

**NOMENCLATURA** : 1. [40]Sentencia  
**JUZGADO** : 1º Juzgado Civil de Talcahuano  
**CAUSA ROL** : C-1896-2023  
**CARATULADO** : ESCOBAR/SERVICIO SALUD TALCAHUANO-  
**HOSPITAL HIGUERAS**

**Talcahuano, cinco de febrero de dos mil veinticinco**

**VISTO:**

**A folio 1** comparecieron **MANUEL DURÁN VARGAS** y **RICARDO GUEVARA ÁLVEZ**, ambos abogados, en representación de B.I.L.M., dueña de casa y de E.E.E.S., pescador artesanal, todos domiciliados en Curaco N. 430, Cerro San Francisco, comuna de Talcahuano. Interpusieron demanda de indemnización de perjuicios por falta de servicio en contra del HOSPITAL LAS HIGUERAS, organismo autogestionado en red, representado legalmente por su Directora **PATRICIA SÁNCHEZ KRAUSE**, médico, ambos con domicilio en calle Alto Horno 777, comuna de Talcahuano; y en contra del SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO, representado legalmente por la directora del Hospital Las Higueras **PATRICIA SÁNCHEZ KRAUSE**, médico, ambos con domicilio en calle Alto Horno 777, Talcahuano.

Expusieron que sus representados tienen una relación de pareja y convivencia por muchos años de la cual nacieron 3 hijos. Sin embargo, habrían sido 4 de no haber ocurrido el fallecimiento de su hija recién nacida Jaquelin I.E.L. (Q.E.P.D), que sólo alcanzó a sobrevivir 6 horas y 9 minutos según antecedentes médicos. Sus representados esperaban con ansias el nacimiento de Jaqueline, pues habían planeado que este fuera el último embarazo de B.I.L.M., quien mostró en todo momento un embarazo normal, al punto que todos los controles indicaban una evolución positiva de su embarazo, sin ningún hallazgo patológico en las ecografías, efectuada la última menos de un mes antes del suceso.

Señalaron que el 16 de junio del año 2019 cerca de las 22:00 horas B.I.L.M. presentó contracciones menores, por lo que no asistió inmediatamente al hospital. Sin embargo, como persistían a las 01:20 horas del 17 de junio de 2019 concurrió de urgencia al Hospital Higueras de Talcahuano junto a su pareja. Según se indica en la ficha clínica, ingresó a urgencias del Hospital Higueras de Talcahuano las 01:25 horas del 17 de junio de 2019. Allí fue atendida por la matrona Rosa Vidal Lara, quien se encargó del proceso de ingreso. Tras tomar sus signos vitales y los del bebé, la Sra. Vidal efectuó un tacto vaginal, mediante el cual constató que presentaba 5 cm de dilatación. Por ello, la ingresó a parto a las 02:55 horas del 17 de junio de 2019. En la sala de parto, por escasez de monitores cardio fetales, se mantiene a la actora conectada a uno hasta las 04:20 horas. Desde esa hora el monitoreo de los signos vitales se hacía por alguna de las matronas cada cierto tiempo. Además, durante este lapsus, para facilitar el trabajo de parto se instruyó a la su representada que se sentara en un balón de goma para ayudar a la dilatación.



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

Código: PLXMXSHVBEQ

Continuaron el relato y señalan que a las 8:00 am del 17 de junio de 2019, B.I.L.M. fue visitada por la matrona Natalia Rodríguez Sáez, acompañada de una alumna en práctica de obstetricia llamada Denisse Lukander procedió a efectuarle un nuevo tacto vaginal, a eso de las 08:20 horas aproximadamente. A propósito de la investigación penal en curso, la referida matrona declaró ante Policía de Investigación señalando que, al efectuar el tacto vaginal encontró: «...un flujo genital sanguinolento, un cuello cervical blando, 100% borrado, central, 9 cm de dilatación, con un polo cefálico en 1er a 2do plano y membranas integradas.»; agregó en su declaración que no encontró caput en formación y que los latidos cardio fetales estaban en un rango normal. Unos 20 minutos después, la misma matrona procede a instalar un monitor cardiot fetal y refirieron a su representada que los latidos del bebé se mostraban normales.

Indicaron que su mandante en todo momento manifestaba “sensación de pujo”, esto es, la sensación subjetiva durante la etapa de expulsión del parto de empujar al feto fuera del vientre materno. Ante esto, a las 08:45 horas aproximadamente la matrona efectúa otro tacto vaginal y constató que se encontraba con una dilatación de 10 cm y, con ello, presta a iniciar la segunda etapa del trabajo de parto, esto es, el periodo expulsivo, que es aquel que media entre la dilatación completa del cuello uterino y el nacimiento. Conforme con la Guía Perinatal del Minsal, año 2015, los tiempos normales de la segunda etapa del parto, en el caso de una mujer múltipara es de 60 minutos; pero en los hechos se mantuvo a su representada en trabajo de parto por casi 166 minutos, más del doble del tiempo normal.

Refirieron que Natalia Rodríguez Sáez en su declaración en la investigación penal indicó que, al efectuar este nuevo tacto vaginal, si bien observó que el 100% del cuello cervical se encontraba borrado y que B.I.L.M. presentaba una dilatación de 10 cm, los latidos del bebé eran por debajo de lo normal (90 por minuto) y su presentación estaba en derecha posterior, lo que no era la óptima para la expulsión del bebé. Lo anterior se confirma por la ficha clínica, donde se señala que a las 09:15 horas del 17 de junio de 2019, los Latidos Cardio Fetales estaban en el rango de 90-105, lo que constituye un principio de bradicardia fetal (DIPS) y que durante 3 minutos no recupera a la estimulación táctil del cuero cabelludo, debiendo administrarse a B.I.L.M oxígeno por medio de mascarilla. Frente a esto, la matrona contactó a la médico ginecólogo de turno Karen Manríquez Bittner, quien se presentó en el box y con una actitud bastante displicente interpeló gravemente a la matrona sobre el porqué había sido llamada. Se produce un intercambio verbal entre la matrona Natalia Rodríguez y la Dra. Karen Manríquez, después del cual la médico procede a efectuar un nuevo tacto vaginal a su representada. Conforme con la ficha clínica, la referida doctora procedió a realizar maniobras de reanimación intrauterina. Por alguna razón que B.I.L.M., no entendía en ese momento, aparecen en el box otros funcionarios médicos. La Dra. Manríquez solicita la ayuda del Dr. Alberto Bustos y, sin mayor explicación, proceden a presionar con sus codos el vientre de mi representada, instándola a pujar. Los funcionarios allí



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

Código: PLXMXSHVBEQ

presentes, durante casi 30 minutos, de forma bastante violenta, la instaban a viva voz, una y otra vez, a que siguiera pujando. Su mandante desorientada y asustada, sin entender por qué se le estaba presionando su vientre con los codos, obedeció, sin que pequeña hija saliera del vientre materno.

Explicaron que la maniobra se conoce en el ámbito médico como «Maniobra Kristeller». Ésta consiste en hacer presión sobre el fondo uterino en el periodo expulsivo, la segunda etapa del trabajo de parto, en la cual se presiona sobre el fondo del útero durante 5 a 8 segundos, sincrónicamente con la contracción uterina, con una pausa de 0,5 a 3 minutos, con el fin de facilitar el avance final y la expulsión de la cabeza fetal. Respecto de esta maniobra «...se considera una mala práctica, y está desaconsejada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)...» y, conforme con la Guía Perinatal año 2015 del MINSAL, está contraindicada, por sus múltiples riesgos con ocasión de un parto. La «maniobra de Kristeller» es un procedimiento ampliamente cuestionado por la comunidad médica, al punto que existen proyectos de ley asociados a la violencia obstétrica, tendientes a erradicar ésta y otro tipo de prácticas del sistema de salud nacional. La literatura médica ha dicho sobre aquélla que «Es una maniobra muy controvertida, algunos autores la defienden, pero la mayoría piensa que debería ser abolida. Su finalidad, sería acortar la segunda fase del parto, pero no hay evidencia que realmente lo demuestre. Sus principales complicaciones serían, además de la señalada -ruptura uterina-, fracturas neonatales, lesiones cerebrales, aunque muy poco frecuentes, y en la madre, mayor incidencia de desgarros de tercer y cuarto grado de periné». La Guía Perinatal del Minsal año 2015 señala en su página 319 «Estrategias que no han mostrado beneficios y/o que aumentan riesgos en el manejo del trabajo de parto y parto: Rasurado genital. Enema evacuante. Ducha Vaginal. Episiotomía Universal. Maniobra de Kristeller». En la misma página de la guía aludida se indica como recomendación, a propósito del manejo de la Segunda Etapa de Parto, «No efectuar maniobra de Kristeller». Citó, en el mismo sentido, una publicación realizada el año 2014 sobre la utilización de esta maniobra en Sevilla, España, que advierte sobre las “complicaciones asociadas a la maniobra de Kristeller durante el expulsivo”. En Chile, la presidenta del Colegio de Matronas, Anita Román, dio una entrevista el año 2014 sobre violencia obstétrica en la Radio de la Universidad de Chile. Al preguntársele sobre la maniobra de Kristeller, respondió tajantemente «Es una maniobra proscrita, no debe usarse, está prohibida, se debe denunciar. La maniobra Kristeller es una de las más peligrosas que existen. El que a una mujer se le empuje su guagua para que salga es una forma de evitar que la guagua se siga dañando, pero eso se debe usar en instancias muy determinada, no puede ser mal usada, y como no hay certeza de eso está prohibida, a quien le pase lo debe denunciar».

Indicaron que la matrona Natalia Rodríguez Sáez en su declaración en Policía de Investigaciones, afirmó que mientras se ejecutaba la «Maniobra de Kristeller», representó a la médico Manríquez Bittner que la presentación del bebé no era óptima



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

Código: PLXMXSHVBEQ

para emplearla y recibió como respuesta que el feto se encontraba en segundo plano y que debía mantenerse a su representada sentada, para administrarle anestesia y oxitocina. A esa hora, 10:40 horas, la Sra. L. llevaba más de 115 minutos en la fase expulsiva; lo que ya suponía casi 50 minutos por sobre la media normal para esta etapa, según el Guía Perinatal precitada. Conforme con la norma técnica y administrativa de monitoreo y vigilancia de la indicación de cesárea, confeccionada por la Subsecretaría de Salud Pública; la Subsecretaría de Redes Asistenciales y Control de Enfermedades; y la División de Gestión de Redes Asistenciales, año 2021, aprobada por el Ministerio de Salud a través de Decreto Exento N°41 de agosto de 2021, todo indicaba que correspondía proceder a una cesárea de emergencia. En efecto, procede la cesárea de emergencia cuando se trata de mujeres con riesgo de pérdida de bienestar fetal, a saber, ritmo sinusoidal, bradicardia mantenida, variabilidad ausente asociada a tardías o variables. También procede en caso de detención prolongada del trabajo de parto, por alteraciones en la fase activa. Conforme la relación de los hechos efectuada hasta este punto, el bebé había presentado bradicardia fetal (90 latidos por minuto) y el trabajo de parto se había extendido excesivamente. No obstante, se recurrió a una maniobra contraindicada para acelerar el parto, como es la maniobra de Kristeller.

Relataron que su mandante siguió al cuidado de la matrona Natalia Rodríguez Sáez, quien a eso de las 11:10 horas aproximadamente, ante la sensación de pujo que siguió manifestando nuestra mandante, realizó un nuevo tacto vaginal, después del cual abandonó el box preocupada, escuchándosele requerir ayuda médica de manera bastante imperiosa. En su declaración ante Policía de Investigaciones, la matrona indicó que al efectuar ese nuevo tacto vaginal se percató que había un gran CAPUT de 3 cruces, con el feto en tercer a cuarto plano, presentándose en el monitor cardíofetal latidos que estaban entre los 170 a 180 por minuto, esto es, una taquicardia fetal. Frente a ello, se apersonó el médico Dr. Araneda, quien no intervino mayormente en el procedimiento, desde que por fin salió del vientre materno la hija recién nacida de nuestra mandante, gracias a los desesperados pujos de la actora consciente, relata que pudo ver como sacaban a su hija. Se la mostraron y pudo observar cómo abrió sus ojos para ver a su madre. Sin embargo, de inmediato el clima a su alrededor se volvió tenso y aparecen una enfermera con una incubadora y un médico pediatra, quienes se llevaron a su hija. Al pedir información, le informaron que al parecer tendría anemia, lo que tranquilizó a nuestra representada, pues sería algo tratable. La trasladan del lugar donde se produjo el parto, conduciéndola a la sala de prepartos, ante la falta de cupos para el periodo post parto inmediato. Allí la referida matrona, constata que la Sra. L. presenta una metrorragia -sangrado irregular- abundante, por lo que se volvió a requerir de la ayuda del galeno Dra. Manríquez Bittner, quien después de administrar misoprostol y constatar que el sangrado no paraba, ordena practicar exámenes y, posteriormente, dispone que B.I.L.M ingrese a pabellón, donde se constata que sufrió un desgarro uterino. Al salir de pabellón y recuperando la conciencia, es informada



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

Código: PLXMXSHVBEQ

que a su hija le quedaban pocos minutos de vida, falleciendo breves instantes después de que su madre saliera de pabellón. Según el certificado de defunción de la hija, la causa de fallecimiento fue: «Shock hipovolémico hemorrágico», «hematoma de cuero cabelludo izquierdo masivo», «discoagulopatía severa».

Explicaron que el shock hipovolémico hemorrágico está relacionado a una gran pérdida de sangre, que impide al corazón bombear la sangre necesaria a los órganos y tejidos para oxigenarlos, causando una descompensación a nivel metabólico y colocando la vida humana en inminente peligro. Generalmente este tipo de shocks están asociados a traumatismos, que pueden ir desde golpes o caídas fuertes, como ocurre con ocasión de un accidente de tránsito, sin perjuicio de que también pueden producirse en el contexto de un procedimiento quirúrgico. De ahí que resulte ilustrativo que entre las causas de muerte de la hija de sus representados, se señale también «hematoma de cuero cabelludo izquierdo masivo». Por su parte, el hematoma es un tipo lesión superficial de la piel, sin solución de continuidad, producida por la acción vulnerante de agentes externos que suponen un aumento del volumen de la piel producto de la acumulación de sangre, provenientes de vasos sanguíneos de mayor calibre que los capilares de la capa dérmica.

Luego plantearon que la epicrisis UCI Neonatología, practicada a Jaquelin (Q.E.P.D), el 17 de junio de 2019, nos dice que su diagnóstico de ingreso a la UCI es depresión neonatal recuperada, cefalohematoma parieto occipital izquierdo, hemorragia intracraneal grave, síndrome de dificultad respiratoria en evolución, anemia aguda. Posteriormente, se actualizó su diagnóstico durante su permanencia en la UCI, donde se indicó: depresión neonatal severa, se confirma el cefalohematoma parieto occipital izquierdo, hemorragia de fosa posterior, falla respiratoria de causa central, anemia aguda trasfundida, discuagulopatía y paro cardiorrespiratorio. En la ficha clínica indicaron los profesionales que intervinieron en el trabajo de parto de Beatriz que, a partir 11:10 horas del 17 de junio de 2019, durante el trabajo de parto se constató la presencia de un CAPUT +. Ahora, frente a la necropsia y, con ello, la causa de muerte constatada queda de manifiesto que más que un CAPUT, lo que tenía el bebé era un hematoma subgaleal extenso. Esto consiste en una acumulación de sangre entre el cuero cabelludo y la capa que lo recubre llamada galea aponeurótica. Ocurre cuando se produce una lesión en los vasos sanguíneos que se encuentran en el cuero cabelludo, lo que resulta en una fuga de sangre que se acumula en el espacio subgaleal. Implica una acumulación considerable de sangre y puede tener consecuencias severas. Están asociados con traumas en la cabeza, como golpes o caídas fuertes, con signos y síntomas frecuentes una protuberancia grande y blanda en el cuero cabelludo, hinchazón, enrojecimiento y sensibilidad en el área afectada, sangrado por la nariz, la boca o los oídos, conmoción cerebral, mareos, así como confusión o pérdida de conocimiento.



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

Código: PLXMXSHVBEQ

Recapitulando, sostuvieron que a las 08:45 horas, al efectuarse un tacto vaginal a B.I.L.M, no había presencia de CAPUT. Posteriormente, entre las 09:15 a 09:30 horas, se aplicó la maniobra de Kristeller. Finalmente, a eso de las 11:10 horas, se constató la presencia de un gran CAPUT, de tres cruces. De estas circunstancias, contrastadas con la causa de muerte, demuestran que el hematoma subgaleal extenso, que produjo el shock hipovolémico agudo con la consecuente muerte de Jaqueline, tiene su origen en la presión que se dio al interior del vientre materno, producida por la aplicación de la Maniobra de Kristeller, sumado a la extensión excesiva del trabajo de parto, que supusieron mantener al bebe dentro del vientre materno, más allá del tiempo esperado conforme las directrices médicas. Por otro lado, según la epicrisis neonatal y la autopsia practicada a la bebé recién nacida, Jaqueline E. L. (Q.E.P.D) nació con 39 semanas de gestación, pesó 3.580 gramos, de 50 cm, sin malformaciones, sin cardiopatías estructurales y contractilidad normal de su corazón.

En cuanto al derecho, plantearon sobre la responsabilidad por falta de servicio, que el artículo 38° de la Ley n°19.966, establece un régimen de reparación integral del daño y otorga a las víctimas el derecho a demandar los perjuicios derivados de falta de servicio de centros asistenciales. La doctrina y jurisprudencia han señalado que un órgano del Estado o Servicio Público incurre en falta de servicio cuando el servicio no funciona o funciona tardía o deficientemente. Esta conceptualización de la falta de servicio en ningún caso considera el aspecto subjetivo que puede haber motivado el accionar del funcionario que generó el daño. En consecuencia, debe considerarse que la responsabilidad de los órganos del Estado por falta de servicio es una responsabilidad directa del órgano administrativo, sin exigirse la individualización del autor del daño, ni considerará algún tipo de reproche personal respecto de aquél. Citó jurisprudencia al efecto.

En relación a los hechos que constituyen la falta de servicio, aseveraron que son: a) Se empleó, durante el trabajo de parto, una maniobra prohibida por la lex artis médica y contraindicada por la autoridad sanitaria, vulnerando de paso los derechos de la Sra. L. como paciente; y b) Se extendió el trabajo de parto, en la segunda etapa, más allá del tiempo indicado por las directrices médicas impartidas por la autoridad sanitaria y la lex artis médica.

Respecto al nexo causal entre la falta de servicio y los perjuicios sufridos, expresaron que son muchos los hechos culpables los que provocaron el daño: a) Emplear durante el trabajo de parto una maniobra prohibida por la lex artis médica y contraindicada por la autoridad sanitaria, vulnerando de paso los derechos de B.I.L.M como paciente; b) Extender el trabajo de parto, en la segunda etapa, más allá del tiempo indicado por las directrices médicas impartidas por la autoridad sanitaria y la lex artis médica; y c) No seguir las directrices de la autoridad sanitaria, que indicaban, para el caso de nuestra representada, el practicar una cesárea de emergencia.



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

Código: PLMXSHVBEQ

Afirmaron que todos los perjuicios sufridos por sus representados tienen su origen en las faltas de los demandados. En efecto, independiente del criterio que se utilice para determinar la relación de causa-efecto entre incumplimientos y perjuicios (teoría de la equivalencia de las condiciones, causalidad adecuada o imputación objetiva), la conclusión única y final es que si las demandadas hubieran cumplido en tiempo y forma con sus obligaciones, no se hubiera producido ninguno de los perjuicios, molestia, dolores y sufrimientos expuestos.

En lo relativo a la naturaleza del daño generado por la falta de servicio, manifestaron que es de toda lógica considerar que el daño cuya reparación se persigue en este caso es el daño moral. Este daño, según la doctrina y la jurisprudencia nacional «...consiste, equivale y tiene su fundamento en el sufrimiento, dolor o molestia que un hecho ilícito ocasiona en la sensibilidad física o afectos de una persona...». El daño moral se clasifica, en atención a la persona que sufre el perjuicio, en daño moral de las víctimas directas, y el daño moral de las víctimas indirectas o por repercusión. En este sentido, B.I.L.M reúne la calidad de víctima directa e indirecta. Es víctima directa, desde que padeció en carne propia la violencia obstétrica que supuso la aplicación de la «Maniobra de Kristeller», así como la extensión excesiva del trabajo de parto, incluso sufrió lesiones corporales en su útero. Por otro lado, pasa a ser víctima indirecta, frente al sufrimiento y dolor que le significó la muerte de su hija recién nacida. Para el caso de E.E.E.S., él es víctima directa, desde que sus perjuicios están vinculados al dolor y sufrimiento que le supuso perder a su hija recién nacida, consecuencia de la falta de servicio imputada a la demandada.

Afirmaron que la legitimación activa para perseguir la reparación del daño moral, son sujetos activos de la acción de reparación de daño moral tanto la víctima directa como las víctimas por repercusión, entendiendo por tales a aquellas personas que sin ser víctimas directas del daño, también lo sufren en razón de que el daño inferido a la víctima directa los hiere en sus propios sentimientos y afectos. Se ha entendido incontrovertidamente que dentro de las víctimas indirectas o por repercusión se encuentran los parientes directos de la víctima, como lo son su padre y madre. Asimismo, nuestra jurisprudencia ha señalado que para accionar por tales daños no se requiere ni siquiera ser heredero de la víctima directa. Mencionaron jurisprudencia relativa al sufrimiento de una madre por la pérdida de un hijo y el derivado de lesiones físicas y mentales, tanto para la víctima como para sus familiares, son evidentes y no requieren demostración.

Para determinar el quantum indemnizatorio, estimaron que se debe considerar:

I.- El principio de igualdad ante la ley consagrado el artículo 19 n°2 de la Constitución, que justifica que se conceda a mis representados, al menos, una indemnización similar a los precedentes jurisprudenciales sentados para casos semejantes.

II.- El demandado tiene capacidad suficiente para responder a las indemnizaciones demandadas, y cualquier indemnización que se fije al efecto no tendrá mayor



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

Código: PLXMXSHVBEQ

consecuencia en su estado financiero, sin que pueda argüirse una supuesta mala situación financiera del Servicio de Salud, puesto que en el presupuesto de cada servicio se contempla un fondo especial de reserva para pago de indemnizaciones por mala praxis médica. Lo anterior, sin perjuicio de que el Ministro de Salud dispone además de un ítem de gastos reservados con los cuales puede también pagar iguales rubros.

Por ende, avaluaron el daño moral sufrido por nuestros representados en la suma total de \$170.000.000 de pesos, de los cuales \$100.000.000 de pesos corresponden al daño moral sufrido por B. I. L. M., en calidad de víctima directa e indirecta de los hechos, de los cuales \$30.000.000 de pesos son por daño moral como víctima directa y \$70.000.000 de pesos por daño moral como víctima indirecta. Para el caso de E.E.E.S., en calidad de víctima indirecta, se avaluó el daño moral en \$70.000.000 de pesos. Todo lo cual es sin perjuicio de las sumas mayores o menores que se determinen en virtud de la prueba rendida.

Solicitaron tener por deducida demanda de indemnización de perjuicios por daño moral por falta de servicio, en contra del Hospital Las Higueras, representado legalmente por su directora Patricia Sánchez Krause, y en contra del Servicio de Salud Talcahuano, representado legalmente por la directora del Hospital Las Higueras, Patricia Sánchez Krause. Luego, que se acoja a tramitación y, en definitiva, se declare:

- 1.- Que se condene a las demandadas a pagar a B. L. M. la suma de \$100.000.000 de pesos, por concepto de daño moral, o la suma mayor o menor que el tribunal determine.
- 2.- Que, se condene a las demandadas a pagar a E. E. S. la suma de \$70.000.000 de pesos, por concepto de daño moral, o la suma mayor o menor que el tribunal determine.
- 3.- Que dichas sumas sean debidamente reajustadas, conforme con la variación positiva que experimente el Índice de Precios al Consumidor (IPC), o el indicador que haga las veces de tal, entre la fecha del hecho dañoso y la del pago efectivo, más intereses corrientes para operaciones reajustables por el mismo periodo; o se reajusten y se apliquen a dichas sumas los intereses que el tribunal determine; y
- 4.- Que se imponga a los demandados las costas de la causa.

A folio 4 consta estampe receptorial de 5 de junio de 2023, que da cuenta de notificación personal a Patricia Sánchez Krause, en representación de los demandados Hospital Las Higueras y del Servicio de Salud Talcahuano, de la demanda de autos y su proveído.

A folio 6 compareció el abogado Ramón Andrés Cartes Flores, en representación del SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO, persona jurídica de derecho público, conforme al mandato judicial otorgado por Patricia Sánchez Krause, médico cirujano, en su calidad de Directora del Hospital Autogestionado Las Higueras de Talcahuano, todos



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

Código: PLXMXSHVBEQ



domiciliados en Alto Horno 777, cuarto piso, Higueras, Talcahuano. Contestó la demanda en términos de que sea rechazada en todas sus partes, con costas.

Expuso que B. I.L.M. ingresó al Hospital Higueras de Talcahuano a las 01:25 horas del 14 de junio de 2019, con diagnóstico de ingreso múltipara de dos partos normales, embarazo de 38 semanas más seis días, y diabetes gestacional, quien refirió tener contracciones uterinas desde las 22 horas del día anterior. Su examen físico indicó pulso 87 lpm, PA: 113/74, frecuencia respiratoria 20 pm, sPo2 98, temperatura 36,3 grados axilar. Lo anterior fue registrado a las 01:30 horas y se repitió el control a las 01:38 horas. Categorizada en Nivel C3 de Emergencia. Luego, fue evaluada por la matrona de turno Sra. Rosa Vidal al ingreso a las 02:40 horas: con LCF 152 lpm, Au 35 cm, movimientos fetales presentes, Tacto vaginal, mucosidad clara, cuello central, tenso, 5 cm de dilatación y 80% de borramiento. Cefálica apoyada, y membranas integra. Se indicó hospitalización en sala de partos y se solicitaron exámenes de rutina.

Sobre las evoluciones de la paciente señaló que a las 04:10 horas la matrona Natalia Rodríguez registró “ingresa paciente a partos en buen estado general, tranquila, se instala en monitor fetal LCF 142 lpm, se instala vía venosa y se toman exámenes. Se informa sobre analgesia del parto. Paciente rechaza anestesia. Acompañada junto a su pareja”. A las 06:11 horas la matrona Natalia Rodríguez registró: “Paciente con dinámica 3 e 10 minutos, sin monitor disponible, se deja en balón kinésico, acompañada de su pareja”. A las 09:54 horas (retrospectivamente), la matrona Natalia Rodríguez consignó: “08:10 paciente en buen estado general, en balón kinésico, ultima monitorización + hasta las 04:20 am, actualmente sin disponibilidad de monitor: Se informa de analgesia GES. No desea analgesia. 08.20 horas, tacto vaginal, se observa flujo sanguinolento, cuello blando, central, 9 cm de dilatación, 100 % de borramiento, membranas integra, se realiza rotura artificial de membranas, líquido amniótico claro muy escaso, LCF post rotura de membranas 150 lpm. A las 08:40 horas se instala monitor y a las 08:45 refiere sensación de pujo, tacto vaginal completa, sin caput, segundo a tercer plano, LCF 140 lpm, se prepara para la atención del parto.

Luego se indica que a las 09:15 LCF 90-105 lpm, durante 3 minutos, no recupera a la estimulación táctil del cuero cabelludo, polo cefálico impresiona ODP, solicita evaluación médica. Se administra oxígeno por mascarilla. A las 09:15 y 09:35 horas, médicos de turno presentes en box (Dra. Manríquez, Dr. Bustos), quienes realizan presión fúndica/Kristeller, posterior a lo cual deciden administración de anestesia, se llama a anestesista, paciente queda sentada, LCF 110 lpm post anestesia, LCF han sido monitoreados continuamente, reinstala toco dinamómetro. Cabe señalar que en la contestación de la demanda se señala no ser efectiva la realización de la presión fúndica/Kristeller.

A las 12:18 horas, retrospectivamente, la matrona Natalia Rodríguez registró: 11.10 horas, LCF 170-180. Paciente relata sensación de pujo y se realiza tacto vaginal,



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

Código: PLXMXSHVBEQ

completa con presentación cefálica, gran caput (+++), en tercer plano, y genitales maternos muy edematosos. Médicos de turno informados. Matrona de turno manifiesta que la Dra. Manríquez ingreso a pabellón, por lo que solicita evaluación por el Dr. Araneda, quien se encuentra en la residencia médica, acude de inmediato a box de parto. Se prepara para la atención del parto.

Refirió que el parto se produjo a las 11:26 horas del 17 de junio de 2019, con un recién nacido que nace con APGAR 1-6-8-8, con doble circular al cuello, líquido amniótico claro, requiere de ventilación, iniciando ventilación espontanea al minuto, pero sin mejoría de tono y color. Se trasladó de inmediato a la unidad de recién nacido inmediato, en espera de una cama en unidad de cuidados intensivos neonatales. A las dos horas ingresa a UCI con diagnóstico de recién nacido de término de 39 semanas, adecuado a la edad gestacional, depresión neonatal recuperada, cefalohematoma parieto occipital izquierdo, observación hemorragia intracerebral grave, síndrome de distrés respiratorio en evolución, anemia aguda. Se evidencia trastorno de coagulación con TP y TTPK alterados, con sangrado en sitios de punción, por lo que se administra Konakiòn y se indica transfusión.

Por último, indicó que en Unidad de Cuidados Intensivos neonatales, a pesar de las maniobras realizadas, el recién nacido falleció a las 17:35 horas con los diagnósticos clínicos y necropsia: RNT 39 sem. AEG, depresión neonatal, hematoma subgaleal extenso parieto occipital izquierdo, shock hemorrágico refractario, anemia aguda transfundida, discoagulopatía.

Luego afirmó que su representado no tiene responsabilidad en los hechos narrados. En efecto, la atención otorgada a la paciente B L.M., como a su hija recién nacida, desde los controles prenatales, consultas en unidad de urgencias y durante la atención del parto, se ciñeron a las que la paciente requería, de acuerdo a la normativa vigente, guías clínicas, protocolos, respetando además los derechos del paciente y sus familiares.

Luego de recapitular los tres juicios de reproche que hizo la contraparte, afirmó que la maniobra de Kristeller no fue realizada durante la atención del parto de la paciente, ya que está desaconsejada en la actualidad debido a sus potenciales riesgos maternos fetales. La matrona Natalia Rodríguez, quien identifica la realización de una supuesta maniobra de Kristeller, no es ni ha sido funcionaria del Hospital Las Higueras de Talcahuano, sino que siempre ha prestado servicios para la Universidad de Concepción. Dicho centro educacional la contrata para prestar funciones de supervisora de las alumnas de la carrera de obstetricia aquella casa de estudios, durante sus pasantías y prácticas en la unidad de obstetricia y ginecología del hospital. Lo que sí se realizó, y pudo haber confundido a la matrona Natalia Rodríguez, fue la realización por parte del equipo médico de la prueba de Hillis-Müller, para evaluar el descenso del polo cefálico fetal en el canal del parto. Esta prueba se efectúa a través del examen pélvico de la mujer, por tacto vaginal y se debe realizar en el momento de



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

Código: PLXMXSHVBEQ

mayor intensidad de la contracción, ejerciendo presión sobre el fondo uterino. El examinador evalúa si la cabeza fetal desciende en el canal vaginal, a fin de verificar la viabilidad de la salida del feto; si la cabeza fetal no se desplaza, existe una alta probabilidad de desproporción céfalo pélvica. La desproporción cefalopélvica (dcp) es un diagnóstico importante, dado que su ocurrencia determina la práctica de un parto por cesárea. Por ello una parte importante de la evaluación de embarazadas con alteración del trabajo de parto está dirigida al diagnóstico de esta condición. La prueba de Hillis-Müller es necesaria realizarla para decidir si el parto sigue su curso por la vía vaginal o no, y en este caso, fue realizado correctamente por los médicos tratantes.

Señaló que al resultar positiva la prueba de Hillis-Müller se comprobó el descenso de la cabeza fetal mediante el tacto vaginal y se descartó la desproporción cefalopélvica, lo que posteriormente fue comprobado, ya que el parto finalmente se produce por vía vaginal, lo que descartó, a su vez, la indicación de una operación cesárea. Esta prueba no requiere consentimiento informado porque no es un procedimiento invasivo, sino una herramienta técnica, del trabajo del médico, realizada para mejor resolver en el control del trabajo de parto de la paciente.

Sobre la alegación relativa a la sobre extensión del trabajo de parto en su segunda etapa, afirmó que, si bien la fase de expulsivo sobrepasó los 60 minutos, esto no constituye una falta o error técnico en una multípara. En efecto, los trabajos de parto pueden sobrepasar los tiempos en las distintas fases del trabajo de parto, si ha evolucionado con el descenso de la presentación del feto en forma adecuada, líquido amniótico claro y sin alteración patológica de los latidos cardiorfetales, como ocurrió en autos. Además, en el caso materia del presente juicio, la paciente permaneció sin rotura de membranas durante casi todo el trabajo de parto, con una evolución de parto normal y la conducta desde hace años promovida por la especialidad médica de la obstetricia aconseja no intervenir.

En lo particular, frente a una duración mayor a los descrito en la curva de Zahn (1,6 horas) (guías perinatales 2015) el médico debe evaluar de acuerdo a lo señalado si es factible la continuación del trabajo de parto por vía vaginal, situación que ocurrió después de la evaluación por dos médicos especialistas.

Agregó que la guía perinatal del año 2015 y otras bibliografías señalan que la duración del expulsivo es variable y dependen del tamaño fetal, paridad, estado de las membranas, dilatación y progresión del descenso de la presentación, por lo que referirse a que su duración no debe ser mayor a determinado tiempo como el único factor a evaluar en el expulsivo es un error técnico. Para afirmar que el periodo expulsivo presenta complicaciones y de esta forma alterar la conducta médica habitual (parto normal), se debe observar un conjunto de variables, especialmente la dinámica uterina, que puede ser de menor intensidad en pacientes que están con anestesia peridural y por esto alargarse el periodo de trabajo de parto. Respecto de la alteración de los latidos cardiorfetales (LCF), la baja de LCF que se pesquisó fue leve y



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

Código: PLXMXSHVBEQ

de corta duración, no patológica, por lo que no está asociada a mal resultado perinatal, ya que no se mantuvo por más de 10 minutos (término conocido como bradicardia). Lo mismo a un control con latidos más allá de lo normal, no es correcto hablar de taquicardia fetal ya que no es mantenida con una duración mayor a 10 minutos (termino conocido como taquicardia), lo señalado por la matrona no se ajusta a las definiciones académicas por lo que éstas no existieron.

Respecto del reclamo de no seguirse las directrices emanadas de la autoridad sanitaria, que indicaban practicar una cesárea de emergencia para este caso, planeó que la decisión de la vía termino de un embarazo se basa en los antecedentes propios de la paciente y que la indicación de una operación cesárea, normal o de emergencia, nunca existió. En ningún momento se produce la duda del parto vaginal, desde el control prenatal y la evaluación durante el trabajo de parto no existían síntomas, signos, observación clínica, antecedentes anteriores, patologías de base u otras que obligaran a practicarla, lo que se comprueba, además, con la finalización del parto, por vía vaginal.

Luego de exponer las condiciones para la práctica de una cesárea, aseveró que ninguna de ellas se presentó en la paciente. Se trataba de una paciente multípara con dos partos vaginales normales anteriores, por lo que se decidió técnicamente que la vía para este parto seria vaginal, dado que su embarazo evolucionó de forma normal, y el parto que se verifico y resolvió por vía vaginal, con líquido amniótico claro (si hubiese existido meconio oscuro habría existido sufrimiento fetal). Sin perjuicio de lo anterior, en la atención de un parto se recomienda la evaluación de la progresión del parto, de la dinámica del trabajo de parto y de la unidad fetoplacentaria. Todo esto se realizó en el trabajo de parto de B.I.L.M.: control permanente por matrona, auscultación de los LCF, monitorización electrónica, y tactos vaginales para evaluar la progresión de la dilatación y el descenso de la cabeza fetal en el canal del parto. En ningún momento se diagnosticó compromiso materno, pérdida del bienestar fetal, ni menos sufrimiento fetal, por lo que se descarta haber optado por un parto cesárea.

Po otro lado, señaló que braquicardia fetal en línea basal menor a 110 latido por minuto, mantenida con una duración mayor a 10 minutos y como la baja de latidos se produjo por 3 minutos, es un error técnico calificarlo como bradicardia. Por otro lado, la taquicardia fetal tiene una línea basal mayor a 160 latidos por minuto, por una duración de al menos 10 minutos. El asociar un aumento momentáneo de la frecuencia cardiaca fetal con taquicardia es un error técnico conceptual. A mayor abundamiento, aún si hubiera existido taquicardia (lo cual no ocurrió), por sí sola no se asocia a mal pronóstico postnatal.

Sobre la afirmación de trato indigno e irrespetuoso, sentenció que no se incurrió en alguna conducta que atentara contra los derechos de la paciente en cuanto a la información y el trato que se merecía, ni menos se ejerció algún tipo de violencia, psicológica ni física en su contra. La paciente siempre recibió un trato digno y



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

Código: PLXMXSHVBEQ

respetuoso en todo momento, con cortesía y amabilidad. Tampoco se ejerció violencia obstétrica. Consultado todo el personal que atendió a la paciente, negaron rotundamente tales prácticas, en especial la Dra. Manríquez, quien también refirió que en ningún momento trató en forma grosera, despectiva ni menos violentó de forma física y psicológica a B.I.L.M.

En lo relativo al supuesto nexo causal entre la falta de servicio y los perjuicios sufridos por los demandantes, mencionó que la causa de muerte postnatal de este recién nacido fue una hemorragia subgaleal, que es extremadamente rara en la literatura y no ha existido un caso similar de ocurrencia anterior en su hospital. Luego de explicar en qué consiste ese fenómeno señaló que la necropsia arrojó como resultado que se trata de un recién nacido de término de 39 semanas de gestación, sexo femenino, sin malformaciones, hematoma subgaleal de aproximadamente 80 cc, y signos macroscópicos de hipoxia. Atribuir el Hematoma Subgaleal que presentaba el feto a una maniobra de Kristeller que nunca se realizó no es técnicamente correcto. No existe asociación de un trabajo de parto como el ocurrido con la paciente con esta complicación grave y rara del recién nacido. Por lo tanto, no existe comprobación de una relación de causa-efecto entre lo obrado por los profesionales en la atención de B. I. L.M. y el daño sufrido por su recién nacida al momento de nacer. El bebé nació con APGAR 1-6-8-8, con doble circular al cuello, líquido amniótico claro, requiere de ventilación, iniciando ventilación espontánea al minuto, pero sin mejoría de tono y color. Se trasladó de inmediato a la unidad de recién nacido, en espera de una cama en unidad de cuidados intensivos neonatales. Rápidamente tiene una mejoría postparto el recién nacido, de su estado inicial reflejado en su apgar.

Expuso que a las dos horas ingresó a UCI, con diagnóstico de recién nacido de término de 39 semanas, adecuado a la edad gestacional, depresión neonatal recuperada, es una complicación que afecta al feto durante el nacimiento en la que por diversas causas no recibe una adecuada oxigenación e irrigación de sus órganos vitales. Cefalohematoma parieto-occipital izquierdo, observación hemorragia intracerebral grave, síndrome de distrés respiratorio en evolución, anemia aguda, déficit de glóbulos rojos en sangre. Se evidencia trastorno de coagulación con tp (tiempo de protrombina, y ttpk (tiempo de tromboplastina) alterados, con sangrado en sitios de punción, por lo que se administra konakión.

Refirió que el recién nacido falleció a las 17:35 horas con los diagnósticos clínicos y necropsia: RNT 39 SEM AEG: recién nacido de termino de 39 semanas de gestación, adecuado a la edad gestacional. DEPRESIÓN NEONATAL: la depresión cardiorrespiratoria neonatal es un problema clínico que, en dependencia de su etiología, conduce a una alta morbilidad neurológica y elevada mortalidad. HEMATOMA SUBGALEAL EXTENSO PARIETO OCCIPITAL IZQUIERDO: El hematoma subgaleal ocurre en un espacio rico en venas emisarias, situado entre la galea y el periostio, que conectan los senos intradurales con venas superficiales de la piel.



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

Código: PLXMXSHVBEQ

SHOCK HEMORRÁGICO REFRACTARIO: Un shock hemorrágico, hipovolémico es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o de otro líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. ANEMIA AGUDA TRANSFUNDIDA: Es una afección por la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. Los glóbulos rojos le suministran el oxígeno a los tejidos corporales, que fue transfundida. DISCOAGULOPATÍA: La discoagulopatía es una entidad en la que la capacidad de coagulación de la sangre está disminuida. Este trastorno es frecuente en los pacientes de las unidades de cuidados intensivos (UCI). La falta de evidencia para el tratamiento de las coagulopatías en los enfermos graves es notable.

Señaló que la causa final de muerte de la hija de la demandante no se explica del todo, ya que hay muchos otros elementos que pueden haber incidido y que son inherentes al recién nacido y que no se alcanzaron a verificar por la ocurrencia tan rápida de su muerte. Por ejemplo, hay enfermedades de la coagulación, o hemofilia etc., que podrían haber contribuido a la muerte, ya que en los exámenes de recién nacido se encontró alteración de los exámenes de coagulación con tp (tiempo de protrombina), y ttpk (tiempo de tromboplastina parcial), alterados, con sangrado en sitios de punción.

Respecto de los daños alegados, sostuvo que al no haber falta de servicio en las atenciones médicas otorgadas, no existe monto alguno que indemnizar. Subsidiariamente, al momento de fijar la indemnización civil demandada, aún en aquellos casos en que pensemos que hay responsabilidad no podríamos allanarnos a sumas que a nuestro juicio escapen a la capacidad económica del Servicio, \$170.000.000 de pesos, principalmente porque ello afecta, la calidad de la atención de nuestros pacientes. La verdad es que en cuanto al monto la Ley no regula, sin embargo, se debe aplicar criterio y será necesario considerar que se trata de un Servicio descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios y por lo tanto distinta del todo poderoso e inagotable Estado. El financiamiento de los hospitales llega a través del Fonasa, cuyo presupuesto está constituido en más de un 40% por los aportes que sus propios afiliados realizan mensualmente. Por último, la naturaleza de los daños alegados por los demandantes, no se condicen con los montos demandados, debiendo rebajarse prudencialmente atendidas las circunstancias señaladas en lo principal.

Solicitó tener por contestada la demanda y, en definitiva, rechazarla en todas sus partes con costas, declarando prescrita la acción interpuesta y en cuanto al fondo no por existir falta de servicio. En subsidio, se rebaje prudencialmente el valor de la indemnización, con costas.

A folio 12 la demandante evacuó su réplica, en la que reiteró los argumentos de hecho y de derecho y precisó algunos argumentos expuestos por la contraria en su contestación. Afirmó que la utilización de la «Maniobra de Kristeller» por parte del personal médico que atendió a su representada es una circunstancia que se señala en



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

Código: PLXMXSHVBEQ

la ficha clínica de la paciente. Además, en el contexto de la investigación penal que se efectúa por estos mismos hechos, la matrona Natalia Rodríguez ratificó que la doctora Karen Manríquez Bittner aplicó la «Maniobra de Kristeller». Mediante el eufemismo, “confundió” (sic), la contraparte pretende hacer creer que hubo un error de juicio por parte de la referida matrona, al efectuar esta constatación en la ficha clínica de nuestra mandante y al ratificarla en su declaración ante Policía de Investigaciones, la que habría confundido con la «Prueba de Hillis-Müller». Es imposible confundir la «Maniobra de Kristeller» con la «Prueba de Hillis-Müller»; y menos aún para una matrona con más de 10 años de experiencia, pues existe una diferencia cualitativa entre ambas que, salvo que la Sra. Natalia Rodríguez padeciera de un estado de ceguera transitoria, resulta patente a simple vista.

Explicó que en la «Prueba de Hillis-Müller» se hace un tacto vaginal y, acto seguido, se ejerce presión en la zona suprapúbica, en ambos casos con las manos y no con los brazos o los codos. Por otro lado, en la «Maniobra de Kristeller» la presión se ejerce con el brazo o codo sobre el fondo del útero, el que NO se encuentra, aunque parezca de perogrullo decirlo, en la zona pélvica, que es donde se ejerce presión a propósito de la «Prueba de Hillis-Müller». En la misma línea, son irrelevantes las alegaciones en torno a la ausencia de vínculo laboral entre la Sra. Natalia Rodríguez y el Hospital Higuera o el Servicio de Salud. Esto, porque la contraria confirma que la referida matrona fue quien atendió a su representada en dicho hospital y quien, por lo demás, efectuó las anotaciones en la ficha clínica de la Sra. L.; todo ello, reiteramos, mientras era atendida de urgencias en el Hospital Las Higueras.

Argumentó que el Hospital Las Higueras es un “Campo Clínico”, por lo que sus dependencias son utilizadas para actividades académicas, como son las prácticas profesionales de distintas carreras del área de la salud. Sin embargo, hace bastante tiempo está superada la teoría del “hotel”, según la cual el hospital es un lugar calificado, donde ciertas y determinadas personas efectúan prestaciones médicas, de forma completamente independiente a quienes regentan el hospital. La autoridad sanitaria y, con ello, el Hospital Las Higueras como parte de la red asistencial nacional, tiene la obligación legal de procurar que quienes en sus dependencias efectúan prestaciones médicas lo hagan dentro del marco de la legalidad, con el empleo de la correcta lex artis médica y con apego a las normas e instrucciones de la autoridad sanitaria. Mencionó que, desde la perspectiva del valor probatorio de dichas fichas clínicas, nuestra I. Corte se pronunció en los siguientes términos: «Que es importante tener presente que la Ficha Clínica, constituyendo un documento oficial, su valor probatorio deriva del hecho de presumirse su autenticidad, la que debe destruirse por quien la ataque».

En cuanto a la duración del trabajo de parto como único factor de imputación como falta a la lex artis, afirmó que no hay error de su parte. La ficha clínica de la actora es clara en este punto. Ella no estuvo en etapa expulsiva 60 minutos, sino casi el doble;



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

Código: PLXMXSHVBEQ

Plazo más que largo, ya que según la Guía Perinatal del Minsal, la excesiva duración del trabajo de parto es una distocia. Aseveró que aquí se aprecia la inconsistencia en el relato de la contraria, al plantear que la matrona Sra. Rodríguez habría confundido la «Maniobra de Kristeller» con la «Prueba de Hillis-Müller». Nunca se le practicó la «Prueba de Hillis-Müller» a la actora, porque de haberlo hecho se habría detectado una desproporción céfalo-pelviana, consecuencia del Caput de más de +++, que terminó presentando el feto antes de concluir con el trabajo de parto como consecuencia del hematoma subgaleal que tenía el bebé. La excesiva duración del trabajo de parto es antecedente de mal praxis médica, pues unida a los otros factores que daban cuenta de la necesidad de practicar una cesárea de urgencia, demuestran que no se brindó a Beatriz la atención médica que tenía derecho a esperar.

De ahí se desprende la otra imputación, de no practicar una cesárea de urgencia cuando de las circunstancias particulares del caso así lo aconsejaban. Señaló que la contraparte pretende restar importancia a las anomalías presentadas durante el trabajo de parto, particularmente a la bradicardia y taquicardia fetal, por la circunstancia de que ninguna de ellas se extendió por más de 10 minutos, que sería el intervalo indicativo de una pérdida de bienestar fetal. Agrega como otro antecedente que el líquido amniótico era claro, en circunstancias de que solo con meconio oscuro existirían indicios de sufrimiento fetal. Sin embargo, la demandada no se hizo cargo de las condiciones para practicar una cesárea de urgencia. En concreto, nada dijo sobre las categorizadas en el grupo 2 y 3, esto es, fracaso de la inducción o la detención progresiva del trabajo de parto. La contraparte en su contestación evita, por omisión, una contradicción en su defensa: su representada se encontraba en el grupo 2 y 3 para practicar una cesárea de urgencia. Añadió que, si se sigue con las condiciones para practicar una cesárea de urgencia, tenemos las categorizadas en el grupo 5 o misceláneas, donde se encuentra: «a. Presentaciones de frente o cara». La contraparte citó el siguiente extracto de la ficha clínica, efectuado por la matrona Natalia Rodríguez: «09.15 LCF 90-105 lpm, durante 3 minutos, no recupera a la estimulación táctil del cuero cabelludo, polo cefálico impresiona OIDP, solicito evaluación médica. Se administra oxígeno por mascarilla» (sic). OIDP son las siglas para referirse a una de las posibles presentaciones y posiciones del feto dentro del vientre materno, específicamente occipito iliaca derecha posterior. Esta es una presentación y posición anómala del feto, virtud de la cual el feto presenta primero la cabeza, pero mira hacia delante (hacia el abdomen de la madre). Entonces, ocurre que conforme con la posición en que se encontraba el feto, la mandante se encontraba dentro del grupo 5, letra a, de las categorías que suponen practicar una cesárea de urgencia. Si se suma la bradicardia y taquicardia fetales consignadas en la ficha clínica, por mucho que al entender de la contraparte por su duración no puedan ser denominadas como tales, hay antecedentes más que suficientes para practicarla.

Calificó de falacia de afirmación del consecuente la alegación de que la por terminar el parto por vía vaginal se confirmó que no era necesaria una cesárea de urgencias.



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

Código: PLXMXSHVBEQ



Recuerda que su representada luego del parto terminó con desgarro uterino o que el bebé murió a las pocas horas de su nacimiento. Vale decir, la demandada faltando a la lex artis médica forzó un parto por vía vaginal, no supone confirmar que era la vía idónea para continuar con el parto, y con mayor razón si se consideran los resultados. Lo mismo puede decirse de las lucubraciones entorno a la falta de nexo causal entre los daños y los hechos imputados.

Precisó que las hemorragias subgaleales son causadas por un traumatismo en la cabeza durante el trabajo de parto y el parto. Este trauma es causado por tirar, arrastrar o comprimir la cabeza de un bebé a través de la pelvis de la madre durante el parto. La conclusión es que el hematoma subgaleal está asociado a un traumatismo, generalmente causado con ocasión de las actuaciones medicas realizadas durante el trabajo de parto o a una compresión de la cabeza del bebé en el canal pelviano, todo lo cual se condice con la aplicación de la «Maniobra de Kristeller». Con la posición en que se encontraba el feto al momento del parto, occipito iliaca derecha posterior y la duración del trabajo de parto en fase activa.

Luego planteó que las especulaciones de la demandada sobre la posible existencia de una enfermedad base a la que atribuir el desenlace fatal respecto a la hija de su representada, lleva otra vez a la ficha clínica, en especial a la necropsia y autopsia practicada, donde se da cuenta que no existen malformaciones y que durante todo el proceso previo al trabajo de parto, exámenes y demás antecedentes daban cuenta de un parto normal y un feto sano.

A folio 24 se efectuó audiencia de conciliación, con la asistencia del apoderado de la parte demandante y en ausencia de la demandada. La conciliación no se produjo atendida la ausencia referida.

A folio 25 se recibió la causa a prueba y se fijaron los siguientes hechos a probar:

- 1° Hechos que configuran la falta de servicio que se alega. Circunstancias de la misma.
- 2° Efectividad que los referidos hechos son imputables a la parte demandada. Hechos que así lo demuestran.
- 3° Existencia de los daños y/o perjuicios reclamados por los demandantes. En su caso, naturaleza y monto de los mismos.
- 4° Ser efectivo que la falta de servicio que se alega causó los daños invocados. Hechos en que se fundamenta.

A folio 126 se citó a las partes para oír sentencia.

## **CONSIDERANDO:**

### **I.- EN CUANTO A LAS TACHAS:**

1° A folio 64 la parte demandada formuló la tacha del artículo 358 n°7 del Código de Procedimiento Civil en contra de la testigo Natalia I. Rodríguez Sáez, por tener



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

Código: PLXMXSHVBEQ

íntima enemistad respecto de contra quien declara. Se basó en que la testigo reconoció haber ejecutado funciones en el Hospital Las Higueras en calidad de docente como dependiente de la Universidad de Concepción; que durante ese periodo tuvo problemas en el ámbito laboral con sus colegas, que reconoce haber existido litigio entre ella y la Universidad mencionada, en la cual se menciona los hechos que dan origen a esta causa. Así, carece de imparcialidad para declarar en el juicio. Pidió que se acoja la tacha, con costas en caso de oposición.

**2°** En su traslado la parte demandante solicitó el rechazo de la tacha opuesta, con costas. Al respecto señaló que la contraparte no precisó en su formulación de la tacha con quién la testigo tendría en específico enemistad. Además, declaró que tuvo relación laboral con la Universidad de Concepción, mas no con la demandada, que es el Servicio de Salud de Talcahuano. Por lo demás el inciso 2 número 7 requiere que la amistad o enemistad sea manifestada por hechos graves, cuestión que no sucede.

**3°** La causal invocada por la demandante requiere explícitamente que “La amistad o enemistad deberán ser manifestadas por hechos graves que el tribunal calificará según las circunstancias”, cuestión que manifiestamente no ocurre en la especie. En efecto, no aparece configurada esta causal, por cuanto el hecho de tener desavenencias en el ámbito profesional con colegas no constituye por sí solo razón suficiente para colegir que existe enemistad respecto de la demandada Hospital Higueras. Por consiguiente, se rechazará la tacha en estudio, como se dirá en lo resolutivo del fallo. Al respecto, la documental acompañada por la demandad relativa al litigio habido entre la testigo Natalia Rodríguez y la Universidad de Concepción (RIT T-208-2020 del juzgado del trabajo de Concepción) acompañados a folio 87 no sirvió de sustento alguno para poder acreditar la presunta tacha indicada, ya que no es posible construir inferencias a partir de ellos ya que no son hechos probados en otro juicio entre las mismas partes como lo exige el Art. 427 del Código de Procedimiento Civil inciso segundo.

**4°** A folio 66 la parte demandante opuso tacha en contra del testigo Gabriel Alejandro Villagrán Valenzuela, por las causales contempladas en el artículo 358 n°4 y n°5 del Código de Procedimiento Civil, con costas. Fundamentó que el testigo es ginecólogo del Hospital Las Higueras desde el año 2009 al presente, bajo el régimen a contrata y ejerce el cargo de subjefe del servicio de ginecología y obstetricia. En relación a la causal del artículo 358 n°4 del Código de Procedimiento Civil, planteó que la I. Corte de Apelaciones de Santiago ha dispuesto que si el testigo es dependiente de la institución a que le presta habitualmente servicios retribuidos, incurre en esta causal cuando tenga calidad de empleado público. En cuanto a la causal del artículo 358 n°5 del mismo código, la E. Corte Suprema en autos rol 2183-2010 señaló que aun cuando los testigos puedan aportar antecedentes esclarecedores, desde que son trabajadores dependientes de la persona que exige su testimonio carecen de la



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

Código: PLMXSHVBEQ

imparcialidad necesaria para declarar al tener un interés directo o indirecto con el resultado del juicio.

Por último, si se invoca la protección que confiere el código del trabajo o el estatuto administrativo para un trabajador dependiente del servicio público, lo cierto es que a menos de pretender una derogación tácita del artículo 358 n°4 y n°5 del Código de Procedimiento Civil, esto en nada incide en su aplicación, pues se establecieron precisamente para inhabilitar a los trabajadores o dependientes sujetos a un contrato de subordinación o dependencia.

**5°** Al evacuar traslado la demandada solicitó el rechazo de éstas, con costas, basado en que entre el testigo y el Hospital Las Higueras no hay vínculo de subordinación y dependencia, pues se rige por normas de orden público y no por el código del Trabajo. El testigo es funcionario público, lo que se encuentra regulado en la ley, tanto en su ingreso como en su permanencia y cesación en el cargo. En consecuencia, el testigo es propietario de su cargo, el cual se rige por la ley médica (15.076) y lo establecido en el DFL n°29 del año 2004 y ley 18.834 sobre estatuto administrativo, lo que garantiza su independencia e imparcialidad al declarar. Agregó que el testigo, en tanto funcionario público, solo puede ser removido mediante un procedimiento administrativo o por malas calificaciones. Por ende, su continuidad no depende de su declaración ni de la mera voluntad de la dirección del Hospital Las Higueras. Por último, afirmó que para la jurisprudencia mayoritaria no se aplican están causales respecto de los funcionarios públicos.

**6°** Al respecto, se debe señalar que el carácter de funcionario público no es asimilable a un dependiente a que alude el artículo 358 n°4 inciso 2° del Código de Procedimiento Civil ni tampoco a la de trabajadores y labradores dependientes referido en el n°5 del mismo artículo. En efecto, éstas se basan en la estrecha vinculación de dependencia entre el testigo y la parte que lo presenta, cual no es el caso de los empleados públicos, en que los profesionales son remunerados por el Estado y sus atribuciones, deberes, permanencia y cargo dependen de la ley. En otras palabras, los funcionarios públicos se encuentran regidos por el estatuto administrativo, lo que garantizaría su imparcialidad para declarar en juicio, por lo que se desestimaré la tacha basada en las causales invocadas.

**7°** A folio 67 la demandante dedujo tacha en contra del testigo Andrés Miroslav Vukasin Marinovic Melgarejo, por las causales contempladas en el artículo 358 n°4 y n°5 del Código de Procedimiento Civil, con costas. Se basó en que el testigo reconoció ejercer como médico neonatólogo en el servicio de neonatología, en virtud de un contrato a plazo fijo, con distribución horaria 22/28, hace 5 años hasta el presente, en el Hospital Las Higueras.

Luego de reiterar las referencias jurisprudenciales de la I. Corte de Apelaciones de Santiago sobre causal del n°4 y de la Corte Suprema y sobre la del n°5, ambas del artículo 358 del artículo precitado, de no incidencia de la protección del Código del



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

Código: PLXMXSHVBEQ

Trabajo o del estatuto administrativo en la configuración de la causal, manifestó que las tachas invocadas atienden a una falta de imparcialidad no solo en alterar su testimonio para resguardar su fuente de trabajo, por lo que la inamovilidad del estatuto administrativo o la permanencia de la relación laboral no constituye un argumento que invalida estas causales de tacha.

Por ello, pidió que se acoja la tacha deducida, primero la del artículo 358 n°4 y en subsidio la del artículo 358 n°5, ambas disposiciones del Código de Procedimiento Civil.

**8°** Por su parte, la demandada solicitó el rechazo de las tachas opuestas, con costas, basada en que entre el testigo y el Hospital Las Higueras no hay vínculo de subordinación y dependencia, pues se rige por normas de orden público y no por el código del Trabajo. El testigo es funcionario público, lo que se encuentra regulado en la ley, tanto en su ingreso como en su permanencia y cesación en el cargo. En consecuencia, el testigo es propietario de su cargo, el cual se rige por la ley médica (15.076) y lo establecido en el DFL n°29 del año 2004 y ley 18.834 sobre estatuto administrativo, lo que garantizan su independencia e imparcialidad al declarar. Agregó que el testigo, en tanto funcionario público, solo puede ser removido mediante un procedimiento administrativo o por malas calificaciones. Por ende, su continuidad no depende de su declaración ni de la mera voluntad de la dirección del Hospital Las Higueras. Por último, afirmó que para la jurisprudencia mayoritaria no se aplican están causales respecto de los funcionarios públicos.

**9°** La tacha basada en las causales n°4 y n°5 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil será desechada en razón de las mismas consideraciones señaladas en la motivación cuarta de este fallo, que por razones de economía procesal se hace remisión y se tienen por reproducidos para todos los efectos legales.

**10°** A folio 68 la parte demandante formuló tacha en contra del testigo Doris Teresita Del Pilar Henríquez González, por las causales contempladas en el artículo 358 n°4, n°5 y n°6 del Código de Procedimiento Civil, con costas. Fundamentó que el testigo es ginecólogo del Hospital Las Higueras desde el año 2009 al presente, bajo el régimen a contrata y ejerce el cargo de subjefe del servicio de ginecología y obstetricia.

Al respecto señaló que la testigo dio cuenta ejercer como matrona jefe de cuidado en matronería del Hospital Las Higueras desde el año 1990 al presente, bajo régimen a contrata. Entre sus funciones se encuentra velar por el cumplimiento de los reglamentos, leyes, normativas ministeriales incumbentes, por lo que tiene al menos un interés indirecto en los resultados del presente juicio, desde que uno de los hechos fundantes de la demanda es el incumplimiento por parte del Hospital Las Higueras de la normativa.

**11°** En relación a la causal del artículo 358 n°4 del Código de Procedimiento Civil, la I. Corte de Apelaciones Santiago ha dispuesto que si el testigo es dependiente de la



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

Código: PLXMXSHVBEQ

institución a que le presta habitualmente servicios retribuidos, incurre en esta causal cuando tenga calidad de empleado público. En cuanto a la causal del artículo 358 n°5 del mismo código, la E. Corte Suprema en autos rol 2183-2010 señaló que aun cuando los testigos puedan aportar antecedentes esclarecedores, desde que son trabajadores dependientes de la persona que exige su testimonio carecen de la imparcialidad necesaria para declarar al tener un interés directo o indirecto con el resultado del juicio. Por último, si se invoca la protección que confiere el código del trabajo o el estatuto administrativo para un trabajador dependiente del servicio público, lo cierto es que a menos de pretender una derogación tácita del artículo 358 n°4 y n°5 del Código de Procedimiento Civil, esto en nada incide en su aplicación, pues se establecieron precisamente para inhabilitar a los trabajadores o dependientes sujetos a un contrato de subordinación o dependencia. Finalmente, refirió que en atención a sus funciones en el cargo, la testigo tiene un interés directo en los resultados del juicio, pues a ella corresponde velar por el cumplimiento de la normativa que se acusa infringida en la demanda.

**12°** Al evacuar traslado la demandada solicitó el rechazo de éstas, con costas, basado en que entre el testigo y el Hospital Las Higueras no hay vínculo de subordinación y dependencia, pues se rige por normas de orden público y no por el código del Trabajo. El testigo es funcionario público, lo que se encuentra regulado en la ley, tanto en su ingreso como en su permanencia y cesación en el cargo. En consecuencia, el testigo es propietario de su cargo, el cual se rige por la ley médica (15.076) y lo establecido en el DFL n°29 del año 2004 y ley 18.834 sobre estatuto administrativo, lo que garantizan su independencia e imparcialidad al declarar. Agregó que el testigo, en tanto funcionario público, solo puede ser removido mediante un procedimiento administrativo o por malas calificaciones. Por ende, su continuidad no depende de su declaración ni de la mera voluntad de la dirección del Hospital Las Higueras. Por último, afirmó que para la jurisprudencia mayoritaria no se aplican están causales respecto de los funcionarios públicos. Sobre la causal n°6 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil afirmó que los meros supuestos o conjeturas acerca de un interés en el resultado en el juicio no son fundamentos plausibles para configurar dicha inhabilidad. Su cargo no implica tener interés directo o indirecto, éste debe ser apreciable en dinero. Además, en su calidad no recibe una remuneración mayor, independiente de conocer las consecuencias eventuales del resultado del juicio. Su declaración no se traduce en una recompensa, tributo o remuneración.

**13°** Respecto de la causales n°4 y n°5 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil se dirá que no se configuran en la especie, en virtud de las mismas consideraciones señaladas en la motivación cuarta de este fallo, que por razones de economía procesal se hace remisión y se tienen por reproducidos para todos los efectos legales.



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

Código: PLXMXSHVBEQ

En cuanto a la causal contemplada en el artículo 358 n°6 del Código de Procedimiento Civil, a saber, la de tener el testigo interés en el pleito, hay que señalar que este interés debe ser pecuniario o material en el juicio, y debe ser inmediato en la causa que declara. En efecto, de la declaración del testigo debe deducirse de forma clara que de las resultas del juicio el testigo tiene un interés directo o indirecto, estimable en dinero, cierto y determinado en su favor, lo que no acontece. Por lo demás, no se desprende de la declaración de la testigo que tenga algún interés de su parte en el resultado del juicio. De esta manera, se desestimarán también esta causal.

## **II.- EN CUANTO AL FONDO:**

**14° B.I.L.M. y E.E.E.S.** interpusieron demanda de indemnización de perjuicios por falta de servicio en contra de **HOSPITAL LAS HIGUERAS**, representado legalmente por su Directora Patricia Sánchez Krause y del **SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO**, representado legalmente por la directora del Hospital Las Higuera Patricia Sánchez Krause. Solicitaron que se condene a las demandadas a pagar la suma de \$100.000.000 de pesos a la demandante B.I.L.M. y \$70.000.000 de pesos a E.E.E.S, o la suma mayor o menor que se determine, más reajustes, intereses y costas. La demanda se basa en los antecedentes de hecho y fundamentos jurídicos reseñados en la parte expositiva de esta sentencia, los que se dan por reproducidos para todos los efectos legales.

**15° EL SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO** contestó la demanda deducida en su contra y solicitó su total rechazo, con costas, en virtud de los fundamentos señalados en lo expositivo del presente fallo. En subsidio, solicitó que la rebaja prudencial del monto de indemnización demandado, conforme al mérito del proceso.

**16°** La demandante al evacuar la réplica reiteró lo expuesto en su demanda y precisó algunos argumentos planteados por la contraria en su contestación. Por su parte, el Servicio de Salud Talcahuano no evacuó la réplica en tiempo y forma.

**17°** Para acreditar sus asertos, la parte demandante incorporó al litigio los siguientes elementos de convicción:

### **I. DOCUMENTAL:**

En folios 37, 38 y 39, reiterado en folios 75, 76 y 77:

a. Copia de la carpeta investigativa RUC 1900679415-K, dividida en 7 partes.

En folio 40:

b. Copia íntegra de la Guía Perinatal año 2015 del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile

c. Copia de “Acompañamiento Perinatal”, desarrollado por el Ministerio de Desarrollo Social de la República de Argentina, Subsecretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, en el contexto del Programa Nacional Primeros Años (SENAF), agosto 2022.



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

Código: PLXMXSHVBEQ

d. Copia de artículo “Maniobra de Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas”, publicado por Naysha Becerra-Chauca y Virgilio E Failoc-Rojas, en la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, vol.45 no.2, Ciudad de la Habana, abr-jun 2019.

e. Copia de artículo “La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas”, publicado por Cristóbal Rengel Diaz, en la revista científica “Matronas Profesión”, Volumen 12 N°3, año 2011, paginas 82-89.

f. Copia de Norma general técnica N°00179 para la Atención Integral en el Puerperio, del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 1era edición y publicación año 2015, conforme Resolución Exenta N°558 del 7 de septiembre de 2015.

g. Copia de artículo “Maniobra de Kristeller: una revisión de su práctica”, publicado por Naysha Becerra-Chauca, en la Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería, Volumen 11 N°2, año 2015.

h. Copia de Norma técnica y Administrativa “Monitoreo y Vigilancia de la Indicación de Cesárea”, del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Programa Nacional de Salud de la Mujer, 1era Edición, según Decreto Exento N°41 de 2 de agosto de 2021.

En folio 59:

i. Declaración voluntaria de Natalia Isabel Rodríguez Sáez ante Policía de Investigaciones de Chile, de 19 de agosto de 2019, en investigación penal de la Fiscalía Local de Talcahuano, RUC 1900679415-K.

En folio 74:

j. Certificado de nacimiento de Jaquelin.

k. Certificado de defunción de Jaquelin.

**II. EXHIBICIÓN DOCUMENTAL:** A folio 108 se efectuó audiencia de exhibición de documentos decretada a folio 8, en la cual la demandada exhibió el documento encriptado “copia de ficha clínica de [REDACTED] El documento desencriptado consta a folio 111.

**III. OFICIOS:** A folio 86 Hospital Higuera remitió oficio que contiene ficha clínica de [REDACTED]

**IV. TESTIMONIAL:**

A folio 52 se practicó audiencia testimonial en la que Patricia Pablina Díaz Probaste, Priscilla Ivonne Delgado Valeria y María Angélica Correa Torres, previamente juramentadas, depusieron al tenor de los puntos de prueba fijados a folio 25.

A folio 64 en audiencia testimonial declaró la testigo Natalia Isabel Rodríguez Sáez, quien previamente juramentada, depuso al tenor de los puntos de prueba establecidos a folio 25.



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

Código: PLXMXSHVBEQ

## **V. INFORME PERICIAL:**

- a. A folio 113 Darío Benavente Aldea, perito médico cirujano especialista en medicina legal, remitió informe pericial relativo a lo solicitado a folio 33.
- b. En los folios 114 y 116 Héctor Andrés Maturana Fuentealba, Psicólogo perito, evacuó los informes periciales solicitados en el escrito de folio 33.

**18°** Por su parte, la demandada Servicio de Salud Talcahuano aportó las siguientes probanzas:

### **I. DOCUMENTAL:**

En folio 69:

- a- Reporte caso de hematoma subgaleal sin instrumentalización del parto. Dermatología Pediátrica vol. 34 N°1 e40-e41, 2017.
- b- Hemorragia subgaleal en el recién nacido: un llamado a un diagnóstico precoz y un manejo agresivo.
- c- Hemorragia subgaleal neonatal: diagnóstico y tratamiento.
- d- Factores relacionados al desarrollo de cefalohematoma en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo, periodo junio 2016 – junio 2018.
- e- Incidencia de traumatismo obstétrico y factores de riesgo asociados en el Hospital Materno Infantil de Canarias durante el año 2021.

En folio 70, 71 y 72:

- f- Ficha clínica digitalizada de [REDACTED].

En folio 87:

- g- Copia de demanda de tutela laboral interpuesta por Natalia Isabel Rodríguez Sáez en contra de su ex empleador, Universidad de Concepción, ante el Juzgado de letras del Trabajo de Concepción.
- h- Copia de acta de audiencia preparatoria de 8 de junio de 2020, en causa RIT T-208-2020 del Juzgado de letras del Trabajo de Concepción.
- i- Copia de Avenimiento y resolución que lo aprueba, de 12 de junio de 2020 en causa RIT T-208-2020 ante el juzgado ya indicado.

### **II. TESTIMONIAL:**

En los folios 66, 67 y 68 consta audiencia testimonial donde los testigos Gabriel Alejandro Villagrán Valenzuela, Andrés Miroslav Vukasin Marinovic Melgarejo y Doris Teresita Del Pilar Henríquez González, previamente juramentados, declararon al tenor de la resolución que recibió la causa a prueba, de folio 25.

**19°** Atendido a que la acción se sustenta en la responsabilidad que le cabe a la demandada por la eventual falta de servicio en que habría incurrido, se hace útil



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

Código: PLXMXSHVBEQ



ilustrar que esta institución jurídica debe cumplir con los siguientes requisitos copulativos<sup>1</sup>: a) Falta de servicio (factor de imputación); b) Daños, y c) Relación de causalidad entre la falta de servicio y los perjuicios sufridos.

**20°** Por otra parte, la carga de la prueba de los requisitos antes indicados corresponde al demandante por aplicación de las normas que regulan la prueba en nuestra legislación, especialmente el art. 1698 del CC, que indica en lo pertinente: *“Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta”*.

Esto se ve apoyado por lo indicado en el inciso segundo del art. 38 de la Ley 19.966, que establece un régimen de Garantías en Salud, y que prescribe: *“El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio.”*

Se tiene presente también que el artículo 41 de la misma ley dispone: *“La indemnización por el daño moral será fijada por el juez considerando la gravedad del daño y la modificación de las condiciones de existencia del afectado con el daño producido, atendiendo su edad y condiciones físicas.” “No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquéllos.”*

**21°** Sobre la falta de servicio la E. Corte Suprema ha señalado 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 N° 18.575. Pues bien, en materia sanitaria, mediante ley N°19.966 se estableció un Régimen de Garantías en Salud, cuerpo normativo que introduce en el artículo 38 la responsabilidad de los Órganos de la Administración en esta materia, cuerpo normativo que incorpora -al igual que la Ley N° 18.575- la falta de servicio como factor de imputación que genera la obligación de indemnizar a los particulares por los daños que éstos sufran a consecuencia de la actuación de los Servicios de Salud del Estado<sup>2</sup>.”*

A su vez también ha sostenido respecto de la misma disposición que su atenta lectura permite concluir que *“para que nazca la responsabilidad en materia sanitaria deben concurrir copulativamente los requisitos establecidos expresamente en la*

---

<sup>1</sup> Corral Talciani, Hernán, “Lecciones de Responsabilidad Extracontractual”, Editorial Jurídica, año 2003; Barros Bourie, E., Tratado de Responsabilidad Extracontractual, Editorial Jurídica, año 2006; Rodríguez Grez, Pablo, Responsabilidad Extracontractual, Editorial Jurídica, año 1999; Alessandri Rodríguez, Arturo, De la Responsabilidad Civil Extracontractual en el Derecho Civil Chileno, Imprenta Universitaria, año 1943; Ramos Pazos, René, De la Responsabilidad Extracontractual, Editorial Legalpublishing, año 2007.

<sup>2</sup> E. Corte Suprema Rol 911-2023. (21 de agosto de 2023)



*mencionada norma, esto es, la existencia de falta de servicio del respectivo Servicio de Salud, que haya causado un daño y que éste sea imputable al mismo. Ello es claro, pues la norma en comento señala justamente en su inciso 2° que se debe acreditar – en este caso por los actores– que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando falta de servicio.”<sup>3</sup>*

En base a lo indicado en el presente considerando, se analizará si concurren los extremos que permiten o no tener por acreditada la falta de servicio imputada a la demandada y que se formularon en el considerando 19°.

**22° Legitimidad pasiva:** Del texto de la demanda se deduce que los demandados son: HOSPITAL LAS HIGUERAS, Organismo Autogestionado en Red, Persona Jurídica de Derecho Público, Rol Único Tributario N°61.607.202-1, y el SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO, Persona Jurídica de Derecho público, Rol Único Tributario N°61.607.200-5. Ambos son representados legalmente por PATRICIA SÁNCHEZ KRAUSE.

Sobre este aspecto, la doctrina señala que los Servicios de Salud detentarán la legitimación pasiva en los casos en que los hospitales y centros de salud (no personificados) adscritos a su red, ocasionen algún daño a sus usuarios. Estos hospitales y centros de salud dependen jurídica y administrativamente del Servicio de que se trate y, sólo este último tiene el patrimonio y la titularidad jurídica para responder por los daños ocasionados por aquéllos<sup>4</sup>. En el caso de marras, el H.H. depende del Servicio de Salud de Talcahuano. Por tanto, la acción se entiende enderezada con este último órgano, representado por su directora, PATRICIA SÁNCHEZ KRAUSE. Esto se debe a que la representación judicial y extrajudicial de los Servicios de Salud corresponde a su Director quien, además, es el Jefe Superior del Servicio.

**23°** Por otro lado, en materia sanitaria, importa además tener presente la ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. A su vez, el DFL 1 de 2006, del MINSAL, y sus reglamentos, que establece y regula el sistema nacional de salud que lo extiende a todos los servicios de salud dependientes del MINSAL y a todas las entidades integrantes de la red asistencial pública de salud.

Al respecto, especial relevancia tiene la *lex artis* médica. Según la jurisprudencia, esta se encuentra básicamente en protocolos elaborados en base a información técnica que proviene de diversos estudios y que estandariza mediante guías o protocolos<sup>5</sup>; lo

---

<sup>3</sup> E. Corte Suprema Roles: 355-2010; 99.898-2016 y 826-2018.

<sup>4</sup> Cárdenas, Hugo y Moreno, Jaime (2011) “Responsabilidad médica. Estándares jurisprudenciales de la falta de servicio”, Abeledo Perrot- Thomson Reuters. p. 13

<sup>5</sup> Sentencia C.S. Rol N°4.489-2022 de 11 de septiembre de 2023.



que, sumado a la práctica médica, entregan directrices respecto de cómo proceder ante determinadas condiciones de salud de los pacientes.

*“Para determinar la calificación de una conducta concreta se puede acudir a un parámetro de control, en que surge más nítidamente la noción de servicio público que impone un actuar en condiciones adecuadas conforme a tal finalidad, siendo responsable de forma principal y directa de los perjuicios que ocasione su irregular ejecución. Para este mismo fin surge la apreciación normativa de la actuación, en que el parámetro de control será la Constitución, la ley, los reglamentos, circulares, protocolos, guías de actuación, recomendaciones, directrices, lex artis y principios. También en esta tarea puede considerarse la simple previsibilidad que pueda ocasionarse un daño conforme a las circunstancias de tiempo y lugar, medios empleados y fines que se han tenido presente al actuar. Los estándares fundados en la noción de servicio público, regulación objetiva y previsibilidad del daño en el actuar de la Administración, dejan en claro que no se cumple con un procedimiento y/o decisión que proporcione lo debido. De esta forma, resulta indispensable demostrar el anormal o irregular funcionamiento de la Administración o, a lo menos que su comportamiento no ha sido como hubiera podido esperarse<sup>6</sup>.”* Sobre este aspecto, la demandante y demandada acompañaron a folio 56 la “Guía perinatal 2015” emanada del Ministerio de Salud y vigente a la fecha de los hechos.

**24°** En esta parcela de responsabilidad civil, el instrumento por antonomasia para cotejar la conducta desplegada en relación con la lex artis es la ficha clínica. Así, el artículo 12 inc. 1° de la ley 20.584 señala que:

*“Es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella”.*

Por su parte, el artículo 3° del Decreto 41 (aprueba reglamento sobre fichas clínicas) del 15 de diciembre de 2012 señala que: Toda persona tiene derecho a que quede constancia en la correspondiente ficha clínica de la información proveniente de las atenciones de salud que reciba de un prestador cuando ésta deba ser proporcionada por escrito; si se trata de información que puede entregarse en forma verbal deberá quedar constancia en la respectiva ficha clínica del hecho de haber sido proporcionada. El art. 6° del mismo reglamento dispone los elementos que debe contener la ficha

---

<sup>6</sup> Sentencia C.S. Rol N.38.194-2023 del 15 de noviembre de 2023.



En la pág. 202 del Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo del Minsal (2008) se indica el siguiente sistema de registros: Los datos obtenidos en cada control, como otras incidencias del trabajo de parto deben quedar consignados en la ficha clínica, como también la hora en que se realizó el examen y la identificación del profesional que lo efectuó; Partograma propuesto OMS (Friedman modificado), facilita el diagnóstico y manejo oportuno de las anomalías durante el trabajo de parto, y Hojas de evolución.

En consecuencia, para acreditar la imputación efectuada por la demandante, adquiere una real trascendencia valorativa la ficha clínica de B.I.L.M. evacuada por el demandado a folios 70, 71 y 72 confeccionado por personal del Hospital Higuera.

**25°** A continuación se efectuarán ciertos alcances y precisiones técnicas contenidas en la Guía perinatal 2015 del Minsal y en literatura médica especializada y que se relacionan estrechamente con la litis.

**A. Prueba de Hillis-Müller:** se efectúa a través del examen pélvico por tacto vaginal. En el momento de mayor intensidad de la contracción y ejerciendo presión sobre el fondo uterino, el examinador evalúa si la cabeza fetal desciende en el canal vaginal. Si la cabeza fetal no se desplaza, existe una alta probabilidad de DCP (pág. 315).

**B. Maniobra de Kristeller:** La maniobra de Kristeller recibe su nombre en honor a su autor, Samuel Kristeller, que la describió en 1867 como un nuevo procedimiento para el parto, consistente en la utilización de la presión externa de las manos en caso de contracciones débiles. La presión debería durar entre 5 y 8 segundos, sincronizada con la contracción uterina y con una pausa de 0,5 a 3 minutos. La idea de este procedimiento para el autor era fortalecer las contracciones uterinas durante el parto, masajeando el útero y presionándolo en el fondo repetidamente en dirección hacia el canal del parto<sup>7</sup>. En la actualidad el uso de esta maniobra se considera una mala práctica, y está desaconsejada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero a pesar de ello, aún se continúa utilizando<sup>8</sup>.

Tiene como finalidad acortar la duración de la segunda etapa del parto, aunque esto no se ha podido comprobar. Puede causar complicaciones maternas y fetales, como embolia del líquido amniótico, laceraciones anales del esfínter, fracturas fetales, daño cerebral y rotura uterina. Lo anterior es refrendado por la guía perinatal y que señala como factor de riesgo a la rotura uterina el uso de esta maniobra y no se recomienda su uso bajo ningún respecto<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> Rengel Díaz, Cristóbal (2011) "La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas" Matronas Prof. N. 12(3), pp. 82-9.

<sup>8</sup> Becerra, Naysha y Failoc, Virgilio (2019): "Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas" en: Revista Cubana de Obstetricia Ginecología. N. 45(2). e331.

<sup>9</sup> Redondo, Rosario et al (2014): "Rotura uterina en gestante con cesárea anterior tras maniobra de Kristeller. Reporte de caso". Revista chilena obstetricia y ginecología, N.79(2). pp. 111-114.



Ningún maniobra manual en obstetricia tiene de manera tan marcada una relación entre fuerza y efecto como Kristeller. Se trata de una intervención iatrogénica de mensurabilidad no probada, obsoleta en efectividad y fuera de la buena práctica clínica<sup>10</sup>. Entre los riesgos asociados para la gestante se encuentra rotura uterina, fracturas costales, laceraciones cervicovaginales. En los niños, el peligro se asocia a hematomas subcutáneos y hemorragia suprarrenal por trauma<sup>11</sup>.

En lesiones específicas en el recién nacido, se considera que la maniobra de Kristeller fue uno de los principales factores de riesgo de traumatismo al nacimiento, asociándose a varias lesiones, como cefalohematoma, caput succedaneum, laceraciones, fractura de clavícula y de cráneo, etc<sup>12</sup>.

**C. Hematoma subgaleal neonatal:** son colecciones sanguinolentas, localizadas entre la galea y el tejido conectivo epicraneal. Es la forma más grave de hemorragia extracraneal en los recién nacidos, aunque es poco frecuentes y suele ser infradiagnosticadas poco común. Sin embargo, se asocia con una tasa de mortalidad del 17% al 25%. Es un trauma que surge por sangrado entre la galea y el laxo tejido conectivo epicraneal. En neonatos su origen está relacionado con partos distócicos en los que se precisa el empleo de maniobras de tracción mecánica<sup>13</sup>.

A diferencia del cefalohematoma, limitado a un único hueso craneal, los hematomas subgaleales pueden cruzar suturas y llegar a extenderse a la totalidad de cráneo, lo que explica en ocasiones su gravedad y una mortalidad en torno al 20-25% debido a exanguinación, compresión cerebral e incluso shock hipovolémico<sup>14</sup>. Esto se debe a que puede involucrar el secuestro del 40% o más del volumen sanguíneo del recién nacido y puede causar un shock<sup>15</sup>. En algunas ocasiones están asociados a alteraciones de la coagulación a la ingesta de fármacos anticoagulantes o a la de antiagregantes. Otros factores de riesgo son la prematuridad, macrosomía, la hipoxia intraútero, la primiparidad y la etnia africana<sup>16</sup>.

---

<sup>10</sup> Habek, Dubravko et Al (2022) "Kristeller's fundal expression: clinical, forensic and deontological controversies" en: Archives of Gynecology and Obstetrics n.308. pp.1903–1905.

<sup>11</sup> Habek, Dubravko et Al (2008) "Possible feto-maternal clinical risk of the Kristeller's expression" en: Central European Journal of Medicine. N.3(2). pp.183-186.

<sup>12</sup> Rengel (2011) Op. Cit.

<sup>13</sup> Ditzenberger, Georgia (2016): "Subgaleal Hemorrhage" en Newborn & Infant Nursing Reviews n. 16, pp. 36–38; Sánchez, A. y Gómez, M (2007) "Morbilidad neonatal en el parto instrumentado: mención especial a la ventosa obstétrica" en: actas de pediatría española, n. 65 Vol. VII. pp. 322-326.

<sup>14</sup> Santín-Amo, José María et Al (2011): "Hematoma subgaleal crónico en un lactante. Presentación de un caso" en Neurocirugía; N. 22. pp. 261-263.

<sup>15</sup> Rojas, Andrea y Mendoza, Luis (2022) "Accidentes en el recién nacido - Trauma al nacimiento" en Revista CONAMED, Vol. 27 Supl. 1, pp. 20-26.

<sup>16</sup> Santín-Amo (2011). Op. Cit.



En general, la incidencia del trauma durante el nacimiento es de 3-8%. El factor de mayor relevancia en el traumatismo del parto es el peso del feto: cuanto mayor sea el peso del niño, mayor será la probabilidad de que presente trauma al nacimiento.

La prevalencia de traumas durante el parto ha disminuido en los últimos años por diversos factores entre los que se encuentran: el aumento del número de cesáreas cuando se detectan condiciones fetales adversas, las limitaciones en el uso de instrumentos en el proceso de parto (fórceps, ventosas, espátulas, etc.), y la casi erradicación de la maniobra de Kristeller, entre otras. Este tipo de trauma origina una importante tasa de morbilidad y mortalidad en el recién nacido, la que puede minimizarse con buenos cuidados y el uso de técnicas actualizadas. Por lo tanto, es importante reconocer los principales factores predisponentes para prevenir su aparición<sup>17</sup>.

**D. Hemorragia posparto:** Es una de las complicaciones más frecuentes del período de alumbramiento y puerperio inmediato. Se presenta en aproximadamente un 3 % de los partos. Se considera hemorragia del postparto una pérdida sanguínea de 500 ml después de un parto vaginal o 1000 ml después de una cesárea, con una reducción de un 10% del hematocrito. Además de esta definición cuantitativa, debe considerarse hemorragia del posparto al sangrado genital excesivo después del parto, con aparición de signos y síntomas que traducen hipovolemia e inestabilidad hemodinámica. La hemorragia primaria o precoz del puerperio es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas posparto. Una de las causales es por lesión del canal del parto (Trauma) producto de desgarros del canal del parto o rotura/deshidencia uterina ocurridos como consecuencia de un parto instrumental, como aquel realizado con fórceps o espátulas (pág. 367). En el mismo sentido se pronuncia el documento acompañado por la demandante “Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio del Ministerio de salud (pág. 58).

**E. Diabetes gestacional (DG):** Se refiere a cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se manifiesta o se detecta durante el embarazo.

La diabetes es un estado de alto riesgo para la mujer y su feto. Se han descrito múltiples complicaciones maternas, fetales y perinatales en mujeres con DG o con DPG mal controlada. Para minimizar los riesgos, el tratamiento, control y seguimiento del embarazo en estas mujeres, debe ser realizado por un equipo multidisciplinario liderado por el equipo obstétrico (pág. 148).

**Resolución del parto en pacientes con DG:** En gestantes con DG y buen control metabólico y sin otras complicaciones la conducta puede ser expectante. En la mayoría de los casos estas mujeres con buen control glicémico en tratamiento médico (con o sin insulina), no está indicada la interrupción del embarazo antes de la semana

---

<sup>17</sup> Cabrera, Pedro (2024): “Birth Trauma: Incidence and Associated Risk Factors: A Case–Control Study” en: future 2024-2, pp. 126-124.



39. Aun cuando la evidencia no es concluyente, parece razonable que aquellas mujeres con DG y mal control metabólico o una condición médica concomitante (ej. hipertensión) se sugiere la inducción a las 38 semanas de gestación, después de la confirmación de la madurez pulmonar fetal. (pág. 166)

**F. Test de Apgar:** En 1952 la Dra. Virginia Apgar propuso evaluar la vitalidad de los recién nacidos en el momento inmediato al nacer a través de cinco signos clínicos objetivos y fáciles de describir y relacionar el resultado con algunas prácticas anestésicas y obstétricas. Los signos clínicos que se establecieron fueron: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, irritabilidad refleja, tono muscular y color. Cada factor se evalúa en una escala de 0 a 2. Se suman las puntuaciones de los cinco factores para obtener la puntuación de Apgar. El test se realiza en dos ocasiones, al minuto 1 y 5 minuto<sup>18</sup>.

**G. Evaluación y manejo del trabajo de parto y parto. Definiciones** (pág. 310)

**Trabajo de Parto:** operacionalmente se define como la presencia de 2 o más contracciones en 10 minutos, de 30 o más segundos de duración (palpatoria), por un periodo mínimo de una hora acompañadas de modificaciones cervicales: borramiento  $\geq 50\%$  y dilatación  $\geq 1$  cm. (del orificio cervical interno).

**Primera Etapa del Parto (o periodo de dilatación):**

**Fase Latente:** lapso que media entre el inicio del trabajo de parto y la presencia de un cuello borrado y tres centímetros de dilatación.

**Fase Activa:** lapso que media entre los 3 y los 10 centímetros de dilatación. A su vez, la fase activa presenta una fase aceleratoria (3-8 cm) y una fase desaceleratoria (8-10 cm). En este periodo del parto tienen que producirse dos cambios: la dilatación y el descenso progresivo de la presentación fetal. En la fase aceleratoria predomina la dilatación. En la fase desaceleratoria ocurre mayormente el descenso.

**Segunda Etapa del Parto (o periodo de expulsivo):** Tiempo que media entre la dilatación completa del cuello uterino y el nacimiento del feto.

**Tercera Etapa del Parto (o periodo del alumbramiento):** Lapso que media entre el nacimiento del RN y la expulsión de la placenta.

**H. Manejo del Parto en la Fase Activa** (pág. 312):

**Criterios Generales:** Para una buena evolución del trabajo de parto, es recomendable ingresar a las mujeres en fase activa (mínimo de 3 cm de dilatación y borramiento 100% del cuello uterino). Junto con la evaluación de la dinámica del trabajo de parto, se debe efectuar la evaluación de la unidad feto-placentaria. La dilatación y el

---

<sup>18</sup> Hubner, María Eugenia y Juárez, María Eugenia (2022): "Test de Apgar: Después de medio siglo ¿sigue vigente?" en: Revista médica de Chile. Vol.130, n.8, pp.925-930



descenso deben ser evaluados basándose en los tiempos establecidos previamente. Al detectarse una alteración de la progresión, se recomienda usar el partograma.

En mujeres de alto riesgo, la Asociación Americana de Ginecología y Obstetricia recomienda la evaluación y registro de la frecuencia cardíaca fetal al menos cada 15 minutos, durante la fase activa del parto. Durante la segunda etapa del parto o período expulsivo, la evaluación debe efectuarse cada 5 minutos. Para mujeres de bajo riesgo, se recomienda una evaluación cada 30 minutos, en la fase activa y cada 15 minutos en el período expulsivo. (p. 328)

**Evaluación de la progresión del parto:** Junto con la evaluación de la dinámica del trabajo de parto, se debe efectuar la evaluación de la unidad feto-placentaria. La dilatación y el descenso deben ser evaluados basándose en los tiempos establecidos previamente. Al detectarse una alteración de la progresión, se recomienda usar el partograma. La dinámica uterina será controlada por matrona cada 60 minutos.

#### **Medidas para el manejo del trabajo de parto:**

Se recomienda intervenir en el curso espontáneo del parto, sólo si se diagnostica una progresión inadecuada del descenso y/o la dilatación o si existe una sospecha de compromiso de la unidad feto-placentaria. En el manejo del trabajo de parto fisiológico, se mantiene y refuerza el manejo personalizado, según orientaciones del Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo.

#### **I. Manejo de la Segunda Etapa**

**Criterios Generales.** Cuando la dilatación sea completa, se recomienda dejar a la parturienta en posición semisentada y guiarse por los tiempos señalados para asegurar el descenso. Hacen excepción, para acortar el período de expulsivo, las mujeres que presentan meconio espeso y/o tienen un CTG sospechoso o patológico. Se recomienda no hacer pujar a la mujer hasta que el feto esté encajado en Espinas +2 a +3 (pasar en este momento a la sala de partos). En cualquier caso, esta etapa no deberá exceder de 90 minutos en las nulíparas y de 60 minutos en las multíparas, siempre y cuando el monitoreo de la unidad feto-placentaria muestre un patrón normal. En esta etapa del parto, pueden presentarse episodios agudos de distrés fetal, por lo que la recomendación es monitoreo electrónico continuo, hasta el paso de la mujer a la Sala de Partos. Si una vez que la mujer esté en la sala de partos, no se ha producido el parto luego de 10 minutos, se considerará como “expulsivo detenido” y deberá llamarse al médico para su evaluación y manejo. (pág. 319). Es por lo que el documento acompañado por la demandante “Norma técnica y administrativa. Monitoreo y vigilancia de la indicación de cesárea” señala que aquella constituye una situación que amerita una cesárea.

**J. Monitorización fetal intraparto (MEFI):** Corresponde a un monitoreo electrónico y un registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal (línea superior) y



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

Código: PLXMXSHVBEQ



contractilidad uterina (línea inferior o basal) manteniendo un registro gráfico en un papel termosensible<sup>19</sup>.

Durante el parto, se debe efectuar un análisis del volumen del líquido amniótico, pero la evaluación fundamental es la monitorización intermitente o continua de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) en relación con las contracciones uterinas. La interpretación adecuada de la monitorización de la FCF durante el trabajo de parto, requiere de la comprensión de los mecanismos fisiológicos involucrados en su regulación, para así interpretar en forma adecuada sus cambios (pág. 336).

Se ha definido como bienestar fetal en el MEFI la presencia de 4 criterios: frecuencia cardíaca fetal basal entre 110 y 160 latidos por minuto (lpm), variabilidad entre 5-25 lpm, ausencia de desaceleraciones y presencia de aceleraciones (no siendo estas indispensables). Cualquier alteración de estos parámetros se considera como registro anormal o MEFI alterado<sup>20</sup>.

**Contracciones Uterinas:** cantidad de contracciones en 10 minutos, cuya terminología a utilizar es:

- **Normal:**  $\leq 5$  contracciones en 10 minutos.
- **Taquisistolía:**  $> 5$  contracciones en 10 minutos.

**Frecuencia cardíaca fetal basal:** identificación de frecuencia cardíaca en un período de 10 minutos.

- Normal: frecuencia cardíaca fetal entre 110 y 160 latidos por minuto.
- Bradicardia: frecuencia cardíaca basal  $< 110$  latidos por minuto.
- Taquicardia: frecuencia cardíaca basal  $> 160$  latidos por minuto.

Estrategias que NO han mostrado beneficios y/o que aumentan riesgos en el manejo del trabajo de parto y parto: Maniobra de Kristeller.

**26° Hechos probados:** Asentado lo anterior, para el análisis de la conducta del establecimiento Hospitalario útil resulta construir una cronología de la forma en que ocurrieron los hechos de la causa, a partir de lo concordado por ambas partes en sus presentaciones y en especial, del examen de la ficha clínica B.I.L.M., de su hija Jaqueline y del de Registro Clínico Electrónico de la paciente de autos, valorados según lo dispuesto en el art. 342 N°3 del Código de Procedimiento Civil dado el carácter de ser el demandado -y emisor de los documentos- un prestador público de salud. Del tenor de los antecedentes referidos, se tienen por acreditados los siguientes hechos:

---

<sup>19</sup> Vergara Fernández, Roberto "Monitorización Intraparto" en Síntesis de Conocimientos, Biblioteca para estudiantes y profesionales de la salud elaborado por la U. de Chile.

<sup>20</sup> Núñez V, Felipe y Carvajal C, Jorge "Efectividad de la hiperoxigenación materna y tocolisis aguda en monitoreo electrónico fetal intraparto alterado". Rev. chilena obstetricia y ginecología. vol.74, n.4, pp.247-252.



1) B.I.L.M. fue atendida en el HOSPITAL HIGUERAS el 15 de abril de 2019. En el formulario de constancia de información al paciente GES aparece como diagnóstico: diabetes melitus que se origina con el embarazo. El profesional responsable fue la Dra. Carola Klassen Campos. En el documento “historia policlínico de Aro” (FICHA CLÍNICA 5, p. 25) se confirma este dato.

2) B.I.L.M. ingresó el 17 de julio de 2019 a las 1:25 horas al HOSPITAL HIGUERAS a la sección urgencia debido a tener contracciones. Según registra el DAU, cursaba un embarazo de 38 semanas y 6 días. Comorbilidad: diabetes gestacional. Fue ingresada a área de maternidad.

En control practicado a las 2:55 horas se establecieron los siguientes niveles: LCF: 152 x min. AU: 35. CM. MF +. PG: mucosidad clara. TV cuello central tenso, 5 cm. X 80%. Membranas íntegras, cefálica apoyada. A las 3:05 se indicó en la FICHA CLÍNICA: embarazo de alto riesgo, trabajo de parto en fase activa. Todos estos datos fueron registrados por la matrona Rosa Vidal Lara. Según da cuenta del documento “Ingreso Matrona Gineco Obstétrico” (FICHA CLÍNICA1, p. 29), el feto registra movimientos fetales, presentación cefálica, dorso fetal derecha, plano apoyada. Altura uterina: 45 cm. Tono uterino normal. Dinámica uterina y membranas íntegras. Cuello blando, borramiento del 80%. Dilatación 5 cm. Índice bishop: 9.00.

3) Según da cuenta el documento “antecedentes médicos de B.I.L.M.” A las 3:40 horas ingresa a partos en BEG tranquila. Se instala monitor fetal (LCF 142 por minuto), se instala Vía endovenosa #18, se toman exámenes de rutina. Se informa a la paciente sobre analgesia del trabajo de parto, el que ella rechaza. Se encuentra acompañada junto a su pareja. Esto fue consignado por Nathalie Hernández, matrona.

4) El mismo documento señala que a las 6:10 horas mantiene una dinámica uterina (DU) de 3/10 minutos, sin monitor disponible. Se realiza tacto vaginal: 6 cm. X 80%, cefálica rechazable, membranas íntegras. Se deja en balón kinésico. Esto fue consignado por la estudiante de obstetricia Denisse Lukander.

5) Según da cuenta el documento “antecedentes médicos de B.I.L.M.”, la dra. KAREN MANRIQUEZ B. registra a las 9:10 horas “se transcribe evolución. Se evolución a otra paciente por equivocación (Camila Illanes Paine). Se llama a médico de turno por baja de latidos. Tacto vaginal completo en 2° plano, caput +. Reanimación intrauterina, LCF recuperados.

6) A las 9:35 se anota en la FICHA CLÍNICA que KAREN MANRIQUEZ B. y el Dr. Alberto Bustos realizan presión fúndica- Kristeller, posterior a lo cual deciden administrar anestesia (minidosis raquídea). LCF 100-150 por minuto. Se instala toco-dinamómetro-. La matrona a cargo es Natalia Rodríguez Sáez y el registro es consignado por Denisse Lukander Valenzuela.



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

Código: PLXMXSHVBEQ

- 7) A las 9:38 la paciente firmó formulario de constancia de información al paciente GES, diagnóstico “sufrimiento materno durante el trabajo de parto y el parto” evacuado por Karen Manríquez B. Ese mismo día consta suscripción de formulario de consentimiento informado para recibir analgesia de parto. El profesional responsable es el Dr. Ignacio Molina Julién. En la evaluación preanestésica suscrita por el mismo médico (FICHA CLÍNICA 1, p. 11) se indica que B.I.L.M. ingresa con obesidad, diabetes gestacional y crisis de pánico. Riesgo anestésico mediano y ASA II. Por tanto, recomienda anestesia regional.
- 8) A las 9:45 se registra que todavía no existe monitor cardio fetal disponible. Se informa anestesia GES, la que es rechazada. Al tacto vaginal se observa flujo sanguinolento. Cuello blando central, 9x100% de borrado. Membranas íntegras. Se induce RAM, líquido amniótico claro, muy escaso. Se instala monitor cardiot fetal. LCF post RAM: 150 latidos por minuto. Paciente refiere sensación de pujo. Tacto vaginal completa sin caput, segundo o tercer plano, LCF 140 por minuto basal. Se preparaba atención de parto. A continuación, se registra una baja de los LCF. Se consigna LCF 90-105 durante 3 minutos. Se añade que no recupera la estimulación táctil del cuero cabelludo. Polo cefálico. lesión DIPS. Se solicita evaluación médica. Se administra oxígeno por mascarilla. A las 09:54 hrs se describe al tacto vaginal una dilatación completa del cuello del útero, cabeza fetal sin Caput, en segundo o tercer plano. A partir de las 10:30 se registra frecuencia cardiaca fetal aumentada (170-180) y entre 4 a 2 contracciones en 10 minutos, se mantiene conducción con ocitocina.
- 9) Según da cuenta el documento “antecedentes médicos de B.I.L.M.”, a 11:10 se registra LCF de 170-180 por minuto, paciente. Relata sensación de pujo y se realiza tacto vaginal: está completa con presentación cefálica y gran caput (+++) en tercer plano. Genitales maternos muy edematosos, médicos de turno informados. Matrona de turno manifiesta que doctora KAREN MANRIQUEZ B. ingresó a (otro) pabellón, por lo que solicitó evaluación a doctora Araneda, quien se encuentra en residencia médica. Acude de inmediato a box de parto. Se prepara para la atención del parto. La matrona a cargo es Natalia Rodríguez Sáez y el registro es consignado por la matrona Denisse Lukander Valenzuela.
- 10) A las 11:06 se prepara a la paciente para el parto, lo mismo respecto del box. Se deja en posición de parto. Se administran 5 unidades de occitocina EV, dirigido. Se recibe placenta. El registro de paramédico Jaime Rivera Núñez. El nacimiento se registra por parto vaginal a las 11:26 horas.
- 11) Según da cuenta del documento “Ingreso Matrona Gineco Obstétrico” (FICHA CLÍNICA1, p. 31), a partir de las 9:15 hubo monitoreo de parto hasta la extracción fetal. Se indica LCF 170-180 (sin precisar hora) y gran caput (+++). Doble circular al cuello irreductible. Se pinza y se secciona inmediatamente. Extracción de recién nacido sin complicaciones, femenino. Alumbramiento completo. Placenta



bilobulada, útero retraído, metrorragia normal, genitales edematosos con lesiones no sangrantes de mucosa vaginal, se realiza aseo genital. Líquido amniótico claro. La matrona a cargo es Natalia Rodríguez Sáez y el registro es consignado por la matrona Denisse Lukander Valenzuela.

- 12)** Según da cuenta del documento “Ingreso Matrona Gineco Obstétrico” (FICHA CLÍNICA1, p. 32), el índice Apgar del recién nacido es al minuto 1: 1; al minuto 5: 8 y a los 10 minutos: 8. Reanimación 5. Ventilación con presión positiva intermitente. Peso al nacer: 3580 gr., talla 49 cm., circunferencia craneana: 37 cm. Estos datos están corroborados en la FICHA CLÍNICA de Jaqueline (p. 7). Sin embargo, en el documento “Ficha de recién nacido” disponible en la FICHA CLÍNICA de Jaqueline se señala un APGAR de 1 (minuto 1), 6 (minuto 3), 8 (minuto 5) y 9 (minuto 10). En la epicrisis de recién fallecido (p. 17 FICHA CLÍNICA Jaqueline) se registra un Apgar de 1-6-8-8-. En la declaración prestada por Pamela Becerra Castillo ante la PDI (documento carpeta PDI n. 5, p. 28) corrobora que Jaquelin nació con un Apgar bajo.
- 13)** En el documento “Historia y evolución clínica”, registrado en la página 5 de la FICHA CLÍNICA de Jaquelin se consigna recién nacido de 39 semanas con diagnóstico grave, producto de madre de 35 años multípara. De 2 niños. Antecedentes de diabetes gestacional con dieta. Datos reiterados en la página 7 (ficha de recién nacido). En la FICHA CLÍNICA de Jaqueline se consigna que a las 13:00 horas que está grave, temperatura 38,5°, frecuencia cardíaca de 124, PA 18,14 y saturación al 67%.
- 14)** En el registro cronológico denominado “ingreso a neonatología” se consigna a las 13:10 que Jaqueline nace a las 39 semanas y 6 días. Jaqueline nace por parto vaginal doble circular, líquido amniótico claro, deprimido, requiere aspiración y vpp (x matrona). Llega médico a los 3 min, se observa hipotónico y muy pálido. Se lleva a URNI (Unidad de Recién Nacido Inmediato). Se administra oxígeno y se toman gases a los 10 min de vida. Mientras se arma cupo se cateteriza en URNI, se pasan 45 cc. de SF, se coloca vía venosa. Se realiza Rx de tórax. Indicación: retirar catéter arterial.
- 15)** Al llegar a la UCIN está pálida, no se logra tomar TA, fría, presenta paro cardiorrespiratorio, sale con vpp (intubación) más masaje cardíaco y 1 dosis de adrenalina. Examen físico: gran cefalohematoma occipito parietal izquierdo. Eco cardio Normal. Ecocerebral, gran hemorragia en base de cráneo occipital. Diagnósticos: RN término AEG, 39 Semanas. Depresión neonatal recuperada. Hemorragia intracraneal grave. Discoagulopatía por cefalohematoma. SDR en evolución. Paro cardiorrespiratorio recuperado. Anemia aguda. Indicaciones: Medidas de hidratación y reposición de volumen, terapia antibiótica, uso de drogas vasoactivas, monitorización permanente, cuidado de catéteres, Rx tórax, HGT, recuento, gases + pruebas de coagulación.



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

Código: PLXMXSHVBEQ

**16)** A las 14:49 se registra por la matrona Karen Palma lo siguiente: Se recepciona recién nacido de sexo femenino. Por parto vaginal a las 11:26. Niña Hipotónica pálida, sin esfuerzo respiratorio. Se inician pasos iniciales de reanimación. Se aspira orofaringe. Se extrae líquido amniótico Claro, bradicardia. Se da inicio a ventilación a presión positiva, al minuto logra esfuerzo respiratorio normal cardíaco. pálido, oxígeno, flujo libre se traslada. Saturometría 93%. Taquicárdico pálido. Se instala sensor temperatura en placa radiante, se toman exámenes de sangre, 2 intentos punción arterial, 2 cm<sup>3</sup> de sangre extraída. Se intentan cinco oportunidades. Instalar vía intravenosa periférica. Niño, vaso contraído. Céfalohematoma extenso en cabeza. Ligadura de cordón. Se observan 3 vasos científica con brazalete según protocolo. APGAR 1-6-8-9. Se instala catéter venosa y umbilical. Doctora torres administra bolo de 40 cm<sup>3</sup> de suero fisiológico. Si inicia flew a las 13:00. 500 cm<sup>3</sup> sólo a 10,4. Se traslada a neonatología con oxígeno. En nariz era palio saturando al 90%. Frecuencia cardiaca 156.

**17)** En el registro “ingreso a neonatología” se consigna a las 15:30 Jaqueline está bradicárdica, hipotensa, pálida, no toma saturómetro ni monitor de presión. Se pasan 3 bolos de SF, 150 CC. total. Sangre pasando dopamina bolo, dobutamina, adrenalina 1,5 CC. Indicaciones: pasar 35 CC. de PFC, pasar konakion 1 mg EV.

En el registro “ingreso a neonatología” se consigna a las 16:15 que Jaqueline sigue grave. Se toma hemocultivos y se inicia tratamiento antibiótico empírico. Saturación oxígeno al 70% con parámetros máximos. Sin mejoría, se avisa a los padres. Padre acude, madre en recuperación. La niña no responde a maniobras de ventilación, respiración tipo gasping desde su ingreso. Se constata fallecimiento a las 17:35 horas (6h 5 min de vida).

En la FICHA CLÍNICA de Jaqueline se indica su fallecimiento a las 17:35 horas del 17 de junio de 2019. Edad: 6 horas y 9 minutos

**18)** Consta en el documento “protocolo quirúrgico” (FICHA CLÍNICA 1, p. 7) que a B.I.L.M. se le realizó a las 14:15 horas un raspado uterino por metrorragia o restos de aborto y desgarro cervical (litotomía). El procedimiento estuvo a cargo del Dr. Joel Araneda Levy y Karen Manríquez B.

**19)** Según dan cuenta las notas consignada por matrona en su FICHA CLÍNICA, a las 19:40 horas ingresó B.I.M.L. a ginecología desde pabellón. Está acompañada de su esposo, lábil emocionalmente, en buen estado general, ciclo vital estable, mamas sanas, calostro, útero retraído, loquios normales, VVP #16 en ambos antebrazos. Se realiza apoyo emocional por 20 minutos, se revisa brazalete de identificación. Paciente con alto riesgo de caídas. Barandas en alto y cama frenada. EVA: 0.

**20)** Según da cuenta las notas consignadas por la matrona en la FICHA CLÍNICA, a las 22:00 se consigna visita matrona: puérpera ptve + rev instrumental, beg, lábil



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

Código: PLXMXSHVBEQ

emocionalmente, pero tranquila. Se realiza contención emocional, se autoriza acompañamiento nocturno, ciclo vital estable, no refiere molestias, afebril deambulación (+), tolerando bien alimentación, ex físico: mamas sanas, calostro (-), ABDI, útero retraído, loquios normal, sutura bien, diuresis (+), brazaletes ok. Apoyo psicoemocional 50 min. Se refuerza educación, cuidados educación, cuidados puerperal. Cama frenada, barandas en alto. Paciente con acompañamiento nocturno.

En la epicrisis de recién fallecido (p. 17 FICHA CLÍNICA Jaqueline) suscrito por la Dra. Deppe, se registra recién nacido de 38 semanas. Con antecedentes de epilepsia hasta los 13 años y crisis de pánico. Embarazo controlado, obesa IMC 33,7%. Con diabetes gestacional y sujeta a dieta. Nace por parto vaginal doble, circular al cuello, reductible líquido amniótico, Claro, nace no vigoroso. Frecuencia cardíaca menor a 100. Se instala máscara de oxígeno, iniciando ventilación espontánea al minuto de vida, pero sin mejoría del tono ni color. A la espera de cupo en UCIN, se inicia manejo en URNI. Se instalan catéter umbilicales. A los 30 minutos de vida y pasan 2 bolos GSA cordón (muestra rechazada). Segundo GS a periférico a los 10 minutos de vida PH 7.094. Ep - 20.9, HT o 42.1. Plaquetas 205. CKT, 2107. Eco cardio en URNI descarta cardiopatía estructural y describe contractilidad normal. A la hora y media de vida ingresa a UCIN pálido hipotenso, hipotérmico con cianosis generalizada. Se pasa a segundo bolo de suero fisiológico y se solicita transfusión GR ultra urgente que se inicia las 14:30 con 3 horas de vida. A los 3 minutos de ingresado iniciado el segundo bolo, presenta paro cardiorrespiratorio que revierte con IOT. VPP, masaje cardíaco y una dosis de adrenalina. Queda conectado a VMC. Involuciona con aumento de requerimiento de oxígeno y parámetros VMC. Se pasa a VAFO sin respuesta. Vuelve a VMC AC. Rx tórax no muestra escapes aéreos ni patología broncopulmonar. Ecocardiografía control post PCR concluye: corazón estructuralmente normal con mala contractilidad cardíaca. Se inicia dopamina y Dobutamina en dosis máximas. Se evidencia el trastorno de coagulación con TP y TTPK alterados con sagrado en sitio de punción. Por lo que se administra Konación y se indica transfusión de PFICHA CLÍNICA. Ecografía cerebral por cardiólogo, impresiona. Hemorragia masiva de fosa posterior paciente. Involuciona con deterioro progresivo, con GSA incompatible con la vida. Braquicardia mantenida desde las 16:40 sin mejoría de saturación de oxígeno, anuria a pesar de parámetros. VM máximos. Volemización y GR. Fallece las 6:09 de vida. Padres autorizan necropsia que informa: RNT 39 semanas con a AEG sin mal formaciones. Hematoma subgaleal parieto-occipital de 80 cm<sup>3</sup>. Aspiración de líquido amniótico. Signos morfológicos de hipoxia: Congestión vascular intensa en riñón, con foco de microhemorragia y necrosis tubular moderada, hemorragia moderada de corteza y médula suprarrenal y congestión vascular moderada, empática y esplénica más congestión vascular cerebral leve.



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

Código: PLXMXSHVBEQ

Diagnósticos de egreso. Recién nacido, 39 semanas AGR. Depresión neonatal. Hematoma subgaleal extenso parietoccipital izquierdo. Shock hemorrágico refractario. Anemia aguda transfundida. Discoagulopatía FOM (falla orgánica múltiple). Estos datos son refrendados en informe suscrito por Dra. Diana Torres Azcárate, pediatra de neonatología de HOSPITAL HIGUERAS. (p. 19. FICHA CLÍNICA J.). Ella indica el siguiente diagnóstico: céfalo-hematoma parieto-occipital izquierdo; falla respiratoria de causa central; Discoagulopatía; depresión neonatal severa; hemorragia de fosa posterior; anemia aguda transfundida; paro cardio-respiratorio. A la luz del diagnóstico señalado, solicita realización de necropsia.

- 21)** Por su parte, la autopsia N. 5506/2019 de Jaqueline (p. 23) suscrita por la dra. Carmen Bari Toledo señala en el diagnóstico macroscópico provisorio: Hematoma de cuero cabelludo (80 cc.) y que no se observa hematoma cerebral. Agrega: aspiración de líquido amniótico, presencia de láminas corneas y pigmento amarillo verdoso intraalveolar. Signos morfológicos de hipoxia, congestión sanguínea visceral.

El certificado médico de defunción de Jaqueline señala como causa de muerte: Shock hipovolémico hemorrágico. Causa originaria: hematoma de cuero cabelludo izquierdo masivo debido a o a consecuencia de discoagulopatía severa. Estados morbosos concomitantes (contribuyentes a la defunción, pero fuera de la cadena causal: depresión neonatal severa, anemia aguda.

- 22)** Según da cuenta la epicrisis de egreso de la paciente (FICHA CLÍNICA 1, p. 33) suscrito por María José Talma Rossel, los diagnósticos de egreso de B.I.L.M. fueron los siguientes: sufrimiento materno durante el parto y trabajo de parto. Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice. Diabetes mellitus que se origina con el embarazo y obesidad debido a exceso de calorías. Se prescribe ZOLPIDEM CM 10 mg. Una vez al día y se cita a control dentro de 10 días en CESFAM.

- 23)** Según el documento “antecedentes médicos de B.I.L.M.”, la dra. KAREN MANRIQUEZ B. señala que existe metrorragia postparto. Paciente normotensa, taquicárdica, bien perfundida, sin dificultad respiratoria. Masaje uterino bimanual. Útero retraído, no sangra. Se aplican 600 ug. Misopostrol. Se solicita asistencia de médico de turno SOS. Según da cuenta el documento “antecedentes médicos de B.I.L.M.”, a las 13:40, la paciente se encuentra con metrorragia abundante. Esto se informa a la doctora KAREN MANRIQUEZ B. Presión arterial: 122/73, pulso: 113 por minuto. Se administra sringier 500 cm<sup>3</sup>. Con 15 unidades de Ocitocina EV. Se realiza masaje uterino efusivo, útero a nivel umbilical con buen tono. Se permeabiliza segunda vía venosa con teflón#16. Se le toman exámenes de laboratorio. (La matrona a cargo es Natalia Rodríguez Sáez y el registro en la FICHA CLÍNICA es consignado por la matrona Denisse Lukander Valenzuela.

Según da cuenta el documento “antecedentes médicos de B.I.L.M.”, a las 14.02 se reporta nuevo episodio de Metrorragia posparto Útero involucionado, indicación,



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

Código: PLXMXSHVBEQ

revisión instrumental. La profesional a cargo, doctora KAREN MANRIQUEZ B. y el registro es consignado por la matrona Pamela Becerra. A las 4:17 se le toma examen de sangre a B.I.L.M.”, (FICHA CLÍNICA1, p 13) el que muestra niveles normales. Lo mismo respecto a la coagulación. El análisis es suscrito por el T.M. Cristian Retamal Cornejo. A las 14:14 se le toma examen de sangre (F1, p. 16) el que muestra niveles normales. Lo mismo ocurre respecto al tiempo coagulación y proteína C reactiva. El análisis es suscrito por el T.M. Cristian Retamal Cornejo.

**27° Hecho generador del daño:** De lo expuesto en la demanda se desprende que lo que se le imputa a la demandada es que no se consideraron las recomendaciones expresadas en la guía perinatal y en la abundante literatura médica en orden a abstenerse de realizar la maniobra de Kristeller (GP 2015, pp. 134, 319, 365) y en no seguir las recomendaciones respecto a realizar un parto distinto al natural. Por su parte, la demandada señala que no se practicó tal maniobra, sino que se utilizó la prueba de Hillis-Müller y que la persona que consignó aquello en la ficha clínica se confundió de concepto. En cuanto a lo segundo, indica que el personal médico en todo momento no se apartó de la *lex artis*.

**28° Maniobra de Kristeller:** Al respecto, el registro en la ficha clínica transcrito en el punto 6) del considerando 26 da cuenta que los médicos KAREN MANRIQUEZ B. y Alberto Bustos realizaron a B.I.L.M. la maniobra de Kristeller.

La conclusión evidenciada en el análisis de la ficha clínica se sustenta además en la declaraciones efectuadas por Natalia Isabel Rodríguez Sáez a 64 (8 de agosto de 2024) y ante la PDI el 19 de agosto de 2019. En ambas ocasiones señaló que el 2019 se desempeñaba como colaboradora académica de la carrera Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Concepción. Debía supervisar de forma directa a los alumnos de 3° y 4° año de la carrera en la atención de partos en el Hospital Las Higueras. Por ese motivo de forma regular asistía a la supervisión clínica de lunes a viernes entre las 08:00 y 16:00 horas. El 17 de junio de 2019 junto a la alumna Denisse Lukander iniciaron la atención de B.I.L.M., quien se encontraba en un trabajo de parto fase activa, tranquila, con sensación de pujo y sobre un balón kinésico. Agrega que la paciente tuvo su última monitorización cardio fetal a las 4:20 horas, debido a la falta de monitores. No obstante, estaba con auscultación intermitente y vigilancia horaria. Junto con la alumna realizaron un control clínico completo, incluyendo auscultación de los LCF los que estaban dentro de rango normal. A las 08:20 horas, debido a la sensación de pujo de la paciente solicitó apoyo del personal paramédico para realizarle un tacto vaginal, encontrando un flujo genital sanguinolento, un cuello cervical blando, 100% borrado, central, 9 cm de dilatación, con un polo cefálico en primer a segundo plano y membranas integrales. Luego realizó una RAM (rotura artificial de membranas), mostrando el procedimiento a la alumna, donde salió un líquido claro y escaso. No pudo determinar la variedad de posición y no había formación de caput.



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

Código: PLXMXSHVBEQ



Auscultó los LCF durante todo el procedimiento de la RAM, los cuales siempre fueron buenos, rango normal.

Señala que pasado unos 10 a 20 minutos, su colega Pamela Becerra, quien se encontraba de turno, trajo un monitor cardio fetal el que instaló de inmediato. Los latidos estaban en rango normal. Agrega que apenas se instaló el monitor la paciente refirió sensación de pujo, decidiendo prepararse para realizar la atención del parto, que se realizaría en el mismo box. Se colocó a la paciente en posición de litotomía. Luego se percató que la paciente estaba ya completa (100% del cuello cervical borrado y una dilatación de 10 cm, la posición del polo cefálico era occipito iliaca derecha posterior, plano de presentación de 2° a 3°. Sin embargo, los latidos se encontraban en 90 por minuto, por lo cual llamó al médico ginecólogo de turno, la Dra. KAREN MANRIQUEZ B., quien llegó inmediatamente.

Agrega que al llegar KAREN MANRIQUEZ B. cuestionó su llamado y preguntó cuál era la urgencia. Le explicó a la dra. que la llamó debido a que los latidos estaban bajos y su presentación estaba en derecha posterior, la que no es la óptima para la expulsión expedita del feto. También estaba presente la Matrona Roberta Reyes. Ella a su vez llamó a la pediatra de turno de apellido Torres y a Karen Palma (matrona de turno de URNI). Luego, la Dra. KAREN MANRIQUEZ B., tras realizarle un tacto vaginal solicitó ayuda al Dr. Alberto Bustos, gineco obstetra del Servicio, con quien realizó una maniobra de compresión fúndica o maniobra de Kristeller, la cual consiste en cargar el feto con el antebrazo desde el fondo uterino junto con el pujo materno para intentar la expulsión de este, no lográndolo, estando alrededor de 30 minutos en ello. Se turnaban para realizar la maniobra, aplastando con el codo y los antebrazo el fondo uterino incitando al pujo, se realizaron entre 12 a 15 intentos. En todo este tiempo fueron registrados y monitorizados los LCF del feto en rango de 100 a 150 por minuto. Ella les indicó a ambos médicos que la presentación estaba en derecha posterior, a lo que KAREN MANRIQUEZ B. respondió que estaba en segundo plano y que debía mantenerla sentada, con anestesia y uso de oxitocina.

En relación con la anestesia, el Dr. Molina administró una minidosis de raquídea. De forma posterior, ella controló la dinámica uterina para el manejo de las dosis de occitocina de acuerdo con las normas del MINSAL. Aunque los LCF siempre estuvieron entre un rango de 100 a 150, posterior a la administración de la anestesia los latidos comenzaron a subir, generando una taquicardia, sin desaceleraciones. La Dra. KAREN MANRIQUEZ B. siguió pendiente de este parto de manera permanente y entraba y salía del box, hasta las 10:40 horas, aproximadamente cuando entró a pabellón a operar una cesárea electiva. La instrucción fue mantener a la paciente semisentada.

Con relación al Dr. Bustos, como no estaba de turno se fue. Agrega que todo lo relatado ella lo presencié ya que estuvo en el box. En un momento (09:54 horas) fue al computador del pasillo para registrar las acciones realizadas a la paciente, viendo que nadie había anotado algo. Posteriormente continuó con la atención de la paciente,



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

Código: PLXMXSHVBEQ

hasta que a las 11:10 horas, nuevamente relató una sensación de pujo. Ella realizó tacto y encontró un gran CAPUT (+++), en tercer a cuarto plano, mientras que los latidos cardio fetales estaban en 170 a 180 por minuto.

Llamó nuevamente al médico de turno (Dr. Araneda), quien presencié el parto sin intervenir ya que al segundo pujo salió fácilmente, con genitales indemnes. No obstante lo anterior, una vez que salió la cabeza, se percató que traía una circular irreductible al cuello, pinzando y seccionando de inmediato. Al nacer tuvo un esfuerzo respiratorio al estímulo y se encontraba muy pálida (recién nacida de sexo femenino), además del evidente CAPUT (aumento de tamaño del cuero cabelludo). El alumbramiento fue dirigido completo, obteniendo una placenta bilobulada. La atención neonatal la realizó la Matrona Karen Palma, junto con la dra. Torres. Posteriormente al parto, la paciente fue trasladada a otro box (prepartos) por falta de cupo para el periodo de post parto inmediato. Ella registró en su primer control que tenía una metrorragia abundante, pidiendo evaluación a la dra. KAREN MANRIQUEZ B. Ella le administró misoprostol. En el segundo control de puerperio se observó nuevamente metrorragia, instalándole una vía venosa, toma de exámenes y traslado a pabellón donde se encontró un desgarro uterino. Agrega que la paciente estuvo un total de 2 horas y 20 minutos en el periodo del expulsivo, el cual fue más extendido de lo esperable en una mujer que tenía dos partos previos, pero en estas situaciones con presentaciones distócicas, es dable esperar un expulsivo más largo de lo común mientras se realiza la vigilancia cardio fetal.

Por último, la testigo señaló que “en esta situación de presentación (OIDP), el manejo corresponde a una vigilancia de los latidos y esperar que la presentación cambie favoreciendo la postura vertical de la paciente, cosa que se hizo en este caso. Agrega que fue limitada la movilización libre de la paciente por sus condiciones físicas (Obesa), post anestesia raquídea y monitorización continúa. Señala que todo lo relatado anteriormente quedó registrado en la evolución de la ficha clínica y partograma. Por último, lo que condicionó el resultado fue la maniobra del Kristeller”.

**29°** Por su parte, en el documento denominado “Carpeta investigativa PDI 3” (p. 57) se encuentra la declaración de B.I.L.M. que concuerda con la de la testigo recién citada. Refiere que la matrona Natalia Rodríguez, cerca de las 8:00 AM le hizo un tacto y le informó que ya estaba con 10 cm de dilatación y le contó a una matrona practicante que estaba casi lista. Por ello le subieron sus piernas a una parte de la cama donde quedó en posición para el parto. Agrega que pasó una hora y su guagua no nacía, por lo cual se asustó. Recuerda ver a Natalia Rodríguez salir por lo menos 3 veces corriendo de la sala a pedir ayuda, mientras que ella se quedaba con la practicante y un señor que era paramédico. En este rato nadie escuchaba los latidos de la guagua, por lo que no sabía cómo estaba. Ella seguía con fuertes dolores de pujo, pero no podía salir el bebé. Trataba de pujar con más fuerza, pero no podía salir.



Añade que llegó una doctora de nombre KAREN MANRIQUEZ BITTNER con otro médico de apellido Bustos. *“Ella, al ingresar a la sala tuvo una cara de enojada y le dijo de manera despectiva a la matrona de chochitos “para que me andabai buscando”, pero esta no le respondió”*. El caso es que KAREN MANRIQUEZ B. junto con el otro médico, al ver lo que pasaba se le acercó y comenzó a aplastar su guata con sus codos. Luego le hizo un tacto vaginal y después se fue junto con el otro médico sin decirle nada. Agrega que después le pusieron anestesia en mi columna y disminuyeron los fuertes dolores de las contracciones, pero el feto aún no salía. Pasaron 20 minutos y recién salió. Cuando nació su hija, sintió que lloró un poco y la pusieron en su. Pensó que todo estaba normal, hasta que pasado unos minutos llegó una enfermera con la incubadora y una pediatra. Ella preguntó qué pasaba, pero nadie respondió. Se llevaron a su hija. Cuando preguntó a la matrona que atendió el parto, le dijo que parece que tenía anemia y necesitaba ayuda. Posteriormente la sacaron de la sala de parto y la llevaron a otra sala para que me recuperara, donde estaban otras niñas embarazadas. En este lugar, comenzó a sangrar mucho, motivo por el cual llegó la matrona Rodríguez y la Dra. Manríquez, quien dijo que la llevarían a pabellón, donde nuevamente le pusieron la anestesia y le hicieron algo que no recuerda.

**30°** Garantiza la efectividad de la práctica de la maniobra de Kristeller la metrorragia sufrida por B.I.M.L. Tal como se señaló en el CONSIDERANDO 25, una de las complicaciones frecuentes relacionadas con la maniobra de Kristeller son los desgarros o roturas uterinas. Sobre este punto, según se acreditó en el considerando 26 N. 23, B.I.L.M. tuvo al menos dos episodios de metrorragia postparto. Se consignó en la historia clínica que se le realizó un raspado uterino por metrorragia o restos de aborto y desgarro cervical (litotomía). El procedimiento estuvo a cargo del Dr. Joel Araneda Levy y KAREN MANRÍQUEZ B. A las 14.02 se reportó un nuevo episodio de metrorragia posparto el cual fue controlado por el equipo médico. Esto lo corrobora la declaración B.I.M.L. quien señaló que después del parto comenzó a sangrar mucho, motivo por el cual la matrona Rodríguez y la Dra. Manríquez la llevaron a pabellón, donde nuevamente le pusieron la anestesia. En el mismo sentido la declaración prestada por Natalia Rodríguez quien registró en su primer control que tenía una metrorragia abundante, pidiendo evaluación a KAREN MANRIQUEZ B. Ella le administró misoprostol. En el segundo control de puerperio se observó nuevamente metrorragia, instalándole una vía venosa, toma de exámenes y traslado a pabellón donde se encontró un desgarro uterino. Esto es ratificado por Pamela Becerra Castillo en su declaración ante la PDI (documento carpeta PDI n. 5, p. 28) quien señala que B.I.M.L. tuvo una metrorragia posparto que necesitó ser evaluada por la Dra. Manríquez, quien por un desgarro del cuello uterino tuvo que ingresarla al pabellón para su tratamiento.

Sobre este aspecto, en la ficha clínica no se consignó cuál fue el origen de la hemorragia post parto, la cual puede tener distintas causas. A su vez, esto implica un abanico de tratamientos más o menos conservadores (taponamiento uterino-



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

Código: PLXMXSHVBEQ

histerectomía). Sin embargo, al no haberse consignado origen causal alguno y además, debido a que el tratamiento consistió en administrar occitocina, se concluye que la única causal compatible con la hemorragia se debió a un trauma uterino ocasionado durante el parto. La administración de occitocina según la guía perinatal tiene por objeto detener hemorragias por desgarro uterino. Esto permite inferir a partir de las evidencias reseñadas que la metrorragia se produjo por la aplicación de maniobra de Kristeller ya que fue la única acción demostrada durante el parto capaz de generar un desgarro en el útero.

**31°** Todos los antecedentes reseñados en los considerandos anteriores permiten establecer una presunción judicial grave, precisa y concordante en orden a la efectividad que el equipo médico liderado por KAREN MANRIQUEZ B. y ALBERTO BUSTOS realizaron una conducta prohibida por la lex artis, como es la maniobra de Kristeller. La gravedad de la inferencia se sustenta en la veracidad del contenido de la ficha clínica en donde se señala expresamente la utilización de dicha maniobra, cuestión que fue ratificada por B.I.L.M. y por Natalia Rodríguez Sáez. Esta testigo declaró en forma conteste y precisa en agosto de 2019 y luego en julio de 2024 respecto a los hechos acreditados. Además, la hemorragia post parto sufrida por la paciente refuerza que tuvo un trauma (desgarro en el cuello del útero) durante el parto, motivado precisamente por la aplicación de presión fúndica en su vientre.

**32°** Lo concluido y acreditado en los considerandos anteriores implica desechar la tesis de la demandada en orden a negar la realización de la maniobra de Kristeller y que se trató de la prueba de Hillis-Müller, la que busca evaluar el descenso del polo cefálico fetal en el canal del parto. En su opinión, la persona que anotó en la ficha clínica que se realizó una presión fúndica, se confundió.

Sobre este aspecto, la testigo de la demandada Doris Henríquez González señaló que lo anotado por Natalia Rodríguez como presión fúndica fue cuestionado en el Hospital. Esto se debe en su opinión a que lo anotó en la FICHA CLÍNICA mucho antes de que se produjera el parto. En su experiencia como matrona antes era una maniobra frecuente de realizar y se hacía cuando la cabeza ya estaba a punto de salir. Añade que esa maniobra hace varios años ya que esta proscrita. Entiende que el médico que estaba ahí nunca realizó un Kristeller y ella lo escribió en la ficha y eso fue lo que se cuestionó. insisto esto fue firmado por la alumna. No le consta porque no estuvo ahí. Habla en base a lo que se cuestionó anteriormente y fue lo que se escribió. No le consta que se hizo ni que no se hizo. En consecuencia, en nada altera la conclusión arribada en los considerandos precedentes lo indicado por Doris Henríquez González, puesto que ella reconoció no haber participado en la atención de la paciente de autos, por lo que no da cuenta de hechos que les constan directamente según dispone el Art. 383 del Código de Procedimiento Civil.

Lo mismo ocurre respecto del testigo de oídas Gabriel Villagrán Valenzuela quien declaró que no le consta que se haya realizado maniobra de Kristeller. Agregó que



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

Código: PLXMXSHVBEQ

*“Indudablemente que todo acto médico o conducta o plan debería quedar registrada en la ficha clínica, pero la experiencia muestra que muchos médicos escriben en forma incompleta sus evoluciones”.* Sin embargo, aquí ocurrió todo lo contrario, se anotó en la FICHA CLÍNICA expresamente la realización de esta maniobra. Esto implica el absoluto desconocimiento del testigo acerca de lo ventilado en este pleito ya que el problema no es aquello que se omitió indicar en la FICHA CLÍNICA, sino lo que si se expresó. Por este motivo, este testimonio adolece de valor probatorio alguno.

**33°** Por lo demás, de la guía perinatal, de la literatura médica citada y de los testigos se desprende la gravedad que implica practicar la maniobra de Kristeller y es por tal que se encuentra absolutamente proscrita durante el segundo periodo del parto ya que *“no se debe utilizar para ayudar al descenso de la presentación, e incluso puede ser contraproducente, ya que favorece la distocia de hombros por impactación”*<sup>21</sup>. Eso implica que KAREN MANRIQUEZ B. y ALBERTO BUSTOS realizaron una conducta sumamente reñida con la ética profesional.

Sin embargo, en la oportunidad procesal de refutar esta grave afirmación, la demandada no rindió prueba alguna que permitiese acreditar su versión de los hechos. Por ejemplo, no se citó a declarar a ninguna de las otras personas que estuvieron presentes en el parto de Beatriz: la alumna en práctica Denisse Lukander; las matronas Karen Palma y Roberta Reyes; los médicos KAREN MANRIQUEZ B. y Alberto Bustos o el paramédico Jaime Rivera Núñez. Es decir, no hubo prueba alguna con que permitiese respaldar la afirmación sostenida en la contestación: anotar en la FICHA CLÍNICA que se realizó una maniobra de Kristeller fue una confusión. Por tanto, la refutación sostenida al no ser acreditada no afecta el resultado de la premisa.

**34°** Sobre este aspecto, el informe pericial elaborado por el médico legista Darío Benavente Aldea agregado a la carpeta judicial con fecha 25 de septiembre de 2024 a folio 113 garantiza la conclusión de la premisa construida en los considerandos anteriores.

El perito en sus conclusiones concuerda con la efectividad que se le realizaron a B.I.L.M. maniobras de compresión fúndica. En su opinión, en el caso extremo de recurrir a la maniobra de Kristeller, se debe realizar en el período expulsivo y nunca en la fase activa del trabajo de parto como ocurrió en este caso. Señala que se estableció la práctica de esta maniobra después de constatarse una baja en los latidos cardíacos del feto y antes de haberse solicitado la analgesia del parto. *“Desde el análisis médico legal es posible concluir que la maniobra de presión fúndica del útero y las prácticas realizadas por el equipo médico en el caso de Jaqueline no respondieron a las conductas esperables en atención a los signos que presentaba el feto, y que debieron haber conducido a otro tipo de acciones, siendo el traumatismo obstétrico, constituido en este caso por el hecho de un período expulsivo del parto en un tiempo*

---

<sup>21</sup> Rengel (2011) Op. Cit.



*límite máximo y como factor de riesgo asociado, la presión fúndica del útero en el trabajo de parto, la causa de la hemorragia subgaleal y de las posteriores consecuencias que desencadenaron el deceso de la menor.”*

Es por lo que la medicina señala que la maniobra de Kristeller es una estrategia insegura, agresiva y obsoleta efectuada sin evidencia científica alguna que la justifique. Así lo señala la documental incorporada por la demandante: Becerra, Naysha (2015): “Maniobra Kristeller: una revisión de su práctica”, en Revista peruana de obstetricia y enfermería. N. 111 (vol II). Estos antecedentes implican que se trata de un método deontológicamente inaceptable<sup>22</sup>.

Por todos estos motivos se descarta la defensa de la demandan en orden a que es falso que B.I.L.M. recibió un de trato indigno e irrespetuoso y que no se incurrió en alguna conducta que atentara contra los derechos de la paciente en cuanto a la información y el trato que se merecía, ni menos se ejerció algún tipo de violencia, psicológica ni física en su contra.

**35° Ausencia de monitor cardiotetral:** Habiéndose acreditado la efectividad de la ocurrencia de la maniobra de Kristeller, importa establecer el motivo que originó la decisión de realizar este procedimiento. Se acreditó en los hechos probados que B.I.L.M. ingresó al nosocomio en la madrugada del del 17 de julio de 2019 a las 1:25 horas al HOSPITAL HIGUERAS a la sección urgencia debido a tener contracciones. Se estableció en la FICHA CLÍNICA que a las 3:05 que el parto se encontraba en fase activa, lo que según prescribe la guía, implicaba seguir las instrucciones de manejo de parto en fase activa, lo que incluye la evaluación y registro de la frecuencia cardiaca fetal al menos cada 30 minutos. Sin embargo, se acreditó que hubo un registro de los LCF a las 3:05 horas y luego otro a las 6:10 y un tercero a las 9:10 horas. Es decir, en vez de realizar un registro cada 30 minutos, se efectuó cada tres horas. En el mismo sentido el peritaje, el que señala que *“la monitorización electrónica materno fetal fue realizada a su ingreso (04:10 hrs.) posteriormente estuvo disponible desde las 09:45 hrs hasta el parto”*.

Por su parte, en el peritaje se establece el siguiente partograma (pág. 6):

<b>Partograma, 17.06.2019.</b>										
	03:50	04:50	05:50	06:10	07:08	08:10	09:45	10:10	10:30	11:00
Posición materna	Decúbito dorsal	Semi-fowler	Decúbito dorsal		Decúbito dorsal	Semi-fowler	Semi-fowler	Semi-fowler	Semi-fowler	Semi-fowler
LCF (latidos x min)	142- 154	144	142	147	140	140	140	135	170	180
Diám.cervical (cm)	5x80			6x80			8x100			
Contracciones (en 10 min)	2	3	4	3	4	4	2	2	4	2

<sup>22</sup> Habek, Dubravko et Al (2022) “Kristeller’s fundal expression: clinical, forensic and deontological controversies” en: Archives of Gynecology and Obstetrics n.308. pp.1903–1905.



Intensidad Contracción	Mod (25-49 mmHg)	Mod (25-49 mmHg)	Mod (25-49 mmHg)	Mod (25-49 mmHg)	Alta (50-74 mmHg)	Mod (25-49 mmHg)	Mod (25-49 mmHg)	Mod (25-49 mmHg)	Alta (50-74 mmHg)
Duración (segundos)	20	20	25	25	30	30	30	30	40
Líquido amniótico								Ciezo	
Monitoreo fetal	Si		No	No	No	Si	Si	Si	Si

Esta falta de control del bienestar fetal se debe a que ese día en el HOSPITAL HIGUERAS no había suficientes monitores de LCF disponibles según quedó registrado en la FICHA CLÍNICA de B.I.L.M. En el mismo sentido lo señaló Natalia Rodríguez Sáez. Este hecho se confirmó en la declaración de Pamela Becerra Castillo prestada ante la PDI (Carpeta PDI n. 5, p. 28): *“en esa oportunidad el Hospital no tenía el stock suficiente de monitores cardio fetales, por lo cual se privilegiaba a los embarazos de mayor riesgo. No obstante, desde que comenzaron las alertas de la matrona docente, Beatriz siempre estuvo con monitorización, incluso desde que se le indicó anestesia”*.

La importancia de contar con monitor de LCF durante la fase activa del parto es que permite evaluar la progresión de este en relación con los latidos del feto y las contracciones uterinas. Estos son los parámetros esenciales para prevenir una pérdida del bienestar fetal. En este caso, la ausencia de monitor implicó no detectar a tiempo una baja de la frecuencia de los latidos de Jaqueline. Esto quedó anotado en la FICHA CLÍNICA en donde se indicó que a las 9:10 Jaqueline tuvo una baja de latidos que implicó la realización de reanimación intrauterina logrando recuperar la frecuencia cardíaca fetal basal. Es decir, hubo una pérdida de bienestar fetal que se podría haber evitado si es que el personal del HOSPITAL HIGUERAS hubiese dispuesto de monitor para B.I.L.M. Es por este motivo que en la FICHA CLÍNICA se indicó como diagnóstico “sufrimiento materno durante el trabajo de parto y el parto” por Karen Manríquez B. Como consecuencia de poder prever la pérdida de bienestar fetal y contradiciendo las indicaciones de la guía perinatal, la dra. KAREN MANRIQUEZ B. realizó maniobras de Kristeller. En la página 319 de la guía se señala “Estrategias que NO han mostrado beneficios y/o que aumentan riesgos en el manejo del trabajo de parto y parto: Maniobra de Kristeller”.

Al respecto, el peritaje señala que en el periodo de fase activa *“no se logra una contractilidad uterina de frecuencia normal (entre 3 -5 contracciones en 10 minutos de forma mantenida) y de adecuada intensidad durante todo el trabajo de parto, llegando a 4-2 contracciones en 10 minutos durante la hora previa al parto, a pesar de las medidas adoptadas en la conducción con occitocina del parto”*.

Además, de lo consignado en la FICHA CLÍNICA se acreditó que Jaquelin al nacer tenía su cordón umbilical enrollado alrededor del cuello (dos vueltas). Por ende, este hecho se erige como probablemente la causa de la alteración de los LCF (taquicardia y braquicardia) ya que la niña se estaba asfixiado antes de nacer, cuestión que pudo ser detectada y/o morigerada si se hubiese monitoreado adecuadamente su bienestar fetal.



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

Código: PLXMXSHVBEQ

Lo concluido es garantizado por el peritaje, el que señala que *“frente al patrón anómalo de taquicardia fetal y dinámica uterina irregular en un parto con un periodo expulsivo de tiempo máximo de duración y límite a ser prolongado, la conducta médica tomada fue expectante en espera de la resolución por parto vaginal. La conducta esperada frente a un trabajo de parto en vías de prolongación, con inadecuada dinámica uterina y taquicardia fetal durante la última hora previa al parto debió ser extraer al feto de la manera lo más rápida posible frente a la presencia de signos que hicieran sospechar pérdida del bienestar fetal”*.

Por lo anterior, se acreditó que el personal médico del nosocomio demandado omitió negligentemente la obligatoriedad de realizar monitoreo cardio fetal al feto, de forma previa y coetánea al parto y en la frecuencia requerida. Esta omisión implicó no detectar a tiempo la alteración de los LCF producto de la asfixia de Jaquelin provocada por tener el cordón umbilical enrollado a su cuello. En consecuencia, la defensa de la demandada respecto a que la baja de LCF fueron leves y de corta duración, y por tal no se asocian al resultado perinatal, adoleció de sustento probatorio alguno.

**36° Duración del trabajo de parto:** Importa también sostener que se acreditó que B.I.L.M. comenzó cerca de las 09:54 horas la segunda etapa del parto (o periodo de expulsivo), la que culminó a las 11:26 horas con el parto vía vaginal. Es decir, el segundo periodo demoró 90 minutos, tiempo superior al esperado para una madre múltipara como es en este caso (60 minutos). Por tanto, habiendo transcurrido el tiempo límite, lo que debió haber hecho el equipo neonatal era seguir las indicaciones de la guía y considerar al feto como “expulsivo detenido”. Para luego llamar al médico para su evaluación y manejo. Sin embargo, esto no ocurrió.

En este punto, el peritaje señala que *“se puede observar en el registro del partograma que durante la hora previa al parto, es decir desde las 10:30 hrs la paciente presentó alteraciones en el progreso del trabajo de parto, con disminución de la frecuencia de contracciones uterinas y lento descenso por los planos pélvicos. A su vez, durante este mismo periodo, se registra una taquicardia fetal, lo que debe hacer sospechar pérdida de bienestar fetal y sufrimiento fetal agudo, los cuales son criterio e indicaciones para realizar una cesárea de urgencia”*.

**37°** De lo anterior, se infiere fundadamente y en los términos del artículo 426 de Código de Procedimiento Civil que el personal médico omitió la *lex artis*, toda vez que evidenciada la braquicardia y atendido el tiempo de trabajo de parto, correspondía evaluar parto por cesárea, lo que tampoco ocurrió. Si bien este último hecho no fue alegado por la actora, no es una situación baladí ya que fue precisamente una concausa que influyó en la decisión de practicar una maniobra de Kristeller a efectos de lograr un parto vaginal de forma rápida, dada la pérdida de bienestar fetal. Prueba de esto es que se consignó que Jaqueline nació con signos macroscópicos de hipoxia.

En el mismo sentido se decanta el peritaje que señala *“que las actuaciones del Hospital, como del personal médico de su dependencia, no fueron oportunas y no se*



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

Código: PLXMXSHVBEQ



*ajustaron tanto a los protocolos y procedimientos que resultaban aplicables, como a la lex artis médica o prácticas comúnmente aceptadas, considerando los elementos expuestos detalladamente y las actuaciones médicas registradas desde que ingresó la paciente de urgencias el 17 de junio del año 2019, hasta que se produjo el parto, atendido su diagnóstico y los riesgos asociados a él. En el caso de análisis, no se identifican factores de trauma obstétricos fetales (macrosomía, RN de pretérmino, macrocefalia, anomalías fetales), ni maternos (Primípara, talla baja, anomalías pélvicas).*

Lo asentado en el peritaje se respalda en estudios clínicos de alto nivel epistémico. Por ejemplo, en un estudio de control respecto de traumas cerebrales ocurridos durante el nacimiento a 231 niños en España, se concluyó que uno de los factores causales fue el tiempo prolongado de la segunda etapa del parto. El promedio fue 89,7 minutos<sup>23</sup>. En el mismo sentido se sostiene en el peritaje que *“De los factores propios del parto, se identifica en este caso el presentar un periodo expulsivo prolongado.”*

**38° Hematoma subgaleal:** En otro punto, de lo sostenido en la demanda, contestación y prueba analizada se constató que Jaqueline al nacer tenía una hemorragia subgaleal de 80 cc. o caput de gran tamaño. Sin embargo, las partes difieren en la causa y efectos de este.

La demandante sostuvo que la hemorragia subgaleal se produjo debido a la práctica de la maniobra de Kristeller en B.I.L.M. la que tuvo como resultado provocar un hematoma en la cabeza de Jaqueline, lo cual implicó que naciera con un APGAR bajo, incompatible con la vida.

Por su parte, la demandada señaló que *“la causa de muerte postnatal de este recién nacido fue una hemorragia subgaleal, que es extremadamente rara en la literatura y no ha existido un caso similar de ocurrencia anterior en su hospital.”* También descartó el vínculo causal entre la maniobra de Kristeller y el hematoma ya que *“No existe asociación de un trabajo de parto como el ocurrido con la paciente con esta complicación grave y rara del recién nacido”*. Agregó que la causa final de muerte de Jaqueline no se explica del todo, *“ya que hay muchos otros elementos que pueden haber incidido y que son inherentes al recién nacido y que no se alcanzaron a verificar por la ocurrencia tan rápida de su muerte. Por ejemplo, hay enfermedades de la coagulación, o hemofilia etc., que podrían haber contribuido a la muerte, ya que en los exámenes de recién nacido se encontró alteración de los exámenes de coagulación con tp (tiempo de protrombina), y ttpk (tiempo de tromboplastina parcial), alterados, con sangrado en sitios de punción”*.

Para sostener su tesis, la demandada presentó dos testigos: Gabriel Villagrán Valenzuela, quien no estuvo presente, indicó que *“el recién nacido presentó un Apgar*

---

<sup>23</sup> Cabrera, Pedro (2024): “Birth Trauma: Incidence and Associated Risk Factors: A Case–Control Study” en: future 2024-2, pp. 126-124.



*bajo en minutos, se recuperó rápidamente, posteriormente presenta un posible shock hipovolémico secundaria a una hemorragia subgaleal. Desconoce la causal de la hemorragia. La causa de muerte es extremadamente rara en neonatología que no se pudo esclarecer el origen de esta, del hematoma subgaleal".* Por su parte, el testigo de la demandada Andrés Marinovic Melgarejo señaló que *"El menor fue sometido a análisis de necropsia en que destaca hemorragia subgaleal, siendo esta en conjunto con el shock hipovolémico asociado, la causa de su fallecimiento"*. Por su parte, Pamela Becerra declaró ante la PDI que *"tengo conocimiento que la causa de muerte del bebé de Beatriz fue una hemorragia del cuero cabelludo, pero no podría decir cuál es su origen porque no estuve presente en el parto"*.

Para dilucidar este nudo dialéctico fue de utilidad el peritaje ya referido. Se tiene presente que uno de los puntos respecto de los cuales debía pronunciarse el experto era *"Establecer si el shock hipovolémico hemorrágico, el hematoma de cuero cabelludo izquierdo masivo, así como la discoagulopatía severa de Jaquelin, pueden tener como consecuencia la falta de servicio atribuida a la demandada, y en particular, el uso de la denominada maniobra de Kristeller por parte de los profesionales de la salud que asistieron al parto"*.

**39°** Al respecto, concluye que según los resultados de los exámenes practicados a Jaquelin *"y al tipo de hemorragia manifestada y su localización (hematoma subgaleal), la etiología más probable de la hemorragia subgaleal en este caso es el traumatismo obstétrico, fundamentado en la bibliografía médica revisada"*.

A su vez, señala que la causa de la discoagulopatía, que consiste en una coagulación intravascular diseminada (CID) secundaria al shock agudo provocado por la hemorragia subgaleal. *"Es decir, el hematoma no es provocado por la discoagulopatía, como indica el certificado médico de defunción, sino que el hematoma provoca un cuadro de shock, luego CID y discoagulopatía secundaria refractarios a tratamiento, que agrava el cuadro clínico inicial"*. Según señala la pericia, los resultados de los exámenes solicitados muestran *"acidosis respiratoria, anemia, leucocitosis, plaquetas en rango normal y luego en descenso, pruebas de coagulación no concluyentes, ausencia de anticuerpos sanguíneos al test de Coombs, glicemia normal"*. Es por tal que sostiene que los resultados *"son compatibles con un cuadro de Coagulación intravascular diseminada, secundaria a shock por hemorragia masiva (80 cc de sangre, equivalentes a 1/3 del volumen sanguíneo corporal)"*. Luego de analizar los antecedentes, concluye que *"En los resultados de los exámenes tomados, no se confirma una discoagulopatía primaria de tipo adquirida o hereditaria, como infección, sepsis, disminución de las plaquetas, hepatopatías, déficit de vitamina K o hemofilias, entre las frecuentes"*<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> En el mismo sentido: Guzmán, Juana et Al (2008) "Trastornos de la coagulación en el recién nacido" en Asociación Española de Pediatría, N.40. pp. 389-397.



El perito, después de pronunciarse respecto de las consultas indicadas, concluye que *“la maniobra de presión fúndica del útero y las prácticas realizadas por el equipo médico en el caso de Jaqueline no respondieron a las conductas esperables en atención a los signos que presentaba el feto, y que debieron haber conducido a otro tipo de acciones, siendo el traumatismo obstétrico, constituido en este caso por el hecho de un período expulsivo del parto en un tiempo límite máximo y como factor de riesgo asociado, la presión fúndica del útero en el trabajo de parto, la causa de la hemorragia subgaleal y de las posteriores consecuencias que desencadenaron el deceso de la menor”*.

En base a lo anterior, según dispone el Art. 428 del Código de Procedimiento Civil, la hipótesis sustentada por la actora desplaza a la de la demanda debido a que su conclusión es similar a la sostenida en la pericia: *“En estos resultados, no se confirma una discoagulopatía primaria de tipo adquirida o hereditaria, como infección, sepsis, disminución de las plaquetas, hepatopatías, déficit de vitamina K o hemofilias, entre las principales”*. A su vez, la evidencia de la demandada en este aspecto no permite acreditar su defensa. De todos los factores asociados al origen del hematoma subgaleal, el trauma es el único que es factible vincularlo bajo un análisis de plausibilidad relativa.

**40° Factores concomitantes:** En los hechos probados se establece que Beatriz padecía de obesidad y de diabetes gestacional. Sobre este punto es necesario asentar que si bien, ambas comorbilidades son factores de cierto riesgo en un embarazo, no guardan relación causal con la cadena de hechos acreditados. Al respecto, según el peritaje, la paciente presentaba condiciones de riesgo presentes (Obesidad y Diabetes gestacional) aunque de baja gravedad e incidencia para su embarazo. Es por ello que concluyó que *“no se registraron ni se observó en este estudio la presencia de complicaciones maternas o fetales conocidas secundarias a estos factores de riesgo”*.

**41° Valoración del peritaje:** En lo referido a la causa y efecto del hematoma subgaleal, así como en otros aspectos relacionados con el parto de Jaqueline, el peritaje permite tener por acreditados y/o garantizados los extremos de la pretensión. Además, es útil para desestimar las defensas de la demanda.

En efecto, el peritaje operó como garantía para confirmar la presunción judicial construida en orden a la efectividad de la práctica de la maniobra de Kristeller y las complicaciones asociadas a la dilación injustificada del trabajo de parto. Existe coherencia entre el peritaje, la evidencia y la explicación de la demandante.

Por otra parte, la conclusión del perito respecto a la causa y efecto de la hemorragia subgaleal, acreditada conforme a las reglas de la sana crítica, permite tener por acreditado esta parcela de los hechos. El peritaje analiza la evidencia disponible y emite una conclusión fundada y completa en torno a los hechos desconocidos, los que se vinculan a la experticia del perito. A su vez, lo concluido lo sustenta además en



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

Código: PLXMXSHVBEQ

la guía perinatal y en literatura médica. En consecuencia, su fuerza probatoria sustenta las conclusiones respecto a los hechos probados.

**42°** En efecto, lo descrito anteriormente implica, bajo la fuerza evidencial expresada latamente que, durante el parto de Jaquelin el personal del HOSPITAL HIGUERAS no instaló monitor cardio fetal a la madre con la debida antelación exigida en la guía perinatal. Esto condicionó la posibilidad de detectar a tiempo la pérdida de bienestar fetal, hecho provocado por la alteración de frecuencia cardiaca debido a que tenía el cordón umbilical al cuello.

A su vez, esta omisión influyó en la decisión de esperar el parto natural por un tiempo superior al establecido en la guía ya que según la lex artis, el feto se encontraba dentro de la categoría “expulsivo detenido” y por tanto, se debía evaluar una cesárea. Por otra parte, de manera absolutamente contraria a la lex artis y a las recomendaciones de la guía perinatal los médicos Karen Manríquez B. y Alberto Bustos practicaron maniobras de Kristeller durante la segunda etapa del parto. Esta acción mecánica consistente en presión externa sobre el vientre de la madre a su vez fue la causa del trauma cerebral de Jaquelin, expresado en un hematoma subgaleal de 80 CC., lesión incompatible con la vida y que finalmente fue causa de una discoagulopatía que culminó en la muerte de la recién nacida.

En ese orden de ideas, de la prueba se colige de manera grave, precisa y concordante que el personal de Hospital Higuera de Talcahuano incurrió en la siguientes acciones y omisiones contrarias a la lex artis:

- I. No se instaló en la oportunidad requerida un monitor cardio fetal a B.I.L.M.
- II. Ante la pérdida de bienestar fetal, no se tomaron medidas urgentes para acelerar la extracción del feto.
- III. Se aplicaron maniobras de Kristeller a B.I.L.M. durante el segundo periodo del parto, técnica completamente proscrita por los riesgos asociados.

**43°** La presunción establecida en el considerando anterior, valorada según el art. 426 del Código de Procedimiento Civil, implica formar convicción de plena prueba respecto a que el HOSPITAL HIGUERAS dependiente del SERVICIO DE SALUD DE TALCAHUANO, por intermedio de su personal dependiente no observó las reglas del oficio, no reaccionó ni tomó los resguardos necesarios que obligaban a prestar los cuidados y la asistencia médica esperada eficiente y eficaz en un servicio público. Si se hubiese seguido las pautas de conducta establecidas en la lex artis, probablemente los resultados serían distintos, todo lo cual denota el mal funcionamiento del servicio. Esto se debe a que los hechos acreditados constituyeron concausas respecto del fallecimiento de Jaquelin ocurrido el 17 Junio 2019 a las 17:35 horas según se constata en su certificado de defunción acompañado en autos.

Por tanto, según se estableció, su fallecimiento era previsible y evitable. En este aspecto, la literatura médica sostiene que “*La mortalidad relacionada con el trauma*



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

Código: PLXMXSHVBEQ

*obstétrico es baja y se estima que contribuye a menos del 2% de la mortalidad neonatal general. El único paciente que falleció en nuestro estudio. Era un bebé con una lesión grave de la médula espinal superior después de una laboriosa tracción y rotación. fórceps, que desarrolló tetraplejia y falta de respiración espontánea, con permanente dependencia de la ventilación mecánica”<sup>25</sup>.*

A pesar de lo anterior, importa señalar que el hecho generador del daño no es la muerte de Jaquelin, ya que la muerte o cualquier riesgo es inmanente a la actividad sanitaria. El hecho dañoso está constituido por la conducta (acciones y omisiones) contrarias a la práctica médica establecida principalmente en la guía perinatal 2015 del Minsal y de la literatura médica especializada reflejada en publicaciones de alta calidad evidencial como las citadas en el presente fallo.

En el mismo sentido se decanta la pericia que señala: *“De este modo, la respuesta específica a la consulta del Tribunal es que las actuaciones del Hospital, como del personal médico de su dependencia, no fueron oportunas y no se ajustaron tanto a los protocolos y procedimientos que resultaban aplicables, como a la lex artis médica o prácticas comúnmente aceptadas, considerando los elementos expuestos detalladamente y las actuaciones médicas registradas desde que ingresó la paciente de urgencias el día 17 de junio del año 2019, hasta que se produjo el parto, atendido su diagnóstico y los riesgos asociados a él”.*

Por otra parte, de la prueba aportada al pleito por la incoada, se vislumbran inconsistencias entre la evidencia y las explicaciones alternativas ofrecidas por la demandada. En consecuencia, se desestiman todas las alegaciones de fondo opuestas por la demandada en orden a la inexistencia de un hecho dañoso.

**44° Violencia obstétrica:** Importa precisar también que los hechos signados en los considerandos previos son contestes con la definición efectuada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos de violencia obstétrica en relación a la normativa internacional sobre derechos fundamentales y en especial a la Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belem do Pará)" promulgada en nuestro país mediante el decreto 1640 del año 1998.

En el considerando 81° de la sentencia Brítez Arce y otros VS. Argentina (16 de noviembre de 2022) se indica que la violencia obstétrica es una forma de violencia basada en el género “prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención Belém do Pará”, ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto, que se expresa mayoritaria, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la denegación de tratamiento e

---

<sup>25</sup> Cabrera (2024): Op. Cit.



información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, entre otras manifestaciones amenazantes en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, parto y posparto.

La actitud indolente del aparato público frente a este flagelo se evidencia también en el nulo avance que ha tenido la investigación que lleva a cabo el Ministerio Público derivada de querrella RIT 8017 - 2019 interpuesta ante el Juzgado de Garantía de Talcahuano no registra movimiento desde el año 2019.

En efecto, de la copia de la carpeta investigativa RUC 1900679415-K, dividida en 7 partes, acompañada a folios 37, 38 y 39, reiterado en folios 75, 76 y 77, se desprende que la última actividad de investigación es el INFORME POLICIAL N° 20190493105/01475/ del 3 de septiembre de 2019 suscrito por el Subcomisario Mauricio Vallejos Hernández y dirigido al fiscal del Ministerio Público Julián Muñoz Riveros., quien requirió orden amplia de investigar, a la luz de los hechos denunciados. En él se adjuntan las declaraciones de Beatriz, de Natalia Rodríguez y de Pamela Becerra. Sin embargo, se señala que no se pudo tomar declaración a las matronas Anita MARDONES CABRERA y Karen PALMA ROMO ni tampoco a los médicos Karen MANRIQUEZ BITTNER e Ignacio MOLINA JULIÉN, Médico. Esto se explica en el informe debido a que *“En relación al resto de personas citadas, el día 28.AGO.019, a las 14:40 horas, Ramón CARTES FLORES, del Hospital Las Higueras de Talcahuano, mediante correo electrónico y de manera coloquial, informó que los médicos MANRIQUEZ y MOLINA, no se presentarán u declarar por decisión propia, mientras que las matronas MARDONES y PALMA, lo harán en una nueva citación, sin justificar su inasistencia a la citación antes mencionada”*.

Es por tal motivo, que el subcomisario sugiere al fiscal que se hace necesario para esclarecer los hechos “la declaración de la facultativo Karen MANRIQUEZ BITTNER, a fin de establecer los criterios utilizados en la decisión de proseguir con el parto vía vaginal a pesar de haber existido un posible descenso en los latidos cardio fetales por más de 3 minutos y signos claros de un expulsivo detenido, además de establecer el criterio que tuvo para la realización de la maniobra KRISTELLER en dicho parto”. Además, pide a la Fiscalía Local solicitar por vía judicial copias de las monitorizaciones cardio fetales que se le realizaron a B.I.L.M. en el hospital Las Higueras de Talcahuano el día de los hechos, a fin de corroborar la baja de latidos cardio fetales detectados por la matrona Natalia RODRIGUEZ SÁEZ en el momento del expulsivo.

Sin embargo, luego de la instrucción señalada, la fiscalía no ha instruido nuevas diligencias investigativas, así como tampoco el querellante particular ha pedido nuevas diligencias a pesar de las sugerencias efectuadas por el subcomisario. Lo anterior fuerza para pensar que existe indolencia o abulia por parte del Estado ante este tipo de situaciones que incluso pueden constituir hechos reprochables en el ámbito penal.



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

Código: PLXMXSHVBEQ

**45° Existencia de daños:** Al haberse acreditado el hecho generador del daño, corresponde en seguida pronunciarse sobre el segundo elemento de la responsabilidad, esto es, la existencia de daños o perjuicios sufridos por los demandantes. Al respecto, se señaló que B.I.L.M reúne la calidad de víctima directa e indirecta del daño Ella *“reúne la calidad de víctima directa e indirecta. Es víctima directa, desde que padeció en carne propia la violencia obstétrica que supuso la aplicación de la «Maniobra de Kristeller», así como la extensión excesiva del trabajo de parto, llegando incluso a sufrir lesiones corporales en su útero. Por otro lado, pasa a ser víctima indirecta, frente al sufrimiento y dolor que le significó la muerte de su hija recién nacida”*.

Respecto de E.E.E.S. se señala que él es víctima indirecta. Sin embargo, relaciona su situación con el de una víctima directa ya que sus *“perjuicios están vinculados al dolor y sufrimiento que le supuso perder a su hija recién nacida, consecuencia de la falta de servicio imputada a la demandada”*. Esta idea se repite en el petitorio ya que sostiene que *“en su calidad de víctima indirecta, avaluamos los daños morales padecidos por éste como consecuencia de la falta de servicio imputada a la demandada, en la suma de \$70.000.000 (setenta millones de pesos)”*. Además, se sostuvo que ambos son sujetos activos de la acción de reparación de daño moral tanto la víctima directa como las víctimas por repercusión.

**46° Daños experimentados por B.I.L.M.:** Para acreditar la existencia de los daños sufridos por B.I.L.M. en calidad de víctima directa se acompañó a folio 131. documento denominado INFORME PERITAJE PSICOLÓGICO suscrito por el psicólogo Héctor Andrés Maturana Fuentealba cuyo objeto fue determinar si la actora ha padecido daño psicológico a consecuencia de los hechos en que se funda la acción y, en caso de ser afirmativo, naturaleza y entidad de éstos. En el documento se señala que se aplicaron diversas pruebas clínicas a B.I.L.M.: Escala de Veracidad del Relato, según criterios CBCA y SVA, Test de Rorschach, Inventario SCL Derogatis 90-R y Test de Desarrollo Moral de Kohlberg. Luego de aplicar y desarrollar los test, el psicólogo sostiene que existe daño moral y sufrimiento emocional derivado del dolor, la humillación o la injusticia percibida por la pérdida de su hija.

A objeto de acreditar el daño, también declaró en juicio la testigo PATRICIA PABLINA DÍAZ PROBASTE, quien señala que antes del parto, B.I.L.M. junto a su familia estaban felices esperando a esta pequeñita. Fue un embarazo esperado, planificado, tanto de ella como de su esposo. Luego de la muerte de Jaquelin, ella nunca más volvió a ver alegre ella. Antes ella siempre iba a dejar a sus hijas al colegio y después ya no. La señora Isabel es participativa en el sector donde vivimos y después dejó de hacerlo. Por ejemplo, antes participaba en muchas actividades: onces navideñas, fiestas patrias, pero luego ya no la veía en el negocio comprando, etc. La testigo refiere ser vecina de B.I.L.M: *“somos vecinas de muños años y nos ayudamos cuando se puede como lo hace cualquier comunidad”*.



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

Código: PLXMXSHVBEQ

También se presentó la testigo PRISCILLA IVONNE DELGADO VALERIA. Refiere que son vecinos con B.I.L.M. desde hace 14 años. Se enteró de su embarazo debido a que son vecinas y ella le dio la noticia, “porque ella estaba esperando la llegada de su bebe, nos decía que ella quería volver a ser mamá”. Agrega que “ella vivió todo su proceso de embarazo bien, de principio a fin, Ella estaba feliz por la llegada de su bebita”. Agrega que después de la muerte de Jaqueline, conversó con B.I.L.M: “ella me decía que para ella el sufrir de la pérdida de su bebé va a estar siempre, y de lo que ella me comentaba a mí, ella me comentaba todo lo que estaba pasando, que iba a ser difícil”. Antes de la pérdida “ella siempre fue una mujer alegre, participativa, bueno, ya con su otra hija siempre compartía con vecinos y después que paso esto el ánimo no iba ser el mismo, por lo que ella paso y por el sufrimiento que siempre va a llevar con ella, ya no es la misma”.

Sobre este punto también declaró MARÍA ANGÉLICA CORREA TORRES. Ella conoce a Beatriz de hace unos 40 años, ya que era vecina de niña de E.E.E.S. y la conoce desde que comenzó a pololear con él. Preciso que “al momento de lo que pasó, ella (B.I.L.M.) no es la misma persona de lo que era antes. Ella antes compartía con nosotros, en eventos que hacíamos en la comunidad y ahora está mal. Cuando ella estaba embarazada estaba feliz porque estaba esperando a su bebé, y cuando yo la veía en la calle, le preguntaba cómo iba su embarazo y ella me decía que bien, que los controles a ella la encontraban bien, y al momento de la sospecha de su parto supimos lo que le había pasado por parte de la familia de ella”. Sostuvo que antes “era una persona alegre, tiraba la talla, sonriente, alegre era buena para conversar”. Finaliza señalando que B.I.L.M. no es la misma, ahora, no es la misma persona, cada vez que se le pregunta como está, sus ojos se le llenan de lágrimas, está con depresión.

En lo que respecta al valor probatorio de los insumos reseñados, el documento denominado INFORME PERITAJE PSICOLÓGICO suscrito por Héctor Andrés Maturana Fuentealba resulta útil para garantizar una presunción judicial construida por los tres testimonios citados, de los cuales, se concluye en forma grave, precisa y concordante, que la situación experimentada en el Hospital higuera por B.I.L.M. durante el parto de Jaquelin y la muerte de su hija constituyó un hecho que le causó un profundo dolor en calidad de víctima directa. Así, la fuerza probatoria de testimonial citada, valorada según el Art. 384 n. 2 del Código de Procedimiento Civil, unida al peritaje, valorado según las reglas de la sana crítica permite acreditar la existencia del daño.

Respecto al dolor experimentado como víctima indirecta, de los hechos asentados en el acápite “hecho generador del daño” del presente fallo, se deduce plausiblemente el daño experimentado por su hija. En efecto, se estableció el sufrimiento físico y moral de Jaquelin: hubo sufrimiento de forma previa al parto -mediante pérdida de bienestar fetal- y luego de forma posterior, acreditado mediante el complejo escenario en el que batalló durante seis horas por su vida, hasta el fatal desenlace.



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

Código: PLXMXSHVBEQ



**47° Daños sufridos por E.E.E.S.:** Para acreditar la existencia de los daños sufridos por E.E.E.S. en calidad de víctima indirecta se acompañó a folio 131. documento denominado INFORME PERITAJE PSICOLÓGICO suscrito por el psicólogo Héctor Andrés Maturana Fuentealba cuyo objeto fue determinar si la actora ha padecido daño psicológico a consecuencia de los hechos en que se funda la acción y, en caso de ser afirmativo, naturaleza y entidad de éstos. En el documento se señala que se aplicaron diversas pruebas clínicas a B.I.L.M.: Escala de Veracidad del Relato, según criterios CBCA y SVA, Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – MMPI, Test de Rorschach, Inventario SCL Derogatis 90-R y Test de Desarrollo Moral de Kohlberg. Luego de aplicar y desarrollar las pruebas, el psicólogo concluye “enfáticamente y sin lugar a duda que el señor Escobar ha sufrido daño moral, psicológico y emocional a raíz de la pérdida de su hija Jacqueline al momento del parto”. El documento, valorado según la sana crítica permite establecer el daño directo vivenciado por él. Por su parte, el daño reclamado como víctima por repercusión ya se encuentra acreditado. En efecto, de los hechos probados se deduce plausiblemente el daño de Jaquelin, el que fue acreditado al establecer el sufrimiento físico y moral de su hija, como se indicó.

**48° Vínculo causal:** conforme lo analizado en estos autos, se concluye la vinculación estrecha entre la disminución patente de la posibilidad de sobrevivida de Jaquelin y la conducta desplegada por el personal del nosocomio. Sobre este aspecto, es necesario tener en cuenta que la conexión causal entre conducta y daño asegura que “se harán responsables a quienes, al intervenir (o abstenerse de hacerlo) en el mundo, han alterado para mal el curso de los acontecimientos”. Si nos ceñimos a la teoría del *but for* altera para mal el curso de los acontecimientos algo (o alguien) en cuya ausencia el daño no habría ocurrido<sup>26</sup>.

Así, considerando que el actuar de la demanda se apartó -al menos- en tres aspectos de la *lex artis*, se concluye que existe un nexo causal entre la conducta y las posibilidades de sobrevivida de Jaqueline y que fueron explicitadas. La cadena concausal inicia con la omisión de conectar a Beatriz a un monitor cardiofetal y culmina con la omisión de considerar un parto de emergencia atendido el tiempo transcurrido en la segunda etapa del parto. A su vez, esta serie de decisiones se unen a la práctica de maniobra de Kristeller, la que a su vez genera un trauma subgaleal en Jaqueline y que complejiza sus posibilidades de sobrevivida. Por tanto, existe un nexo causal entre la conducta y el daño reclamado.

**49° Determinación de perjuicios:** Finalmente corresponde determinar la extensión y determinación procesal de los perjuicios ocasionados, que en este caso particular se limitan al daño moral experimentado por los padres de Jaqueline, cuyo vínculo de parentesco se encuentra debidamente acreditado a folio 1 mediante su respectivo certificado de nacimiento.

---

<sup>26</sup> Honoré, Tony (2013) “Condiciones necesarias y suficientes en la responsabilidad extracontractual” Rev. chilena de Derecho. Vol. 40 n°3. pp.1073-1097.



Sobre este acápite, la doctrina señala que el fundamento de la reparación del daño moral por repercusión no estaría solamente en la afectación espiritual del tercero, como la tristeza o angustia que por el daño directo de otro se provoca, sino más bien derivado de una afectación independiente y autónoma, que puede o no ser moral y que puede o no ser idéntica a la del daño original. Es por lo que se debe hacer un distingo entre el daño sufrido por los demandantes a título directo, de aquel sufrido por Jaquelin.

Así, al ser los actores los padres de Jaquelin, ambos poseen legitimidad en calidad de víctima por repercusión, y como tal, ameritan obtener reparación por el daño experimentado por su hija. Entonces, se trata de un daño distinto pero unido causalmente al de las víctimas directas<sup>27</sup>.

En tal escenario, se establece que B.I.L.M. es víctima directa de daño moral sufrido y además, víctima por repercusión del daño vivenciado por su hija Jaqueline. Por su parte, E.E.E.S. es víctima indirecta del daño sufrido por Jaqueline y víctima directa del daño moral provocado por el demandado al conducirse de forma contraria a la *lex artis* durante el parto de su hija. Sin embargo, este último daño directo no fue reclamado y por tanto, no será otorgado.

Así las cosas, el daño directo e indirecto de B.I.M.L. se tuvo por acreditado en los considerandos anteriores. Por su parte, el daño indirecto de E.E.E.S. se probó mediante según la prueba recién valorada ya que se estableció el dolor experimentado por su hija.

En este orden de ideas, la cuantificación del daño moral de la demandante B.I.M.L. será mayor, pues es ineludible que, más allá del sufrimiento reflejo por los daños sufridos por su hija, fue ella la sometida al procedimiento dentro del cual se produjeron las complicaciones y posteriores daños, con toda la angustia, incertidumbre y aflicción que eso conlleva. Es por lo que se establece el monto del daño como víctima directa en la suma de 30 millones de pesos y como víctima indirecta, la suma de 60 millones de pesos. Respecto de E.E.E.S., el daño sufrido en calidad de víctima indirecta se establece en la suma de 40 millones de pesos.

**50° prueba no valorada:** Los siguientes documentos presentados por la demandada no fueron valorados debido se acompañaron en juicio sin atender lo dispuesto en el art. 347 del Código de Procedimiento Civil: “Hemorragia subgaleal en el recién nacido: un llamado a un diagnóstico precoz y un manejo agresivo”, “Hemorragia subgaleal neonatal: diagnóstico y tratamiento”, “Hematoma subgaleal neonatal”. Estos documentos fueron traducidos mediante la herramienta de *Google translator* y luego acompañados al tribunal. En consecuencia, adolecen de valor probatorio. Respecto a los documentos denominados: “Incidencia de traumatismo

---

<sup>27</sup> Ibáñez, Nicolás (2023): “Consideraciones sobre la calidad de víctima por rebote de los progenitores por el daño moral sufrido por sus hijos menores de edad: algunos límites y definiciones”, en: Revista De Ciencias Sociales, N. 83, pp. 55–86.



obstétrico y factores de riesgo asociados en el Hospital Materno Infantil de Canarias durante el año 2021” y “Factores relacionados al desarrollo de cefalohematoma en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo”, ambos documentos son tesis de grado, cuyas conclusiones no han sido contrastadas mediante arbitraje ciego o método similar y adolecen de valor epistémico<sup>28</sup>. En cuanto a los documentos relacionados con causa RIT T-208-2020 del Juzgado de letras del Trabajo de Concepción, ya se señaló al resolver la tacha opuesta respecto de Natalia Rodríguez Sáez su ineficacia probatoria. Por tanto, estos documentos en nada desvirtúan lo garantizado en la inferencia probatoria construida en base a los datos probatorios y las guías clínicas, latamente desarrollada.

Por estas consideraciones, y visto, además, lo dispuesto por los artículos 1698, 2314 y siguientes del Código Civil; 38 y 41 Ley N° 19.966 y 144, 160, 169, 170, 341, 346 y 384 del Código de Procedimiento Civil; SE DECLARA:

- I. Se RECHAZA la tacha opuesta a folio 64 por la demandada en contra de la testigo Natalia Rodríguez Sáez, sin costas.
- II. Se RECHAZAN la tachas opuestas a folio 66, 67 y 68 opuestas por la demandante en contra de Gabriel Villagrán Valenzuela, Andrés Marinovic Melgarejo y Doris Henríquez González, respectivamente, sin costas.
- III. Que, **SE ACOGE** la demanda deducida a folio 1 por los abogados MANUEL DURÁN VARGAS y RICARDO GUEVARA ÁLVEZ, en representación de B.I.L.M., y de E.E.E.S., solamente en contra del **SERVICIO DE SALUD DE TALCAHUANO**, desestimando la acción deducida en contra del **HOSPITAL LAS HIGUERAS**. En consecuencia, se condena al Servicio de Salud de Talcahuano al pago de la indemnización por concepto de daño moral sufrido por B.I.M.L. la cantidad de \$90.000.000.- (noventa millones de pesos) y respecto al actor E.E.E.S., se condena al pago de indemnización por concepto de daño moral en la suma de \$40.000.0000 (cuarenta millones de pesos).
- IV. Esta cantidad deberá pagarse reajustada de acuerdo con la variación que experimente el IPC desde la fecha de esta sentencia y hasta la del pago efectivo, más el interés corriente para operaciones reajustables que devenguen las sumas de dinero antes señaladas desde que el deudor incurra en mora hasta su pago efectivo.
- V. Que no se condena en costas a la parte demandada por no resultar completamente vencida.

---

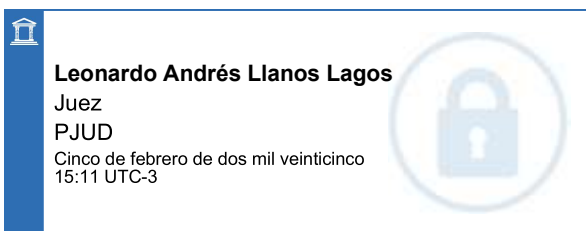
<sup>28</sup> Trofimov Alexandra y Williamson, Jon (2025): “Applying evidential pluralism to evidence-based law: EBL+” en Jurisprudence An International Journal of Legal and Political Thought. “Levels of Evidence Pyramid” en: <https://academicguides.waldenu.edu/library/healthvidence/evidencepyramid>



OFICIOS:

- VI. Según lo acreditado en el considerando 44 y en concordancia con el art. 177 del CPP, ofíciase a la Unidad Especializada en Género de la Fiscalía Regional del Bio Bio, fiscal Alicia Salgado (asalgado@minpublico.cl).
- VII. Por los mismos motivos establecidos en numeral VI, ofíciase al INDH región del Bío Bío.
- VIII. Que según lo dispone el Art. 61 letra k del DFL 29 (Estatuto administrativo) y atendido lo razonado en los considerandos 26 a 44, ofíciase a la Superintendencia de Salud (Intendencia de Prestadores), según lo establecido en el art. 13 del decreto 41 del MINSAL.

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. en Talcahuano, cinco de febrero de dos mil veinticinco



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

Código: PLXMXSHVBEQ