrido en inejecución culposa de la conducta comprometida. En efecto, en cuanto al modelo de conducta a que se obligan las demandadas, ha de confrontarse con el modelo idóneo de conducta de un especialista, que profesa la ciencia y la praxis médica. En la especie, se ha sostenido que acá se aplica el modelo de conducta del perito o artífice, que se opone a la impericia.

Alega que la responsabilidad del profesional se basa en una culpa determinada por la omisión de la diligencia especial exigible por sus conocimientos técnicos que no puede confundirse con la simple de un hombre cuidadoso, al tratarse de una diligencia alejada de la general. A ello agrega que el profesional médico y la Clínica demandada están llamados a observar esta diligencia [pericia] durante todo el iter de la ejecución de la prestación médica y clínica

Destaca que los demandantes revisten la calidad de víctimas directas del daño causado, desde que han padecido un perjuicio personal constituido por la privación a que fueron sometidos, en cuanto se trata del cónyuge y del hijo del occiso. Lo vivido por los actores constituye un hecho doloroso, persistente e insustituible por otros afectos o placeres, los que en definitiva sólo lograrían morigerar en parte el tormento permanente por la muerte — en tal torpes circunstancias— del cónyuge y padre de los demandantes.



Foja: 1

Ahora bien, sin perjuicio que la reparación del daño no es medible en dinero, queda a la prudencia del tribunal establecer un monto que se pueda estimar que satisface el perjuicio, con base en la equidad natural. Así las cosas, como consecuencia de la torpeza profesional de los demandados, afirma que al señor Ávalos se le privó de la oportunidad de luchar dignamente por su vida, sufriendo una verdadera agonía desde su egreso de la Clínica Elqui hasta su internación en el Hospital San Juan de Dios, período en que el paciente estuvo abandonado por largo tiempo sin atención médica, pudiendo tenerla.

Sostiene que a efectos de determinar el monto de las indemnizaciones, ha de tenerse en cuenta que la cónyuge demandante ha sido privada del afecto y de la pareja con quien tenía proyectada una vida de amplias expectativas de duración. Ella ahora sufre esa pérdida como mujer enamorada de su marido, quien era el sustento y pilar emocional de la familia. Por su parte, atendida la escasa edad del hijo del occiso, éste ha sufrido con intensidad propia de un hijo la pérdida de su padre, quien además les brindaba a ambos una buena vida, en unión familiar, sanos y llenos de esperanzas. Tales antecedentes conducen a regular el monto de la indemnización que los demandados deberán pagar —solidariamente— a los actores, en la suma que se propone en lo petitorio del presente libelo.

Finalmente, solicita tener por interpuesta demanda en juicio ordinario en contra de Clínica Regional del Elqui S.A., representada por don Nilo Lucero Arancibia, y en contra de don Felipe Horacio Ramos Saint Jean, ya individualizados, y previa tramitación legal, declarar: 1.- Que se hace lugar a la demanda en todas sus partes y, por tanto, los demandados son condenados a pagar solidariamente una indemnización por daño moral de \$150.000.000 (ciento cincuenta millones de pesos) a favor de doña Amada Elizabeth Tamayo Cárdenas, y de \$250.000.000 (doscientos cincuenta millones de pesos) a favor del menor don Farid Petrich Ávalos Tamayo o, en subsidio, una suma menor que con el mérito de autos se sirva determinar prudencialmente. 2.- Que el monto de la indemnización se deberá reajustar conforme a la variación del índice de precios al consumidor que se registre entre la fecha de notificación de la demanda y el cumplido pago de lo



Foja: 1

adeudado, debiendo agregarse los intereses corrientes para operaciones no reajustables que se devenguen desde que la sentencia cause ejecutoria hasta el cumplido pago. 3.- Que se condena en costas a las demandadas.

**Mediante escrito de fecha trece de noviembre de dos mil dieciocho**, agregado a folio 22 del cuaderno principal, comparece doña **Ana Karina Segovia Iraira**, abogado, en representación de don **Felipe Ramos Saint Jean**, contestando la demanda en su contra y solicitando se rechace en todos sus términos por los siguientes argumentos.

Relata que su representado se encontraba en Urgencias de la Clínica Regional del Elqui el día 5 de mayo del año 2016, fecha en que atendió al paciente don Waldo Alexander Ávalos Aranda, quien presentaba una sintomatología consistente en fuerte dolores de pecho y dificultades respiratorias, ante lo cual, siguiendo el protocolo de urgencia para estos casos, le prescribió medicamentos, tomó exámenes y lo derivó a la casa “con citación al día siguiente para control de la evolución”.

Esta situación, omitida en la demanda, fue reconocida por la actora en el formulario de solicitud de mediación, en el cual sostuvo que su representado “le prescribe medicamentos, toma exámenes y lo deriva a la casa con citación al día siguiente para control de la evolución”. De esta manera, afirma que el paciente no quedó “abandonado a su suerte” como sostienen los actores, sino que quedó bajo control y con la prevención de presentarse al otro día para ver su evolución y, en general, bajo la advertencia de volver durante la madrugada si el dolor agravaba o persistía.

Agrega que el dolor torácico se define como cualquier molestia o sensación anómala presente en la región del tórax. Es un síntoma frecuente de consulta médica y sólo en los servicios de urgencias representa ente el 5% de las consultas totales. El dolor torácico que presenta el paciente no resulta ser un signo indubitado de un Síndrome Coronario Agudo, como pretende la actora en su libelo, por el contrario, es sintomatología común de muchas afecciones, por lo que el médico tratante debe comenzar el descarte de las diversas patologías.



Foja: 1

En consideración de lo anterior, su representado realizó un electrocardiograma al paciente, sin que éste evidenciara alguna alteración que pudiese determinar que estaba en presencia de un Síndrome Coronario Agudo. No obstante, teniendo presente que el análisis del electrocardiograma requiere de un tiempo de evolución, el paciente quedó citado al día siguiente (tal como reconoció la actora en la citación a mediación pero que omitió mencionar en la demanda).

Continúa relatando que el paciente no se presentó a la Clínica para controlar su evolución como tampoco a ningún otro centro asistencial sino hasta cuatro días después, en que decidió recurrir a la urgencia del Hospital San Juan de Dios de La Serena el 9 de mayo de 2016, a las 11:42 horas, donde finalmente falleció a las 22:30 horas, según da cuenta su certificado de defunción.

Así, alega que el paciente no cumplió con la prescripción de su representado de controlar su evolución al día siguiente y tampoco contó con la debida asistencia médica en otro centro asistencial sino hasta el día de su fallecimiento, pese a que la sintomatología persistía.

Defiende, además, que la actora no detalla en su libelo cómo es que el caso confluyen los elementos propios de la responsabilidad civil extracontractual ni cuál sería la negligencia en el actuar de su representado, a la cual denomina simplemente inejecución culposa de la conducta comprometida. Por otro lado, demanda elevadas sumas por el daño moral presumiblemente sufrido por ella y su hijo, sin que señalar cómo llega a establecer dichos montos.

Respecto de la imputación de culpa a su representado, aclara que sobre el profesional médico recae una obligación de medios que no implica el compromiso de un resultado, sino el despliegue de una actividad o quehacer, independiente que se logre un resultado determinado. Por ende, el compromiso del médico de ninguna manera es curar en todo evento al enfermo, pues no hay posibilidad de asegurar normalmente un resultado definitivo en su actividad, siempre influenciado por el coeficiente de innumerables e inesperados factores ajenos a la labor médica. Así, el médico



Foja: 1

no garantiza la curación, sí el empleo de las técnicas adecuadas. Consiguientemente, no puede concluirse que el profesional médico incumple sus obligaciones por la sola circunstancia que el desenlace haya sido insatisfactorio para el paciente, que no se haya producido la curación o que la actuación médica haya conducido a la muerte de este.

Argumenta que en el caso de marras, el vínculo jurídico del paciente con la Clínica y el médico es para prestar un servicio de urgencia, que implica que la condición de salud o cuadro clínico lleve consigo un inminente riesgo vital y/o secuela funcional grave para una persona de no mediar la atención médica inmediata e impostergable. En ese contexto, su representado prestó los servicios requeridos atendiendo con inmediatez al paciente y cumplió con las obligaciones propias del protocolo médico, esto es prescribió medicamentos, practicó exámenes -de los cuales pudo determinar que no existía un riesgo inminente, pero que sí debía mantenerse al paciente en evaluación domiciliaria.

De esta manera, alega que el triste desenlace del paciente no puede ni debe ser imputado a su representado, pues fue aquél quien incumplió lo prescrito por el médico, ya que no se presentó a control el día siguiente y tampoco concurrió a otro centro hospitalario, pese a que su malestar persistía; transcurriendo cuatro días hasta que se presentó al Hospital San Juan de Dios de La Serena, lugar donde falleció.

Sostiene, entonces, que no existe por parte de su representado una infracción de los deberes profesionales o la *lex artis ad hoc*, pues obró con la diligencia exigida; no concurriendo la culpa que se le imputa.

En cuanto a la pretendida pérdida de la chance como fuente de responsabilidad civil de negligencia médica, explica que esta elaboración jurisprudencial se funda en casos de responsabilidad civil en que se desconoce si la negligencia causó efectivamente el daño pero sí se conoce que al menos destruyó una oportunidad de evitarlo. Más precisamente se refiere a que en ocasiones, es imposible determinar con certeza si la pretendida negligencia médica provocó la agravación o la muerte del paciente, pero sí es posible demostrar que tal actuación destruyó sus chances



**Foja: 1**

de sanar o sobrevivir. Así ocurre cuando se omite un examen, privando al paciente de la oportunidad de someterse a un tratamiento, o cuando sin ajustarse a la *lex artis* no se sana una herida, perdiendo el paciente las chances de evitar una invalidez.

Reitera que en el caso de sub lite su representado obró con total diligencia y cumpliendo con los protocolos establecidos para la atención de urgencia y, especialmente, para el caso que se presenta un paciente con dolor torácico, sintomatología en diversas patologías.

Finalmente, solicita tener por contestada la demanda y, en definitiva, rechazarla con expresa condenación en costas.

**Mediante escrito de fecha catorce de noviembre de dos mil dieciocho**, agregado a folio 23 del cuaderno principal, comparece don **Marco Antonio Iglesias Muñoz**, abogado, en representación de **Clínica Regional del Elqui SpA**, contestando la demanda entablada por doña Amada Elizabeth Tamayo Cárdenas, por sí y en representación de su hijo menor de edad Farid Petrich Ávalos Tamayo, solicitando se rechace de forma total, con expresa condena en costas, por las razones de hecho y derecho pasa a exponer.

Relata que en fecha 5 de mayo de 2016, el Sr. Waldo Alexander Ávalos Aranda, fallecido el día 9 de mayo del mismo año, cónyuge de la demandante doña Amada Elizabeth Tamayo Cárdenas, concurrió a la Unidad de Urgencia de Clínica Regional de Elqui, siendo atendido por el médico de turno Dr. Felipe Horacio Ramos Saint-Jean.

El paciente ingresó a la atención de urgencia con un cuadro de dolor en región pectoral, opresivo, irradiado a mandíbula y hombro izquierdo, dificultades respiratorias, concomitante con una crisis de tensión arterial, síntomas que venía padeciendo con intensidad progresiva.

Al paciente se le practicó la anamnesis correspondiente y se le solicitaron todos los exámenes diagnósticos que requería el cuadro que presentaba, a saber, enzimas cardíacas, dos electrocardiogramas y otros. Los electrocardiogramas fueron informados vía telemedicina por un médico



Foja: 1

especialista de Santiago. Todos los exámenes practicados arrojaron resultados normales.

Continúa narrando que el paciente fue diagnosticado presuntivamente con “Dolor en Pecho, No Especificado”.

Añade que finalmente el paciente fue dado de alta y citado para que regresara a control médico al día siguiente para la correspondiente evaluación. No obstante, el paciente no regresó al servicio de urgencia, ni al centro médico de Clínica Elqui.

De los hechos relatados, el abogado concluye que la Clínica Elqui prestó la atención de urgencia que el paciente requería, practicándole los exámenes físicos y clínicos diagnósticos que se requerían según el cuadro de salud que motivó su concurrencia a la Urgencia. Por lo demás, todos los exámenes clínicos resultados normales. No obstante lo anterior, al paciente se le solicitó volver a control al día siguiente de su atención de urgencia, absteniéndose éste de hacerlo.

Por lo anterior, concluye que en la actuación de su representada no media incumplimiento alguno de las obligaciones que la vinculaban con el paciente; quien recibió todos y cada uno de los cuidados posibles en razón a su condición, como las pruebas y procedimientos correspondientes para verificar una hipótesis diagnóstica.

Termina argumentando que no concurren en la especie los presupuestos de la responsabilidad civil extracontractual.

En su concepto, no existe hecho ilícito pues la atención brindada por los profesionales del establecimiento fue del todo adecuada en la aplicación de las buenas prácticas médicas y la lex artis.

Tampoco hay culpa o dolo de parte de Clínica Elqui, considerando que no existió alguna trasgresión a la lex artis imputable a los profesionales que le prestaron atención. Es más, afirma que su representada actuó con máxima prudencia en la atención brindada al paciente, pues a pesar de los resultados normales en los exámenes diagnósticos practicados, se le citó a





Foja: 1

control dentro de las 24 horas siguientes a la atención de urgencia; control al que se negó a asistir, sin justificación alguna.

Por otra parte, no habría alguna relación de causalidad entre la acción u omisión culpable o dolosa y el daño producido. En efecto, aun cuando se entendiera que existió una acción que derivó en daños imputables a su representada, lo cierto es que de las obligaciones y el actuar de Clínica Elqui, no se derivan en modo alguno los perjuicios argumentados, existiendo una evidente falta de causalidad.

Al respecto, hace presente que entre la fecha de atención del paciente en la Unidad de Urgencia de Clínica Elqui, 5 de mayo de 2016, y la fecha de su fallecimiento, el día 9 del mismo mes, transcurrieron cuatro días; circunstancia que deja en evidencia que al no concurrir el paciente a control conforme a lo que se le requirió en su oportunidad, la evolución tórpida del cuadro clínico en curso quedó por completo fuera del ámbito de control y, en consecuencia, de responsabilidad de su parte.

Termina solicitando tener por contestada la demanda de indemnización de perjuicios deducida en lo principal, rechazándola en definitiva, con expresa condena en costas.

**Por escrito de fecha veintitrés de noviembre del año dos mil dieciocho, a folio 26**, la parte demandante evacuó el trámite de la réplica, ratificando los hechos, consideraciones y fundamentos de derecho plasmados en la demanda.

Además, puntualiza que de ambas contestaciones ha quedado como punto pacífico, el médico que atendió al fallecido señor Waldo Ávalos, en el servicio de urgencia de la Clínica demandada, y el día de los hechos. Asimismo, la sintomatología del paciente: fuertes dolores de pecho, dificultades respiratorias, etc. De igual manera, sostiene que no han controvertido que el médico tratante no prescribió la hospitalización inmediata del paciente ni tomó las medidas urgentes de medicina cardíaca ni lo derivó a la unidad coronaria correspondiente (interna, o al hospital público en interconsulta); por el contrario, lo derivó a su casa “en



Foja: 1

observación”, contraviniendo todo protocolo de manejo de la situación de riesgo que padecía el paciente.

Termina aclarando que toda la literatura especializada y las normativas de los servicios de salud especializados prescriben que en esos casos la hospitalización es estrictamente necesaria mientras no se descarte, fuera de toda duda, que se trata de un posible cuadro de compromiso cardíaco.

**Por escrito de fecha treinta de noviembre del año dos mil dieciocho, a folio 28**, la parte demandada de don Felipe Ramos Saint Jean evacuó el trámite de la dúplica, reiterando los hechos y el derecho vertido en la contestación de fecha trece de noviembre del mismo año.

**Por escrito de fecha tres de diciembre del año dos mil dieciocho, a folio 30**, la parte demandada de la Clínica Regional del Elqui SpA evacuó el trámite de la dúplica, reiterando los hechos y el derecho vertido en su contestación y negando las afirmaciones de la demandante en su réplica, referentes a los hechos que supuestamente habría reconocido su parte.

**En audiencia de fecha treinta de abril del año dos mil diecinueve, a folio 47**, con la asistencia del abogado de la parte demandante y ante la inasistencia de los demandados, se llamó a las partes a conciliación, la que no se produjo.

**Mediante resolución de fecha dieciséis de mayo del año dos mil diecinueve, a folio 48, modificada en otra del dieciséis de octubre del mismo año, a folio 67**, se recibió la causa a prueba, fijándose los hechos sustanciales, pertinentes y controvertidos.

**En resolución de fecha veinticinco de noviembre del año dos mil diecinueve**, se citó a las partes a oír sentencia.

**Considerando.**

**Primero.** Que en estos autos, el abogado Alejandro Carvallo Santander, en representación convencional de Amada Elizabeth Tamayo



**Foja: 1**

Cárdenas y de su hijo menor de edad, Farid Petrich Ávalos Tamayo, interpone demanda de indemnización de perjuicios en régimen extracontractual contra de la Clínica Regional del Elqui S.A., representada por don Nilo Lucero Arancibia, y el médico Felipe Horacio Ramos Saint Jean, por la responsabilidad civil que les corresponde en el fallecimiento del marido y padre de sus representados, don Waldo Alexander Ávalos Aranda, el 9 de mayo de 2016, a raíz de la negligente atención médica brindada por éstos, cuatro días antes de su deceso. Alega que los demandados otorgaron una prestación de salud imperfecta, sin respetar los protocolos médicos de rigor ni los mandatos de la ciencia y lex artis, especialmente el médico tratante, quien no dispuso la interconsulta a otros más experimentados, privando al paciente de la oportunidad de recuperarse de su infarto y así salvar su vida. En razón de lo anterior, solicita se les condene solidariamente a reparar el daño moral que sus representados han padecido con ocasión de la muerte de su cónyuge y padre, respectivamente, por las sumas \$150.000.000 y \$250.000.000, más las costas de la causa.

**Segundo.** Que al evacuar su contestación, el médico Felipe Ramos Saint Jean solicita el rechazo de la demanda y defiende que no ha infringido la lex artis ad hoc, pues obró con la debida diligencia al tratar al paciente Ávalos Aranda en el Servicio de Urgencias de la Clínica Regional del Elqui, el día 5 de mayo del año 2016. Sostiene que de acuerdo a la sintomatología observada - consistente en fuertes dolores de pecho y dificultades respiratorias-, siguió el protocolo de urgencia, prescribió medicamentos, tomó exámenes y derivó al paciente a casa, citándolo al día siguiente para controlar su evolución; no obstante, éste no se presentó a la citación y tampoco concurrió a otro centro asistencial, sino hasta cuatro días después, en que asistió al Hospital de La Serena donde finalmente falleció. De esta manera, alega que no habría incurrido en una acción u omisión dolosa o culpable que lo haga responsable por los perjuicios que demandan los actores, cuyos montos cataloga de excesivos e infundados.

**Tercero.** Que al contestar la demanda, la Clínica Elqui solicita su rechazo, con costas, argumentando que no concurren en la especie los presupuestos de la responsabilidad civil extracontractual, por cuanto prestó



**Foja: 1**

la atención de urgencia que el paciente requería, practicándole los exámenes físicos y clínicos diagnósticos según su cuadro de salud e informando los electrocardiogramas el especialista de la ciudad de Santiago. Indica que todos los exámenes resultados normales, no obstante, se solicitó al paciente controlarse al día siguiente, cuestión que no hizo. Así las cosas, afirma que cumplió todas las obligaciones asistenciales que la vinculaban con el paciente, sin que haya alguna relación de causalidad entre su actuación y su fallecimiento, cuatro días después en el Hospital de La Serena, y menos con los perjuicios que alegan los actores.

**Cuarto.** Que a fin de acreditar los fundamentos de su acción, la parte demandante acompañó a los autos los siguientes documentos.

**En escrito de fecha treinta de octubre del año dos mil dieciocho, a folio 17:**

1.- Certificado de mediación frustrada de fecha 15 de noviembre de 2017, relativo al demandado don Felipe Horacio Ramos Saint-Jean, emitido por el agente Regional Coquimbo de la Superintendencia de Salud.

2.- Certificado de término de mediación de fecha 12 de febrero de 2018, emitido por el agente Regional Coquimbo de la Superintendencia de Salud en relación a Clínica Regional del Elqui SpA, que da cuenta que las partes concluyeron el proceso sin acuerdo.

**En escrito de fecha dos de diciembre del año dos mil dieciocho, a folio 29:**

3.- Copia de la sentencia de casación de fecha 22 de septiembre de 2016, de la Excma. Corte Suprema, que desarrolla el argumento de la pérdida de la chance como fundamento de la responsabilidad civil.

**En escrito de fecha primero de octubre del año dos mil diecinueve, a folio 54:**

4.- Certificado de defunción de don Waldo Ávalos Aranda.

5.- Certificado de nacimiento del menor Farid Ávalos Tamayo.



Foja: 1

6.- Certificado de matrimonio de don Waldo Ávalos y doña Amada Tamayo.

**En escrito de fecha siete de noviembre del año dos mil diecinueve, a folio 82:**

7.- Formulario “Datos Médicos de Urgencia 8457”, de 06 de mayo de 2016, Clínica Elqui.

8.-. Formulario “Atención Enfermería 8457”, de 06 de mayo de 2016, Clínica Elqui.

9.- Formulario “Receta Dato Médico de Urgencia”, de 06 de mayo 2016, Clínica Elqui.

10.- Certificado de Defunción de don Waldo Alexander Ávalos Aranda.

11.- Certificado de matrimonio de don Waldo Alexander Ávalos Aranda con Amada Elizabeth Tamayo Cárdenas.

12.- Formulario “Datos de Atención de Urgencia” N° 23208, de 09 de mayo de 2016, Hospital La Serena.

13.- Certificado Médico de Defunción y Estadística de Mortalidad Fetal, relativo a don Waldo Alexander Ávalos Aranda.

**En escrito de fecha nueve de noviembre del año dos mil diecinueve, a folio 84:**

14.- Guía Clínica del Ministerio de Salud, titulada “Infarto Agudo al Miocardio con Supra desnivel del Segmento ST”. Ministerio de Salud. 2010.

15.-. Guía de Práctica del Ministerio de Salud, titulada “Clínica Infarto Agudo al Miocardio con Supra desnivel del segmento ST”. Ministerio de Salud. 2018.

16.- Publicación Oficial de la Sociedad Española de Cardiología, Titulada “Proceso Asistencial Simplificado del Síndrome Coronario Agudo”. 2015.



Foja: 1

**Quinto.** Que la parte demandada de don Felipe Ramos Saint Jean, acompañó a los autos los siguientes documentos en parte de prueba.

**En escrito de fecha once de noviembre del año dos mil diecinueve, a folio 89:**

1.-Guía Clínica Infarto Agudo de Miocardio y Manejo del Dolor Torácico en Unidades de Emergencia, Garantías explícitas en Salud, del Ministerio de Salud, del Gobierno de Chile.

2.-Manual Clínico para Servicios de Atención Primaria de Urgencia, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

3.- Documento denominado “Dolor torácico” Dr. Juan Ramón Soto S. Revista médica Clínica Las Condes 2011; 22(5) páginas 655-664.- 201

4.- Documento denominado “Dolor torácico en urgencias: frecuencia, perfil clínico y estratificación de riesgo”, Manuel Martínez-Sellés, Héctor Bueno, Alberto Sacristán, Álvaro Estévez, Javier Ortiz, Laura Gallego y Francisco Fernández-Avilés.

5.- Documento denominado “El Médico en las situaciones urgentes: Dolor torácico en los servicios de urgencias”. M.I. Ostabal Artigas Med Integral 2002.

**Sexto.** Que la parte demandada de la Clínica Regional del Elqui SpA., acompañó a los autos los siguientes documentos en parte de prueba.

**En escrito de fecha once de noviembre del año dos mil diecinueve, a folio 90:**

1.- Artículo “En el Infarto agudo al miocardio los niveles plasmáticos de micro vesículas extracelulares se elevan más precozmente que el aumento de la Troponina-I” de Daniel Hevia y otros, publicado Revista Chilena de Cardiología Vol. 36 Número 1, Abril 2017.

2.- Artículo “Síndrome Coronario Agudo: lo que debe saber el médico no especialista” del Dr. Alejandro Fajuri N., publicado en Boletín



Foja: 1

Escuela de Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica de Chile. Vol. 33, N° 1, 2008.

3.- Guía de Práctica Clínica Infarto Agudo al Miocardio con Supra desnivel del segmento ST 2018, Resumen Ejecutivo, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, 2018.

4.- Copia de la ficha clínica de don Waldo Alexander Ávalos Aranda, Clínica Elqui.

**Séptimo.** Que, por otra parte, la demandante rindió prueba testimonial consistente en las declaraciones de César Julio Carvajal Véliz, Pamela Andrea Briceño Barraza, José Taborga Castillo y Nancy del Carmen González Alfaro, quienes legalmente interrogados y sin tacha declararon en audiencia de fecha veintidós de octubre del año dos mil diecinueve, al tenor del punto cuarto de la interlocutoria de prueba del dieciséis de mayo del año dos mil diecinueve, modificada el dieciséis de octubre del mismo año.

**César Julio Carvajal Véliz** declaró, “Yo era contador de don Waldo Avalos y él siempre iba con su señora, de nombra Amada, cuando él falleció ella cambió, ya no era la misma, tuvo una depresión, andaba triste, con su hijo, cambió totalmente con la muerte de don Waldo, él era el pilar de la familia. Esto lo vi porque ella fue a ver las cuentas conmigo y era totalmente distinta a la persona que era antes. Yo a ellos los conozco hace como quince años, cuando empecé a llevar la contabilidad. Ella me contó que lo había llevado a la clínica y de la clínica lo mandaron a la casa y allí empeoró y le dio un infarto en la casa.”

**Pamela Andrea Briceño Barraza** declaró: “Yo soy educadora de párvulos del Jardín Inti donde Farid Ávalos asistió desde el año 2010, por cuatro años, hasta que pasó a primero básico, donde se caracterizaba por ser un niño brillante, llegó a sacar el primer lugar de su nivel, después me enteré que su padre había fallecido, por redes sociales, y una ex apoderada, que es profesora jefe de Farid de nombre de Johana Rojas, me contó que estaba muy mal en el colegio en calificaciones y también en conducta, después me encontré con la mamá de Farid en el supermercado Líder de



Foja: 1

Regimiento Arica y allí ella se puso a llorar, estaba muy angustiada por la situación que estaba viviendo por Farid y la muerte de su esposo. Allí le ofrecí ayuda para hacerle clases a Farid en los ramos en que estuviera más complicado para que no quedase repitiendo, pero él repitió. Cuando Farid estaba en el jardín, su padre asistía a las reuniones y entrevistas de evaluación y progreso, era el padre el apoderado, don Waldo Ávalos, con él nosotros nos entendíamos directamente como profesional.”

**José Mercedes Taborga Castillo** declaró “Yo con Waldo Ávalos éramos compañeros de trabajo en la Compañía Minera El Indio, hace como quince años atrás, yo supe de su fallecimiento por motivo de ser ambos radioaficionados, conocí a la señora Amada y me contactaba en la calle con ella para saber de su salud, ella estaba muy choqueada igual su hijo, decaída, con falta de ánimo. Ella anda con problemas sicológicos, como que necesita una terapia, yo la veo en distintas ocasiones y se ve deprimida, le viene la pena, El hijo, me comenta ella, se encuentra con problemas en sus estudios, problemas de salud, muy decaído”.

**Nancy del Carmen González Alfaro** declaró “Yo con Amada Tamayo era compañera de trabajo en la Municipalidad de Coquimbo, ella trabajaba en Tierras Blancas, ella se retiró y la dejé de ver por años, hasta que un día nos encontramos y me presentó a su esposo, Waldo Avalos, él era muy buena persona, nos hicimos buenos amigos y en una ocasión me invitó a una empresa que tenía en Andacollo. Un día encontré a la Amada, muy mal, me contó que Waldo había fallecido, estaba con una depresión espantosa y me contó lo que había sucedido con Waldo y a su hijo lo llevaba al sicólogo porque estaba muy mal el niño. Ella no tiene fuente de trabajo, ya que tuvo que cerrar todo, ya que Waldo llevaba la empresa, cuando la vi, ella lloraba, estaba muy angustiada no sabía lo que iba a pasar con su niño. Él tenía una empresa de capacitación en Andacollo, donde trabajaban los dos. Yo sé que ella y el niño han tenido tratamientos sicológicos, el rendimiento del niño en el colegio es malo.”

**Octavo.** Que la acción ejercida en autos es la dimanante del artículo 2314 del Código Civil, que dispone que quien haya cometido un delito o cuasidelito que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización.





Foja: 1

**Noveno.** Que para que haya lugar a la responsabilidad civil extracontractual, son dos los requisitos fundamentales que deben concurrir, a saber, la existencia de una acción u omisión culpable o dolosa del agente y que ésta haya causado un daño a la víctima. A ellos pueden agregarse la capacidad del agente y que no concurra alguna causal de exención de responsabilidad. (Abeliuk, René, Las Obligaciones, Tomo I, quinta edición actualizada, p. 216)

En el caso de marras, tratándose de una demanda de responsabilidad civil extracontractual por responsabilidad médica, cabe agregar que a fin de dilucidar si la actuación del doctor fue diligente o culpable, es menester recurrir a la *lex artis* médica, “[...] considerada como criterio para determinar el estándar de cuidado a que debe sujetarse la conducta de los médicos y demás profesionales de salud [...] La observancia por parte del médico de una práctica profesional establecida es prueba suficiente de su diligencia.” (Corte de Apelaciones de Concepción, Rol 413-2016, considerando 26°).

**Décimo.** Que sobre la capacidad delictual del agente, podemos señalar que la regla general es que toda persona es capaz de cometer un ilícito civil, a menos que se encuentre dentro de las hipótesis de incapacidad señaladas en la ley, particularmente, del artículo 2319 del Código Civil, cuestión que no se verifica en el caso sub lite, por lo que los demandados de autos se entienden capaces de cometer el cuasidelito civil que se les imputa.

**Undécimo.** Que a fin de dilucidar si los demandados incurrieron en las omisiones culpables que alegan los demandantes, respecto del paciente Ávalos Aranda, cabe señalar que el dato médico de urgencia N°8457 -presente en la ficha clínica del mismo-, no objetado por los demandados, debe valorarse según lo dispuesto en el artículo 1702 del Código Civil y, en tal virtud, acredita fehacientemente que dicho paciente –de 63 años y 10 meses de edad- ingresó a la urgencia de la Clínica Regional del Elqui de La Serena el día 5 de mayo del año 2016, a las 23.03 horas, con la siguiente anamnesis: “hace 2 días cuadro de dolor en región pectoral opresivo irradiado a mandíbula y hombro izquierdo sin disnea ni tos”; “antecedentes mórbidos: diabetes”



Foja: 1

En el mismo dato consta que el paciente egresó del servicio el 6 de mayo de 2016, a las 02.35 horas, siendo destinado a su domicilio y diagnosticado con “dolor en el pecho, no especificado”.

Sin perjuicio de la destinación del paciente, el dato hace plena prueba en cuanto a que éste fue examinado físicamente por el médico Felipe Ramos Saint-Jean, quien determinó el siguiente tratamiento: “ECG; segundo ECG en 30 min.; enzimas cardíacas troponina; dímero d; 02 3lt por min por NC; aspirina 500 mg a masticar; morfina 1/2 ampolla EV; RX tórax AP y lateral; morfina 1/2 ampolla EV; NBZ con berodual 1cc con 3 cc SF; ceftriaxona 1 gramo metamizol 2 gramos EV” (sic).

A continuación del tratamiento, consta la prescripción médica de los siguientes exámenes: “302027 Troponina I; 302025 Creatinquinasa CK-MB Miocardio; 302026 Creatinquinasa CK – TOTAL; 307011 venosa en adultos; 301100 NFS Dímero D Cuantitativo; 401070 tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2.proy)” (sic).

Por último, las indicaciones del médico tratante fueron: “Recamicina 750 mg 1 comp al día por 7 días; Xumadol 1gramo 1 sobre cada 12 horas por 7 días; Herolan 2 PUFF cada 6 horas por 7 días con aerocámara; control evolutivo mañana en Urgencia Clínica Elqui” (sic). Estas mismas indicaciones constan en la receta del dato médico de urgencia, acompañada por el propio demandante a folio 82.

**Duodécimo.** Que la ficha clínica acompañada por la Clínica Elqui, a folio 90 del cuaderno principal, no objetada por la contraria, permite presumir fundadamente –de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 426 del Código de Procedimiento Civil– que en la mentada Clínica se realizaron al paciente cada uno de los exámenes prescritos por el doctor Ramos Saint-Jean, a saber: a) Dos electrocardiogramas con una diferencia de media hora de evolución, informados vía telemedicina por el médico Marcelo Lindh de la siguiente forma “Bradycardia sinusal. Conducción AV normal. Complejos normales. Similar a ECG de 12/02/2016”, y el otro “Bradycardia sinusal. Conducción AV normal. Desviación del eje a la izquierda. Sin cambio respecto a 05/05/2016”; b) Examen de laboratorio Dímero D Cuantitativo,



**Foja: 1**

cuyo resultado fue 371 ng/mL y los valores de referencia 500; c) Examen de laboratorio Troponina I, cuyo resultado fue 0.026 ng/mL y los valores de referencia, límite superior: hasta 0.034 ng/mL (normal); límite diagnóstico de I.A.M: 0.120 ng/mL; zona gris de diagnóstico: 0.034- 0.119 ng/mL; de acuerdo al IFCC se sugiere repetir el examen dentro de las 24 horas; d) Examen de laboratorio Creatinquinasa Total, con resultado de 95 U/L y valores de referencia 55-170; y Creatinquinasa CK-MB, con resultado de 12 U/L y valores de referencia de 0-16.

De la simple observación de los resultados mentados, aparece que éstos se encontraban dentro de los rangos normales, según valores de referencia proporcionados.

**Décimo tercero.** Que ahora bien, no existe constancia alguna en la ficha clínica acompañada por la demandada, como tampoco en otra de las pruebas allegadas al juicio, de la circunstancia de haberse presentado el paciente a control médico en la Clínica Elqui o en otro establecimiento de salud, al día siguiente de haber recibido la atención de urgencia descrita en el considerando undécimo, a pesar de las instrucciones específicas proporcionadas por el doctor Ramos Saint-Jean.

**Décimo cuarto.** Que, por otro lado, el certificado médico de defunción y estadística de mortalidad fetal N°1830031 y el certificado de defunción extendido por el Servicio de Registro Civil, valorados de acuerdo a lo dispuesto en el 1700 del Código Civil, acreditan fehacientemente que Waldo Alexander Ávalos Aranda falleció el día 9 de mayo de año 2016, a las 22:30 horas, en el Hospital de La Serena, a causa de un shock cardiogénico provocado por un infarto al miocardio.

Ahora, los antecedentes descritos, unidos al dato de atención de urgencia del Hospital de La Serena N°32206, permiten presumir fundadamente –al tenor de lo dispuesto en el artículo 426 del Código de Procedimiento Civil – que el día 9 de mayo del año 2016, Ávalos Aranda ingresó al Hospital de La Serena, a las 11:42 horas, con pulso débil, latidos débiles y sudoroso, y allí recibió atención médica de urgencia hasta su



Foja: 1

deceso, a las 22.30 horas del mismo día, a raíz del shock cardiogénico provocado por su infarto de miocardio.

**Décimo quinto.** Que según el Manual Clínico para Servicios de Atención Primaria de Urgencia, del Ministerio de Salud, entre un 5% y un 20% de las consulta en los Servicios de Urgencia se deben al dolor torácico no traumático, el que puede ser manifestación de diferentes patologías, varias de ellas graves y de alta mortalidad. Se incluyen cuadros que van desde: Angina inestable, Infarto Agudo de Miocardio (IAM) sin elevación del segmento ST, Infarto Agudo de Miocardio (IAM) Supra desnivel de este segmento, y muerte súbita.

Según este Manual, para determinar la sospecha diagnóstica se debe proceder a la estratificación inicial de riesgo en menos de 1 hora (óptimo en menos de 30 min); realizar examen físico; ECG lo más precozmente posible, máximo a los 10 minutos; además, los marcadores bioquímicos D tienen valor pronóstico de corto y largo plazo en todos los Infarto Agudo de Miocardio (con y sin elevación de segmento ST), permitiendo estratificación de riesgo de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo (predicción de eventos adversos) y son complementarios en el diagnóstico del Infarto Agudo de Miocardio, por lo que su procesamiento está indicado en todos los casos en que se sospecha Síndrome Coronario Agudo.

**Décimo sexto.** Que, por otra parte, según el Resumen Ejecutivo de la Guía de Práctica Clínica Infarto Agudo al Miocardio, del Ministerio de Salud (2018), el Infarto Agudo al Miocardio (IAM) con Supra desnivel del segmento ST (SDST) se define como la evidencia de necrosis miocárdica, electrocardiográfica y enzimática, la cual tiene diversas manifestaciones clínicas. Habitualmente se produce por obstrucción completa de la arteria coronaria, secundaria a trombosis oclusiva como consecuencia de accidente de placa ateromatosa. Esto determina la ausencia de flujo sanguíneo al miocardio y desarrollo de isquemia grave, que progresa en el tiempo hasta la necrosis transmural del músculo cardíaco. Las consecuencias de este daño progresivo y dependiente del tiempo, se traduce en arritmias, insuficiencia cardíaca, rotura del miocardio y muerte.



**Foja: 1**

Los factores de riesgo asociados al Infarto Agudo al Miocardio son antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus, tabaquismo, niveles alterados de lípidos, obesidad abdominal y estrés permanente.

En cuanto a los criterios clínicos de sospecha, la guía clínica citada agrega “El síntoma más relevante en el IAM es el dolor torácico. Habitualmente el tipo de dolor es opresivo y retro esternal, de más de 20 minutos de duración, de intensidad variable, pudiendo irradiarse a cuello, mandíbulas, hombros, o extremidades superiores. Ocasionalmente el dolor puede ubicarse en la región epigástrica o inter escapular. El infarto en adultos mayores, diabéticos o mujeres puede tener presentación atípica con disnea, fatiga, mareos o síncope, o incluso ser silente. El dolor puede estar asociado a manifestaciones de activación del sistema nervioso autónomo, como palidez, sudoración, taquicardia, agitación psicomotora. El examen físico no se caracteriza por hallazgos específicos, pudiendo haber hipertensión o hipotensión arterial, bradicardia o taquicardia, arritmias o manifestaciones de falla de bomba (crepitaciones pulmonares, tercer ruido o soplo cardíaco). Apoyan la sospecha clínica de IAM la presencia de uno o más factores de riesgo cardiovasculares: sexo masculino o mujer en etapa postmenopáusica, edad mayor de 55-60 años, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabaquismo, enfermedad vascular arterial periférica, historia de cardiopatía coronaria previa.”

En cuanto a los criterios clínicos del diagnóstico, indica “Ante la sospecha clínica de IAM y con el menor retardo posible (antes de 10 minutos), realizar un electrocardiograma de 12 derivaciones (ECG) 13-14. Este examen permite confirmar la sospecha de IAM con SDST y clasificar el tipo de infarto, estableciendo además algunos elementos de pronóstico [...] Enfrentados a la sospecha clínica de IAM con ECG normal, se debe repetir los trazados en forma seriada, pudiendo también en ocasiones ser necesario tomar derivaciones adicionales derechas o posteriores. (V4R, V7, V8). El electrocardiograma debe ser interpretado por un médico entrenado (sea general o especialista), pues se ha descrito que los electrocardiógrafos con informes automatizados tienen hasta un 25% de error.”



Foja: 1

Por otra parte, “Frente a la sospecha de un Infarto Agudo de Miocardio (IAM), es fundamental realizar la confirmación diagnóstica precoz, ya que la evolución del daño es rápidamente progresiva. La necrosis miocárdica se inicia a los 20 a 30 min de la oclusión de la arteria coronaria en la región subendocárdica y se extiende en forma progresiva en sentido externo hacia la zona subepicárdica. Así, en un período de 3 horas, la necrosis compromete al 75% de la pared del miocardio y se completa después de las primeras 6 horas de evolución. En este contexto, el pronóstico precoz del paciente es determinante, de manera que el inicio rápido del tratamiento permitirá salvar mayor cantidad de miocardio viable. Hasta el momento, el análisis del contenido plasmático de Troponina y Creatina-quinasa (CK y CK-MB) es el mejor y más usado indicador bioquímico de IAM 4,5. La elevación en los niveles de estas proteínas indica que ha ocurrido un IAM, mientras que un posterior descenso es indicativo que el IAM ha terminado.” (Daniel Hevia y otros, “En el Infarto agudo al miocardio los niveles plasmáticos de micro vesículas extracelulares se elevan más precozmente que el aumento de la Troponina-I”, Revista Chilena de Cardiología vol. 36 número 1, abril 2017, p. 26).

**Décimo séptimo.** Que las guías y manuales citados en los considerandos anteriores dan cuenta, en parte, de la lex artis médica aplicable al diagnóstico y tratamiento del Infarto Agudo al Miocardio, en sus diversas formas; patología que según lo establecido en autos causó la muerte de Waldo Ávalos Aranda.

Que la lex artis se ha entendido como el “conjunto de deberes que el facultativo debe respetar al realizar un acto médico, que están dados por la ciencia médica, y cuya transgresión genera responsabilidad para éste dando origen a los llamados juicios por mala praxis” (Quintana Letelier, Bárbara y Muñoz Sepúlveda, Carlos, 2004, “Responsabilidad médica. Doctrina, legislación y jurisprudencia”, Santiago, Editorial La Ley, pp. 56-57).

Se ha fallado que “Los protocolos médicos se entienden como una probable ordenación de los pasos a seguir frente a una determinada patología. Es decir, el cumplimiento de dichos protocolos se enmarca dentro del cumplimiento de la lex artis propiamente tal, respecto de lo cual no hay



Foja: 1

duda alguna. La diferencia está en que los protocolos médicos se refieren al cumplimiento de ciertas normas específicas de la lex artis para el tratamiento (o diagnóstico) de una determinada patología y ello es así, porque la ciencia médica lo ha ido estableciendo a partir de la experiencia y los avances tecnológicos.” (Corte de Apelaciones de Valdivia, fallo rol 31-2016, considerando octavo).

**Décimo octavo.** Que al contrastar la actuación desplegada por el médico demandado, Felipe Ramos Saint-Jean, en la atención de urgencia brindada al paciente Ávalos Aranda los días 5 y 6 de mayo del año 2016, en la Clínica Regional del Elqui, con la lex artis referida en los considerandos anteriores, es posible concluir que ésta fue diligente o ajustada al estándar de cuidado a que deben sujetarse los médicos y servicios de salud en situaciones como las de marras.

Así, como consta en el motivo undécimo del fallo, consideraron en la atención médica de urgencia factores de riesgos del paciente, como la circunstancia de ser un hombre mayor de 60 años, con diabetes; y en presencia de una sintomatología indiciaria de un infarto agudo al miocardio - como el dolor torácico opresivo, con irradiación a mandíbula y hombro izquierdo -, el médico ordenó acertadamente la realización de exámenes propios del caso, a fin de confirmar o descartar dicha hipótesis diagnóstica.

En razón de ello, le practicaron con prontitud –en un rango aproximado de 2 horas – un examen físico; dos electrocardiogramas seriados con una diferencia de media hora, informados vía telemedicina por el médico Marcelo Lindh, no por cardiógrafos automatizados; exámenes de laboratorio Dímero D Cuantitativo y otros de contenido plasmático de Troponina y Creatina-quinasa (CK y CK-MB), todos los cuales arrojaron resultados dentro de los rangos de referencia, como figura en el considerando undécimo del fallo.

De esta manera, al descartar la hipótesis diagnóstica de infarto al miocardio, no parece plausible exigir al médico tratante que, según los



Foja: 1

protocolos (lex artis), justificara la internación del paciente en la madrugada del día 6 de mayo de 2016.

Sin perjuicio de lo anterior, obrando con diligencia, el médico prescribió al paciente, además de un tratamiento completo, controlarse al día siguiente en la urgencia, a fin de poder vigilar su evolución clínica; control que sin justificación alguna fue descartado por el paciente, a pesar de constar en el libelo de autos que persistía con malestar y dolencias. Así quedó establecido en el motivo décimo tercero.

**Décimo noveno.** Que a mayor abundamiento, corresponde hacer presente que en autos no existe alguna evidencia que a la época de intervenir el médico y la Clínica demandada al paciente Ávalos Aranda, éste estuviera cursando un Infarto Agudo al Miocardio o un Síndrome Coronario Agudo, como sí ocurrió en fecha 9 de mayo del año 2016 en el hospital de La Serena, fecha en que presentó un shock cardiogénico que finalmente causó su muerte, a las 22:30 horas; como menciona el considerando décimo cuarto del fallo.

**Vigésimo.** Que por lo razonado en los considerandos anteriores, resulta que con la prueba rendida en autos no se ha acreditado que la atención de urgencia proporcionada por los demandados a don Waldo Alexander Ávalos Aranda -el 5 y 6 de mayo del año 2016-, haya sido negligente o culpable -contraria a lex artis médica-, de manera que procede rechazar la demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad extracontractual interpuesta en escrito de fecha quince de junio del año dos mil dieciocho, rectificado el seis de julio del mismo año, por doña Amada Elizabeth Tamayo Cárdenas y por su hijo menor de edad, Farid Petrich Ávalos Tamayo, contra de la Clínica Regional del Elqui S.A y don Felipe Horacio Ramos Saint-Jean.

**Vigésimo primero.** Que según lo anterior, resulta inoficioso analizar los restantes presupuestos copulativos de la acción de marras, como la existencia del daño alegado y la relación de causalidad entre éste y el hecho ilícito culpable.





Foja: 1

**Vigésimo segundo.** Que la prueba documental y testimonial no valorada en los considerandos anteriores, en nada altera lo resuelto, siendo innecesario proceder a su análisis.

Por estas consideraciones y visto, además, lo dispuesto en los artículos 1437, 1698, 1700, 1702, 1712, 2284, 2314 y siguientes del Código Civil, 1, 144, 158, 160, 170, 341, 342, 346 y 426 del Código de Procedimiento Civil, lo dispuesto en la Leyes 19.966 y 20.584, se resuelve que:

1.- Que **se rechaza** la demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad extracontractual interpuesta en escrito de fecha quince de junio del año dos mil dieciocho, rectificado el seis de julio del mismo año, por doña Amada Elizabeth Tamayo Cárdenas y por su hijo menor de edad, Farid Petrich Ávalos Tamayo, contra de la Clínica Regional del Elqui S.A y don Felipe Horacio Ramos Saint-Jean.

2.- Que **no se condena en costas** a los demandantes, por estimar que tuvieron motivo plausible para litigar.

Regístrese, anótese y notifíquese a las partes.

**PRONUNCIADA POR CECILIA ROJAS NOGEROL, JUEZ TITULAR.**

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. en **La Serena, seis de Marzo de dos mil veinte**



