

C-28577-2008

Foja: 1

FOJA: 392

**NOMENCLATURA** : 1. [40]Sentencia  
**JUZGADO** : 9° Juzgado Civil de Santiago  
**CAUSA ROL** : C-28577-2008  
**CARATULADO** : DEMANDANTE\_1/ DEMANDADO

**Santiago, dieciocho de Enero de dos mil dieciséis**

VISTOS:

A fojas 2 y corrección de fojas 10, comparecen doña **DEMANDANTE\_1**, estudiante de medicina y don **DEMANDANTE\_2**, estudiante de obstetricia, por sí y en representación de su hijo **NOMBRE\_HIJO**, todos con domicilio en calle **DOMICILIO\_DEMANDANTES**; demandado de indemnización de perjuicios al **DEMANDADO**, en su calidad de representante patrimonial de los intereses [REDACTED], este último como representante, a su vez de la [REDACTED], dependiente del [REDACTED], a través de la [REDACTED] y administrador del **HOSPITAL**, Gral. **MEDICO\_1**, todos representados por el Sr. Presidente del Consejo de Defensa del Estado, abogado don Carlo Mackenney Urzúa, ambos con domicilio en calle Agustinas N°1.687, comuna de Santiago Centro.

Los demandantes son padres de **NOMBRE\_HIJO**, nacido en el **HOSPITAL** ([REDACTED]), el [REDACTED] de 2007. La madre controló todo su embarazo en el señalado hospital, con la matrona del servicio de la mujer. Indican que las ecografías (3) se las realizó el médico obstetra del servicio, Dr. **MEDICO\_2**, sin que se presentara ninguna eventualidad durante la gestación.

**C-28577-2008**

**Foja: 1**

Indican que el día [REDACTED] de 2007, ingresaron al **HOSPITAL**, alrededor de las 14.00 hrs., debido al inicio del trabajo de parto (3 cms. de dilatación, cuello blando y borrado en un 70% al ingreso). El médico obstetra en esos momento era el Dr. **MEDICO\_3**. Alrededor de las 16.00 hrs., cuando la madre se encontraba con 4 cms. de dilatación, le colocaron la anestesia peridural, en donde se produjo una perforación de la duramadre, lo que causó cefalea, náusea, vómitos, sensación y pérdida de la sensibilidad desde el cuello hacia los pies, durante todo el proceso de trabajo de parto y también en el transcurso del mismo parto. A las 20.00 hrs, se completó la dilatación pero, señala la parte demandante, el bebé no lograba descender. Así ingresaron a la madre a pabellón aproximadamente a las 22.50 hrs., sin haber realizado un tacto previo, señalan que el último había sido realizado a las 22.10 hrs., en el cual el feto se encontraba en una presentación de II plano. La madre advirtió al médico que se sentía muy mal y que no iba a poder pujar debido a la falta de sensibilidad desde su cuello hasta los pies.

Señalan que durante el parto, el niño fue extraído con fórceps, naciendo a las 23.21 hrs. La tracción que hizo el médico hizo correr a la madre de la camilla operatoria, mientras a ésta le realizaban la maniobra de Kristeller, la cual está proscrita.

El resultado del parto, fue que al recién nacido le produjeron una fractura de cráneo de los huesos occipital y parietal, siendo hospitalizado en el mismo recinto, dos días después de haber sido dados de alta. El neurólogo infantil y pediatra tratante dijeron que no era probable que se presentara problemas en el futuro. Hasta la fecha no ha presentado sintomatología.

La madre resultó con un desgarro de cuarto grado, el cual no fue informado oportunamente tras haber nacido el bebé, ni después de haber sido examinada a la mañana siguiente. Indica que la información sólo se proporcionó cuando la madre la exigió, minutos antes de haber entrado a pabellón para una reconstrucción del esfínter anal. La herida operatoria de la madre se infectó luego de dos semanas, a pesar de haber tomado antibióticos, por lo cual se debió suspender la lactancia, dos veces, con la

**Foja: 1**

consiguiente consecuencia que significa aquellos para el apego del menor y el gasto económico para los padres.

Transcurrido meses desde el parto, la madre aún no se recupera físicamente por completo, siendo la consecuencia más importante, una incontinencia anal que la afecta no solo en lo físico, sino también en el aspecto psicológico.

Todo el personal médico que atendió tanto a la madre como al niño, son o eran a la fecha, funcionarios del **HOSPITAL**, especialmente el médico Dr. **MEDICO\_3**, el cual es el principal responsable del daño al niño y a la madre. Indican que **DEMANDANTE\_1** se atendía en dicho hospital, pues era carga legal de su padre, un ex funcionario de la [REDACTED]. El niño a su vez, fue atendido en el mismo Hospital Clínico.

Estima que existe responsabilidad del Estado, la cual se basa en las normas y principios establecidos en la Constitución Política de 1980 como en la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, Ley N°18.575.- cuyo artículo 4 de dicha Ley dispone que "El Estado será responsable por los daños que causen los Órganos de la Administración en el ejercicio de sus funciones, sin perjuicios de las responsabilidades que afecten al funcionario que las hubiere ocasionado". Además, el inciso segundo del artículo 38 de la Constitución Política de la República, consagra la facultad para cualquier persona que hubiere sufrido lesión en sus derechos por actos de la administración del Estado, de sus Organismos o de las Municipalidades, de reclamar ante los Tribunales que determine la ley.

Refuerza lo anterior el artículo 38 de la Ley N° 19.966, cuando establece que los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

Por lo anterior y por no existir leyes especiales que regulen esta materia, se ha establecido que la construcción jurídica de responsabilidad estatal se debe realizar a partir de la responsabilidad extracontractual.

**C-28577-2008**

**Foja: 1**

Habría acuerdo en la doctrina que la responsabilidad estatal es de carácter objetivo. En cuanto a los requisitos que deben concurrir en esta materia, indica en primer lugar que la acción u omisión derivó de un órgano del Estado, ya que la atención médica y de enfermería fue realizada por funcionario del **HOSPITAL**, siendo esta entidad responsable del hecho de sus funcionarios dependientes. En segundo lugar, existe una acción negligente del funcionario, por el hecho de que al momento del nacimiento se usó inadecuadamente la técnica del fórceps, siendo que la indicación en este caso es la cesárea, como lo expresa la guía perinatal del gobierno de Chile, lo que provocó una fractura craneal al niño y un desgarro de cuarto grado en la madre. Ambas lesiones no fueron informadas en su momento; siendo la lesión del hijo advertida con posterioridad por el pediatra y la de la madre informada solo minutos antes de entrar a pabellón.

En lo relativo a los perjuicios, el Estado debe responder por todo el daño causado. En lo relativo a daños patrimoniales, indica la actora, que debemos considerar lo pagado en la atención del parto defectuoso y de la atención del neonato; además del mayor gasto que significó nutrir al niño con leche en fórmula. Se demanda entonces por este concepto un monto de \$1.000.000.- En lo relativo al daño moral, señala la demandante que por un lado está la lesión del niño, la cual ha producido una angustia y un sufrimiento inconmensurable de ver expuesta a la criatura a dichas consecuencias, las cuales solo se disiparán con el transcurso del tiempo; y por otro lado se encuentra el daño provocado a la madre, la que ha significado sufrimiento y afectación en la integridad física, lo que ha trastornado la vida de la demandante como ser humano y como mujer, ya que la incontinencia anal, consecuencia del desgarro producido, han causado, además de angustia y dolor, una situación problemática en cuanto a la vida cotidiana y sexual, que debe ser reparada. Por lo anterior, la actora avalúa el daño moral sufrido, en \$80.000.000.-

En consecuencia, por ambos conceptos, daños patrimoniales y extrapatrimoniales, la demandante solicita un monto total de \$81.000.000.-

**C-28577-2008**

**Foja: 1**

o lo que este tribunal estime en justicia, sumas que devengarán los intereses y reajustes, con costas.

Finalmente y en cuanto a la relación de causalidad, indica que de no haber intervenido el Dr. **MEDICO\_3** con una técnica inadecuada del fórceps o de haber realizado cesárea, los daños no se habrían producido o por lo menos, no en la envergadura de los señalados.

A fojas 12, consta notificación.

A fojas 32, la parte demandada vino en contestar la demanda interpuesta, solicitando sea rechazada en todas sus partes, con expresa condena en costas. Como primera consideración, la parte demandada viene en negar todos los hechos afirmados por la actora, indican que deben ser ellos quienes deberán precisar y probar las circunstancias fácticas que apoyen sus alegaciones.

Indica que la legislación aplicable al caso de autos es la contenida en la Ley N°19.966, la que establece un Régimen de Garantías de Salud, cuyo Título III, artículo 38 y siguientes, regulan de manera específica la eventual responsabilidad de los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria, por los daños causados por falta de servicio a particulares; disponiendo el artículo 38 de la Ley ya citada que el “particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción y omisión del órgano, mediante dicha falta de servicio”.

Señalala demandada que los principios básicos de la responsabilidad estatal se encuentran contenidos en los artículos 6° y 7° de la Constitución Política de 1980, cuyo análisis permite excluir absolutamente la tesis de la responsabilidad objetiva del **DEMANDADO**. Indica además que la demandante le da un alcance que no tiene al artículo 38 de la Carta Fundamental, la cual tiene por objeto la sola creación de Tribunales Contenciosos Administrativos, no siendo esta disposición, una norma sustantiva destinada a regular la responsabilidad del Estado, sino que está destinada a entregar la competencia para conocer los asuntos contenciosos administrativos “a los tribunales que señale la Ley”, no siendo admisible, a juicio de la parte demandada, eliminar el elemento subjetivo inherente a la

**C-28577-2008**

**Foja: 1**

obligación de indemnizar. Lo anterior es apoyado, por la historia fidedigna de dicha norma.

En concordancia con lo anterior, indica que la responsabilidad extracontractual estatal se produce por falta de servicio, el cual debe darse en el mal funcionamiento del servicio o funcionamiento del mismo. En consecuencia no existe la responsabilidad objetiva en materia de falta de servicio en general, sino que tampoco, en cuanto a la falta de servicio específica y especial de carácter sanitario o de salud, norma contenida en el ya citado artículo 38 de la Ley N° 19.966.-

En cuanto a los hechos que fundamentan la pretensión de la actora, la paciente ingresó al Servicio Gineco-Obstetricia del **HOSPITAL**, con el diagnóstico de primigesta, embarazo de 40 semanas, portadora de estreptococo beta hemolítico con destino de sala de parto para conducción ocitocita. El ingreso fue realizado por el médico de turno gineco-obstetra **MEDICO\_3** y la matrona **MATRONA** y el primero controló el trabajo de parto. Y la atención del parto se ajustó a la *lex artis* y a las guías clínicas del Servicio Gineco- Obstetra de la Fuerza Aérea de Chile, siendo las complicaciones que mencionan los demandantes, en relación a los hechos, riesgos inherentes a los procedimientos técnicos empleados durante la atención y como lo reconocen los actores, estos fueron tratados adecuadamente y el menor no tuvo secuelas.

Indica que el sistema de falta de servicio está fundado en la distinción entre la falta personal del funcionario y la falta de servicio, presentándose ésta última cuando el órgano de la Administración, ha funcionado en forma defectuosa o irregular, causando un daño. En particular, el artículo 40 de la Ley N° 19.966.-, previene que 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 aquellos. En consecuencia, manifiesta la parte demandada, el funcionamiento defectuoso del Servicio debe calificarse sobre la base de un patrón de comportamiento normal acorde a esos parámetros, pudiendo haber falta de servicio si se obró fuera

**C-28577-2008**

**Foja: 1**

de este funcionamiento normal o con el nivel de rendimiento que era dable esperar de él. En la práctica, señalala demandada, estaremos frente a una falta de servicio cuando el dafio solo sea consecuencia de una deficiencia del Servicio, por ejemplo, no contar con el personal adecuado, equipos o medicamentos en mal estado o carencia de ellos por razones que le sean imputables. Así, en el caso de autos y como se desprende de la relación de los hechos que realiza la propia demandante, del análisis objetivo de la conducta desplegada por los profesionales y funcionarios del **HOSPITAL**, en todo momento se entregó la atención médica que correspondía, tanto a la madre como al niño, por lo que no habría falta de servicio imputable a la demandada.

En lo relativo a la indemnización reclamada, la parte demandada indica que éstos son improcedentes. En primer término y en cuanto al dafio emergente reclamado, los actores se limitan a indicar una cantidad de dinero, sin precisar a qué corresponde la suma y sin precisar la relación de causalidad entre el hecho dafioso y el dafio invocado, por lo que no puede ser considerado como motivo de indemnización. En cuanto al dafio moral reclamado, se demanda la suma de \$80.000.000.- por este concepto, sin precisar cuál de los actores demanda por este concepto o bien en qué proporción, por lo que debe desestimarse dicho perjuicio por no estar precisada la persona que lo habría sufrido. Sin perjuicio de lo anterior, en relación al dafio moral, el artículo 41 de la Ley N°19.966.- dispone que la indemnización por este concepto, será fijada por el Juez considerando la gravedad del dafio y la modificación de las condiciones de existencia del afectado con el dafio producido, atendiendo su edad y condiciones físicas, lo que implica que los actores deben aportar los elementos de juicio necesarios. La indemnización puramente moral no se determina cuantificando, en términos económicos, el valor de la pérdida o lesión experimentada, sino sólo otorgando a la víctima una satisfacción, ayuda o auxilio que le permita atenuar el dafio, morigerarlo o hacerlo más soportable, mediante una cantidad de dinero u otro medio, que en su monto o valor sea compatible con esa finalidad de mera satisfacción, por lo cual nunca puede ser una fuente de lucro o ganancia. Indica la demandada, que tampoco resulta procedente acudir a la capacidad económica del demandante y/o del

**C-28577-2008**

**Foja: 1**

demandado como elemento para fijar la cuantía de la indemnización. En tal sentido, a juicio de la parte demandada, las cifras pretendidas como compensación del dafio moral, resulta excesivas en relación con los montos de indemnización que suele fijar los Tribunales para compensar dafios extrapatrimoniales, teniendo en consideración, además la realidad económica de nuestro país. Por otra parte, manifiesta la parte demandada, para que el dafio moral sea indemnizable se requiere que sea cierto o real y no meramente hipotético y además su existencia debe ser probado, descartando la idea que el juez pueda simplemente suponer el dafio moral.

En cuanto a los reajustes e intereses reclamados, indica que el caso que se acoja el líbello de autos, mal podrían adicionarse intereses al monto determinado, ya que dicha suma sólo podrá exigirse desde que la sentencia definitiva se encuentra ejecutoriada, sin estar la demandada en mora de cumplir una obligación cuya existencia y mora se encuentran sublite. En lo relativo al reajuste solicitado, señalala demandada que atenta contra la más elemental de las reglas lógicas, el pretender que se corrija monetariamente un valor nominal desde una fecha anterior a su establecimiento como obligación; determinándose un método de reajustabilidad solo a partir de la fecha en que el presente fallo quede a firme.

A fojas 53, se tuvo por evacuado el trámite de la réplica en rebeldía de la parte demandante.

A fojas 57, se tuvo por evacuado el trámite de la dúplica en rebeldía de la parte demandada.

En la misma ocasión, se recibió la causa a prueba, complementada según consta a fojas 323 del cuaderno de compulsas.

A fojas 391, se citó a las partes a oír sentencia.

**CONSIDERANDO:**

**PRIMERO:** Que doña **DEMANDANTE\_1** y don **DEMANDANTE\_2**, ambos por sí y en representación de su hijo **NOMBRE\_HIJO** demandaron de indemnización de perjuicios al **DEMANDADO**, en su calidad



**C-28577-2008**

**Foja: 1**

de representante patrimonial de los intereses del Estado de Chile, este

último como representante, a su vez de la Fuerza Aérea de Chile, dependiente del Ministerio de Defensa, a través de la Subsecretaria de Fuerza Aérea y administrador del **HOSPITAL**, Gral. **MEDICO\_1**, todos representados por el Sr. Presidente del Consejo de Defensa del Estado, abogado don Carlos Mackenney Urzúa; por un monto total de \$81.000.000.- o lo que éste tribunal estime en justicia, más intereses y reajustes, con costas.

Los fundamentos de las acciones y sus peticiones concretas se encuentran detallados en lo expositivo, lo cual se da por expresamente reproducidos.

SEGUNDO: Que la parte demandada vino en contestar la demanda interpuesta en su contra, solicitando su rechazo, con costas. Los antecedentes de hecho y fundamentos de derecho de sus defensas se encuentran establecidos en lo expositivo, los cuales también se dan por enteramente reproducidos.

TERCERO: Que de lo expuesto por las partes resulta indispensable determinar en primer lugar el régimen legal aplicable y en segundo término los hechos sobre los cuales descansa la controversia, para luego distribuir la carga probatoria, analizar la prueba rendida y decidir la controversia.

CUARTO: Que la parte demandante plantea en sus motivaciones jurídicas, que estos hechos generan una responsabilidad objetiva del Estado y/o conforme a las reglas generales de responsabilidad extracontractual. Por lo que se hace necesario dilucidar cuál es el estatuto jurídico aplicable para resolver el problema que se ha planteado.

A.- En cuanto al estatuto legal aplicable:

QUINTO: Que en cuanto a la responsabilidad objetiva del Estado -dado que se trata de un hospital de la FFAA-, el artículo 20 de la Constitución de 1925, reconocía el derecho a la indemnización por los perjuicios efectivos o meramente morales que hubiere sufrido injustamente, todo individuo a favor de quien se sobreseyere definitivamente; y el artículo 87 del mismo texto constitucional, contemplaba la existencia de tribunales administrativos

**Foja: 1**

para resolver las reclamaciones que se interpusieran contra los actos o disposiciones arbitrarias de las autoridades políticas y administrativas. Pero aunque ambos preceptos versaban sobre aspectos específicos de la responsabilidad del Estado por actuaciones en los campos judicial, político y administrativo, no se derivó de aquello una responsabilidad estatal con caracteres específicos, sino únicamente la consecuencia necesaria de la naturaleza del estado, en cuanto organización jurídica y política de la comunidad y de las variadas actividades que debe desarrollar en el amplio ámbito de las funciones que le corresponde llevar a cabo, haciendo uso de potestades revestidas de imperio y ejecutoriedad, cuya aplicación está enmarcada y regulada por normativas de Derecho Público. De ahí que las distintas responsabilidades que pueden causar esas acciones se sometan a normas y principios de esa rama del derecho.

SEXTO: Que en este sentido los preceptos del cuerpo constitucional de 1925 reglaron el juicio político para hacer efectiva la responsabilidad de las autoridades afectas a este procedimiento en sus artículos 39 y 42, remitiéndose el constituyente a la ley para determinar las otras responsabilidades que pudieran derivar de las situaciones descritas en esas disposiciones. En ese plano, durante la vigencia de la Constitución de 1925, el inciso 2° del artículo 121 del estatuto Administrativo aprobado por el DFL N°256, de 1953, dispuso que si el Estado resultare pecuniariamente responsable ante terceros a consecuencia de un acto ejecutado por un funcionario en contravención de sus obligaciones, éste deberá enterar en arcas fiscales la cantidad que se fije a favor de ellos a título de indemnización por sentencia judicial ejecutoriada y que esta obligación subsiste, aun después que dicho funcionario haya dejado de ser funcionario público, reconociendo así explícitamente la ley que el Estado podía ser condenado pecuniariamente por acciones realizadas por un funcionario con infracción de sus deberes e imponiendo a éste la devolución de las sumas indemnizadas.

SÉPTIMO: Que también bajo esa misma Constitución Política, el inciso 2° del artículo 67 de la Ley N°10.336.-, Orgánica de la Contraloría General, modificado por la letra d) del artículo 1° de la Ley N°14.832.-, de 1962, facultó al Contralor para ordenar que se descuenten de las

**Foja: 1**

remuneraciones de los funcionarios de los Servicios que controla ese organismo, las sumas que el Fisco u otra institución estatal deba pagar a terceros en virtud de sentencia judicial cuando se haga efectiva la responsabilidad civil por actos realizados en el ejercicio de las funciones respectivas, reiterando que las acciones dañinas ejecutadas por agentes públicos en el desempeño de sus cargos pueden comprometer la responsabilidad del Estado o de la institución empleadora, sin perjuicio del procedimiento administrativo previsto para lograr su reintegro.

OCTAVO: Que de las disposiciones de los artículos 20 y 42 de la Constitución de 1925 aparece, entonces, que la indemnización que podía reclamar un individuo absuelto o sobreseído definitivamente o la reclamación por un acto de un Ministro de Estado, debían corresponder a perjuicios sufridos injustamente por el afectado y que las reclamaciones ante los Tribunales Administrativos señalados en el artículo 87 debían interponerse respecto de actos o disposiciones arbitrarias de autoridades políticas o administrativas.

NOVENO: Que, sin embargo, ninguna de estas normas contemplaba una responsabilidad estatal objetiva, por cuanto sólo las actuaciones que merecieran reproche, por causar injustamente un daño o por haberse ejecutado de manera arbitraria, podían traer consigo una reparación patrimonial, en la medida que únicamente los actos o hechos que sean objeto de algún reparo de ilegitimidad dan lugar a responsabilidades.

DÉCIMO: Que el ordenamiento jurídico no encierra disposiciones de carácter general que establezcan responsabilidades objetivas para los particulares o el Estado y por ende, esta clase de responsabilidad requiere de una declaración explícita del legislador que escriba las circunstancias precisas que pueden generarla, como ocurre en las situaciones de los artículos 2327 y 2328 del Código Civil.

UNDECIMO: Que, sin embargo, en virtud del principio de servicialidad, contenido en los artículos 1 a 5 de la Constitución Política de la República y del principio de legalidad de los artículos 6 y 7 de la misma Carta, así como 2° de la Ley Orgánica Constitucional de Bases de la Administración del Estado, se extrae que los órganos del Estado están al servicio de la persona humana y que deben adecuar estrictamente su

**C-28577-2008**

**Foja: 1**

proceder al ordenamiento jurídico vigente, y que su contravención generará las responsabilidades que determina la ley.

DUODÉCIMO: Que en tal sentido el artículo 38 de la Constitución Política de la República dispuso que "Cualquier persona que sea lesionada en sus derechos por la Administración del Estado, de sus organismos o de las municipalidades, podrá reclamar ante los tribunales que determine la ley, sin perjuicio de la responsabilidad que pudiere afectar al funcionario que hubiere causado el daño".

DÉCIMO TERCERO: Que dicho artículo 38 de la Constitución, al establecer en su inciso 2° la competencia de los "tribunales que determine la ley" para el conocimiento de los asuntos administrativos, considera también la opción legislativa de asignar a los tribunales ordinarios establecidos en el artículo 5° del Código Orgánico de Tribunales el conocimiento de estas materias, ya sea por disposición expresa de la ley o como aplicación subsidiaria de su competencia general y residual. Por lo cual se trata de una norma procesal que establece una acción general de tutela frente a las actuaciones del Estado, debiendo ser revisados los factores de atribución que correspondan por las leyes establecidas para ello o por la general residual de los artículos 2314 y siguientes del Código Civil. De modo que esta norma exige al reclamante invocar un derecho subjetivo violado.

DÉCIMO CUARTO: Que debe concluirse entonces que no es posible aplicar el estatuto de una responsabilidad objetiva del Estado, sino la noción de la falta de servicio, que se presenta como una deficiencia o mal funcionamiento del servicio en relación a la conducta normal que se espera de él, estimando que concurre cuando el servicio no funciona debiendo hacerlo, o cuando funciona irregularmente, o tardíamente.

Y como no trata de una responsabilidad objetiva sino subjetiva -considerada como la culpa del servicio- deberá probarse por quien la alega. Ello implica acreditar el mal funcionamiento del servicio, el servicio tardío o el no funcionamiento del mismo; así como, que esta omisión o acción defectuosa, ha provocado un daño al usuario o beneficiario del servicio público de que se trata; y que la falla en la actividad del servicio estatal ha sido la causa del daño experimentado.

**Foja: 1**

DÉCIMO QUINTO: Que en cuanto a la extensión del artículo 2314 del Código Civil hacia la noción de falta de servicio, hasta antes de la dictación de la Ley N°18.575.- la responsabilidad del Estado se determinaba a través de la aplicación del artículo 2320 del Código Civil, situación que varió con la promulgación de la Ley de Bases de la Administración del Estado de 5 de diciembre de 1986 que incorporó al derecho público chileno el sistema de responsabilidad extracontractual del Estado elaborado por el derecho administrativo francés, principalmente a través de la jurisprudencia del Consejo de Estado, como una solución de equilibrio entre los derechos de los particulares y los intereses públicos. La ley contempló entonces el artículo 44 (hoy 42) que prescribió que los órganos de la Administración serán responsables del daño que causen por falta de servicio, y que el Estado tendría derecho a repetir en contra del funcionario que hubiere incurrido en falta personal, excluyendo expresamente de la aplicación del título II sobre normas especiales donde había quedado ubicado el artículo 44, a la Contraloría, al Banco Central, a las FFAA y de Orden y Seguridad, a las Municipalidades, al Consejo Nacional de Televisión y a las empresas públicas creadas por ley. Todo ello en el inciso 2° de su artículo 18 (actual 21)

DÉCIMO SEXTO: Que por ello, para determinar qué sistema es el aplicable a las instituciones excluidas, hubo de recurrirse nuevamente al derecho común, permitiendo de esta forma la conciliación de la actuación estatal, dotada de imperio público, como guardiana del interés colectivo, con la protección de los derechos de los ciudadanos, de tal suerte que se ha mantenido la aplicación en nuestro país, a partir de los artículos 2314 y siguientes del Código Civil, de la noción de falta de servicio.

DÉCIMO SÉPTIMO: Que de este modo pueden serle aplicados al Estado, en sus otras facetas o ramas, las normas del Título XXXV del Código Civil, sin que esto implique una errada interpretación de las mismas. Las personas jurídicas son capaces de culpa, aunque carezcan de voluntad propia. La culpa civil como señalan los hermanos Mazeaud y Andre Tunc, no requiere la voluntad, ni siquiera el discernimiento, no es necesariamente una culpa moral; es suficiente con comportarse de manera distinta a la que habría observado en parecidas circunstancias un individuo cuidadoso.

**C-28577-2008**

**Foja: 1**

DÉCIMO OCTAVO: Que de acuerdo con este razonamiento debe aplicarse a los casos excluidos o no contemplados el título XXXV del Libro IV del Código Civil, referente a los delitos y cuasidelitos, especialmente los artículos 2320 y 2322 del Código Civil que establecen la responsabilidad por hecho ajeno.

B.- Respecto de los hechos:

DÉCIMO NOVENO: Que en relación con las cuestiones de hecho, no se encuentra controvertido que el 27 de septiembre de 2007, la actora ingresó como paciente al Servicio Gineco-Obstetricia del **HOSPITAL**, con el diagnóstico de primigesta, embarazo de 40 semanas.

VIGÉSIMO: Que en lo relevante la actora señala que ese ingreso tuvo lugar a las 14 horas con 3 centímetros de dilatación, cuello blando y borrado; que 2 horas después la dilatación había aumentado a 4 centímetros y que en esas condiciones le colocaron anestesia epidural en cuyo procedimiento se perforó la dura madre, provocándole náuseas, vómitos y pérdida de sensibilidad del cuello a los pies; 4 horas después, esto es, a las 20 horas, se completó la dilatación pero el niño no descendía; que a las 22:10 horas se le realizó un último tacto; y que ingresó a pabellón 40 minutos después, es decir, a las 21:50 horas.

Según relata habría informado al personal de salud que no podía pujar por sentirse mal.

En definitiva el niño habría sido extraído con fórceps, realizándose una maniobra de tal violencia que se corrió de la camilla, le provocó fractura cráneo al niño y a ella un desgarró de cuarto grado que involucra esfínter anal. No siendo informadas ninguna de estas dos últimas consecuencias, de las cuales se enteró por hallazgo del pediatra la fractura, y por decírselo minutos antes de entrar a pabellón para una reconstrucción del esfínter al día siguiente, lo referente al desgarró perianal.

Finalmente agrega que se le realizó la maniobra de Kristeller que se encuentra prohibida.

**Foja: 1**

VIGÉSIMO PRIMERO: Que por su parte la demandada agrega que la paciente era portadora de estreptococo beta hemolítico e ingresó con destino a la sala de parto para conducción ocitocita; y que dicho ingreso fue realizado por el médico de turno gineco-obstetra **MEDICO\_3** y la matrona **MATRONA** y el primero controló el trabajo de parto.

VIGÉSIMO SEGUNDO: Que el artículo 1698 del Código Civil, establece que “Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta”.

VIGÉSIMO TERCERO: Que para abonar su pretensión, la parte demandante acompañó la siguiente prueba documental:

- 1) a fojas 102, Set de documentos consistentes en: a) Boletín de Ingreso convenio transbank N°2194, con timbre de 22 de octubre de 2007 de recaudadora **HOSPITAL**, cancelando Factura N°67204; b) copia de Factura N°67204 de **HOSPITAL** de 12 de octubre de 2007, por **\$138.352.-** por ingreso de **NOMBRE\_HIJO**, periodo **██/09/07** a **██/09/07**; y c) Pre factura de hospitalización del **HOSPITAL** de 9 de octubre de 2007 que incluye el resumen de la cuenta hospitalaria, por la misma cantidad.
- 2) a fojas 114, detalle de prestaciones efectuadas, emitido el 11 de marzo de 2008, por la **██████████**, Comando de Personal, División de Sanidad, que contempla para el día **██/██/07** “parto presentación” y para el **██/██/07** “incontinencia anal”, además de suministro de medicamentos como ampicilina, metronidazol, epinefrina, ketoprofeno, morfina, paracetamol.
- 3) a fojas 126, ficha clínica prenatal de **DEMANDANTE\_1** de 22 de marzo de 2007, en el cual se indica que la embarazada tiene 21 años, es estudiante de medicina, primigesta, padeció una anemia el año 2006 la cual fue tratada, no adolece de alergias. Y su pareja es **DEMANDANTE\_2**, 21 años, estudiante de obstetricia.
- 4) a fojas 127 a 140, copia de ficha clínica de control de embarazo, en los cuales se registraron una serie de controles médicos que van desde

**Foja: 1**

- el 13 de abril del año 2007 al 29 de septiembre del mismo año, y exámenes.
- 5) a fojas 137, "Ficha Nutricional Adultos" de la paciente **DEMANDANTE\_1**, de fecha 19 de abril de 2007, suscrito por el nutricionista Dr. **MÉDICO\_4**, en el cual se consigna un diagnóstico nutricional normal.
  - 6) a fojas 141, Ecotomografía del 1°, 2° y 3° semestre emitido por el departamento de ginecología y obstetricia del **HOSPITAL** de la paciente doña **DEMANDANTE\_1**, suscrito por el Dr. **MEDICO\_2**, donde no se señala ni aprecia ninguna anomalía a destacar.
  - 7) a fojas 144, contrato de servicios hospitalarios con autorización para efectuar cirugía, anestesia y/o procedimiento; consentimiento Informado sobre días de cama.
  - 8) a fojas 146, Ficha de Ingreso de doña **DEMANDANTE\_1** de fecha [REDACTED] de 2007, en el cual se señala que ingresó a las 10 de la mañana.
  - 9) a fojas 147, Ficha de Trabajo de Parto, en donde se registra la perforación dura madre y malestar de la paciente, vómitos. A las 15,40 hs. Con cuello borrado 70%, 4 cms. dilatación se realiza "RAM (**MEDICO\_3**)".
  - 10) a fojas 150, Hoja Ficha Clínica de [REDACTED] /12, da cuenta de "Desgarro perineal - Revisión Reparación y sutura. Paciente estable, tranquila, obstétricamente bien, útero retraído. Se practicó en la mañana reparación perienal con sutura de recto y restauración de esfínter. Evolucionando bien, sin dolor. Desgarro obstétrico de IV grado."
  - 11) a fojas 151, Protocolo Operatorio, "Expulsivo detenido. IDEM + Peritoneotomía rectorráfica. Fórceps. Sección de esfínter anal externo, desgarro rectal parcial. Aplicación de fórceps DR. **MEDICO\_3**. Kyelland en III plano. Extracción feto vivo. Sutura de mucosa rectal y esfínter".
  - 12) a fojas 155 y 156 vta., Ficha del Servicio de Anestesiología y Recuperación, da cuenta de desgarro perineal. Propuesta: remisión con sutura. "Cx explica necesidad de op ahora! Se explico riesgo



**Foja: 1**

mortalidad". (sic) y protocolo operatorio, Dres. **MEDICO\_3, MEDICO\_5** y

Des... (*ilegible*)

13) a fojas 160, Hoja Ficha Clínica, cloprocto, se la ve de urgencia por infección de herida el 24/10/07.

14)a fojas 177, Epicrisis de urgencia de la paciente **DEMANDANTE\_1**, donde se establece que se realizó un tratamiento de parto por fórceps y que la paciente sufrió un desgarro de IV grado, fecha de ingreso fue el [REDACTED] de 2007 y fecha de egreso fue el [REDACTED] del mismo año.

15)a fojas 182, copia de libro "Obstetricia", tercera edición, autor A. Pérez Sánchez- E. Donoso Siña, de su índice, Capítulos 20, 22 y 25.-en donde se detallan las tres fases del parto y el uso de fórceps con sus indicaciones médicas y condiciones generales, así como sus riesgos.

16)a fojas 213, copia de Guía Perinatal del Gobierno de Chile, Autores, Índice y Capítulo 8.- sobre Evaluación de Trabajo de Parto y Parto. Uso de ocitocina como acelerador del parto en caso de alguna condición o patología que lo requiera y no debe usarse por complacencia ya que aumenta el riesgo de cesárea en el trabajo de parto. RAM (rotura artificial de membrana) sólo con el fin de corregir una evolución inadecuada del parto. No debe efectuarse de rutina y los criterios son: para visualizar meconio, descenso y/o apoyo cefálico, prueba de parto vaginal, mejorar actividad uterina, requiere indicación médica y puede ser ejecutada por matrona o médico. Agrega que en caso de falla o cese de descenso necesidad de cesárea.

17) a fojas 226, copia de libro "Urgencias y Complicaciones en Obstetricia", Ed. Mediterráneo de Marcial García-Huidobro L- y Jorge Hasbún H. índice Capítulos 18 y 22.

VIGÉSIMO CUARTO: Que la parte demandada a su vez, vino en acompañar la siguiente prueba documental:

a) A fojas 69, Informe N°EH-10, de 16 de enero de 2009, evacuado por don **MEDICO\_6**, Jefe UGC Gineco- Obstetricia del **HOSPITAL**, en el cual consigna que el caso clínico corresponde a una paciente primigesta de 21 años que cursó embarazo fisiológico con un adecuado control obstétrico, indicando como

**C-28577-2008**

**Foja: 1**

antecedente relevante que demandante es portadora de estreptococo grupo

B en vagina. Señala que la paciente ingresa en trabajo de parto en fase latente con condiciones cervicales favorables (Bishop 6) a las 13.00 hrs. Se coloca vía venosa y se inicia profilaxis antibiótica intraparto con ampicilina endovenosa. Indica que inicia fase activa a las 15.40 hrs., manifestándose medidas para gobierno de parto (conducción oxicítica, rotura artificial de membranas y anestesia peridural). Agrega que durante la colocación del trocar para la anestesia epidural, se produce punción de la duramadre, situación advertida por el anestesista y que no impidió completar el procedimiento anestésico. Expresa dicho informe que éste permitió una anestesia de conducción a través del catéter epidural en forma adecuada y durante todo el trabajo de parto, siendo dicha punción en la duramadre un enveto que puede producirse en el 0,5% a 2% del total de las anestesiaciones epidurales. La progresión de la dilatación ocurrió en forma adecuada, lográndose dilatación completa a las 20.45 hrs., implicando una fase activa de 5 horas, valor considerado normal para una primípara. En ese momento se procede a esperar la rotación y el descenso de la cabeza fetal tomando las medidas médicas correspondientes (mantener conducción oxicítica y monitorización fetal continua). Continúa el informe indicando que a las 22.20 hrs., la cabeza fetal se encuentra en segundo plano de Hodge y en posición occipito iliaca derecha transversal con monitorización fetal normal, señala que esto constituye un descenso retardado de la presentación y que, como en este caso, en ausencia de signos de desproporción céfalo-pelviana, debe manejarse con aceleración oxicítica monitorizada, agrega que dicha situación clínica, tiene, en general, buen pronóstico de parto vaginal. 30 minutos después, se indica en el informe, el Dr. **MEDICO\_3**, ordena el traslado a la sala de parto para la evaluación en posición de parto, de acuerdo al examen descrito en el protocolo operatorio, al momento del parto, la presentación fetal se encuentra en tercer plano de Hodge, posición considerada como cabeza encajada. Se destaca que sólo en caso de falla de descenso o cese secundario de éste, la indicación es una cesarí, situación no aplicable al caso particular. En la sala de parto se realiza el diagnóstico de expulsión detenido, definido como la incapacidad de la madre para generar un pujo adecuado que permita la expulsión del producto, se destaca demás

**C-28577-2008**

**Foja: 1**

que al momento del diagnóstico, la paciente ha estado dos horas con dilatación completa y treinta minutos en la sala de parto, por lo que se acercaba a las 3 horas que el American College of Obstetricians and Gynecologists define como máximo de espera en esta etapa. Indica que el expulsivo detenido es una de las situaciones clínicas en las cuales, para su resolución está indicado el uso de fórceps, por lo que en esta situación clínica, con la presentación fetal encajada y con condiciones para un parto con fórceps, la cesárea no se considera una alternativa. Así y al momento de tomar la decisión de proceder con el fórceps, el caso cumple con todas las condiciones requeridas para este procedimiento, a saber: i) dilatación completa; ii) presentación encajada; iii) proporcionalidad céfalo-pelviana; iv) membranas rotas; v) diagnóstico correcto de la variedad de posición; vi) anestesia materna; y vii) operador entrenado. Indica que los instrumentos usados, corresponden a fórceps medio.

Como consecuencia de la atención de parto antes descrita, se produce un desgarro perineal de cuarto grado, se compromete el esfínter anal y la mucosa del canal anal, complicación que se presenta en el 0,6% al 5% de los partos vaginales pero que puede llegar al 18% en los casos de uso de fórceps en expulsivo detenido. Indica que la reparación de estas lesiones durante la atención del parto, aun en mano expertas, puede ser insuficiente hasta en un 50% de los casos, razón por la cual se justifica que la paciente haya sido reevaluada a la mañana siguiente, a solicitud del ginecólogo tratante, por un especialista coloproctólogo. Indica que es este especialista quien determinó la necesidad de reexplorar el periné bajo anestesia para realizar una reparación adecuada. Dicho procedimiento fue llevado a cabo sin incidentes y en forma satisfactoria.

b) a fojas 73, documento privado denominado "Informe Médico", evacuado por el Médico Cirujano don **MEDICO\_5**, en el cual se aprecia la existencia de un desgarro perineal de la paciente, por lo cual se procedió a cirugía de reparación del esfínter seccionado. Se agrega que se evolucionó en buenas condiciones y presentó una infección de la zona operatoria con dehiscencia parcial y sin afectar la reparación del esfínter, que se trató con antibióticos orales. El 9 de octubre de 2007 se solicitó una

**Foja: 1**

endosonografía anal, para evaluar el resultado anatómico de la cirugía de la no se tuvo noticias. Se indica además que el 8 enero de 2008, el médico tratante controló a la paciente por última vez, sin que acudiera al control posterior, estando pendiente la endosonografía y ejercitación perineal por Kinesiología.

c) a fojas 74, Informe de Auditoria N°016, evacuado por el médico auditor de la [REDACTED], don **MEDICO\_7**, de fecha 16 de enero de 2009, el cual se realizó a consecuencia de la presente demanda de indemnización de perjuicios. Dicho informe de divide en los siguientes segmentos (además de los del niño que se analizaron más adelante):

**Ficha Clínica**, a la Sra. **DEMANDANTE\_1** inició sus controles por un embarazo, el 23 de marzo de del año 2007 con el personal profesional de salud del servicio de Gineco-Obstetricia del **HOSPITAL**. En su ficha prenatal y los controles de embarazo no registraron complicaciones, realizándose un último control el 20 de septiembre de 2007. El día [REDACTED] a las 13.30 hrs., la paciente ingresa al Servicio de Gineco-Obstetricia del **HOSPITAL** con el diagnostico de: i) Primigesta; ii) Embarazo de 40 semanas; iii) Portadora de streptococo beta hemolítico con destino sala de parto para conducción ocitosita. Se indica ampicilina 2 gms. endovenosos. El ingreso fue realizado por el Médico Gineco-Obstetra **MEDICO\_3** y la Matrona Sra. **MATRONA**, siendo controlado el trabajo de parto por el mencionado profesional. Se agrega que los parámetros que habitualmente se evalúan se encuentran perfectamente registrado en el formulario trabajo de parto, destacando un tacto vaginal a las 15.40 hrs; la rotura artificial de membranas y la indicación de anestesia peridural, la cual fue administrada instalando catéter epidural, mediante la perforación de la duramadre, como dejó constancia la Dra. **DOCTORA\_1**. El Dr. **MEDICO\_3** realizó un nuevo tacto vaginal a las 17.45 hrs. constatando: "Cefálica I plano, dilatación 7 cm., líquido amniótico claro y ausencia de signos de alarma fetal". A las 18.00 hrs. se administró segunda dosis de buvivan y fentanyl; 18.30 hrs. se administró la primera dosis de ampicilina endovenosa; a las 20.45 hrs. el Dr. **MEDICO\_2** realiza un nuevo tacto vaginal, constatando dilatación

**C-28577-2008**

**Foja: 1**

completa; cefálica alta y líquido amniótico claro; a las 21.45 hrs., se registra dilatación completa, se indica dosis de refuerzo anestésico, monitorización continua y se espera descenso. Un nuevo tacto vaginal practicado por el Dr. **MEDICO\_3** constata: Cefálica II plano. OIDT. Bordes de cuello y líquido amniótico claro. En definitiva, por indicación médica se trasladó a la paciente a la sala de parto a las 22.50 hrs y a las 23.21 se produce el parto y alumbramiento mediante fórceps en III plan, durante el cual, se produjo la sección de esfínter anal externo y un desgarró rectal parcial que se reparó con sutura de la mucosa rectal y el esfínter. A las 9.15 del día 28 de septiembre, el médico cirujano especialista proctólogo Dr. **MEDICO\_5**, realiza la reparación perineal y plastia esfinteriana de un desgarró perineal IV posparto. Se indica en el referido informe que los controles post operatorios realizados, no registran problemas de significación en la evolución de la demandante, al extremo que el día 30 de septiembre de 2007, fue dada de alta. Se agrega que la ficha registra un control alejado en el consultorio externo de coloproctología el 9 de octubre de 2007, en la que se constata buena función esfinteriana y dehiscencia parcial de la sutura de la mucosa anal. Posteriormente, el 24 de octubre de 2007, en dicho consultorio externo se diagnostica dehiscencia parcial de la herida perineal, con escasa pus sin mal olor. Se indica metronidasol oral, tapón vaginal con azul de metileno y control S.O.S. Los controles en consultorio externo de gineco-obstetricia, hasta el 23 de octubre, registran la mejoría progresiva del problema perineal. Finalmente la paciente continúa en controles con el coloproctólogo Dr. **MEDICO\_5**, quien solicitó un endosonografía anal para evaluar el resultado anatómico de la cirugía y ejercitación perineal, indicaciones que no habrían sido cumplidas o no fueron informadas.

**Informe del Médico Tratante Dr. MEDICO\_8.** Se indica que el mencionado profesional sostiene que toda su actuación se ciñó estrictamente a las normas establecidas por el Ministerio de Salud, conduciendo el trabajo de parto hacia una resolución por vía vaginal y que la necesidad del fórceps fue justificada, no existiendo en ningún momento la indicación de operación cesárea.

**Foja: 1**

**Informe del médico jefe de la unidad de Gestión Clínica Gineco-Obstetricia Dr. MEDICO\_6**, quién utilizando los antecedentes del caso, entre otros, respalda el accionar del Dr. **MEDICO\_3** en lo que respecta a la indicación de fórceps y señala que tanto, el desgarro vaginal de la paciente, cuanto la fractura de cráneo del recién nacido son complicaciones que se presentan en el 0,6 al 5% de los partos vaginales, pero que puede llegar hasta el 18% en caso de uso de fórceps en expulsivo detenido, cual fue la situación en el caso particular y que los hematomas del recién nacido se pueden presentar en el 0,4 al 2,5% de todos lo partos. El Dr. **MEDICO\_6**, destaca la inmediata solicitud de interconsulta de un especialista coloproctólogo para la evaluación del desgarro vaginal reparado por él durante la atención del parto y la entrega del caso a éste cirujano para su mejor manejo posterior.

**Informe del Dr. MEDICO\_5, especialista coloproctólogo**, quien según el informe certifica haber explorado en pabellón a la paciente Sra. **DEMANDANTE\_1**, pocas horas después de haber ocurrida la complicación realizando la reparación del esfínter seccionado y señalando que evolucionó en buenas condiciones con deshicencia parcial e infección de la zona operatoria que no afectó la reparación esfinteriana. Dicho profesional controló a la paciente por última vez, el 8 de enero de 2008, sin conocer el resultado de una endosonografía anual y la ejercitación perineal Kinésica indicada por el él, en control del 9 de octubre del afio 2007.

**Análisis y Conclusiones**, el cual se indica que con los antecedentes estudiados, se puede concluir que la atención del Parto de la paciente Srta. **DEMANDANTE\_1**, se ajustó a la *lex artis* y a las guías clínicas del Servicio Gineco-Obstetricia de la Fuerza Aérea, al que pertenecen los profesionales prestadores. Agrega que las complicaciones ocurridas a la paciente y al recién nacido deben ser considerados riesgos inherentes a los procedimientos técnicos empleados durante la atención, justificados por las condiciones secuenciales que se fueron presentado durante el desarrollo de trabajo de parto, según lo acreditan claramente los registros cronológicos de la ficha clínica y los respectivos informes de los especialistas que

**C-28577-2008**

**Foja: 1**

participaron en el caso. Indica que las complicaciones fueron tratadas adecuadamente, el recién nacido no tuvo secuelas de su fractura craneal y la paciente, al menos durante el periodo del control posterior al alta por el especialista coloproctólogo, evolucionaba satisfactoriamente con el tratamiento antibiótico de una infección local. Finalmente señala que no hay constancia de consultas por la supuesta incontinencia rectal.

d) a fojas 80, documento privado denominado "Informe Médico" realizado por el Médico Gineco- Obstetra **MEDICO\_3**, en el cual se concluye que la atención del Parto de la paciente **DEMANDANTE\_1**, se ajustó a la *lex artis* y las guías clínicas del Servicio Gineco-Obstetricia de la [REDACTED]. Adiciona dicho informe que las complicaciones ocurridas a la paciente y al niño, deben ser considerados riesgos inherentes a los procedimientos técnicos empleado durante la atención, justificados por las condiciones secuenciales que se fueron presentado durante el desarrollo de trabajo de parto, según lo acreditan claramente los registros cronológicos de la ficha clínica y los respectivos informes de los especialistas que participaron en el caso.

VIGÉSIMO QUINTO: Que la misma parte demandada rindió la prueba testimonial que rola a fojas 96 y siguientes, la cual consiste en la declaración del testigo don **MEDICO\_7**, quien manifiesta que la demandante tuvo lesiones durante el transcurso de un parto, las cuales son inherentes al mismo acto médico. Ella fue llevada a pabellón durante el desarrollo de un embarazo de término para el manejo médico del parto que se había iniciado. Relata el testigo que el desarrollo del trabajo de parto se detuvo en un momento, lo que significa que la expulsión del niño que está por nacer se detuvo, obligando al Obstetra tratante a utilizar un Fórceps que estaba indicado de acuerdo al desarrollo del evento. Agrega el testigo que el niño nació vivo y siguió siendo manejado por la matrona y el Neonatólogo y el Obstetra se encargó de su paciente reparando un desgarro perineal. Indica que la época exacta no la recuerda, pero que fue el año 2007. Señala que reconoce como suya la firma y el contenido del informe de auditoría N°016 de enero 2009 que rola a fojas 74 y siguientes. Lo anterior le consta porque es médico auditor y le solicitaron la revisión o

**C-28577-2008**

**Foja: 1**

auditoría de dichos eventos. Agrega que no tuvo la oportunidad de examinar a doña **DEMANDANTE\_1**. Señala finalmente el testigo que los registros de la ficha clínica le permitieron tomar conocimiento de que la evolución posterior al parto, incluía una revisión de Re Reparación del desgarro perineal por un especialista, las cuales habían sido satisfactorias al extremo que la paciente fue dada de alta del Hospital dos días después del parto y en los controles Obstétricos y Proctológicos a los que fue citada hay registros de recuperación sin complicaciones.

VIGÉSIMO SEXTO: Que se decretó **Informe Pericial**, el que fue realizado por don Mauro Parra Cordero, médico cirujano, que consta a fojas 363, y que fue realizado sobre la base del relato de la actora, informe del médico que la atendió, ficha clínica, reporte de auditoría, informes de jefes de servicio y de radiografía del niño. Describe con dichos antecedentes que la actora tenía al momento del parto 21 años, era primigesta y no tenía antecedentes mórbidos de importancia salvo estreptococo grupo B y que al ingresar al hospital tenía embarazo de 40+1 semanas. Aumentó en sus controles 16 kilos y altura uterina de 35 cms. por encima de lo esperado, pero test normal de tolerancia glucosa y ecografía que no mostraba feto grande. Los hallazgos clínicos se asocian con lo no previsto de un recién nacido macrosómico que pudiese tener una mayor incidencia en la mayor extensión del expulsivo, lo que no necesariamente de haberse tenido en cuenta inhabilitan parto vaginal, ya que la cesárea se indica para 4.300 gras y más. Al ingreso se le administró antibióticos profiláctico por estreptococo B y por tener 4 cms. se indicó conducción ocitócica y rotura artificial de membranas. Durante el gobierno de parto estima necesario comentar dos situaciones: perforación duramadre, en que es una complicación de la instalación de la anestesia pero que no evitó que se mantuviera la analgesia y no se consigna en la ficha que haya producido alteraciones hemodinámicas o neurológicas, salvo el relato de la madre. El pero agrega que no puede concluir nada acerca de estos riesgos. En cuanto a la duración del parto y descenso: señala que una vez que se completó la dilatación en los tiempos esperados de 5 horas para primigesta, hubo una segunda fase o expulsivo con “tendencia a la prolongación” (2,5 horas) y se pasó a sala de parto para evaluar la opción de parto vaginal operatorio



**Foja: 1**

(fórceps) estos tiempos según su opinión estaban en los rangos aceptados por la comunidad científica que tiene máximo de 3 horas. Sobre la forma más recomendable para obtener el nacimiento del niño, señala que los tiempos y la progresión de la dilatación eran los correctos no se había planteado una desproporción céfalo-pélvica, la embarazada no tenía contraindicación de parto vaginal y la colocación anestésica sorteada, así como la monitorización de oxigenación fetal informada como normal. El problema se presentó en la evaluación del grado de encajamiento de la presentación cefálica, evaluación que tiene definiciones indicaciones estrictas pero con aspectos subjetivos que no pudieron cuantificarse de la ficha e informes. En la ficha de la sala de parto se señala que a las 23:12, es decir, 9 minutos antes de aplicar el fórceps se apreció disminución latidos cardiacos a rangos anormales, aunque no queda claro para el perito si influyó en la decisión. el fórceps fue "medio" coincide con "espinas 0" de la clasificación De Lee o denominada encajada pues "el ecuador de la presentación estaba a nivel del estrecho de la pelvis menor". El hospital no tenía guía clínica específica para uso de fórceps y las del Minsal son muy escuetas pero entre las condiciones menciona el fórceps como a ser realizado con un encajamiento mayor o igual a espinas +2 de la clasificación de De Lee. En su concepto optar entre un fórceps o una cesárea de urgencia en una paciente con dilatación completa y encajada no es simple y tiene variables que deben ser analizadas por el médico tratante. Este fórceps medio no está proscrito pero requiere alta experiencia, la especialidad del médico está certificada en este saco por CONACEM pero no hay antecedentes de la institución, ni personales, cifras de fórceps, entre otros., según los informes la sospecha de fractura de cráneo fue descartada y en cuanto al desgarro corresponde a una complicación por el uso de fórceps y debe ser resuelta por el médico tratante o por algún médico asignado por la institución como urgencia. El inconveniente se produjo de una sutura primaria que aparentemente no fue ejecutada con la técnica ni con el material de suturas adecuadas, según la lectura de los protocolos operatorios. "En el primero, el realizado primariamente por el Dr. **MEDICO\_3**, se menciona una lesión esfinteriana y rectal de 2 cm., que habría sido suturada con catgut 2-0. En el protocolo del Dr. **MEDICO\_5**, se describe que abierta la perineorrafia se observa una sección completa del

**C-28577-2008**

**Foja: 1**

esfínter externo y la musosa rectal abierta en V cuyo vértice se encuentra al menos a 5 cm del margen anal. El Dr. **MEDICO\_5** empleó para la mucosa y submucosa rectal vicryl 3-0, y sutura traslapada de los cabos del esfínter externo con prolene 2-0. Por lo tanto, impresiona que otro de los requisitos de la realización de un fórceps -o sea que el operador sea capaz de resolver complicaciones de las partes blandas del canal del parto- no se cumplieron con la rigurosidad que se esperaría para un centro asistencial de la complejidad del **HOSPITAL**. Hubiese sido deseable que el médico tratante, ante la complejidad del desgarro vágino-rectal, hubiese solicitado con mayor prontitud, e idealmente contemporáneamente, la ayuda de un médico con mayores competencias en la resolución de este tipo de lesiones. En cuanto a la guía Minsal es general y escueta y para el fórceps doce “encajamiento mayor o igual a espinas +2”, complementa con guías extranjeras y señala: "...un fórceps es seguro en la medida que se cumplan los siguientes requisitos: 1) realizar una evaluación adecuada de la situación clínica, 2) comunicar claramente a la paciente y al personal de salud las circunstancias del caso, y 3) tener experiencia en la utilización del instrumento elegido, especialmente en fórceps medios en los cuales existe mayor probabilidad de fallar y realizar una cesárea de urgencia. También menciona que la tasa de falla de los fórceps se originan por una serie de factores como masa corporal > 30, estimación fetal >4000, posición polo cefálico occípito posterior, y fórceps medios. En este grupo de pacientes, siempre se debe estar preparado para realizar una cesárea de urgencia, con todo lo que ello implica de preparar al equipo de salud de cooperación, como un ayudante, pabellonero, anestesista, y neonatólogo. En cuanto a los desgarros perineales de III y IVB grado, un estudio holandés (de Leeuw JW, 2008) señala que con episiotomía el riesgo es de 2,6%, mientras que sin ella, asciende a 22%. En estudios británicos (Macleod M, 2008), no hubo diferencias entre el uso de episiotomía profiláctica o no, siendo para ambos procedimientos un 11%.”

C- Respecto de la salud de la madre:

VIGÉSIMO SÉPTIMO: Que de las fichas clínicas acompañadas desde fojas 126 a 177 -que se refieren a controles prenatales, parto y

**C-28577-2008**

**Foja: 1**

epicrisis- se desprende que doña **DEMANDANTE\_1**, de entonces 21 años y estudiante de medicina, primigesta, controló todo su embarazo en el **HOSPITAL** (el último control 20/09/12), con exámenes normales, salvo un estreptococo que no adquirió relevancia posterior salvo para definir antibióticos profilácticos, y que aunque subió 16 kilos de peso no se sospechó complicaciones del embarazo. Esto se aprecia también en el Informe de Auditoría Médica realizado y lo ratifica el peritaje de médico Mauro Parra de fojas 363.

De estos mismos antecedentes se extrae que la actora ingresó al Servicio Gnceco-Obstetra el 27 de septiembre a las 13:30 horas, siendo recibida por el médico señor **MEDICO\_3**, con la especialidad gineco-obstetra de Conacem, según señala el informe pericial, se le administraron antibióticos profilácticos y ocitocina. Pasadas las 15 horas, con 4 cm de dilatación y cuello borrado 70% se le colocó anestesia epidural, produciéndose el evento adverso de perforación de la duramadre, registrándose en la ficha de fojas 147, malestar de la paciente y vómitos; además se dispuso y realizó rotura artificial de la membrana, lo que quedó registrado en su ficha. A las 22:45 horas se le realizó un último tacto, por el Dr. **MÉDICO\_2**, constatándose dilatación completa lo que se constata a las 21:45 nuevamente y según registra el informe de auditoría, se esperó descenso. Nuevo tacto a las 22:50 y traslado de la madre a la sala de parto.

El médico Dr. **MEDICO\_3** decide uso de fórceps medio, el que se aplicó a las 23.21 horas, extrayendo feto vivo pero a raíz de lo cual se produjo el desgarramiento perianal de IV grado que comprometió recto y mucosa, seccionándose el esfínter anal externo. Fue suturada por el Dr. **MEDICO\_3**.

Al día siguiente fue intervenida quirúrgicamente para reparación perineal y plastia esfinteriana, se le administró múltiples medicamentos según detalle de fojas 114, que incluyeron analgésicos y antibióticos. Según el informe del médico Sebastián **MEDICO\_5**, de fojas 73, se presentó una infección de la zona operatoria con deshidratación parcial y sin afectar la reparación del esfínter, que se trató con antibióticos orales. Se dispuso realizar una endosonografía anal y ejercitación perineal por kinesiología en

**Foja: 1**

octubre de 2007, pendiente al 8 de enero de 2008 en que se la controló por última vez.

VIGÉSIMO OCTAVO: Que en relación con el manejo del parto del Informe Pericial, se extrae que el hospital no tenía un protocolo propio y tampoco fueron allegados por la demandada, por lo que habrá que estarse a los protocolos generales para uso del sector salud, como es la Guía Perinatal del Gobierno de Chile, que se lee a fojas 213 y que es citada por el informe de perito. En dicho documento se establece: "Uso de ocitocina como acelerador del parto en caso de alguna condición o patología que lo requiera y no debe usarse por complacencia ya que aumenta el riesgo de cesárea en el trabajo de parto. RAM (rotura artificial de membrana) sólo con el fin de corregir una evolución inadecuada del parto. No debe efectuarse de rutina y los criterios son: para visualizar meconio, descenso y/o apoyo cefálico, prueba de parto vaginal, mejorar actividad uterina, requiere indicación médica y puede ser ejecutada por matrona o médico. Agrega que en caso de falla o cese de descenso necesidad de cesárea."

VIGÉSIMO NOVENO: Que como primera apreciación aparece entonces que si bien se trataba de una embarazada en condiciones normales de salud, se le aplicaron dos medidas, que no aparece hayan sido consentidas por ella o ni fundamentadas en condiciones especiales, conforme a los criterios establecidos en la guía o protocolo médico, y con las cuales se buscó acelerar el proceso natural del parto. No aparecía nada inadecuado que corregir y por el contrario, en caso de fracaso de su uso la consecuencia, es una cesárea de urgencia.

TRIGÉSIMO: Que, sin embargo, el médico, optó por el uso de fórceps, que si bien no está prohibido no aparecía como la decisión que el protocolo señalaba, de acuerdo a lo que se ha explicado. De manera que conforme a lo que permite el artículo 426 del Código de Procedimiento Civil, bien puede presumirse que se aplicó medidas que aceleraron el parto, las cuales no funcionaron porque no descendió el niño y en vez de atender una cesárea de urgencia, se aplicó fórceps. Y agravaba la situación el hecho constatado en la ficha de fojas 147 de que ella presentaba malestar y vómitos a consecuencia del evento adverso sufrido en la anestesia

**Foja: 1**

TRIGÉSIMO PRIMERO: Que el desgarro de IV grado sufrido por la joven, se produjo a consecuencia del uso de fórceps, siendo uno de los riesgos de esa maniobra, lo cual no habría ocurrido si se hubiere realizado la cesárea, o mejor aún si se hubiere acompañado y monitoreado el proceso, sin intervención artificial, teniendo como resultado un parto vaginal normal.

TRIGÉSIMO SEGUNDO: Que además no aparece que el fórceps estuviera totalmente indicado en este caso puesto que según se advierte en el peritaje y de la comparación con los estudios médicos sobre el tema, las condiciones físicas de la madre y de progresión del parto no eran las adecuadas. En efecto se señala que es necesario un encajamiento mayor o igual a espinas +2 y "...un fórceps es seguro en la medida que se cumplan los siguientes requisitos: 1) realizar una evaluación adecuada de la situación clínica, 2) comunicar claramente a la paciente y al personal de salud las circunstancias del caso, y 3) tener experiencia en la utilización del instrumento elegido, especialmente en fórceps medios en los cuales existe mayor probabilidad de fallar y realizar una cesárea de urgencia. También menciona que la tasa de falla de los fórceps se originan por una serie de factores como masa corporal > 30, estimación fetal >4000, posición polo cefálico occípito posterior, y fórceps medios. En este grupo de pacientes, siempre se debe estar preparado para realizar una cesárea de urgencia, con todo lo que ello implica de preparar al equipo de salud de cooperación, como un ayudante, pabellonero, anestesista, y neonatólogo.", equipo que no aparece se haya previsto en este caso, en que además había un encajamiento igual a 0.-, según se extrae del mismo informe.

TRIGÉSIMO TERCERO: Que por otra parte la sutura realizada por el médico que atendió el parto y utilizó el fórceps no se realizó con la expertice necesaria para reparar la herida, utilizándose malos materiales y mala técnica, cuestión que le era exigible. Así se desprende del informe pericial "El inconveniente se produjo de una sutura primaria que aparentemente no fue ejecutada con la técnica ni con el material de suturas adecuadas, según la lectura de los protocolos operatorios. En el primero, el realizado primariamente por el Dr. **MEDICO\_3**, se menciona una lesión esfinteriana y rectal de 2 cm., que habría sido suturada con catgut 2-0. En

**C-28577-2008**

**Foja: 1**

el protocolo del Dr. **MEDICO\_5**, se describe que abierta la perineorrafia se observa una sección completa del esfínter externo y la musosa rectal abierta en V cuyo vértice se encuentra al menos a 5 cm del margen anal. El Dr. **MEDICO\_5** empleó para la mucosa y submucosa rectal vicryl 3-0, y sutura traslapada de los cabos del esfínter externo con prolene 2-0. Por lo tanto, impresiona que otro de los requisitos de la realización de un fórceps -o sea que el operador sea capaz de resolver complicaciones de las partes blandas del canal del parto- no se cumplieron con la rigurosidad que se esperaría para un centro asistencial de la complejidad del **HOSPITAL**. Hubiese sido deseable que el médico tratante, ante la complejidad del desgarro vagina-rectal, hubiese solicitado con mayor prontitud, e idealmente contemporáneamente, la ayuda de un médico con mayores competencias en la resolución de este tipo de lesiones”.

TRIGÉSIMO CUARTO: Que tampoco se acreditó que la paciente hubiere tenido conocimiento del desgarro y/o sus características, sino antes de entrar a pabellón al día siguiente como aparece de la constancia manuscrita del documento consignado a fojas 155 y 156 vta.

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

TRIGÉSIMO SEXTO: Que el artículo 2320 inciso 1° del mismo cuerpo legal señala “Toda persona es responsable no sólo de sus propias acciones, sino del hecho de aquellos que estuvieren a su cuidado” y el artículo 2322 inciso 1° agrega “Los amos responderán de la conducta de sus criados o sirvientes, en el ejercicio de sus respectivas funciones, y esto aunque el hecho de que se trate no se haya ejecutado a su vista”.

TRIGÉSIMO SÉPTIMO: Que en este caso se encuentra acreditado que la atención médica dada a la madre con ocasión del parto no fue realizada con la diligencia debida, ni conforme a las prácticas más adecuadas, lo que originó serias lesiones a su cuerpo que pudieron ser

evitadas ni afrontadas y solucionadas adecuadamente, por quienes actuaban como dependientes de la demandada.

TRIGÉSIMO OCTAVO: Que todos estos hechos además constituyen violencia obstétrica puesto que se realizaron intervenciones innecesarias antes y durante el parto, lo que implicó para **DEMANDANTE\_1** maltrato y falta de respeto.

TRIGÉSIMO NOVENO: Que, por ello, no solamente se está en presencia de una negligencia básica contempladas en las normas generales de responsabilidad extracontractual y constitutivas de falta de servicio, sino además de un incumplimiento del Estado al deber de protección y valoración de la vida contenida en el artículo 19 N°1 de la Constitución Política de la República que debe ser reparada.

D.- En relación con la salud del niño:

CUADRAGÉSIMO: Que los actores que concurren por sí, lo hacen también por su hijo **NOMBRE\_HIJO**, nacido en las circunstancias ya reseñadas precedentemente y respecto de quién se demandan perjuicio puesto que por el uso del fórceps resultó con fractura de cráneo y a raíz del desgarro y posterior infección de la madre le habría sido suspendida la lactancia materna con la consecuente interrupción de proceso de apego.

CUADRAGÉSIMO PRIMERO: Que respecto de estos hechos, la parte demandante rindió como prueba la siguiente:

- 1) a fojas 1, certificado de nacimiento de **NOMBRE\_HIJO**.
- 2) a fojas 107, Set de documentos consistentes en: a) Boletín de Ingreso convenio transbank N°2195, con timbre de 22 de octubre de 2007 de recaudadora **HOSPITAL**, cancelando factura N°67196; b) copia de Factura N°667196 de **HOSPITAL** de 12 de octubre de 2007, por \$69.444.- en atención niño 02/10/07 a 03/10/07; y c) Pre factura de hospitalización del Hospital de la

**Foja: 1**

Fach con fecha 10 de octubre de 2007 que incluye el resumen de la cuenta hospitalaria por la misma cantidad.

- 3) a fojas 112, Informe de R.X. de cráneo frontal-lat del hijo de los demandantes de 29 de septiembre de 2007, suscrito por la Dra. **DOCTORA\_2**, médico radiólogo del **HOSPITAL**, el cual indica “Se ve una fina línea parietal izquierda hacia posterior solamente en la placa frontal de dudosa interpretación en este examen la que eventualmente podría tener un (*origen*) traumático, pero que también podría corresponder a una sutura accesoria. A nivel parietal y hacia el vértex también se ve una banda hipotensa que cruza la calota que eventualmente podría tener igual significado. Hay artefactos que se proyectan en la calota determinados por pliegues cutáneos. Hay una cierta deformación plástica, con un cráneo algo dólico con un discreto cabalgamiento de suturas hacia posterior. Las suturas impresionan de amplitud normal exceptuando parte de la sutura sagital la que se ve un poco más amplia. Se ve un doble contorno a nivel del frontal y una cierta irregularidad de la calota a nivel parietal. Si clínicamente se justifica, se sugiere complementar con ecotomografía cefálica o algún otro examen de imagen”
- 4) a fojas 113, Informe TAC de cráneo y cerebro del hijo de los demandantes, de 2 de octubre de 2007, suscrito por el Dr. **MEDICO\_9** médico radiólogo del **HOSPITAL**, cuyo procedimiento se llevó a cabo mediante técnica helicoidal multicorte sin y con uso de contraste yodado endovenoso. En cuanto a los hallazgos indica “Sistema ventricular normal. Línea media conservada. Cisternas basales subaracnoideas sin alteraciones, en el parénquima encefálico no se reconocen evidencias de lesión focal ni calcificaciones sospechosas de significado patológico actual. No se observan calcificaciones intracraneanas patológicas. Calota craneana indemne. En especial no se observan evidencia de rasgos de fractura a nivel parietal izquierdo”. Concluye dicho informe “examen sin alteraciones”.



**C-28577-2008**

**Foja: 1**

5) a fojas 165, copia de ficha clínica R.N. de **HIJO** Villanueva de 29 de octubre de 2007, con la respectiva ficha de evolución del paciente. 4,010 kgs., 53 cms.. obs. Rx cráneo.

CUADRAGÉSIMO SEGUNDO: Que la parte demandada allegó a su vez a fojas 74, Informe de Auditoría N°016, evacuado por el médico auditor de la Fuerza Aérea de Chile, don **MEDICO\_7**, de fecha 16 de enero de 2009, que incluye los siguientes informes médicos:

- **neonatólogo, Dr. MÉDOCO\_10**, que señala que el recién nacido **HIJO** nació de parto por fórceps, con peso de 4010 gramos, talla 53 cms., apgar 6-9 y un examen físico de límites normales y que, por depresión neonatal leve solicitó gases del cordón, cuyos resultados fueron normales.

**médico jefe Servicio Neonatología Dr. MÉDICO\_11**, quién, según informe, certifica haber evaluado al recién nacido **HIJO** el [REDACTED] de 2007, constatando edema y equimosis del párpado izquierdo y región frontal izq., solicitó RX, de cráneo portátil la que reveló una imagen sugerente de fractura y que para su confirmación se realizaron nuevas RX de cráneo del día 2 de octubre de 2007. Por persistencia de sospechas de fractura se realizó, el mismo día TAC cerebral, confirmando una fractura de cráneo sin hundimiento ni compromiso de masa encefálica.

**neurocirujano Dr. MÉDICO\_12**, quién certifica haber evaluado al recién nacido, descartando compromiso neurológico y citándolo a un control en consultorio externo una semana después del alta del 3 de octubre de 2007.

CUADRAGÉSIMO TERCERO: Que aun cuando existen opiniones disímiles en este recuento, lo cierto es que la prueba aportada por la demandada reconoce que la fractura existió y así lo consigna en el informe de auditoría al señalar en sus conclusiones que "...las complicaciones fueron tratadas adecuadamente, el recién nacido no tuvo secuelas de su fractura craneal".

**Foja: 1**

CUADRAGÉSIMO CUARTO: Que en estos informe se sostiene que las consecuencias en el niño serían riesgos normales del procedimiento empleado, sin embargo, ninguno dice por qué o cuáles son los motivos por los que ocurre, su incidencia porcentual y otros, que permitieran analizar con mejores datos lo observado, de manera que siendo esta fractura una consecuencia del parto, lo cual no forma parte de las anécdotas que las personas adscriben comúnmente a este evento de la vida. Por lo cual y teniendo en cuenta que se utilizó un procedimiento inadecuado puesto que existían mejores condiciones, y que tampoco se ha demostrado que los nacimientos por fórceps los niños resulten con fracturas, se tendrá también como incumplida la obligación de la demandada dado que no contó con personal calificado para la atención del parto y nacimiento del hijo de los actores.

CUADRAGÉSIMO QUINTO: Que en relación con la interrupción del apego, lo único de los antecedentes ya reseñados sólo aparece que el niño fue hospitalizado del 2 al 3 de octubre de 2007, es decir, a la semana de nacido y que la madre tuvo una infección de la herida del desgarro que podrían haber sido tratadas con antibióticos, más nada hay sobre la interrupción de la lactancia u otros datos acerca del su tratamiento por lo cual se le desechará como parte de los perjuicios alegados.

E.- Respecto del monto de las indemnizaciones:

CUADRAGÉSIMO SEXTO: Que el artículo 2329 inciso 1° del Código Civil, establece "Por regla general todo daño que pueda imputarse a malicia o negligencia de otra persona, debe ser reparado por ésta.

CUADRAGÉSIMO SÉPTIMO: Que los actores solicitan se le indemnicen daños materiales por la suma total de \$1.000.000.- relativos a "...lo pagado en la atención del parto defectuoso y de la atención del neonato. Además del mayor gasto que significó nutrir al niño con leche en fórmula..."

**C-28577-2008**

**Foja: 1**

CUADRAGÉSIMO OCTAVO: Que no se desglosan los ítems ni se le vincula con prueba específica por lo cual atendido que en efecto se debe dar indemnización por daño material en razón del parto y del niño, ésta ascenderá a \$138.352.- por factura N°67204 de 12 de octubre de 2007 por hospitalización de doña DEMANDANTE\_1 y \$69.444.- por factura N°667196 por atención del niño, es decir, \$207.796.- en total.

CUADRAGÉSIMO NOVENO: Que en relación con el daño moral de doña **DEMANDANTE\_1**, y atendido el principio de reparación integral, que se trataba de una mujer joven, vulnerable en su calidad de primeriza, que concurre confiada al centro asistencial en el cual ha efectuado regularmente todos sus controles y seguido indicaciones, y que resulta con una grave lesión que para cualquier persona implica una afectación a su salud física, psíquica y sexual. Se lo tendrá por acreditado con la sola constatación de la lesión y de la que se ha razonado en los ítems B y C.- y se lo fijará prudencialmente en la suma de \$20.000.000.-

QUINCUAGÉSIMO: Que en cuanto al daño moral sufrido por el niño debido a la fractura, también probada y razonada en los ítems B y D.-se considerará que se trataba de un recién nacido en que cualquier lesión es delicada y genera preocupación y cuidados especiales, y que hubo de ser expuesto a radiación y otros exámenes, así como hospitalización a la semana de vida, se le dará la suma de \$5.000.000.-

QUINCUAGÉSIMO PRIMERO: Que las cantidades ordenadas pagar lo serán con reajustes del Índice de Precios al Consumidor e intereses corrientes, a partir de la fecha en que la sentencia quede ejecutoriada.

QUINCUAGÉSIMO SEGUNDO: Que por no haber sido totalmente vencida la demandada, cada parte pagará sus costas.

En consecuencia y visto lo dispuesto en los artículos 1 a 5, 6 y 7, 19 N°1 y 38 de la Constitución Política de la República, artículos 1698, 2314, 2322 y 2329 del Código Civil; y artículos 144, 170 y 254 y siguientes del Código de Procedimiento Civil, **se declara:**

I.- Que se acoge la demanda por falta de servicio.

**C-28577-2008**

**Foja: 1**

II.- Que se condena a la demandada a pagar la suma de \$207.796.- por concepto de daños materiales, rechazándose en lo demás pedido.

III.- Que se condena a la demandada a pagar la suma de \$25.000.000.- por daño moral.

IV.- Que se condena a la demandada al pago de los reajustes e intereses del considerando 51°.

V.- Que cada parte pagará sus costas.

Regístrese, notifíquese y archívese en su oportunidad.

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

Autorizada por doña CECILIA ARGANDOÑA MORALES, secretaria subrogante.

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

**C-28577-2008**

**Foja: 1**