

Santiago, a dieciséis de enero de dos mil veintitrés.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 786 del Código de Procedimiento Civil, se dicta la siguiente sentencia de reemplazo.

VISTOS:

Se reproduce el fallo en alzada.

De la sentencia de casación que antecede se reproducen asimismo, los razonamientos décimo primero a décimo sexto del fallo.

Y TENIENDO, ADEMÁS, PRESENTE:

1° Que, esta Corte ha señalado reiteradamente que la falta de servicio "se presenta como una deficiencia o mal funcionamiento del Servicio en relación a la conducta normal que se espera de él, estimándose que ello concurre cuando aquel 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" (Corte Suprema, Rol N° 9.554-2012, 10 de junio de 2013, considerando undécimo). En este sentido, habrá de



resaltarse que la omisión o abstención de un deber jurídico de la Administración generará responsabilidad para aquella si se trata del incumplimiento de un deber impuesto por el ordenamiento jurídico. En otras palabras, cuando se constate la ausencia de actividad del órgano del Estado debiendo aquella actividad haber existido, disponiendo de los medios para ello.

2° Que la falta de servicio que la demandante imputa al Servicio de Salud de Reloncaví, por un lado, apunta a situaciones que se generaron antes del parto, debido a que la demandante tenía un embarazo de alto riesgo, quien no fue controlada de manera acuciosa por los facultativos que actuaron de manera negligencia; y por otro lado, la falta a la *lex artis*, fue la causa directa de los daños neurológicos causados al bebé y que se traducen en una secuencia de hechos como se indican:

2.1.- Aparece de manifiesto que, en la semana 34 de embarazo, la actora presentó gran aumento de líquido amniótico, se anota esa condición en la ficha clínica respectiva -con fecha 23 de septiembre de 2014, bajo la denominación de "polihidroamnios" y se anota por el



médico gineco obstetra que la cámara gástrica del bebé se encontraba visible. La actora hace presente al médico que sentía molestias y que su bebé no se movía mucho; sin embargo, el médico no toma en consideración sus dichos.

2.2.- Con fecha 26 de septiembre de 2014, se diagnostica claramente "polihidroamnios idiopático", pero se centran en diagnóstico de hipotiroidismo y se inicia tratamiento de Eutirox con lo que se dice a la actora que disminuiría el líquido amniótico.

2.3.- Vuelve a control el 6 de octubre de 2014, y al realizarse ecografía sigue con polihidroamnios, y esta vez se señala en el informe ecográfico que se observa atresia esofágica, esto es, una malformación del intestino (falta de continuidad del esófago). Sin embargo, en el control que le realiza el médico Oppliger no se toma ninguna medida urgente y adecuada en relación a los diagnósticos y se le indica la fecha de cesárea programada para el día 15 de octubre de 2014, esto es, nueve días después.

2.4.- Lo cierto es que, claramente el diagnóstico de atresia esofágica, en principio fue tardía por cuanto se



habían dado los elementos para sospechar la existencia de la misma. Es así como distintos estudios señalan que cuando el líquido amniótico tiene un alto contenido de proteínas (alrededor de 9 g) y aporta un 12 a 15 % del requerimiento de nitrógeno para el feto, la imposibilidad de absorberlo podría generar efectos sobre el crecimiento del feto. Otro punto importante es que el 23 de septiembre se le informa que su bebé era muy pequeño, pero luego en los demás controles no se siguió reparando en esto. Es más en control de 6 de octubre se señala que el bebé tiene un peso apropiado para la edad gestacional, lo que no parece razonable ni posible. Nadie le indicó de qué se trataba la atresia esofágica, y lo cierto es que el diagnóstico ya estaba en esta etapa prenatal existiendo el antecedente de polihidroamnios ya desde el 23 de septiembre, por lo que claramente el feto tenía problemas para deglutir y absorber el líquido amniótico a través del intestino.

2.5.- Se sostiene por los facultativos que la asfixia neonatal fue provocada por el desprendimiento de la placenta, y que tal cosa puede ocurrir como riesgo



"normal" del embarazo. No obstante, desecharon negligentemente todos los signos que aconsejaban intervenir antes que tal cosa ocurriera: se trataba de un embarazo de alto riesgo por condiciones objetivas tales como la edad de la madre (gestante tardía), como por su calidad de gran multípara portadora de cesáreas previas, en cierta etapa el feto dejó de tener movimiento; era demasiado pequeño para su edad gestacional; no se observaba su estómago; se detecta atresia esofágica; tempranamente se observa exceso de líquido amniótico o polihidromanios; en fin, el estado general de la paciente que presentaba dolores intensos, imposibilidad de caminar por sí sola, dificultad para alimentarse, tensión extrema del estómago, etc. señales todas que hacían previsible y evitable el desprendimiento total de placenta que en definitiva se produjo.

Agregan que era esencial entonces que, ya contando con este abundante diagnóstico prenatal, que los médicos que la atendieron se preparasen y adelantasen oportunamente el parto de alto riesgo, con el propósito que este fuera realizado por un especialista en



enfermedades perinatales y que la atención del recién nacido se realice tempranamente, y no como sucedió en los hechos que forzaron a la paciente a esperar la fecha de cesárea programada diciéndole que todos sus síntomas eran "normales", pese a la evidencia en contrario.

Que, lo correcto de acuerdo a la lex artis en este tipo de casos es que se intervenga quirúrgicamente con prontitud y el pronóstico suele ser favorable, pero con la clara negligencia por parte de los profesionales de la salud que atendieron a la actora, el bebé no tuvo posibilidad o chance alguna, sobreviniendo el desprendimiento de placenta y la asfixia neonatal.

3° Aun cuando, en su contestación el demandado negó que se haya verificado la falta servicio reprochada a su parte, ya que tanto la rotura prematura de membranas (RPM) como el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI) que afectaron a doña Gloria Gallardo Ruiz, son considerados "accidentes obstétricos" imposibles de prever y evitar, la prueba rendida en el juicio cumplió con la suficiencia probatoria, toda vez que se pudo extraer toda la información sobre los hechos



denunciados, en razón de los diversos y variados elementos de juicio, los que se estimaron absolutamente pertinentes para el caso en estudio, fiables y coherentes, que permitieron determinar el umbral de suficiencia probatoria.

4° En este contexto, y conforme lo dio por establecido el fallo de primer grado en el considerando décimo quinto, es posible concluir que, la actuación de los profesionales que atendieron a la demandante, que eran personal dependiente del servicio de salud demandado, fue deficiente y negligente, configurándose de este modo la falta de servicio que sirve de sustento a la demanda intentada, toda vez que, con la prueba singularizada en el motivo octavo del fallo, efectivamente, "se encuentra establecida la falta de servicio de la demandada durante el seguimiento del séptimo embarazo de la demandante doña Gloria del Carmen Vera Ruiz, por cuanto al tratarse de una gestante tardía, múltipara de 6 embarazos, que desarrolló poli hidroamnios a las 34+3 semanas, su atención debió ser más rigurosa, teniendo presente los factores de riesgo que tenía la



paciente, no sólo el esperable de acuerdo a los Manuales y Guías del Minsal, ya que la paciente - doña Gloria del Carmen Vera Ruiz - tenía más factores de riesgo que podrían llevarla a complicaciones para ella y la salud del niño que estaba por nacer”.

5° En efecto, del examen de la prueba rendida, en particular de la ficha clínica N°587993 de la paciente Gloria del Carmen Vera Ruíz, aparece que el día 23 de septiembre de 2014 el doctor Marcelo Sandoval indicó en el Informe ecográfico que la paciente Gloria Vera Ruiz tenía “líquido amniótico aumentado”, y en la morfología fetal “impresiona normal”; sin embargo, en los comentarios adicionales se expresa “cámara gástrica visible” 9 de octubre de 2014 se diagnosticó de manera cierta, que concluye “embarazo de 34+3 semanas, feto AEG, polihidroamnios”; por lo que, a contar de esa fecha, es decir, un mes antes del desprendimiento de la membrana, los médicos que la atendieron en el Hospital de Puerto Montt, tanto en la urgencia, como el Poli Aro II, estuvieron en condiciones de dar un tratamiento y



cuidados más extremos tanto a la señora como al feto que iba a nacer, ya que ambos eran pacientes de alto riesgo.

Del mismo modo consta que, a partir del 26 de septiembre de 2014, según documento denominado "evolución", la paciente tenía un embarazo de 34+6 semanas, con un diagnóstico de polihidroamnios idiopático, además de hipotiroidismo, quedando con las siguientes indicaciones "eco obstétrica control, inicio de "eutirox", control 10 días, urgencia SOS".

De la apreciación, a su vez, de los antecedentes contenidos en la ficha clínica N°587993, siempre se refiere a la paciente, como "gestante tardía", embarazada añosa, quien estaba desarrollando su séptimo embarazo, quien había sufrido años antes una preclamsia, quien era hipertensa.

Por su parte, el documento denominado como Ordinario N°62/2017 de 31 de julio de 2018, remitido por el Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Puerto Montt, Dr. Jean Frez Bustos, indica que la señora Gloria del Carmen Vera Ruiz "registra atenciones en el Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico, desde el 06/05/14



por ser gestante tardía, gran múltipara de 6, edad gestacional dudosa y cicatriz de cesárea anterior [...] continúa sus controles habituales, hasta que en el último trimestre se produce un polihidroamnios a las 34 semanas, el cual posteriormente deriva en sospecha de Atresia Esofágica por ecografía (polihidroamnios y ausencia de bolsa gástrica ecográfica) en la semana 36.

En control del 06/10/2014, con 36+2 semanas de embarazo, en Control ARO 2, se planifica interrupción cesárea para el 15/10/14 con 38 semanas, según norma.

El día 09/10/14 llega a Urgencia Maternal a las 02:56 hrs. A.M. por rotura prematura de membranas y sufrimiento fetal agudo, por lo que se realiza cesárea de emergencia a las 03:15 hrs.”

6° A dicha prueba, se debe añadir lo expresado en su deposición a los testigos de la parte demandada, quienes señalan, primero el médico Jean Pierre Frez Bustos “la paciente fue derivada al Aro 2, durante el tercer trimestre de su embarazo por presentar un polihidroamnios, el cual es un factor de riesgo de síntomas de parto prematuro. Y de rotura prematura de



membrana. Fue evaluada por tres profesionales, quienes coinciden en que dado los antecedentes del presente embarazo, y de sus tres cesáreas previas, que ella debería interrumpirse de manera adelantada en la semana 38 de su embarazo, y no esperar a las 40 semanas como es lo habitual en un embarazo normal [...] el polihidroamnios, corresponde a la acumulación de la orina fetal, por sobre el percentil 90 del volumen de líquido considerado para la edad gestacional en la cual se realiza la ecografía, para esta determinación, el líquido amniótico se mide vía ecográfica, con distintas técnicas y su resultado se compara con un patrón según edad gestacional. Aproximadamente, el 50% de las veces, no se logra determinar causa y de las causas conocidas, lo más habitual es la presencia de diabetes del embarazo y menos frecuente la presencia de alteraciones anatómicas o neurológicas fetales, que producen la acumulación de este líquido amniótico. El riesgo principal del polihidroamnios es la generación de amenaza o sistema de parto prematuro por sobre distensión de la fibra muscular



uterina y en menor grado, la rotura prematura de membranas”.

Por su parte, el testigo Iván Cabrera Ditzen, quien es médico ginecoobstetra, y atendió a la demandante tanto en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico como en la Urgencia del Hospital de Puerto Montt, refiere que los embarazos que se controlan en el Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico de Puerto Montt son “todos aquellos embarazos que tienen alto riesgo por presentar patología del embarazo o patología médica, o condiciones del paciente que hacen que se califiquen como de alto riesgo que son innumerables situaciones. Agrega que “el polihidroamnios tiene múltiples causas. Desde causas desconocidas hasta asociación con malformaciones fetales como la atresia esofágica”.

Asimismo, el testigo José Javier Caro Miranda, quien se desempeñaba como médico cirujano, especialista en ginecología ratifica que “con respecto a las patologías que tenía la paciente, por supuesto ella tenía factores de riesgo para ser considerada de alto riesgo obstétrico, razón por la cual estaba en control en el policlínico de



alto riesgo obstétrico del hospital. Estos factores son la edad, mayor de 35 años, la paridad, tenía seis partos, el antecedente de tres cicatrices previas de cesáreas, el hallazgo de una patología fetal que consiste en la atresia esofágica con el polihidroamnios consiguiente. Respecto de los protocolos existentes para el manejo clínico de la Rotura Prematura de Membrana indica que para la fecha en que ocurrió el accidente obstétrico - como lo define en su declaración - "hay normas del MINSAL del año 2010, y actualmente también tienen unas normas locales de derivación al policlínico de alto riesgo obstétrico".

7° Al examen de tales probanzas, a las que se otorga el mérito de convicción indicado en los artículos 346 y 384 del Código de Procedimiento Civil, permite tener por acreditado que, doña Gloria Vera del Carmen Ruiz, era una paciente gran multípara de seis hijos, cursando un embarazo de 36+4 semanas, que ingresa al Servicio de Urgencia Maternal del Hospital de Puerto Montt el día 09 de octubre de 2014, a las 03:04 de la madrugada, con el diagnóstico de Rotura Prematura de Membranas, Bradicardia



Fetal Moderada y con sospecha ecográfica de Atresia Esofágica Fetal, con antecedentes médicos que obligaban a los profesionales del Hospital de Puerto Montt a adoptar todas las medidas preventivas y de cuidado que la paciente requería. Sin embargo, desearon negligentemente todos los signos que aconsejaban intervenir antes a la paciente, aún cuando, se trataba de un embarazo de alto riesgo por condiciones objetivas tales como la edad de la madre (gestante tardía), como por su calidad de gran multípara portadora de cesáreas previas, con un exceso de líquido amniótico, con un feto que dejó de tener movimiento, que era demasiado pequeño para su edad gestacional, detectando tempranamente que tenía la cámara gástrica abierta y presentaba una atresia esofágica.

8° El señalado modo de proceder de los profesionales médicos encargados de controlar el embarazo de la paciente Gloria del Carmen Vera Ruiz, debe ser calificado, por consiguiente, de negligente y refleja, en consecuencia, la prestación de un servicio deficiente y precario, desde que no corresponde al que era esperable



de un centro de salud de la complejidad del Hospital Regional de Puerto Montt, en especial de su Servicio de Obstetricia y Ginecología, dependientes del Servicio de Salud de Reloncaví, ya que en ocasiones ni siquiera pudo ser atendida, ya que no habían horas disponibles, como ocurre el día 5 de septiembre de 2014, a las 10:15 hrs. debiendo ser derivada a Poli Aro 2 "por no haber cupo médico", constando como diagnóstico principal "supervisión de embarazo de alto riesgo"; lo que no se condice con un Servicio de Salud que cuenta, en general, con todos los medios y recursos humanos y materiales requeridos para abordar la situación de salud de un paciente como el mencionado, consideración que se estima de la mayor significación si se repara en que el personal del Hospital de Puerto Montt, recién el día 6 de octubre de 2014, cuando la paciente tenía 38 semanas de embarazo, decide programar la cesárea en circunstancias que ya se sabía de la atresia esofágica del feto.

Finalmente, parece relevante señalar que el testigo refiere que "la atresia esofágica es una malformación



congénita fetal, en que se produce interrupción del canal esofágico y de su comunicación con el estómago”.

De esta forma, es posible advertir que los tres médicos son concluyentes en la condición de alto riesgo que presentaba la paciente, por todas las condiciones que reunía y si bien, todos indican que se actuó en forma rápida y oportuna, ninguno se hace cargo de los inconvenientes que en más de alguna ocasión tuvo la demandante para ser controlada no sólo por no contar con cupo, sino que en relación a la medición que debía hacerse del líquido amniótico que tenía en exceso; y que la situaban en una situación de mayor riesgo aún, ya que el peligro de la rotura y el desprendimiento de las membranas implicaría necesariamente un daño directo al feto, que tenía además la cámara gástrica abierta y una atresia esofágica, el que finalmente como consecuencia del desprendimiento de la placenta, tuvo asfixia fetal grave, quedando con secuelas para toda su vida.

9° La conclusión antedicha, se ve refrendada por la prueba documental consistente en los artículos de literatura médica aparejados por la actora, consistente



en la Guía Clínica del Ministerio de Salud, año 2010, en los cuales se trata, entre otros temas, "Prevención del Parto Prematuro", donde se hacen una serie de recomendaciones claves para el manejo de prevención del parto prematuro, y se establece que "el parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal, dependiendo el riesgo de muerte o enfermedad de los prematuros del peso de nacimiento y de la edad gestacional al nacer. La prematurez menor de 32 semana, que conlleva la mayor morbimortalidad neonatal y la mayor tasa de secuelas debe ser la que concentre nuestro mayor esfuerzo en lograr disminuirla". De esta forma se explica que "el 50% de las anomalías neurológicas de la infancia son atribuibles a prematurez, secuelas que incluyen desde anomalías leves de las funciones cognitivas hasta parálisis cerebral". Es así, que "los partos prematuros pueden ser categorizados en tres entidades clínicas que se distribuyen aproximadamente en tercios: parto prematuro espontáneo con membranas íntegras, parto prematuro iatrogénico y



parto prematuro asociado a rotura prematura de membranas".

Es de tal importancia, las guías clínicas, que permiten a los profesionales dimensionar la magnitud y trascendencia del problema, ya que la detección precoz de los grupos de riesgo y su manejo oportuno permitirían disminuir al menor el número de niños prematuros de muy bajo peso al nacer, que son los que presentan más altos porcentajes de mortalidad y secuelas, sobre todo en el área neurológica. "El estudio analítico de la situación vivida en la red chilena en este aspecto muestra cifras impresionantes con respecto a la asfixia y cómo impacta ésta en la sobrevida a las distintas edades de gestación"; y en el caso de marras, la paciente, pertenecía a la "población de riesgo de parto prematuro" por el tipo de embarazo que tenía, su condición era de una gestante de 45 años, con 6 partos anteriores, múltipara, con una cesárea anterior, y preclamsia; pero que además presentaba un mayor riesgo al tener "polihidromanios".



A mayor abundamiento, el artículo denominado "Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años", que hace un análisis comparativo entre las embarazadas de 20 a 34 años y de 35 a 39 años, estableciendo variables como obesidad, hipertensión, preclamsia, partos, cesáreas, recién nacidos con defectos congénitos; y en el caso de la demandante, se trataba de una mujer de 45 años, con todas las condiciones ya descritas, por lo que los grupos de mayor edad se asociaron significativamente a un aumento en la probabilidad de presentar complicaciones obstétricas y perinatales, por lo que era evidente para todos los profesionales que atendían a la actora que ella era una paciente de mucho mayor riesgo de enfrentar la rotura prematura de membranas por ser una gestante tardía, mayor de 40 años.

10° A lo hasta aquí razonado, en torno a la existencia de la falta de servicio en que se sustenta la demanda se debe añadir que, como lo ha sostenido previamente esta Corte, "resulta lógico y razonable entender que en el ámbito de la salud, ésta comprende la



obligación de procurar la recuperación física y psíquica, biológica y psicológica, para llegar al completo restablecimiento del paciente, por lo que cualquier actuación negligente que repercuta en el paciente, en términos tales que genere otra afección o impida o dificulte la recuperación integral de la salud, importa incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato de prestación de salud" [...] "En efecto, para que exista responsabilidad no es necesario que se haya previsto efectivamente el daño preciso que se produjo, sino que basta con que se haya debido prever, que existe la posibilidad que de cumplirse negligentemente una obligación o de no realizarse los tratamientos adecuados se originarían perjuicios", (Marcel Planiol y Jorge Ripert, Tratado Práctico de Derecho Civil Francés, Tomo VI, página 720)" (Razonamiento vigésimo séptimo de la sentencia de 24 de septiembre de 2007, dictado en autos Rol N°4103-2005). Razonamiento que se estimó pertinente para desechar la defensa del demandado, en orden a que la prueba aportada y singularizada en los números 20, 22 al 38, 47 al 51 del considerando octavo de la sentencia de



primer grado, si bien dan cuenta de la atención a doña Gloria del Carmen Vera Ruiz y del menor al momento de su nacimiento, no permiten concluir que efectivamente se haya estudiado y considerado el cuadro médico completo de la paciente, en especial porque ella desarrolló una afección que implicó la acumulación de demasiado líquido amniótico durante su embarazo, y que se consigna en reiteradas páginas de la ficha clínica como polihidromanios; y pese a detectarse esta patología que está asociada con complicaciones maternas y fetales, jamás se planteó la posibilidad de reducir el líquido amniótico de manera manual o realizar otro tratamiento, ya que dentro de las causas de este exceso de líquido están las "malformaciones fetales"; y en la especie el feto presentaba una atresia esofágica, por lo que pudo perfectamente generar este "polihidroamnios" y como consecuencia, desencadenar en el parto prematuro del menor Pedro Camilo, debido a la rotura de las membranas y el desprendimiento de la placenta que terminó asfixiándolo, produciéndose asfixia neonatal severa, encefalopatía hipóxica isquémica, síndrome convulsivo



secundario, síndrome hipotónico secundario, trastorno de la succión y deglución, parálisis cerebral, insuficiencia respiratoria crónica secundaria dependiente de ventilación mecánica, atelectasia LSD, traqueotomizado, gastrectomizado y con criptorquidia bilateral; por lo que para prevenir los daños, la ley y los reglamentos prescriben o prohíben determinados actos. Por lo tanto, y tal como concluyó el fallo citado precedentemente, dado que se reputa que esos cuerpos legales son conocidos por todos, su inobservancia constituye culpa, a lo cual se agrega, "pero, la observancia de ellos no dispensa tampoco del deber de conformarse a la obligación general de previsión. El que se ha amoldado a los reglamentos también será responsable si causa un perjuicio que pudo y debió prever".

Asimismo, en dicho fallo, se dejó asentado, en relación a las "llamadas obligaciones de asistencia y cuidado", que "cualquiera sea su calificativo o naturaleza, siempre importan el deber de realizar meridianamente las acciones de salud que se contratan, sin que se pueda amparar, sobre la base de una obligación



de medio, un tratamiento calificado de inadecuado y negligente”, conforme al cual y, en definitiva, se termina por “otorgar el alta a un paciente con una herida abierta y con el riesgo recurrente de infección, proceder que se aparta y no corresponde al que debe desarrollar un buen padre de familia y que, por lo mismo, no ha recibido el calificativo de correcto, adecuado y conforme a la lex artis” (Corte Suprema, Rol N°4103-2005, considerando 21).

En el mismo sentido, se sostuvo, en cuanto a la determinación de la naturaleza de la prestación entregada por el establecimiento asistencial al paciente, “que puede calificarse de obligación de resultado el deber de cuidado” que el “hospital está en la necesidad jurídica de prestar al paciente”, en orden a “no permitir que se agrave su situación por afecciones que no son consustanciales a sus patologías y, por lo mismo responde el hospital, con mayor razón si se logra establecer que la paciente - portadora de un embarazo de alto riesgo - no recibió la atención requerida y menos se controló su embarazo con los cuidados que requería para evitar un daño mayor al feto - más aun cuando se sabía que venía



con una atresia esofágica y con la cámara gástrica abierta, por lo que, ¿por qué no se hospitalizó antes a la paciente? ¿por qué no se controló con mayor celo el exceso de líquido amniótico que tenía? ¿por qué no se hizo un estudio clínico más acucioso en circunstancias que era una paciente de alto riesgo?.

De acuerdo a la literatura médica, "el polihidroamnios suele ser asintomático. Sin embargo, algunas mujeres, especialmente cuando el polihidramnios es grave, tienen dificultad para respirar, y/o contracciones de pre-término dolorosas. A veces el tamaño uterino es mayor que el esperado para las fechas.

De esta forma, los mismos estudios recomiendan:

- Medición ecográfica del índice de líquido amniótico (ILA)
- Ecografía completa, incluyendo la evaluación de malformaciones fetales
- Pruebas maternas por causas sospechadas en base a los antecedentes

Las pruebas pueden incluir:



- Ecografía Integral de malformaciones fetales (siempre recomendado), lo que en el caso de la demandante no se hizo

- Prueba de exposición materna a la glucosa

- Prueba de Kleihauer-Betke (por hemorragia feto-materna), tampoco que se haya realizado

- Pruebas serológicas maternas (p. ej., para la sífilis, parvovirus, citomegalovirus, toxoplasmosis y rubéola), no existe constancia en la ficha clínica

- Amniocentesis y cariotipo fetal, también se advierte la realización del este procedimiento.

- Pruebas de trastornos hereditarios sospechados clínicamente, tales como las anemias, lo que tampoco se visualiza en el ficha clínica de la Sra. Gloria Vera Ruiz.

El polihidroamnios generalmente se sospecha en base a hallazgos ecográficos o el tamaño del útero que es más grande de lo esperado para las fechas. Sin embargo, las estimaciones cualitativas del volumen de líquido amniótico tienden a ser subjetivas. Así que si se sospecha polihidramnios, el líquido amniótico debe



evaluarse cuantitativamente utilizando el índice de líquido amniótico.

El volumen de líquido amniótico no se puede medir directamente de forma segura, excepto tal vez durante el parto por cesárea. Por lo tanto, el exceso de líquido se define indirectamente utilizando criterios ecográficos, por lo general el ILA. El ILA es la suma de la profundidad vertical del líquido medida en cada cuadrante del útero. Los rangos normales del ILA son de > 5 a < 24 cm; valores ≥ 24 cm indican polihidramnios. (<https://www.msmanuals.com/es-do/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/polihidramnios>)

Si el polihidramnios está presente se recomienda realizar nuevos estudios para determinar la causa. Cuáles pruebas realizar puede depender de las causas que se sospechan clínicamente (generalmente basado en la anamnesis o en otros hallazgos ecográficos).

11° Como surge de lo razonado previamente, al haber quedado suficientemente demostrada la existencia de la falta de servicio acusada por la actora, sólo resta



determinar si concurren en la especie los restantes elementos de la responsabilidad demandada en autos.

Al respecto cabe consignar que, según se lee del fallo en alzada, el juzgador de primer grado tuvo por demostrada tanto la efectividad del perjuicio padecido por la demandante, como el vínculo causal que une el proceder descuidado y negligente del personal dependiente del servicio demandado con el señalado daño.

En efecto, el citado perjuicio surge tanto de la relación de parentesco que unió a los actores con su hijo, como de la prueba testimonial y documental rendida por esa parte.

En el caso de doña **Gloria del Carmen Vera Ruiz**, el daño lo hizo consistir en toda la preocupación que tuvo por la mala atención recibida por los distintos profesionales de la salud, que estos no la escucharon cuando ella indicaba tener dolores que no había tenido en sus embarazos anteriores y el no sentir que su hijo se moviera, lo que implicó que su hijo naciera y tuviera que vivir durante sus dos primeros años de vida en el hospital, pudiendo recién ser trasladado el año 2016 a su



domicilio bajo el Programa AVNIA, que es un programa de la Unidad de Salud Respiratoria del Ministerio de Salud, que otorga ventilación mecánica no invasiva en el domicilio.

En el caso del padre del menor, don **Jaime Alejandro Gallardo Marín**, el daño lo hizo consistir en que ha padecido una serie de sufrimientos tanto económicos como emocionales, producto de lo ocurrido con su esposa e hijo, la carga de ver a su hijo postrado en cama, conectado a una máquina para poder sobrevivir.

Que, los demandantes doña Gloria Vera Ruiz y don Jaime Gallardo Marín, ambos en representación de su hijo **Pedro Camilo Gallardo Vera**, han expuesto que el menor es el directamente afectado al habersele causado daños físicos evidentes, permanentes e irreversibles, por la negligente atención que recibió su madre por parte de los profesionales de la salud, por lo que, para considerar el daño y las secuelas que se produjeron en el niño, se tuvieron a la vista, entre otros documentos, Credencial de Discapacidad emitida por el Servicio de Registro Civil e Identificación que da cuenta que Pedro Gallardo Vera,



Rut 24.762.648-4 se encuentra inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad, donde se indica que posee un Grado Global de Discapacidad: Severa/75,00%, Causa Principal: Física, Fecha del Dictamen: 7 de marzo de 2017, Reevaluación: 7 de marzo de 2020; cuya emisión es de 18 de marzo de 2017 (Folio 64); Copia de Certificado Médico emitido con fecha 9 de septiembre de 2015, por la Dra. Ivonne Zamorano V., Neuróloga del Hospital de Puerto Montt (Folio 64); Copia de Informe Social para postulación de beneficio de apadrinamiento presidencial del 7° hijo, Identificación del Beneficiario: Nombre: Pedro Camilo Gallardo Vera, suscrito por Marina Fernanda del Carmen Pizarro Aravena, Trabajadora Social (Folio 64); Copia de Planilla Cancelación Colocación Familiares Menores y Aro Cesfam Angelmó, del mes de Abril de 2017, que aparece suscrita por la Dra. Cecilia Ravanales, Directora Cesfam Angelmó y por Asistente Social (Folio 64); Copia de Certificado emitido con fecha 6 de septiembre de 2016, por el Dr. Juan Zúñiga Camblor, Broncopulmonar Infantil del Hospital Puerto Montt (Folio 64); Copia de Certificado Kinésico emitido con fecha 20



de septiembre de 2016, por Cesfam Angelmó (Folio 64); Copia de Certificado emitido con fecha 23 de enero de 2017, por Marcelo Salazar P., Médico Fisiatra, Director del Instituto de Rehabilitación Infantil Puerto Montt (Folio 64); Copia de Certificado emitido con fecha 24 de mayo de 2017, por Viviana Harcha Weisser, Psicóloga (Folio 64), Copia de Informe de Fonoaudiología, correspondiente al paciente Pedro Camilo Gallardo Vera, emitido por Natalia Zapata, Fonoaudióloga (Folio 64); Copia de Diagnóstico Clínico de Pedro Gallardo Vera, emitido con fecha 7 de febrero de 2017, por el Dr. Jorge Carrera Mardones, Neurólogo Infantil, (Folio 64); Copia de Informe de Terapia Ocupacional de Pedro Camilo Gallardo Vera, emitido con fecha 18 de junio de 2019 por Ise Werlinger Werlinger, Terapeuta Ocupacional (Folio 64); Copia de Informe de Equipo de Dependencia Severa, en la cual consta que la cuidadora de Pedro Gallardo Vera es su madre Gloria Vera Ruiz, documento emitido por las profesionales Karin Moraga Astudillo, Kinesióloga y Camila Bravo Calisto, Psicóloga, ambas del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Angelmó (Folio 64); Copia de Hoja



de Interconsulta a nombre del menor Pedro Gallardo Vera, Rut 24.762.648-4, de fecha 22 de septiembre de 2019, suscrita por el Dr. Juan Zúñiga Cambolor, (Folio 64); Copia de Epicrisis Hospital Puerto Montt, correspondiente al paciente Pedro Camilo Gallardo Vera, donde consta su fecha de egreso el día 08/09/2019 (Folio 64); Copia del Dato de Atención Urgencia (DAU) N°1907005889 del menor Pedro Camilo Gallardo Vera, paciente que ingresó el 17/07/2019 a las 12:27:55, siendo dado de alta el mismo 17/07/2019 a las 16:53:13 (Folio 64); Copia de Certificado Médico emitido con fecha 18 de noviembre de 2019 por el Dr. Marcelo Mauricio Salazar Poblete, Médico Fisiatra del Instituto Puerto Montt (Folio 64); Copia de Certificado emitido por el Kinesiólogo Esteban Vera Morales del Programa Asiste de la Dirección de Salud Municipal (Disam) de Puerto Montt, (Folio 64); Set de 12 fotografías (Folio 74).

12° Que, en el caso de las obligaciones que le asiste a un centro asistencial, es de cargo del recinto hospitalario acreditar que adoptó las medidas pertinentes y necesarias para evitar riesgos, debiendo cumplir con



todos los protocolos de prevención y control, a objeto de evitar las secuelas que puede generar un embarazo de alto riesgo como era el de la actora, y por tanto, la rotura de las membranas y el desprendimiento de la placenta, en la condición que tenía la paciente era previsible y evitable, con un adecuado control y seguimiento. Así lo ha dicho esta Corte en fallos anteriores, a propósito de infecciones adquiridas por una paciente, que "a partir de un adecuado control, ha permitido a la autoridad determinar la calidad del servicio que se presta por los recintos hospitalarios públicos y privados y, a su vez, establecen el estándar de cuidado que es exigible a dichos establecimientos de salud, en caso de producirse una infección, lo cual se traduce en la obligación de aquellos de adoptar todas las medidas acertadas y suficientes para evitar dichas infecciones y manejarla cuando ya se han desarrollado. Ergo, probado por el demandante la concurrencia de la infección nosocomial y el daño que aquella le produjo, para efectuar el juicio de atribución de responsabilidad será de cargo del recinto hospitalario acreditar que adoptó todas las



medidas pertinentes y necesarias para evitarlas o controlarlas, conforme a los protocolos establecidos al efecto o disponga la lex artis, según el estado actual de la ciencia, que sea necesario en su caso" (Corte Suprema, Rol N°11.238-2019, 25 de julio de 2019).

En consecuencia, y resultando procedente condenar al demandado a indemnizar a los demandantes los daños padecidos por éstos como consecuencia de la falta de servicio de que se trata, sólo resta consignar, en lo referido al quantum de dicho resarcimiento, que esta Corte comparte los razonamientos y la apreciación que sobre el particular ha efectuado la sentenciadora de primera instancia, motivo por el que se desestimarán las peticiones formuladas por ambas partes en orden a elevar o a disminuir dicho monto.

Y visto, además, lo dispuesto en el artículo 186 del Código de Procedimiento Civil, **se confirma** la sentencia apelada de veintiséis de marzo de dos mil veintiuno que condena al Servicio de Salud de Reloncaví a pagar las sumas de \$60.000.000 a Gloria del Carmen Vera Ruíz, la suma de \$60.000.000 a Jaime Gallardo Marín; y la cantidad



de \$120.000.000 para el menor Pedro Camilo Gallardo Vera, por concepto de daño extra patrimonial, las que se reajustarán y devengarán intereses.

Regístrese y devuélvase con sus agregados.

Redacción del fallo Ministra Sra. Vivanco

Rol N° 93.341-2021.

Pronunciada por la Tercera Sala de esta Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sr. Sergio Muñoz G., Sra. Ángela Vivanco M., Sra. Adelita Ravanales A., Sr. Mario Carroza E. y Sr. Juan Muñoz P. (s). No firman, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo de la causa, los Ministros Sr. Carroza por estar con permiso y Sr. Muñoz Pardo por haber concluido su período de suplencia.



Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros (as) Sergio Manuel Muñoz G., Angela Vivanco M., Adelita Inés Ravanales A. Santiago, dieciséis de enero de dos mil veintitrés.

En Santiago, a dieciséis de enero de dos mil veintitrés, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.

