



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

**EL DEBER DE TRATAMIENTO DILIGENTE EN EL ÁMBITO DE
LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA: UN ANÁLISIS DE
JURISPRUDENCIA CHILENA**

POR

ESTEFANÍA ANDREA HUNRICHSE ANDRADE

**Tesis presentada a la Escuela de Derecho de la Facultad de Ciencias Jurídicas y
Sociales de la Universidad de Concepción para optar al grado académico de
Magíster en Derecho**

Profesor Guía: Beatriz Ester Larraín Martínez – Dario Andrés Parra Sepúlveda

Junio 2019

Concepción – Chile



© 2019 ESTEFANÍA ANDREA HUNRICHSE ANDRADE

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.



*El árbol se medirá por sus frutos. Dedicada a Javiera
por su constante motivación y compañía.*

AGRADECIMIENTOS

A todos los amigos que colaboraron en la búsqueda de material para la realización de esta tesis, por su tiempo y apoyo, al personal de biblioteca por su disposición, a mis profesores guías por su orientación y a mi familia por su paciencia, eternamente agradecida.



TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: EL DEBER DE TRATAMIENTO MÉDICO DILIGENTE A LA LUZ DE LA CIENCIA, LA DOCTRINA Y LA JURISPRUDENCIA	8
1. ¿Obligación o deber médico?.....	8
2. Los deberes del médico	15
3. El desarrollo del deber de tratamiento, en particular ante la jurisprudencia	24
4. La construcción del deber de tratamiento y la hipótesis diagnóstica	32
CAPITULO II: ELEMENTOS DEL DEBER DE TRATAMIENTO MÉDICO DILIGENTE EN LA JURISPRUDENCIA	42
1. El tratamiento diligente, la lex artis “ad hoc” y el error	42
2. El equipo médico calificado como responsable del tratamiento	53
3. La evaluación del paciente, los síntomas y los exámenes médicos	63

4.	Los estados de urgencia y la necesidad de intervenir	73
CAPITULO III: REQUISITOS DEL DEBER DE TRATAMIENTO MÉDICO DILIGENTE EN LA JURISPRUDENCIA		82
1.	El tratamiento debe ser fundado	82
2.	El tratamiento debe ser oportuno	89
3.	El tratamiento debe ser supervisado	95
4.	El tratamiento debe ser revisado	102
CONCLUSIONES		110
BIBLIOGRAFÍA		116



RESUMEN

El presente trabajo establece a través del análisis de sentencias la existencia de un deber o estándar de tratamiento diligente en el ámbito de la responsabilidad civil médica. Lo anterior se logra a través del análisis y estructuración de 86 fallos de Tribunales Superiores de Justicia Chilenos, en la mayoría de los casos emanados de la Excelentísima Corte Suprema.

Existiendo tal estándar de conducta que fluye de las consideraciones de los sentenciadores, se establece además su contenido, elementos y requisitos, así como aquellas circunstancias modificatorias de tal conducta esperable por el personal médico, ya sea en forma particular, ya sea como equipo sanitario. Tales elementos los constituyen el estado o desarrollo de la ciencia, la calificación del equipo tratante, la información recopilada para la evaluación del paciente (exámenes de laboratorio y síntomas), y finalmente la variación que se produce en los estados de urgencia de intervenir.

Finalmente el trabajo concluye, en que los requisitos para ser considerada la conducta como diligente, es que este sea fundado, oportuno, supervisado y revisado constantemente una vez aplicado.

INTRODUCCIÓN

El área de la salud, y en particular la relación médico-paciente y el contenido de la prestación médica, han logrado posicionarse en los últimos años como un tema fructífero de análisis jurídico, existiendo un espectro no menor de controversias de índole legal seguidas ante los tribunales de justicia. La definición ad hoc, o casuística de cada una de las mismas ha sido la principal motivación para realizar un estudio de estas características a fin de intentar buscar líneas interpretativas emanadas de los tribunales superiores de justicia chilenos.

Así la respuesta que se intenta abordar es, ¿qué esperar al ser tratada por un profesional de la salud? la respuesta si bien parece en principio lógica, contiene una serie de particularidades que es necesario abordar y dilucidar, siendo a juicio de esta investigadora la mejor manera el observando la realidad jurídica plasmada en los fallos de los Tribunales superiores de justicia.

Así, la presente investigación para optar al grado de Magíster en Derecho, busca responder la interrogante principal, a saber, si ¿Existe un deber de tratamiento diligente a la luz de la jurisprudencia?. De ser la respuesta afirmativa, devienen una serie de interrogantes secundarias, como ¿Cuál es su fundamento? ¿Cuáles son sus elementos y requisitos? ¿Existen otros deberes aplicables al trabajo médico reconocido por la jurisprudencia? ¿Cuál es el estándar de conducta esperable del personal sanitario al momento de intervenir? ¿Qué elementos juegan un rol preponderante en este estándar?.

Los cuestionamientos planteados se intentan dilucidar a través del análisis del texto de las sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia, apoyada en las opiniones de la doctrina y literatura médica, en cuanto al contenido y alcance del deber de tratamiento diligente del galeno en el ámbito de la responsabilidad civil médica. La revisión de fallos comprende aquellos dictados en el periodo 2007 a 2016, principalmente por Corte Suprema de Chile, en procesos de indemnización de perjuicios por responsabilidad personal del médico.

Las mismas han sido extraídas desde la base jurisprudencial del poder judicial, criterios de búsqueda tales como “intervención médica”, “responsabilidad médica”, “negligencia médica” y “falta médica”, arrojando

un universo de alrededor de 1.000 fallos. A su vez, los mismos sufrieron un segundo y más estricto filtro, dejando para el estudio sólo aquellos procesos que buscaran la reparación a través de indemnización de perjuicios y existiese intervención del equipo médico directa.

Dentro de estos fallos un total de 86 fueron resumidos por dar cuenta de análisis en cuanto al fondo del asunto por parte de Tribunales superiores de justicia, ya sea Corte Suprema o, en menor medida, cortes de apelaciones. Los mismos fueron catalogados a fin de establecer líneas interpretativas seguidas por los máximos tribunales en la materia, generando así una fotografía del desarrollo actual del tema en Tribunales. Se aclara que queda fuera del análisis abordado en este trabajo la responsabilidad desde la perspectiva de la relación causal, por no corresponder al objeto de la presente investigación.

Se previene al lector desde un principio en dos perspectivas; en primer lugar la limitación propia del universo de búsqueda toda vez que no todas las sentencias emanadas de los tribunales de justicia son contenidas en este buscador específico, por lo que la búsqueda se realiza respecto de aquellas ya clasificadas en la base jurisprudencial del poder judicial. En segundo término que la gran mayoría de las sentencias arrojadas por los criterios de

búsqueda corresponden a controversias en el área de la salud, pero relativas a prestaciones de instituciones previsionales de salud, las que no revestían mayor análisis por cuanto no involucran actuación médica alguna.

A su vez, los criterios de búsqueda arrojaron también causas de negligencia o falta de servicio en áreas diversas a las de salud, y en un número menor también resultaron casos en los que el actuar que motivaba la pretensión del actor, no constituía un actuar negligente por parte de algún profesional de la salud sino que algún otro tipo de desperfecto con ocasión de alguna atención de salud, como por ejemplo la falta de atención sin intervención médica alguna o las lesiones causadas en accidentes en tránsito de ambulancias.

El estudio parte desde la base de considerar el deber de tratamiento como uno de los deberes que están obligados a cumplir los profesionales de la medicina para no incurrir en responsabilidad. Así también se deja claro que el vocablo tratamiento incluye tanto su acepción de procedimiento que busca mejorar la salud del paciente, como cualquier intervención con el mismo propósito.

Se hace presente al lector, que de los fallos analizados sólo se profundiza el específico deber de tratamiento diligente, y sólo

referencialmente la existencia de otros deberes aplicables a la labor profesional de los médicos. Así en los párrafos pertinentes, se hace referencia a trabajos doctrinarios en donde se abordan en forma general los deberes que rigen la relación médico paciente, subrayando en este punto que se trata de un tema aun poco definido al menos en el ámbito nacional.

La importancia del presente trabajo dice relación con el aporte que significa un estudio empírico de resoluciones judiciales, extraídas desde la base de datos del propio poder judicial, a fin de establecer las líneas interpretativas seguidas por los Tribunales Superiores ante el referido concepto, los que sin perjuicio de no tener el carácter legal de precedente para los tribunales inferiores, sirve en todo caso de guía para los mismos.

Es también objeto de esta investigación, el fraccionar los elementos constitutivos de este deber y vislumbrar sus principales requisitos en base a las sentencias analizadas.

Se deja claro además que existen estudios nacionales de carácter jurisprudencial en torno al tema de responsabilidad del personal sanitario, apuntando en términos generales al problema que genera el aumento en el

número de causas por negligencias médicas y sus respectivas probanzas¹. Así también ha sido el desarrollo en la doctrina, sin que exista un estudio pormenorizado de las implicancias y criterios definitorios del deber de tratamiento como lo pretende este trabajo.

En cuanto al orden y capitulación, a partir del panorama extraído de los fallos seleccionados, en un primer capítulo se introducirá al lector al desarrollo nacional de los deberes del personal médico mediante el análisis de fuentes normativas, doctrinarias y de la propia especialidad del área de la salud mediante sus textos de especialidad. Así en este primer capítulo se intenta dar con la definición jurisprudencial del deber de tratamiento diligente del personal médico, en base a las sentencias elegidas.

En un segundo capítulo se hará una sistematización y pormenorización del contenido del deber de tratamiento diligente, estableciendo cada uno de los elementos, desde el enfoque del comportamiento esperable del personal sanitario.

¹ En este sentido la investigación de Martínez (2011) “la graduación del deber de cuidado en el delito culposo por actos de mala praxis médica: un análisis dogmático, jurisprudencial y económico”, también Larroucau (2014) “¿Cómo se prueba la responsabilidad civil médica en la justicia chilena?” y respecto de la responsabilidad por falta de servicio, Cardenas y Moreno (2011) “Responsabilidad médica, estándares jurisprudenciales de la falta de servicio”.

En un tercer apartado y final, en base a las sentencias elegidas, se intentará establecer los requisitos del deber de tratamiento diligente, desde la perspectiva de la aplicación del tratamiento mismo y su juzgamiento en forma *ex post* por parte del juez.

Este concepto de deber de tratamiento médico, es por su complejidad y casuística poco profundizado en la jurisprudencia, siendo posible a través del trabajo crítico/sistemático delimitar su concepto, elementos y requisitos. El plantear tal determinación o al menos fijar las bases para ello, es de capital relevancia tanto para las partes como para el juez, a fin de establecer criterios exactos conocidos *ex ante* y dables de considerar en la sentencia que establece el deber de cuidado.

CAPITULO I:
EL DEBER DE TRATAMIENTO MÉDICO DILIGENTE A LA LUZ
DE LA CIENCIA, LA DOCTRINA Y LA JURISPRUDENCIA

1. “¿OBLIGACIÓN O DEBER MÉDICO?”

Al hablar de responsabilidad médica, y particularmente en el motivo de la presente investigación en su ámbito civil, variadas interrogantes previas se plantean en cuanto a los deberes y/u obligaciones a las que se encuentran sujetas los galenos, principalmente en cuanto a sus alcances, naturaleza, objeto y régimen aplicable a los mismos.

Desde ya dejamos claro que en materia sanitaria, los regímenes de responsabilidad² jurídica aplicable varían entre la responsabilidad contractual, extracontractual, y en el caso de los servicios impartidos por

² AL respecto véase Larroucau, Jorge. (2010) Culpa y dolo en la responsabilidad extracontractual. P. 12 y siguientes.

órganos de administración del Estado el régimen especial³ de Falta de Servicio⁴.

Aun existiendo esta variedad de estatutos aplicables, del universo de los casos en los que no se persiga la responsabilidad del órgano estatal, corresponderá a la responsabilidad civil contractual⁵, atendida a la generalidad de ser las atenciones médicas previamente pactadas entre los sujetos (médico-paciente) y las ventajas que presentaría dicho estatuto respecto de las pretensiones de la víctima⁶.



³ En cuanto a las similitudes en materia de responsabilidad entre los diversos estatutos, se indica “Entendemos que el derecho de la responsabilidad que tiende a la reparación como principal fin, se encuentra gobernado por principios comunes. Ello, sin embargo, no obsta reconocer que cuando se trata de la responsabilidad de la Administración del Estado pueden existir principios propios que la especifican en consideración de que ésta persigue, además, fines comunes a todos los individuos de la sociedad”. Cárdenas Hugo y Moreno Jaime (2011) Responsabilidad médica, estándares jurisprudenciales de la falta de servicio. P.33.

⁴ En cuanto a la responsabilidad por falta de servicio, fundada principalmente en artículo 38 inciso 2° de la Constitución Política de la República, 44 de la Ley N° 18.575 en y en el caso sanitario particularmente en artículo 38 de ley 19.966, que prescribe: “Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio. El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio. Los órganos de la Administración del Estado que en materia sanitaria sean condenados en juicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario que haya actuado con imprudencia temeraria o dolo en el ejercicio de sus funciones, y en virtud de cuya actuación el servicio fue condenado. La conducta imprudente o dolosa del funcionario deberá siempre ser acreditada en el juicio en que se ejerce la acción de repetición, la que prescribirá en el plazo de dos años, contado desde la fecha en que la sentencia que condene al órgano quede firme o ejecutoriada”.

⁵ En este sentido Barros, Enrique. (2006). *Tratado De Responsabilidad Extracontractual*. pp. 656.

⁶ En este sentido Pizarro, C. (2017). La responsabilidad civil médica. pp. 12 y ss.

Sin perjuicio de lo anterior, para efectos de la presente investigación y con el afán de lograr una transversalidad en los criterios recabados a través de la jurisprudencia, se prescinde de la tradicional división del estatuto jurídico⁷ aplicable entendiendo el deber de tratamiento diligente como un estándar de conducta común a cualquiera de los regímenes aludidos, toda vez que, más allá de lo que específicamente señale el acuerdo de prestaciones médicas o si se trate de una víctima que queda fuera del vínculo contractual, existen deberes generales de cuidado o estándares de conducta que por la ley, la práctica y claramente por creación posterior del juez se encuentran necesariamente incluidos en el tratamiento del médico al paciente.

Cabe hacer presente que en aquellas relaciones que se originan por prestación de un servicio médico, aun cuando el galeno elabore y suscriba detalladamente un contrato y/o instrucción anexa de consentimiento informado respecto del procedimiento a aplicar y sus riesgos, los “deberes generales de conducta” aludidos, se entienden incorporados a dicha convención por ser comunes al contenido de cualquier intervención de

⁷ Parte de la doctrina además aboga por la falta de relevancia de esta tradicional división de calificaciones en materia de responsabilidad médica. En este sentido Barros, Enrique. (2006). *Tratado De Responsabilidad Extracontractual*. pp. 667

carácter sanitario⁸. A su vez cuando nos encontramos en el plano del régimen extracontractual de responsabilidad, ya sea por víctimas de rebote o casos de urgencia en donde no operó el consentimiento previo, aquellos mismos deberes generales de conducta (que se entienden como parte del contenido de un contrato) serán exigibles al médico en tal situación, siendo establecidos por supuesto de acuerdo a las particularidades del caso⁹.

Para sostener nuestra idea, nos guiaremos por la clásica división que el profesor Abelliuk, realiza respecto de los deberes y obligaciones, indicando que existe una relación de género a especie entre los primeros respecto de los segundos, distinguiendo tres tipos: “los deberes generales de conducta, los deberes específicos de conducta y las obligaciones en su sentido técnico estricto”.¹⁰

⁸ En este sentido Corte de Talca (25.9.2015) Sentencia Rol 663-2015 caratulada Campos Parra Ximena Del Carmen Con Oliva Andaur Eduardo E., al hablar del contenido del contrato entre médico y paciente intervenida quirúrgicamente de la que resultó con proceso inflamatorio pélvico, que “la inexistencia de “cláusulas del contrato” precisamente pueden ser sustituidas por aquellas formas habituales de ejercer la medicina, las denominadas reglas de la “lex artis” (CONSIDERANDO QUINTO)

⁹ Sobre este punto se profundizará en el capítulo II de esta investigación, clarificando por lo pronto que los deberes del médico siempre implican un tratamiento diligente del paciente, sin perjuicio de ello, tal diligencia, o comportamiento exigible, varía en el caso concreto cuando se interviene en razones de urgencia, como lo son el riesgo vital, las complicaciones quirúrgicas, entre otras.

¹⁰ Abelliuk, R. (2010) Las obligaciones. p. 37

Así las cosas, hablamos de deberes generales de conducta, en contraste con el concepto específico de obligación, haciendo alusión a que los mismos dotan de contenido a la relación médico-paciente, en forma indiferente a la existencia de un vínculo contractual previo, e incluso respecto de él, emanando en las palabras del profesor Vidal por aplicación del principio de buena fe objetiva¹¹.

En concreto, hablamos de deberes generales de cuidado, y no de obligación, por dos características principales, su transversalidad y su generalidad. En cuanto a la primera de ellas, se entiende que los deberes dotan de contenido la relación médico paciente, y por ende son esperables de la conducta del personal sanitario en forma independiente al estatuto jurídico de responsabilidad que impere¹². Hablamos de generalidad como segunda

¹¹Vidal, Álvaro (2018) Responsabilidad civil médica. P24. En este sentido también Corte Suprema en causa que acoge demanda en contra de médico cirujano plástico que utiliza implantes de glúteos no acordes con el resultado estético esperado por la paciente en cuanto al contenido del contrato médico celebrado (C.S. (12.9.2011) Sentencia Rol 2.314-2010 caratulada Cortes Morgado Jenny Alejandra con Garcia Brito Fernando Néstor). Así también en relación al deber de información arguyendo que tal deber es derivado del cumplimiento de buena fe del contrato, en caso que trata respecto de paciente que es intervenido con angiología y embolización debidamente informado de los riesgos del mismo (C.S. (29.1.2013) Sentencia Rol 4.904-2012 caratulada Reyes Pinto Hernan Pablo con Pontificia Universidad Católica de Chile, Tevah Castillo Jose).

¹² En este sentido en cuanto a la transversalidad de los deberes en ambos estatutos, el profesor Enrique Barros al hablar de que “el contenido de una obligación contractual de medios es equivalente a los deberes de prudencia y diligencia que rigen en sede extracontractual” (Barros, Enrique. (2006). *Tratado De Responsabilidad Extracontractual*. p.658). En sentido similar el profesor Tapia Rodríguez al señalar “así, la prueba de la negligencia es exigida cada vez que se

característica entonces, por no ser estos deberes de conducta una prestación exigible a un deudor en específico, sino que por el contrario, de un comportamiento esperable al personal sanitario en forma general que darán lugar a responsabilidad en caso de contravención.

Siguiendo con la clasificación entre deber y obligación ya reseñada¹³, a juicio de esta investigación hablamos de deberes generales de conducta en contradicción con aquellos deberes específicos, atendido su bajo contenido normativo, en el sentido de la falta de especificidad que el legislador ha tenido en materia de responsabilidad médica, la que sólo se limita a la consagración legal de principios que rigen el comportamiento pero respecto de los cuales no es posible colegir una actividad o regla concreta, siendo entregada tal determinación en forma posterior y suprema, al juicio del juez de instancia.

En este sentido en causa en que se establece responsabilidad del equipo médico al infiltrar a paciente sustancia radioactiva para tratar lesión en muñeca, no siendo recomendable para dicha articulación y errando en la

trata de una obligación de prudencia con independencia del estatuto de responsabilidad aplicable” (Tapia, Mauricio, (2003) Responsabilidad civil médica: riesgo terapéutico, perjuicio de nacer y otros problemas actuales, p. 32 y ss.)

¹³ Abelliuk, René. (2010) Las obligaciones. p. 37

dosis entregada, la Corte Suprema reconoce la incorporación de deberes a la relación médico paciente en el siguiente sentido y fundamento:

Que la controversia a la que atañe el segundo grupo de errores de derecho denunciados, dice relación con la naturaleza de la responsabilidad médica que se reclama en el caso sub lite. En este sentido si bien se ha asentado que la misma pertenece al ámbito contractual, ya que encuentra finalmente sustento en el acuerdo de voluntades o vínculo convencional que se establece entre el médico y el paciente, habiéndose recurrido inicialmente a las normas y figura del mandato o del arrendamiento de servicios inmateriales, lo cierto es que no puede desconocerse también que las obligaciones médicas no son objeto de convenciones expresas y precisas y que por el bien jurídico involucrado -salud de las personas- ha debido recurrirse para la delimitación de su contenido y efectos, a nociones como el deber general de cuidado y al de prudencia, pasando así la ley a regular los deberes y derechos de las personas involucradas, dándole un contenido

normativo mayor a esta relación, en atención precisamente al tipo y naturaleza de las obligaciones que de ella derivan”¹⁴.

2. LOS DEBERES DEL MÉDICO

No son pocos los intentos de estandarización del comportamiento médico esperable en casos concretos¹⁵, manifestados en diversos instrumentos que emanan, de acuerdo a su origen, del el legislador, del ente administrativo e incluso desde los mismos prestadores de salud; obviamente con diverso alcance de acción cada uno de ellos. Tal intento por definir y especificar a estos “deberes generales de conducta” en el ámbito médico, no dan cuenta sino de lo dinámico del contenido de los mismos y lo complejo que resulta en ocasiones la determinación de la pregunta “¿Qué debo esperar del médico ante determinada intervención?” o desde la perspectiva del galeno “¿qué debo hacer ante determinadas situaciones?”.

¹⁴ C.S. (21.3.2016) Sentencia Rol 31.061-2014 caratulada Fernandez Waidele Ximena con Amari Pineda Jaime, Arinovice Schenker Roberto, Arriagada Maldini Marina. (CONSIDERANDO SÉPTIMO)

¹⁵ Así se señala que “es manifiesta la tendencia actual a una progresiva protocolización del diagnóstico y terapéutica médicos, tratando de plasmar en documentos las directrices o recomendaciones que un grupo de expertos cualificado establecen para orientar la labor diaria de los profesionales con el fin de mejorar la calidad y la eficacia de la actuación médica”. Galán, Julio. (2007). Responsabilidad Civil médica. p.104. Al respecto véase también Rodríguez, Pilar. (2013) Por una objetivación de la Lex Artis.

Como se ha señalado anteriormente, el trabajo del legislador en materia de responsabilidad civil médica no ha sido detallada ni categórica al momento de regular la materia, sin perjuicio de ello existe normativa respecto de esta particular relación, encontrándose incorporados por imperio de la ley una serie de garantías y principios a la relación médico paciente¹⁶.

Así, con la dictación de la ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención, el legislador promulgó una serie de compromisos a cumplir por parte de los prestadores de salud, entendiéndose por tal cualquier persona cuya actividad sea el otorgamiento de atenciones de salud, en lo que por supuesto cabe el personal médico o sanitario¹⁷.

Así en su articulado se establecen derechos, y por ende en su espectro pasivo también como deberes que deben ser respetados por el personal médico, los siguientes: el derecho de seguridad en la atención de salud, el derecho a un trato digno, el derecho a tener

¹⁶ Para mayor información sobre el contenido normativo del contrato médico ver Pizarro Wilson (2017) La responsabilidad civil médica. p. 26 y ss. En este punto relevante puede resultar caso de paciente y su madre que demandan por procedimiento de laparoscopia con fines diagnósticos y no quirúrgicos como habían entendido las mismas, siendo rechazada en definitiva la demanda por no haber acreditado la actora, infracción a la "lex artis" o contenido del contrato entre las partes; C.S. (10.11.2010) Sentencia Rol 2120-2009, caratulada Braña Villagran Maria Del Pilar y otra con Celis Araya Ricardo.

¹⁷ Para mayor información respecto de la evolución de la responsabilidad médica: Parra, Darío. (2014). La evolución ético-jurídica de la responsabilidad médica, pp.207-213.

compañía y asistencia espiritual, reserva de información contenida en ficha clínica, derecho de información y consentimiento informado, incorporándose un título especial para los derechos de las personas en situación de discapacidad y aquellas que participan en investigación científica.

Queda claro con el texto expreso de la norma, que los prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados, naturales o jurídicos, son sujetos pasivos universales de tales deberes; entendiéndose incorporadas por el solo ministerio de la ley sus reglamentaciones a los contratos que en forma individual celebren con el paciente y a las prestaciones de salud de toda índole que se brinde.

En cuanto a la labor del ente administrador, que por mandato legal corresponde al Ministerio de Salud a través de sus protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención, las que emanan de la potestad reglamentaria del ejecutivo, siendo de carácter general y obligatorio.

Por otro lado los prestadores de salud institucionales, elaboran también protocolos¹⁸ propios de cada establecimiento, al fin de aunar

¹⁸ Así al hablar de los fines del protocolo médico, “responden a la cristalización escrita de un criterio de prudencia, sin que constituyan verdades absolutas, universales, únicas y obligatorias en su cumplimiento, pero permiten habitualmente definir lo que se considera, en ese estado de la ciencia, práctica médica adecuada y prudente ante una situación concreta”. Galán, Julio. (2007). Responsabilidad Civil médica. p.104.

criterios y prácticas esperables en determinadas áreas críticas en la atención. Similar labor cumplen las guías clínicas, instrumentos de uso acotado, en temas organizacionales y de realización de procedimientos, que sirven como su nombre lo indica de "guía" al comportamiento debido, ilustrando respecto del comportamiento óptimo de la respectiva institución.

En este sentido el profesor Pizarro Wilson¹⁹ nos indica, que el contenido del contrato médico no queda limitado exclusivamente a lo señalado en la norma, sino que también y atendida la velocidad del avance de la ciencia médica, la conducta médica queda normada a través de la *lex artis*, que no es más que el estado del arte o ciencia médica.

De lo anterior, podemos concluir no tan sólo que el legislador no agota el catálogo de deberes exigibles al personal sanitario, sino que además el avance de la ciencia médica es también quien nutre de contenido la relación médico-paciente, la que se muestra en constante evolución, en forma más acelerada que el trabajo del ente legislativo y del administrador; por lo que los referidos deberes cuya construcción es por lo general *ex post* como labor jurisdiccional, deben incluir todos

¹⁹ Pizarro, Carlos. (2017) Responsabilidad civil médica. p. 26

los elementos en juego, siendo su base infranqueable el contenido normativo, pero debiendo actualizarse y revisarse en base al avance de los conocimientos técnicos de la ciencia, de las propias circunstancias temporales y espaciales del caso, y del conocimiento del médico en particular.

En cuanto a los deberes del exigibles al médico, no existe consenso ni estudio acabado a nivel nacional, al establecer cuantos o cuales son taxativa o categóricamente, los deberes que rigen la labor del médico en su actividad. Así lo asevera el profesor Guajardo Carrasco, para quien las obligaciones fundamentales del médico serían las siguientes: "obligación de llevar a cabo la actividad tendiente a obtener un diagnóstico certero; intervenir o tratar diligentemente al paciente; guardar secreto profesional"²⁰.

Desde otra perspectiva el profesor Vidal señala que "en materia médica, una de las obligaciones principales de los especialistas es la de actuar conforme a las prescripciones de la lex artis. Sin embargo, el respeto a la autodeterminación de los pacientes obliga a los médicos a suministrarles la información necesario para que estos puedan decidir si optan por el tratamiento o intervención o no"²¹

²⁰ Guajardo, Baltazar. (2013) Aspectos De La Responsabilidad Civil Médica.pp. 74 y 75.

²¹ Vidal, Álvaro, (2018). Responsabilidad civil médica, p.45.

Claramente no existe unanimidad en la cantidad de deberes que rigen la actividad del médico, ni existe concordancia en la doctrina o profundización de los deberes consagrados en la ley²², sin perjuicio de ello es posible vislumbrar desde el estado actual de la legislación y jurisprudencia, una tendencia a la estandarización de los procedimientos incorporando los mismos al contenido de la relación médico paciente; la que se conforma tanto por instrumentos legales, administrativos, doctrinarios y del propio consenso y acervo de los especialistas en la respectiva rama.

Es posible deducir por las referencias de la doctrina sobre el particular, y como se dirá en su oportunidad también por nuestros Tribunales Superiores de Justicia, que existen deberes impuestos al médico en todo el *iter contractual*, esto es desde el diagnóstico, pasando por el tratamiento y/o intervención propiamente tal, hasta los cuidados posteriores de la misma, existiendo además deberes transversales a todas las etapas del actuar médico (como es el caso

²² En cuanto a la variedad ver Pizarro Wilson ob. Cit.; Guajardo Ob. Cit. ; Tomasello, Leslie (1994) Estudios de derecho privado, quien divide en aquellos deberes anteriores al tratamiento o intervención quirúrgica (en donde se incluyen los de examinar y escuchar al paciente) , deberes de asegurarse de la verdad del diagnóstico, deber del médico de continuar la atención y el deber de secreto; Acosta, Vicente, (1990) De la responsabilidad civil médica, quien reconoce obligaciones genéricas (deber de consejo, y obligación de cuidados)y obligaciones en cada etapa del tratamiento (diagnóstico, tratamiento, intervención, consentimiento en los tratamientos y operaciones quirúrgicas)

del deber de información y de consentimiento informado)²³; entendiendo a su vez que el principal objeto en la generalidad de las prestaciones de salud será el de mejorar la salud del paciente²⁴ o de promoción, protección y recuperación de la misma.

Así en causa de paciente que es internado para operar quiste, la Corte Suprema de justicia, haciendo suyos los fundamentos de los jueces del grado al confirmar sentencia recurrida en la forma y en el fo causando lesiones irreversibles, al establecer la responsabilidad por aplicación de tratamiento defectuoso, habla de la infracción al “deber general de cuidado”, indicando *“Que sobre la base de tales antecedentes fácticos los jueces del grado concluyen que en la especie se verificaron diversas infracciones al deber de cuidado general del paciente, las que hacen consistir en la falta de un diagnóstico preciso y determinado; en la ausencia de información previa y detallada al paciente acerca del tratamiento al que sería sometido; en la existencia de lesiones médicas producidas negligentemente en el conducto*

²³ Para mayor información Parra S, Darío. (2013) “La obligación de informar al paciente. Cuestiones sobre el derecho a ser informado” y De la Maza, Iñigo (2010) “Consentimiento informado una visión panorámica”.

²⁴ Con lo anterior se deja claro, que se excluye del presente trabajo aquellas prestaciones que tengan por objeto el avance de la ciencia médica a través de la investigación o los tratamientos paliativos.

*hepático y en la vena porta; en la exposición a infecciones intrahospitalarias y en la no corrección de la afección que padecía*²⁵.

En particular sentencia en el referido caso, el máximo tribunal habla de infracción a un deber general de cuidado del paciente, sin perjuicio de ello lo cierto es que en base a la lectura y análisis del compendio de fallos, es posible establecer la existencia de deberes autónomos, nacidos de este deber general de cuidado. Así ocurre por ejemplo en forma explícita con el deber de información, el que esbozado en la normativa legal es reconocido por la jurisprudencia como deber autónomo delimitando su contenido y alcances²⁶. Así en forma intrínseca además se vislumbra la existencia de otros deberes que debe seguir el personal sanitario, como el deber de cuidado, de diagnóstico certero y de tratamiento diligente.

²⁵ C.S. (28.6.2016) Sentencia ROL 34.161-2015 caratulada Rojas Carrasco Roberto Con Fisco De Chile (CONSIDERANDO DECIMO SEGUNDO).

²⁶ En este sentido en el establecimiento del deber de información en forma autónoma, Corte de Valparaíso (12.7.2013) Sentencia Rol 449-2013 caratulada Torres Quezada Myriam Judith y otro con Servicio De Salud Aconcagua confirmada por C.S. (30.1.2014) Sentencia Rol 9006-2013. Valparaíso de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php> que trata sobre paciente sometida a reducción mamaria que termina con la extirpación de senos, sin previo consentimiento; C.S. (29.1.2013) Sentencia Rol 4.904-2012 caratulada Reyes Pinto Hernán Pablo con Pontificia Universidad Católica de Chile, Tevah Castillo José. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>, que trata respecto de paciente que es intervenido con angiología y embolización debidamente informado de los riesgos del mismo, pero quien sufre efectos no deseados del procedimiento; C.S. (17.6.2015) Sentencia Rol 11.078-2014 donde se desestima la responsabilidad del médico quien apegado a la *lex artis* e informando los riesgos previamente de intervención óptica que empeora su visión.

Resulta interesante en este punto lo señalado por Corte Suprema reseñando aquellas conclusiones que en cuanto a la responsabilidad del médico hicieron los jueces de instancia, consideró “que el médico está obligado a cumplir 3 obligaciones de resultado: el deber de información, la obligación por los materiales y productos y la obligación relativa a los exámenes y análisis simples, ya que los diagnósticos y resultados están sujetos a la interpretación del profesional acerca de su alcance y posibles efectos, y que en relación a la obligación de medios, el profesional debe atenerse a su *lex artis...*”;²⁷. Dentro del análisis de sentencias realizado no encontramos símil alguno con la presente afirmación en cuanto a diferencias entre obligaciones de medio y resultados emanadas del contrato médico, salvo aquellas relativas a tratamientos con fines estéticos.

Sin perjuicio de no compartir la diferenciación aludida por cuanto la amplia mayoría de sentencias estudiadas consagran la posibilidad del médico de acreditar el cumplimiento de las obligaciones emanadas

²⁷ C.S. (5.6.2013) Sentencia Rol 5.883-2012 caratulada Treizman Sacks Lucy, Rado Kovari Rolando, Rado Treizman Sandra Con Erazo Reyes Rodrigo, Clínica Las Condes S.A. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de [https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php.\(CONSIDERANDO CUARTO\)](https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php.(CONSIDERANDO CUARTO)). Los hechos tratan de paciente psiquiátrica diagnosticada erróneamente de mal de pick que resultó ser un trastorno bipolar, lo que se descubrió luego de años de tratamiento por la supuesta enfermedad.

del contrato aplicando la diligencia debida, es ilustrativo el fallo en cuanto a la explicitación de la existencia de “deberes” por parte del personal sanitario en la relación-médico paciente.

Cabe dilucidar finalmente y para los fines de la presente investigación, si existiendo muy genéricamente deberes consagrados a nivel legal el espectro de deberes establecidos por la doctrina y en los casos concretos por la jurisprudencia, vienen a complementar el contenido y alcance de los mismos, o si por el contrario constituyen nuevos deberes más allá de los establecidos en la ley. La presente investigación como se explicará en los párrafos siguientes, sigue la primera afirmación, en cuanto a considerar que el deber de “tratamiento diligente”, es una manifestación en concreto del deber general de seguridad y calidad consagrado en la ley.

3. EL DESARROLLO DEL DEBER DE TRATAMIENTO, EN PARTICULAR ANTE LA JURISPRUDENCIA.

A través del análisis de la normativa legal vigente y en particular de la dictación de la ley 20.584 los procedimientos han tendido a la estandarización, encargando tal tarea al ente administrativo en cuanto protocolos como directivas generales y en el caso a los prestadores de salud a través de sus guías clínicas con

contenidos específicos, generando la denominada *lex artis*, que no es más que el conjunto de reglas y principios que rigen la ciencia médica en la medida que se estandarizan sus conocimientos y avances, aplicándose al caso concreto, o en palabras de nuestro máximo tribunal el “catálogo de principios, prácticas y conocimientos técnicos no escritos que integran un código de conducta derivadas de la experiencia, exigida a quienes despliegan una conducta profesional que crea riesgo”²⁸ siendo un parámetro para establecer la existencia de vulneración normativa, pero aceptando sin perjuicio que no siempre la actuación conforme a tales principios excluirán todos los casos de negligencia médica por poder ser los mismos insuficientes en el caso concreto²⁹.

Así, a juicio de esta investigación, la norma base para establecer el deber de tratamiento diligente, se contiene en los artículos 2 y 4 de la ley en comento 20.584, que entregan en términos generales el derecho de toda persona, y el deber por ende de los

²⁸ C.S. (17.6.2015) Sentencia Rol 11.078-2014 caratulada Sanchez Jimenez Alejandra Dafnag Con Ibañez Langlois Santiago.

²⁹ Esta afirmación es extraída desde sentencias C.S. (22.5.2012) Sentencia Rol 7.318-2009 en donde se establece que no se acreditan faltas en el procedimiento en extirpación de mamas cuyos exámenes posteriores ponen en duda la biopsia inicial que diagnosticaba células cancerígenas; y de C.S. (9.11.2011) Sentencia Rol 4.811-2009, en donde se establece la sujeción del equipo profesional al estándar de diligencia médico, al intervenir quirúrgicamente a menor nacido prematuro, comprobando posteriormente y ante su falta de mejoría que se había realizado ligadura de arteria pulmonar izquierda en lugar de cierre.

prestadores de salud, de recibir atención de salud de calidad, conforme a las normas y protocolos vigentes, los que deben en todo caso ser regular y permanentemente revisados para su actualización y perfeccionamiento acorde a las prácticas comúnmente aceptadas en la ciencia médica.

Al respecto nuestros Tribunales superiores de justicia recurren al concepto de consecuencias habituales³⁰, esperables³¹ o riesgos propios de la intervención posibles en la utilización de cualquier técnica³², para calificar de diligente el actuar del galeno cuando acontecen consecuencias dañinas en las prácticas médicas, siempre

³⁰ En este sentido la Corte Suprema analizando los hechos asentados por jueces del grado, indica que en causa de paciente que es intervenido por accidente laboral en su mano, perdiendo movilidad en definitiva, se establece que los médicos tratantes actuaron conforma a la *lex artis*, no obstante informe pericial en contrario que consideraba *poco habituales* los tratamientos, sin que se pudiera establecer fehacientemente la responsabilidad a la luz de las demás piezas del proceso (C.S. (27.8.2015) Sentencia Rol 23.292-2014 caratulada Santander Hidalgo Marcelo Con Mutual De Seguridad De La Cámara Chilena De La Construcción. (CONSIDERANDO SÉPTIMO), así al referirse a la acción médica aconsejada ante complicación de rotura intestinal producida luego de intervención quirúrgica C.S. (16.10.2013) Sentencia Rol 2.181-2013.

³¹ En este sentido respecto de paciente intervenida quirúrgicamente que demanda indemnización de perjuicio la que es rechazada indicando que “las molestias y complicaciones que derivaron de las intervenciones quirúrgicas mayores a las que se sometió a la actora, ninguna de las cuales se ha probado este alejada de aquéllas que se *pueden esperar* en un proceso de hospitalización ni de cirugía mayor” C.S. (26.7.2010) Sentencia Rol 2.954-2010 caratulada Camp Andrade, Vilma con Goren Berestesky, Mario.

³² Así en el caso de paciente que al ser intervenido por luxación de hombro y sus malestares tras la misma se explica mediante informe pericial en cuyo mérito se basan los sentenciadores de fondo “ que la pérdida de la reducción o fijación de la articulación acromio clavicular y el dolor residual son complicaciones descritas con todas las técnicas y no son exclusivas de cirugías efectuadas con reparos técnicos, pudiendo presentarse incluso en pacientes que cumplan estrictamente con el reposo indicado” C.S. (18.5.2015) Sentencia Rol 23.871-2014 caratulada Hald Trabuco Juan Ewald Con Ureta Alamos Luis Fernando.

que el procedimiento se haya llevado a cabo con el rigor requerido. Así se puede decir que “últimamente se acepta que a un médico se le exija normalidad de conducta (uso de conocimiento promedio destreza promedio, prudencia promedio), siempre que exista normalidad de circunstancias, de tiempo y lugar³³.

Hacemos la prevención además que llamamos tratamiento a “toda acción llevada a cabo para recuperar la salud del paciente”³⁴, englobando el referido concepto el género que puede significar tanto la intervención quirúrgica como la prescripción de medicamentos con el mismo fin, o la interacción de ambas, dependiendo de la patología que en específico se deba combatir. A su vez, el vocablo intervención³⁵ no se agota en el acto quirúrgico, que sin embargo suele ser el más recurrido ante la justicia, sino que también otras formas de tratamiento en diversas ramas de la medicina, prescrita por un profesional médico

³³ Szanthó P, Gyorgy. (2001). Definiciones respecto al error en medicina: Some definitions. *Revista médica de Chile*, 129(12), 1466-1469. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001001200016>

³⁴ Guajardo, Baltazar. (2013) Aspectos De La Responsabilidad Civil Médica. P. 83

³⁵ Dejamos fuera sin embargo, aquellas intervenciones realizadas por personal médico con fines diversos, como son aquellas de promoción y prevención de daños a la salud. Se hace presente además que el vocablo intervención, es utilizado en las sentencias analizadas, ya sea como sinónimo de tratamiento, o como equivalente al momento específico de “operación quirúrgica”; en la doctrina especializada en materia sanitaria sin embargo sin darle mayor profundidad se utiliza como sinónimo de operación.

sanitario, y siempre que cumplan con el objetivo de mejorar la salud del paciente.

La normativa aludida insta además la propensión a evitar los eventos adversos, haciendo énfasis a nuestro entender en la falibilidad propia de la medicina, la que si bien cuenta con elementos cada vez más avanzados y precisos, no puede asegurar la vida o la recuperación absoluta de la salud del paciente por ser una suposición imposible al estándar humano en la actualidad.

Es por esto que el deber *de tratamiento diligente*, implica la correcta aplicación del mismo, no así la seguridad de infalibilidad³⁶ o de obtención del resultado esperado. Así nos ilustra el profesor Pizarro quien señala que “El tratamiento y su aplicación pueden dar lugar a una culpa médica cuando existe un defecto técnico en su ejecución conforme a un estándar de un médico normal y medio... En cuanto al deber de vigilancia, debe cuidar al paciente, ya sea de manera personal

³⁶ Al respecto en sentencia que rechaza responsabilidad de servicio médico, al indicar que “se brindó al paciente Ballón la atención médica acorde a su estado de salud, pero se trataba de un paciente de alto riesgo por los factores ya mencionados y la medicina no es una ciencia exacta que asegure resultados positivos para los usuarios, no acreditándose que algún profesional dependiente hubiera faltado a la Lex Artis o el servicio hubiere negado, retardado o ejecutado mal algún procedimiento clínico” (Corte de Iquique (24.11.2009) sentencia Rol 504-2009 caratulada Ballon Ramirez Sandra Con Servicio De Salud De Iquique Confirmada por C.S. (29.8.2012) Sentencia Rol 9.440-2009.

o a través de un subalterno³⁷; o en palabras del profesor Guajardo un tratamiento oportuno y bien aplicado³⁸.

Así al hablar de consecuencias dañinas o complicaciones, nuestra Corte Suprema, en causa por negligencia médica cuya demanda fue rechazada, narrando el caso de una paciente ingresada al hospital de Puerto Montt a fin de realizarse cirugía de reemplazo de cadera derecha, la que efectivamente no se realizó por complicaciones intraoperatorias por lo avanzado de la enfermedad de la usuaria, arguyendo el sentenciador que tratándose de una práctica médica, la evaluación consistía en la factibilidad de la operación conforme a lo ordenado por la práctica médica.

En el caso “los jueces estimaron que conforme a la declaración de cuatro médicos la complicación sufrida por la paciente constituye un riesgo propio descrito para esta cirugía, difícil de detectar con antelación, frente a lo cual el equipo médico actuó en forma oportuna y exitosa, evitando riesgo vital en la paciente³⁹ solicitando incluso ayuda a los médicos presentes en el recinto, como ordenaría la práctica

³⁷ Pizarro, Carlos, (2008) Responsabilidad profesional médica: diagnóstico y perspectivas. p 177

³⁸ Guajardo, Baltazar. (2013) Aspectos De La Responsabilidad Civil Médica. Pp. 83.84

³⁹ C.S. (23.12.2009) Sentencia Rol 3.115-2008 caratulada Andrade Vera Edilia Elena Con Servicio De Salud. (CONSDERANDO DECIMO SÉPTIMO).

habitual, y siendo un hecho no constitutivo de negligencia el no haberse realizado efectivamente la intervención programada.

Por el contrario a juicio de nuestro Supremo Tribunal existirá actuar negligente, cuando la intervención del personal sanitario no se ajuste a las prácticas habituales y debidas, tanto en la intervención como en la fase previa de estudio y posterior de cuidados. Así será evidente por ejemplo el actuar falto de diligencia, en aquellas situaciones en que se administra medicación por sobre las dosis aconsejables o desconociendo sus efectos⁴⁰, o en la intervención de personal ajeno al sanitario o no calificado⁴¹.

Cabe hacer presente, que el deber de tratamiento diligente no se encuentra reconocido explícitamente con esa denominación por la jurisprudencia, haciéndose referencia al mismo con distintos vocablos, como “lesiones médicas producidas negligentemente”, “tratamiento

⁴⁰ Así lo señala C.S. (03.11.14) Sentencia Rol 18.456-2014 caratulada Contreras con Servicio de Salud de Atacama que da cuenta de menor que ingresa por quemaduras en rostro, administrándole dosis de morfina no adecuadas para su edad, resultando con daño neurológico severo; en este mismo sentido data sentencia de Corte Suprema que acoge demanda de indemnización de perjuicios en contra de médicos que infiltran incorrectamente sustancia radioactiva en ambas muñecas de paciente, la que no era apta para dicha articulación ni fueron evaluadas las dosis o respaldada con imágenes en el procedimiento. C.S. (21.3.2016) Sentencia Rol 31.061-2014 caratulada Fernandez Waidele Ximena con Amari Pineda Jaime, Arinoviche Schenker Roberto, Arriagada Maldini Marina.

⁴¹ C.S. (8.10.2015) Sentencia Rol 3.785-2015 caratulada Miriam Briceño Montaña Con Servicio De Salud Iquique; en forma similar en causa de toma de sangre por personal no calificado que deviene en responsabilidad C.S. (13.4.2011) Sentencia Rol 1.093-2011 caratulada Silva Ferrera Ana Maria Con Municipalidad De Las Cabras. Rep: Jaime Fabia Reyes.

deficiente”, “intervención negligente”, “atención deficiente”, entre otras, todas las cuales se encasillan bajo este concepto por mantener características comunes. Así podemos decir recurriendo a la tradicional clasificación en materia de contratos, que se trataría de un deber innominado pero típico, por cuanto si bien no es reconocido con un nombre inequívoco si se encuentra dotado de contenido por nuestros tribunales.

En cuanto al momento de aplicación del referido deber, podemos señalar que el mismo se verifica en todo el *iter* de la relación médico paciente, la correcta aplicación de una determinada práctica médica va desde su establecimiento en la etapa de diagnóstico, su ejecución y monitoreo de los resultados de la misma. Así como se explicará en los capítulos siguientes la intervención comprende desde la observación de los síntomas y ficha clínica, el ordenar exámenes, la elaboración de hipótesis diagnóstica, la formulación y aplicación de tratamiento/intervención, la comprobación de la hipótesis diagnóstica inicial y su reformulación en caso de ser necesaria, y el monitoreo del estado del paciente⁴².

⁴² En contra de esta afirmación parece estar sentencia en cuanto comprende que el deber de tratamiento concluye en la etapa de aplicación del tratamiento, erróneamente a nuestro juicio, basándonos para concluir aquello en la mayor cantidad de fallos que reconocen el deber de tratamiento en forma posterior incluso a la intervención médica. Así en causa en que se demanda negligencia por operación de pierna que termina en septicemia y amputación del

El motivo de esta investigación es precisamente el tratamiento médico y su aplicación, como deber de conducta del médico, dado que por su relevancia es precisamente el momento en que se despliegan en su máxima expresión las destrezas y conocimientos del médico, en interacción con la eficacia y eficiencia en la utilización de recursos disponibles al momento, y el seguimiento de guías y protocolos para evitar/prever los eventos adversos.

4. LA CONSTRUCCIÓN DEL DEBER DE TRATAMIENTO Y LA HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA.

No es posible comprender el ámbito de la responsabilidad civil médica, sin atender a sus particulares características, en relación a los bienes jurídicos en juego, la salud y vida del paciente, y su falibilidad como ciencia que se encuentra en constante desarrollo. Es así que las guías clínicas, protocolos y prácticas comúnmente aceptadas, o habituales en términos de nuestros tribunales, son precisamente aquellas consensuadas por la comunidad médica, siendo su opinión

miembro por supuesto corte de arteria (hecho no acreditado), se indica "Que el demandado Valverde actuó con debida diligencia y cuidado en todas las etapas de realización del acto médico, esto es, en la anamnesis, los exámenes, el diagnóstico y el tratamiento" C.S. (27.6.2013) Rol 2332-2012 caratulada Toncio Gutierrez Corina con Valverde Castañon Jaime, Servicio De Salud. (CONSIDERANDO UNDÉCIMO).

profesional como especialistas en el área aquel deber de conducta evaluado y contrastado en juicio posterior por el juez de la causa.

En cuanto a la literatura médica especializada, la misma importa un antecedente relevante al momento de establecer la conducta esperable por parte del personal médico en juicio posterior realizado por parte del juez⁴³, siendo la elaboración de la misma la muestra del avance de la ciencia médica y entregada su confección y difusión a las facultades de medicina y estudios correspondientes del área.

A su vez, las guías prácticas clínicas elaboradas por el Ministerio de Salud, corresponde también a la estandarización de tratamientos y procedimientos ante determinada patología o situaciones de riesgo que enfrentan los prestadores de salud, que por su frecuencia y relevancia han captado la atención del ente administrativo⁴⁴. Las guías clínicas corresponden entonces a una pauta de buenas prácticas clínicas,

⁴³ En cuanto al establecimiento del estándar de tratamiento a través de literatura especializada, en sentencia de reemplazo que establece procedimiento que debió adoptar equipo médico ante paciente que presenta sangrado en labores de parto, cuya operación quirúrgica era el actuar “que la literatura especializada más elemental recomienda en tales casos” [C.S. (19.6.2014) Sentencia Rol 5.817-2013 caratulada Salazar Navarro Maximiliano Con Clínica Reñaca Y Otros]; en otro caso que funda sentencia de reemplazo y estándar de conducta exigido a médico en cuanto a tratamiento de paciente con diabetes gestacional en guía clínica y artículo científico especializado C.S. (20.1.2015) Sentencia Rol 15.257-2014; finalmente en causa en que médico acredita su apego a la *lex artis* en procedimiento de histerectomía del cual deviene una lesión, mediante literatura médica especializada que indica que tal consecuencia es de normal ocurrencia y que detectó y trató la misma conforme a lo aconsejable C.S. (27.12.2011) Sentencia Rol 8.983-2010.

⁴⁴ Revisar en <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/>

elaboradas en base a evidencia científica y la experiencia de la comunidad médica, como apoyo a los profesionales de la salud en el manejo de determinadas patologías y con el propósito de evitar o disminuir las complicaciones que puedan derivar en eventos no deseados. Siendo un instrumento de uso público y conocido por los galenos en general, servirá necesariamente de base para la determinación por parte del juez de las prácticas esperables en el caso en cuestión; de igual forma las "guías de acción" o las "directivas internas", si bien estructuradas en cada recinto en particular, serán útiles en la misma gestión por mantener los mismos fines.

Dentro aun de los instrumentos que confluyen a fin de establecer la conducta esperada del médico en el caso concreto, en donde ubicamos las guías prácticas clínicas, protocolos, literatura especializada y directivas internas, como antecedentes de conocimiento previo a la ocurrencia de los hechos, también existen documentos ilustrativos para el juez de carácter posterior a la ocurrencia de un hecho constitutivo de posible falta a la *lex artis*, como lo son la auditoría médica⁴⁵ y la informe médico, en donde a nivel

⁴⁵ Sin perjuicio de ello la auditoría médica definida como "proceso objetivo, evaluación e informe, constituyéndose en una instancia de perfección y educación continua que permite tomar resguardos en aspectos técnicos, administrativo, ético y médico-legales en búsqueda de la excelencia" (Rencoret Gustavo (2004) Auditoria médica en la prevención y manejo del conflicto médico. P 107); puede ser de carácter prospectiva, simultánea o retrospectiva,

nacional cobra vital importancia aquellos realizados por el Servicio Médico Legal⁴⁶.

Todo estos instrumentos y conocimientos deben ser incorporados al acervo del juez en juicio posterior en el cual su labor será determinar el “deber ser” en el caso concreto⁴⁷. Así se señala “que cuando las máximas de la experiencia integran el acervo cultural común de las personas deberá el juez aplicarlas de oficio. Al contrario cuando no integren este acervo cultural común y se trate de reglas o máximas de la experiencia especializadas, deberán ser objeto de prueba, aun cuando el juez, por las razones que sean, tenga adquirido en su conocimiento las máximas de la experiencia especializa pertenecientes o propias de una determinada ciencia o arte”⁴⁸.

refiriéndonos en esta investigación sólo a esta última por ser generalmente la utilizada como medio probatorio.

⁴⁶ Del estudio de las sentencias que motivan la presente investigación a lo menos el 80% de los casos en donde se aportó prueba pericial, correspondían a dicha entidad pública. Al respecto véase Paillas, Enrique (2004) Responsabilidad médica. P. 147 y siguientes. En cuanto a su relevancia, se dice que “la misión del perito es traducir lo acontecido y lo arrimado al juicio como elemento de prueba, escrito en “idioma médico”, al “idioma jurídico” que entiende y necesita el juez”. Achával, Alfredo: (1996) Responsabilidad Civil del Médico. P.230.

⁴⁸ Bordalí, A. y otros. Proceso civil; el juicio ordinario de mayor cuantía, procedimiento sumario y tutela cautelar. Pp 229-230. En el mismo sentido de los conocimientos especializados como objeto de prueba Montero, Juan (2012) La prueba en el proceso civil. En cuanto a la discusión respecto del tema de la prueba de los conocimientos especializados, se indica “se ha planteado que no pueden ser probadas (las máximas de ala experiencia), sino que, si tienen influencia, lo que ha de probarse es la “afirmación” de que existe como tal regla de experiencia, no la verdad misma de la regla”. Peñailillo, Daniel. (1993) “La Prueba En Materia Sustantiva Civil: Parte General. P.76.

Así se manifiesta, en el estudio realizado, la relevancia de la incorporación de esta información al juez, el que de no reunir por parte del actor la información suficiente respecto de cual habría sido el deber de cuidado aplicado al caso concreto, desechará la acción por falta de prueba, siendo este conocimiento uno de los objetos de la misma en el proceso. Que así se ha fallado en particular respecto de esta falta de labor probatoria y de la relevancia del análisis experto previo “que no existe en autos un peritaje que acredite que la sintomatología presentada por la paciente estaba necesariamente relacionada al diagnóstico de peritonitis, lo cual –señalan- es relevante, sobre todo teniendo en cuenta que se trata de una materia en la cual se requieren de los conocimientos de una ciencia o arte para resolver el litigio”⁴⁹

En este mismo sentido se ha asentado por los jueces de casación⁵⁰, siguiendo el razonamiento de los jueces de instancia que “sobre la base

⁴⁹ C.S. (14.10.2013) Sentencia Rol 5.827-2013 caratulada Tagle Muñoz Teresa Angelica Con I. Municipalidad De Puerto Varas. Los hechos hablan de la falta de diagnóstico certero a menor que ingresa a urgencia por dolor abdominal y fiebre en dos ocasiones a atención médica, siendo derivado en una tercera ocasión a intervención quirúrgica por aperitonitis. La acción es finalmente rechazada por falta a la carga de la prueba por parte del actor quien no acreditó como este conocimiento médico relevante habría sido infringido en los hechos.

⁵⁰ Cabe prevenir sin perjuicio al lector, que en forma enfática la Corte Suprema reconoce la facultad exclusiva de los jueces del fondo en cuanto al establecimiento de los hechos, no siendo susceptible de modificación por la vía de casación, salvo aquellas situaciones de vulneración de carga de la prueba. Para mayor información véase Diez, José. (1997) “El daño extracontractual” y Cortez, Gonzalo (2002) “Reflexiones sobre la evolución de la casación en el proceso civil”.

de tales antecedentes fácticos los sentenciadores rechazan la acción señalando que para determinar la existencia de una falta de servicio que proviene de una impericia o una infracción a la *lex artis* se requiere necesariamente de la opinión de peritos que así lo establezcan, porque el conocimiento común o el específico en términos exclusivamente jurídicos, no puede develar la falta de diligencia o de destreza en las funciones propias del ejercicio de un médico cirujano⁵¹.

Así también respecto de la creación de este deber ser por parte de los magistrados de instancia, llama la atención el rol que juega la prueba testimonial de profesionales de la salud, o prueba testimonial especializada, la que incluso puede ser contrastada con el tradicional medio de prueba del informe de peritos en cuanto a sus conclusiones sobre el procedimiento a seguir. Así al rechazar acción incoada, se ha señalado por Corte de Apelaciones de San Miguel que “los medios de prueba aportados resultan insuficientes a juicio de esta Corte, para establecer que el Servicio Metropolitano Sur haya incurrido en responsabilidad por falta de servicio, debiendo hacerse especial

Véase también, quien señala ser normas sustantivas (normas reguladoras de la prueba Peñailillo, Daniel. (1993) “La Prueba En Materia Sustantiva Civil: Parte General. p. 12.

⁵¹ C.S. (24.6.14) Sentencia Rol 3.096-2014 caratulada Castro Sanchez Miguel Con Hospital Regional De Antofagasta. Los hechos hablan de paciente que fue intervenido por lesiones luego de accidente vehicular, siendo dado de alta sin que se haya notado por equipo médico fractura de cadera; la acción es rechazada por no acreditar los hechos.

referencia a las dudas y reparos planteadas por el Informe del Instituto Medico Legal, cuyas interrogantes han sido desvirtuadas por las declaraciones de los profesionales involucrados en tan desgraciado suceso, médicos, enfermera universitaria y auxiliar de enfermería, quienes han declarado como testigos, y a cuyos dichos se ha hecho referencia en los fundamentos precedentes, las que esta Corte, apreciará conforme al valor que la ley les asigna y les otorgará merito suficiente, por ser testigos presénciales, contestes entre sí, evidenciar un conocimiento cabal de los hechos, y estar acorde con los demás medios de prueba aportados a los autos, en especial con el informe de auditoria de fojas...”⁵².

En cuanto a la reconstrucción de la conducta desplegada por el personal médico en el caso cuestionado, juega un rol trascendental la ficha clínica del mismo, la que por definición de la ley 20.584 “es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud

⁵² Corte de San Miguel (20.3.2008) Sentencia Rol 3.019-2008 caratulada BURGOS VARGAS PEDRO - SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR, confirmada por C.S. (26.11.2008) Sentencia Rol 3.019-2008. Los hechos narran sobre paciente que concurre a centro asistencial a realizar colonoscopia, en donde una supuesta mala aplicación de anestesia en el proceso habría provocado depresión cardiorespiratoria que terminó en estado semi-vegetal del mismo.

de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente”⁵³.

De capital importancia al momento de reconstruir la forma de ocurridos los hechos⁵⁴, la ficha clínica se muestra como el antecedente primordial que se tiene en cuenta por el equipo, tanto para el control del estado del paciente, enfermedades previas, la coordinación entre los distintos miembros del equipo médico en cuanto da cuenta de la realización efectiva de determinadas actuaciones dentro del procedimiento⁵⁵, y en general constituyendo el recuento de la intervención a la que fue sometido el paciente. La ficha clínica será entonces la base y la prueba por autonomía de reconstitución del procedimiento médico, la que debe ser conocida y tenida a la vista por

⁵³ Artículo 12 ley 20.584

⁵⁴ De acuerdo a las sentencias analizadas se trata de la fuente de prueba infaltable en casos de responsabilidad. En cuanto a su relevancia véase: Achával, Alfredo: (1996) Responsabilidad Civil del Médico. P.231

⁵⁵ Tanto es así que el no consignar la realización de determinada actuación en la ficha clínica puede significar en un juicio posterior el dar por acreditado que una determinada intervención no se realizó. En este sentido C.S. (12.12.2012) Sentencia Rol 3.591-2010, en cuanto al recuento de compresas. En el mismo sentido se muestra sentencia de Corte Suprema que conociendo de recurso de casación en el fondo respecto de causa de Corte de Apelaciones que concedía indemnización por falta de servicio, la misma fue anulada de oficio, toda vez que la ficha clínica acompañada al proceso no fue valorada por los jueces de instancia. Así dictando sentencia de reemplazo en el orden de confirmar sentencia de primera instancia que rechazaba la demanda por no haber acreditado la falta de servicio, fundada principalmente en la no realización de electrocardiograma 35 minutos antes de proporcionarse tratamiento al paciente, ver razonamiento en considerando octavo (C.S. (3.12.2013) Sentencia Rol 5.465-2013 caratulada Melendez Calderon Nathaly Otros Con Hospital Barros Luco Trudeau.

el personal al momento de tomar sus decisiones, por entenderse ser la misma de su conocimiento.

Es en este documento en donde se consignan además de las intervenciones realizadas al paciente, los síntomas del mismo, información base para poder establecer una posible patología (hipótesis diagnóstica) y el consecuente tratamiento.

Respecto a esto último, cabe consignar otro antecedente que juega un rol trascendental para establecer la conducta debida por parte del galeno, y por ende lo que se define como "tratamiento diligente" es entender el funcionamiento de la hipótesis diagnóstica, la que tal como su nombre lo indica corresponde a un planteamiento respecto de la probable causa de la afectación de la salud del paciente, y proponer en base al mismo un plan de cuidados y tratamiento a seguir. Dicho planteamiento, proviene del juicio probabilístico que el médico realice, en base a su conocimiento personal y especialidad, los síntomas presentados por el paciente que se vislumbra a través de exámenes y finalmente la condición específica tanto del paciente (que se establece mediante la historia o ficha clínica) como de los recursos disponibles para su tratamiento. Cabe destacar que como toda "hipótesis", la efectuada por el galeno está sujeta a evaluación en base a la evolución que el paciente presente ante el tratamiento sugerido, y que la misma

puede ser errónea en base a los antecedentes fácticos que tuvo a la vista el profesional al momento de proponerla.

Se señala así que "el diagnóstico es, en último término, la síntesis o modo abreviado con que los médicos expresamos la conclusión de un elaborado proceso intelectual de análisis de datos subjetivos y objetivos. Formular diagnósticos correctos en una infinidad de situaciones mórbidas, requiere de un conjunto complejo de conocimientos, destrezas y experiencia técnica y humana. Algunos diagnósticos clínicos son de certeza, pero, un número importante de ellos son meras probabilidades"⁵⁶. Destacando la relevancia del mismo en el éxito posterior de la intervención del personal sanitario, al reseñar que "hacer un diagnóstico en medicina es considerado parte esencial en el manejo de los pacientes, ya que de su correcta hipótesis dependerá la pertinencia de la terapia"⁵⁷.

⁵⁶ Goic G, Alejandro. (2001). Fuentes de error en clínica. *Revista médica de Chile*, 129(12), 1459-1462. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001001200014>

⁵⁷ Wainstein, Eduardo. (2009). Algunos problemas del razonamiento médico en el proceso de diagnóstico: Papel de algunas heurísticas y posibles soluciones. *Revista médica de Chile*, 137(12), 1636-1641. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009001200014>. Véase también este artículo a fin de entender a cabalidad el razonamiento que implica el diagnóstico por parte del personal médico.

CAPITULO II:
ELEMENTOS DEL DEBER DE TRATAMIENTO MÉDICO
DILIGENTE EN LA JURISPRUDENCIA

1. EL TRATAMIENTO DILIGENTE, LA LEX ARTIS “AD HOC” Y EL ERROR.

El tratamiento médico entendido como la intervención del personal sanitario a fin de mejorar la salud del paciente, combatir la enfermedad⁵⁸, o en algunos casos incluso con fines diversos como los meramente estéticos⁵⁹, deberá ajustarse en todo momento a la ley del

⁵⁸ Se entiende por enfermedad, “en general, en casi todas las lenguas importantes de la cultura existe una gran cantidad de sinónimos o bien de términos que aproximan a la idea de enfermedad. En español se ha utilizado o se utilizan: mal, morbo, alteración, padecimiento, malestar, disfunción, achaque, dolencia, perturbación, afección, sufrimiento, in-disposición, molestia, disconfort, desmejoramiento, ataque, carencia y otros (sin entrar en regionalismos o expresiones lunfardas o coloquiales)” Kohn Loncarica, Alfredo G, Outomuro, Delia, Bortz, Jaime, & Sánchez, Norma Isabel. (2004). TERAPIA GÉNICA: ¿TRATAMIENTO MÉDICO, EUGENESIA O HIGIENE DE LA HERENCIA?. *Acta bioethica*, 10(2), 143-153. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2004000200003>.

⁵⁹ En cuanto a la finalidad de la intervención médica se ha señalado en causa sobre resultado de reducción mamaria anti-estético en que el galeno intenta excusar su actuar en la existencia de fines de otra índole (reconstructivos) en su intervención, se ha señalado que “con los antecedentes indicados en los motivos anteriores, no queda sino concluir que las condiciones que evidenciaba la demandante en forma previa a la intervención del demandado, por el defecto físico que presentaba como declaran los testigos del demandado y que la tenía acomplejada como indica su ficha clínica, no tienen el carácter para establecer una patología asociada a la gigantomastia en el momento de la consulta, determinado con examen radiológico de columna u otro. De lo anterior se sigue el doble carácter de la intervención, actual y fundamentalmente estético por una parte y, accesoria y potencialmente reparatoria, por otra”. C.S. (28.1.2011)

arte, que no es más que la ley que rige la medicina como ciencia autónoma y técnica de “actuación profesional de un determinado facultativo, la que ha tenido su desarrollo para referirse al módulo de comparación o de evaluación del proceder de los profesionales, sin embargo, ha sido empleada para referirse a aquella ponderación sobre si el acto ejecutado por un médico se ajusta a la fase de evolución del conocimiento medio del momento”⁶⁰. Es así que la ley del arte será el régimen que norma el tratamiento⁶¹, y a su vez el punto de comparación ante un eventual juicio posterior hacia el galeno. La negligencia en el tratamiento consistirá por tanto no “en una omisión, sino en la desatención de algún deber [establecido por la ley del arte], haciendo menos de lo debido”⁶².

Sentencia Rol 5.849-2009 caratulada Wagemann Morales Consuelo Andrea con Vidal Garcia-Huidobro Pedro.

⁶⁰ C.S. (28.1.2011) Sentencia Rol 5.849-2009 caratulada Wagemann Morales Consuelo Andrea con Vidal Garcia- Huidobro Pedro, ya citada.

⁶¹ En cuanto al contenido de la *lex artis* la Corte Suprema ha expuesto al apoderarse de los planteamientos de los jueces de instancia, que “el profesional debe atenerse a su *lex artis*, que impone los deberes de seguir los progresos de la ciencia; mantener una práctica adecuada de los protocolos; obedecer las reglas generalmente admitidas por la ciencia y el arte de la salud especializada a la cual se dedica; conocer sus personales limitaciones frente al acto que debía realizar; y mantener una observancia del reglamento destinados a normar las acciones de salud, los protocolos médicos quirúrgicos etc.” C.S. (5.6.2013) Sentencia Rol 5.883-2012 caratulada Treizman Sacks Lucy, Rado Kovari Rolando, Rado Treizman Sandra Con Erazo Reyes Rodrigo, Clinica Las Condes S.A.

⁶² Aedo, Cristian. (2001) *El daño moral en la responsabilidad contractual y extracontractual*. P. 107. Los paréntesis son nuestros.

En cuanto a la ubicación tiempo espacial, el estado del arte cuyo conocimiento y aplicación será exigible al personal sanitario participante en una determinada intervención, será aquel comúnmente aceptado por la comunidad médico/científica en el lugar en que se desempeñe el profesional de la salud, entendiéndose adquirido por este aquellos de normal o razonable difusión por las escuelas de medicina; así exigir un estándar más exigente tornaría impracticable la ciencia médica, debiendo moldear el criterio o estándar en de acuerdo a la condición del médico en relación a la comunidad en la que se desarrolla⁶³.

Se ha resuelto así, en causa sobre intervención oftalmológica que no obtuvo el efecto de mejorar la visión, que “La paciente fue intervenida el año 2002, cuando la implementación de esta solución operatoria llevaba pocos años de aplicación en Chile y no se conocían todas sus prevenciones y efectos. A lo anterior añaden que por la circunstancia de haberse practicado la operación en una época que su implementación en nuestro país llevaba pocos años de aplicación, se desconocían todas sus prevenciones y efectos que dieran mérito para

⁶³ Criterio seguido en materia de responsabilidad de los órganos de la administración del Estado en materia sanitaria al hablar de 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 aquéllos”, (artículo 41 inciso 2° ley 19.966 sobre garantías explícitas de la salud).

tener algunas consideraciones especiales con algún tipo de pacientes, como pudo ser la demandante”.⁶⁴

Es relevante entonces para la elaboración de un acertado estándar de conducta esperable el fijar la condición particular en la que se encontraba el galeno y su equipo al momento de tratar al paciente, siendo en primer lugar abordable el conocimiento específico que el médico tiene, tanto respecto de su ciencia como respecto de la condición del paciente. Cobra aquí relevancia la especialidad o conocimiento especializado, que pueda o no tener el profesional a cargo, no siendo el mismo estándar exigible en la conducta de un especialista promedio, a la de un profesional (sin especialidad ni estudios pormenorizado) promedio⁶⁵.

Nace entonces de la conjunción de estos distintos factores, es decir, lugar, tiempo y circunstancias del caso en cuanto a recursos

⁶⁴ C.S. (17.6.2015) Sentencia Rol 11.078-2014 caratulada Sanchez Jimenez Alejandra Dafnag Con Ibañez Langlois Santiago. (CONSIDERANDO SEGUNDO)

⁶⁵ “un cancerólogo, un especialista en enfermedades cardiovasculares o un oftalmólogo, pueden intervenir quirúrgicamente aun a costa de riesgos considerables, no así un especialista en cirugía estética. Del mismo modo, un internista no debe iniciar un tratamiento o efectuar una operación quirúrgica cuando la índole de la enfermedad y el estado de su evolución aconsejan y permiten la intervención de un especialista; pero cuando un médico de campo advierte que es indispensable y urgente operar y no se dispone de medios para trasladar al paciente o para obtener el concurso de un cirujano, puede y debe tomar el riesgo de ejecutarla. La regla general prescribe que la magnitud del riesgo permitido es directamente proporcional a la necesidad social del acto, deducida de su naturaleza y la del caso concreto en que se la ejecuta” Cury, E. (1973) Orientación para el estudio de la teoría del delito. p. 120. En el mismo sentido Barros, Enrique. (2006). *Tratado De Responsabilidad Extracontractual*. pp. 663.

tanto físicos como humanos, la denominada *lex artis ad hoc*, que no es mas que:

[...] la ley del arte reconociendo sus especificidades, atendiendo las particularidades, puesto que, en el fondo y considerando las diferencias, dicha actividad o procedimiento de valoración no debiera ser diferente, con lo cual se logra una mayor profundidad en el control y hace más abstracta la ponderación de la actuación. En síntesis se evalúa la acción médica desde la perspectiva de la formación y preparación básica común del profesional, pero según su especialidad y la mayor o menor urgencia de la acción de salud, además de su naturaleza de restauración o embellecimiento, para determinar el mínimo exigible; también, corresponde tener presente, según ya se ha dicho, la ejecución de la actuación y el resultado obtenido, esto es el aspecto concreto de la prestación, como la experiencia y capacitación del médico, así también, la infraestructura disponible para ejecutar la acción de salud concreta, la que se analizará sobre la base de un comportamiento esperable

de un facultativo medio o un especialista medio, pero teniendo siempre presente el caso particular⁶⁶

Cabe hacer presente, que en algunos tipos de intervenciones médicas el seguir el estándar de conducta determinado por la *lex artis* no será suficiente⁶⁷ para descartar o exonerar de responsabilidad al personal médico⁶⁸; es así como en las intervenciones con fines estéticos el cumplimiento de la ley del arte y protocolos será sólo el punto de partida de la evaluación del estándar de diligencia exigido al galeno en el caso⁶⁹.



⁶⁶ C.S. (28.1.2011) Sentencia Rol 5.849-2009 caratulada Wagemann Morales Consuelo Andrea con Vidal Garcia- Huidobro Pedro. En atención a causa de reducción mamaria fallida, ya reseñada.

⁶⁷ En este sentido Barros, Enrique. (2006). *Tratado De Responsabilidad Extracontractual*. pp.673, indicando que “aunque en la mayoría de los casos la observancia de una práctica profesional establecida es prueba suficiente de la diligencia, si se demuestra que esa convención no soporta un análisis mínimo de razonabilidad, porque no constituye un resguardo suficiente de los intereses de la víctima, el juez puede estimar que la misma no puede ser tenida por estándar de conducta debida.

⁶⁸ En cuanto a la insuficiencia del cumplimiento de la *lex artis*, tal afirmación es extraída desde sentencias C.S. (22.5.2012) Sentencia Rol 7.318-2009 y de C.S. (9.11.2011) Sentencia Rol 4.811-2009.

⁶⁹ Así se afirma en sentencia de reemplazo acerca de reducción mamaria fallida, ya citada, la responsabilidad del médico reposa en el estándar de conducta de “un buen médico especialista en cirugía estética, el cual no es posible que presente como un resultado esperado y realizado conforme a las leyes de su arte, que en este caso cobra aplicación textual, el establecido en la inspección personal de la señora magistrado de primera instancia, puesto que ello importaría que toda mujer que se someta a una reducción mamaria en las condiciones de la actora, podría esperar normalmente, esto es en la mayoría de las intervenciones, un resultado como el exhibido por el médico demandado, lo que contraría toda lógica. La regla general es la inversa. Son razones de programación y destreza personal del facultativo demandado que llevaron a este resultado, las que no quedan cubiertas por la *lex artis*, ya que la exceden”.

A su vez no serán negligentes los tratamientos cuyos resultados se deban a eventos fortuitos o inevitables por el personal médico⁷⁰; nacen así los conceptos acuñados por la norma (20.584) y la ciencia médica como evento adverso y/o centinela⁷¹. Al respecto en perspectiva que compartimos, el profesor Pizarro Wilson, indica que la ocurrencia de un evento inesperado ya sea adverso o centinela no involucra necesariamente responsabilidad civil⁷², o en otras palabras, no indica necesariamente negligencia por parte del personal sanitario existiendo consecuencias poco favorables que los pacientes deben asumir como consustanciales a la intervención médica, tratándose de “genuinos accidentes médicos, cuya ocurrencia puede intentar prevenirse o

⁷⁰Así se ha resuelto en causa sobre paciente que luego de intervención quirúrgica y dado de alta presenta infección en pierna que termina con invalidez absoluta de pierna izquierda, “que el doctor Cooper actuó en forma correcta, oportuna y diligentemente, respetando en todo momento las normas de la Lex Artis de la medicina y del debido cuidado y en relación con el proceder del Instituto en el manejo del paciente en el sentido que se adoptaron todos los mecanismos de prevención y cuidado de asepsia y esterilización, estimándose probable que la infección por el germen “Enterobacter Aerógenes” que cursó el paciente fue un evento fortuito e inevitable” Corte de Valparaíso (21.12.200) Sentencia Rol 3.210-2005 caratulada Corvalan Martinez Jose Con Instituto De Seguridad Del Trabajo confirmada por C.S. (22.12.2009) Sentencia Rol 1.887-2008. (CONSIDERANDO TERCERO)

⁷¹ Constituirá un evento adverso “una situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad”, será entonces un evento centinela “un suceso inesperado que puede producir la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra” Protocolo N° 1 MINSAL

⁷² Así se ha fallado en causa respecto de intervención quirúrgica de hernia en lugar aparentemente equivocado, “que la existencia del error antes mencionado no basta para, sin más, dar por establecida la culpa del médico tratante que hubiere hecho nacer la pertinente responsabilidad” C.S. (1.9.2014) Sentencia Rol 5.128-2014 caratulada Díaz Valencia Nelson Y Otros con Sociedad Isapre Río Blanco Y Otro. (CONSIDERANDO DÉCIMO QUINTO).

aminorarse, pero que suelen ocurrir con alguna estadística almacenada por la administración sanitaria”⁷³.

Así el evento adverso no se condice necesariamente con un error⁷⁴ en el contexto de la intervención médica, ya que “si bien todo evento adverso es resultado del manejo médico (y no debido a la condición del paciente) no todos son prevenibles, es decir, atribuibles a un error. Es decir, todo error constituye un evento adverso pero no todo evento adverso es producto de un error”⁷⁵.

Tomamos el concepto de error en su sentido natural como concepto equivocado o juicio falso⁷⁶, el que desde la perspectiva del médico⁷⁷, “puede ser entendido de diversas formas, tanto fallas derivadas del proceso como de su resultado, independiente del daño que pueda ocasionar”⁷⁸. Es posible afirmar que la ocurrencia del error no

⁷³ Pizarro, Carlos. (2017) La responsabilidad civil médica. P. 32

⁷⁴ Respecto del error, se señala que “el error de diagnóstico no merece consideración igual al error de tratamiento. Pueden presentarse como hechos independientes, pero uno puede ser consecuencia del otro y, por consiguiente, constituir un tercer tipo de error médico posible”. Achával, Alfredo: (1996) Responsabilidad Civil del Médico. P.83

⁷⁵ Bascañán, María Luz, & Arriagada, Ana María. (2016). Comunicación de errores médicos a pacientes y familiares: interrogantes y herramientas. *Revista médica de Chile*, 144(9), 1185-1190. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000900013>.

⁷⁶ Diccionario Real Academia Española, actualización 2018, disponible en <http://dle.rae.es/?id=G47B9qL>.

⁷⁷ A fin de ahondar en las razones que inducen el error y su relevancia en la relación médico paciente, véase Carvallo V, Aurelio. (2001). Consideraciones éticas sobre el error en medicina. *Revista médica de Chile*, 129(12), 1463-1465. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001001200015>

⁷⁸ Vargas K, (2006). Gestión de Riesgos Jurídicos Sanitarios y Judicialización de la Medicina. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*. 17: 20-35

necesariamente deriva en la responsabilidad del personal sanitario⁷⁹. Se ha indicado en este sentido por el tribunal de casación que “Que en el ámbito médico el error no implica necesariamente negligencia si aquél es excusable. El comportamiento será culpable si el daño pudo haber sido evitado con el cuidado debido. De esta manera, el error que se produce no obstante haberse desplegado el grado de diligencia exigible a un buen profesional no dará lugar a responsabilidad y, por tanto, el daño que se origine por un error no imputable al médico debe ser soportado por la víctima, pues se tratará de riesgos inherentes a los procedimientos médicos”⁸⁰

Queda necesariamente la interrogante de cuando entonces este error profesional sería excusable, y cuando no. Al efecto nuestro supremo Tribunal ha indicado en causa sobre intervención a menor que nace en forma prematura diagnosticado de “comunicación

⁷⁹ Es ilustrativa sentencia de la Corte Suprema que relata la situación de una paciente sometida a la extirpación de su mama derecha por arrojar biopsia con signos cancerígenos, que con posterioridad a la intervención los exámenes practicados muestran la inexistencia del cáncer que motivó la intervención demandado por ello. En definitiva los jueces del grado desechan la demanda, ya que analizando la prueba testimonial de personal médico arribada a la causa, la posibilidad de que un examen posterior pudiera mostrar resultados diversos ante el cambio de estructura que se provoca en el tejido producto de la intervención/extirpación, no pudiendo acreditarse un error en la técnica del médico al momento de la operación o de la lectura del examen primitivo C.S. (15.11.2012) Sentencia Rol 2.411-2012 caratulada Moncada Garrido Maria Irene Y Otra Con Servicio De Salud Concepcion.

⁸⁰ C.S. (22.5.2012) Sentencia Rol 7.318-2009 caratulada Hinojosa Soto Nancy Y Otros Con Servicio De Salud Concepcion.

interventricular y ductus arterioso amplio”, por lo que es intervenida y al no haber mejoría es derivada a Santiago en donde se comprueba que se había realizado ligadura de arteria pulmonar izquierda en lugar de cierre de “ductus arterioso” por tratarse de un error previsible, pero ajustado a procedimientos⁸¹. Por el contrario, el error no será excusable, si existe falta de diligencia o impericia al momento de evaluar la sintomatología del paciente o pesquisado a través de los exámenes de rigor la patología del mismo⁸².

⁸¹ Así en sentencia de reemplazo se concluye que “la responsabilidad médica se origina en la falta de diligencia en el desempeño profesional de acuerdo a un estándar general de cuidado que entrega la “lex artis”, reproche que no puede formularse en la especie a ningún profesional o auxiliar dentro la organización hospitalaria del servicio demandado, pues se trató de un error que, aunque previsible, no pudo ser evitado pese a emplearse la diligencia debida C.S. (9.11.2011) Sentencia Rol 4.811-2009 caratulada Aravena Espinoza Cristian Y Otros Con Servicio De Salud Concepcion. Llama sin perjuicio la atención, el juicio de los Sentenciadores en cuanto a la previsibilidad del daño.

⁸² AL respecto en nuestro Supremo Tribunal a propósito de paciente sometida a extracción de pieza dental a quien se le extrae el molar equivocado, se concluye que “establecen que el profesional que intervino en la atención prestada a la actora, infringiendo las reglas de la lex artis de su especialidad, erró en la identificación de la pieza dentaria afectada, teniendo en consideración para arribar a tal conclusión su calidad profesional, la existencia de protocolos y medios técnicos adecuados para ese fin y el actuar poco prudente que supone que no haya empleado en dicha pesquisa los exámenes pertinentes”. C.S. (4.3.2015) Sentencia Rol 27.949-2014 caratulada Lazcano Barraza, Cynthia Liciel Con Servicio De Salud Aconcagua. (CONSIDERANDO SEXTO); en similar sentido, en cuanto a la falta de apreciación de sintomatología que aquejaba a los pacientes, sentencia de Corte Suprema que data de paciente fallecido en servicio de urgencia con hipótesis diagnóstica de abdomen agudo, cuya sintomatología que daba cuenta de aneurisma que devino en su fallecimiento, no fue advertida por el equipo médico, al respecto fue considerada observación pericial que indica que “si bien se admite que el aneurisma es una lesión vascular de difícil diagnóstico, también se consigna que en este caso era posible vislumbrar que, atendidas las características del dolor abdominal y dorsal bajo que aquél presentaba, tales dolencias estaban siendo provocadas por un aneurisma” C.S. (6.6.2016) Sentencia Rol 1.574-2016 caratulada Gotelli Rivera Alberto con Servicio De Salud Talcahuano. (CONSIDERANDO NOVENO); sentencia que data de paciente que en intervención

Finalmente cabe consignar que el simple error no implica negligencia, sino que la idea capital se basa en la excusabilidad del mismo, esto es, si el profesional desarrollo todo su conocimiento y recursos disponibles al momento de evaluar y diagnosticar al paciente⁸³. Es así, que la existencia de opiniones profesionales diversas no constituye negligencia, siempre que ambas se encuentren

quirúrgica resultó con lesión en esófago mostrando en el post-operatorio claros síntomas de la misma pero la que no fue advertida sino días después de la intervención, C.S. (16.3.2016) Sentencia Rol 14.608-2015 caratulada Laferte Marin Fermina con Fisco De Chile; así en sentencia que acoge indemnización por falta de servicio a paciente que fallece de neumonía por falta de tratamiento oportuno por personal médico que ignoró sintomatología respiratoria (C.S. (18.4.2013) Sentencia Rol 5.797-2012 caratulada Amelia Luisa Valverde Cifuentes Y Otros Con Servicio De Salud Bio Bio; así en sentencia que acoge indemnización por falta de servicio en paciente que ingresado a urgencias no fue evaluado correctamente ante su sintomatología, existiendo error en el diagnóstico no excusable, ya que no se intentó pesquisar el origen de los mismos que se agravaron en la estadía del paciente en el servicio hospitalario. Corte de Santiago (1.7.2015) Sentencia Rol 1.261-2015.

⁸³ Cuestión aparte constituyen los casos en que la acción civil no prospera por falta de relación causal entre el error (no excusable) y el daño efectivamente producido, los que escapan del análisis del presente. En este sentido sin embargo, se establece que no constituye negligencia el resultado dañoso que se debe a diagnósticos diferenciados (patologías diversas) como sería el caso de paciente que es operado por apendicitis y posteriormente reingresa con neumonia que le causa finalmente la muerte, siendo ambos procedimientos acorde a la lex artis, sentenciando que “la confluencia de diversas hipótesis diagnósticas es una posibilidad dentro del quehacer de la medicina, y no implica per se una falta de diligencia en el actuar de los médicos quienes, en el presente caso, de acuerdo a los hechos inamoviblemente establecidos en la sentencia, no se apartaron de la lex artis correspondiente” C.S. (15.6.2015) Sentencia Rol 24.556-2014 caratulada Lagos Gallardo Domingo Gustavo, Valles Santander Josefina Con Servicio De Salud Metropolitano. O en aquellas circunstancias en “que ha influido otra causa en el resultado defectuoso del tratamiento, como ocurre en causa en la actora reconoció que el mismo día de la atención médica supuestamente negligente, en forma previa, llevó a su hija a otro centro asistencial en el cual le recetaron medicamentos para la fiebre y para el dolor estomacal, presentando la menor en la consulta del médico del Consultorio una sintomatología diversa, por lo que en la especie existieron factores externos, a saber la intervención previa del enfermo, que impiden calificar la atención reprochada como negligente” C.S. (14.10.2013) Sentencia Rol 5.827-2013 caratulada Tagle Muñoz Teresa Angelica Con I. Municipalidad De Puerto Varas.

debidamente respaldadas en la sintomatología y características del paciente y así se ha declarado por la corte Suprema de Justicia al indicar que “la sola existencia de opiniones diagnósticas no acreditan la existencia de incumplimiento de la obligación de medios del profesional y de la clínica”⁸⁴.

2. EL EQUIPO MÉDICO CALIFICADO COMO RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Como segundo elemento integrante del deber de tratamiento diligente, encontramos la participación del equipo médico como expertos responsables de la intervención, es decir, aquellos profesionales de la salud con la pericia suficiente⁸⁵ para realizar la intervención que el caso específico requiere. Corresponderá así a este equipo profesional la observancia del deber de tratamiento diligente.

⁸⁴ C.S. (12.3.2012) Sentencia Rol 12.467-2011 caratulada Pardo Gutierrez Udo con Sociedad Inmobiliaria Inversal. (CONSIDERANDO QUINTO).

⁸⁵ A nuestro juicio la pericia suficiente no pasa solamente por la habilitación a través de estudios en la carrera profesional específica, sino también de la actualización razonable de tales conocimientos, así parece también entenderlo la legislación en ley 20.584 en cuanto al hablar de la regular y permanente revisión. En este sentido se señala “... se entiende que es previsible ante todo, cuanto pertenece a la “lex artis” del sujeto, es decir, el conjunto de principios y normas técnicas cuyo dominio es exigido a cuantos ejercen la profesión en razón de la cual despliega la conducta creadora de peligro. Suele decirse que el médico que no estudia se transforma, paulatinamente, en un criminal” Cury, E. (1973) Orientación para el estudio de la teoría del delito. p. 118.

Dentro de los actores involucrados, en las distintas funciones que el respectivo equipo conlleva (arsenaleras, enfermeras, técnicos operadores de maquinaria, etc.), se encontrarán necesariamente debidamente calificados y/o habilitado con título entregado por institución de educación reconocida por el Estado⁸⁶. Existirá entonces necesariamente un actuar negligente en el obrar de algún miembro del equipo (o en el equipo en su totalidad)⁸⁷ que no cuenten con la expertiz necesaria para desarrollar su función.

Podemos concluir así, que el profesional en su *función deberá obrar en forma personal*, y que existirá necesariamente un tratamiento negligente si el mismo delega dicha función en personal no idóneo para el referido cometido. Esta situación resulta evidente por ejemplo en el caso conocido por nuestro máximo tribunal en el que traumatólogo al realizar intervención quirúrgica en una mano, asiste a la cirugía con su hijo menor de edad, sin que este último cuente con habilitación o con conocimiento mínimo para ello⁸⁸. A igual conclusión se llegará, si la

⁸⁶ Para mayor información sobre el ejercicio de la medicina, personal auxiliar y especialidades, ver Código Sanitario artículos 112 y siguientes.

⁸⁷ En cuanto a la responsabilidad del equipo médico en forma compartida véase, Paillas, Enrique (2004) Responsabilidad médica. P. 30 y ss.

⁸⁸ C.S. (8.10.2015) Sentencia Rol 3.785-2015 caratulada Miriam Briceño Montaña con Servicio De Salud Iquique. Hecho de la causa “En el pabellón el hijo menor de edad del médico, asistido por el padre procedió a inyectar a la paciente en la mano derecha y administró la anestesia; luego utilizó el electro bisturí para realizar un corte en la mano, y la separación de la piel fue realizada por el médico ayudado por su hijo” (CONSIDERANDO TERCERO).

función correspondiente al médico es realizada por algún auxiliar del área de la salud, que no cuente con los conocimientos o pericia específica para desarrollar la función del galeno⁸⁹.

Así nuestro supremo tribunal se ha pronunciado en causas seguidas respecto de la responsabilidad por *mala praxis* médica, fundado entre otras circunstancias fácticas en la intervención de auxiliares de la salud en funciones propias del médico. En esta línea se encuentra el caso seguido en contra de servicio de salud por paciente que fallece en unidad de urgencia; así al razonar los jueces de casación en relación al empeoramiento del estado de salud del paciente mientras era atendido por dicho centro asistencial, que constituía un tratamiento negligente el hecho de ser la enfermera quien realizó la vigilancia y no así el médico de turno, siendo función del galeno reaccionar ante tal circunstancia ordenando los exámenes respectivos a fin de pesquisar el origen del decaimiento del estado de salud del usuario que posteriormente fallece⁹⁰.

⁸⁹ C.S. (13.4.2011) Sentencia Rol 1.093-2011 caratulada Silva Ferrera Ana Maria Con Municipalidad De Las Cabras. Rep: Jaime Fabia Reyes, en donde se establece responsabilidad por falta de servicio, en aquel caso en que un procedimiento de toma de sangre es realizado por personal no idóneo (paramédico) generando daños y dolor con el pinchazo en el paciente.

⁹⁰ Así se establece que “la circunstancia fáctica que pese al empeoramiento del cuadro clínico que presentaba el afectado, en las casi seis horas que permaneció en observación, sólo registra anotaciones de enfermería y ninguna médica” C.S. (6.6.2016) Sentencia Rol 1.574-2016 caratulada Gotelli Rivera Alberto con Servicio De Salud Talcahuano. (CONSIDERANDO OCTAVO). En similar sentido C.S. (3.12.2015) Sentencia Rol 29.365-2014, en donde paciente muere tras su

Con sustento fáctico diverso pero siguiendo la misma línea interpretativa, el sentenciador ha establecido la responsabilidad de clínica de diagnóstico por intervención de personal sanitario en forma negligente, al incurrir un tecnólogo médico en *mala praxis* al momento de efectuar examen de electromiografía⁹¹, sindicando sin perjuicio que el hecho generador de responsabilidad es compuesto, es decir, el actuar negligente consiste en conjunto en la intervención del auxiliar de la salud en el procedimiento y el hecho de haber realizado además dicha intervención contra las reglas de la práctica médica⁹².

ingreso a urgencia, por no observación de síntomas por personal paramédico que se encontraba realizando priorización de pacientes no contando con competencias idóneas para ello, correspondiendo dicha función a enfermera de turno.

⁹¹ En causa C.S. (25.2.2011) Sentencia Rol 7.008-2009 caratulada Ruiz Figueroa Gonzalo Con Instituto De Diagnostico S.A. (CONSIDERANDO DÉCIMO QUINTO), la corte haciendo suyos los argumentos de los sentenciadores del grado señala: “A mayor abundamiento, cabe apuntar que lo que considera el fallo recurrido como antecedente que genera la responsabilidad contractual de la demandada no es el hecho, por sí sólo, que la tecnóloga médico haya realizado el examen de electromiografía el que debió de realizarse por un neurólogo a criterio de los sentenciadores- sino la mala praxis en que ésta incurrió, tal como se consignó en su fundamento vigésimo séptimo, en el que se concluye que los dolores y descargas eléctricas de los pulpejos medio e índice de la mano izquierda del actor, son resultado de una mala praxis de doña Gladys del Peso;”.

⁹² En otro sentido, la Corte Suprema no consideró constitutivo de negligencia la presencia en quirófano de tres alumnos de medicina que hacían su pasantía, “y que a esas alturas tienen conocimientos de cómo se procede en una intervención, a los que en todo caso se les solicitó que se retiraran antes de comenzar con la operación [... también se hace referencia a la participación de...] técnico operador del equipo LEC, apreciando que su intervención parece de toda lógica en la funcionalidad de la máquina y en ningún caso sustituyó la función del médico tratante que dirigió la intervención” C.S. (4.3.2015) Sentencia Rol 25.715-2014, caratulada Mena Rodriguez Horacio con Instituto De Diagnostico S A-Castillo Darvich Rodrigo-Harvey Arce Patricia. (CONSIDERANDO TERCERO); esto sin perjuicio, se debe a que no se acreditó que esa sola circunstancia (de encontrarse personas ajenas en el quirófano) hubiere influido en el resultado de la intervención y/o que se hubiere faltado a la *lex artis*.

Dentro del equipo profesional de la salud a cargo de una intervención, es el médico el encargado por excelencia de la diagnóstico, planificación y ejecución del tratamiento al paciente, así se ha establecido que “la obligación relativa al cumplimiento de los procedimientos quirúrgicos y protocolos operatorios tiene como sujeto pasivo al médico cirujano el cual deberá cumplir los mismos”⁹³.

En este punto cabe establecer que el médico, como jefe del equipo por ser su función la planificación y dirección del tratamiento, mantiene siempre el deber de supervisión⁹⁴ respecto de su cometido en aquellos auxiliares de la salud que conforman su equipo, estableciendo las directrices de la aplicación del tratamiento por poseer el conocimiento especial y la pericia calificada necesaria para ello.

⁹³ C.S. (12.12.2012) Sentencia Rol 3.591-2010 caratulada Gonzalez Morales Gina Con Servicio De Salud Valparaiso San Antonio, Martinez Diaz Normandia.

⁹⁴ En este sentido sentencia Corte Suprema haciendo suyas las conclusiones de los jueces de instancia, que establecen responsabilidad del médico jefe del equipo por resultar paciente con lesión en muslo producto de quemadura con bisturí manipulado por arsenalera inexperta, concluyendo el tribunal que “él era el jefe del equipo médico y responsable de la operación, independientemente de las funciones que cada uno de los integrantes del equipo debía realizar. Para los jueces del fondo, es improcedente que el cirujano pretenda exonerarse absolutamente de responsabilidad alegando el actuar negligente de un miembro de su equipo médico, puesto que está a cargo del mismo, siéndole imputables las acciones u omisiones cometidas por sus componentes. El fallo determina, entonces, que en su calidad de médico a cargo de la operación realizada a la demandante, el Dr. Alcota incurrió en una actuación negligente o culpable en lo tocante a la supervisión de los procedimientos realizados por su equipo médico” C.S. (25.10.2012) Sentencia Rol 4.404-2012 caratulada Rojas Vergara Yasna Con Fisco De Chile y Otro. (CONSIDERANDO TERCERO)

Sin embargo, en cuanto al rol del médico como jefe del equipo cabe asentar algunas precisiones, las que se ilustrarán mediante la resolución de dos sentencias de la Corte Suprema, aparentemente contradictorias entre sí. Los hechos corresponden en ambos procesos al conocido caso de hallazgo de compresas en el cuerpo de los pacientes tiempo después de realizada una intervención quirúrgica, llegando sin embargo a conclusiones diversas en cuanto a la responsabilidad del médico como jefe del equipo en cada asunto. En primer término en sentencia de diciembre del año 2012⁹⁵, se estableció la responsabilidad tanto del servicio de salud como del médico jefe del equipo por la existencia de compresa al interior de la paciente, siendo un hecho de la causa la circunstancia de no constar en la ficha clínica referencia alguna sobre el conteo de compresas; a su vez en sentencia de marzo del año 2016⁹⁶ se rechazó la demanda respecto del médico por falta de legitimación pasiva, estableciéndose en los hechos que durante la intervención correspondía a la arsenalera el conteo del

⁹⁵ C.S. (12.12.2012) Sentencia Rol 3.591-2010 caratulada Gonzalez Morales Gina Con Servicio De Salud Valparaiso San Antonio, Martinez Diaz Normandia..

⁹⁶ La Corte haciendo suyos los argumentos de instancia indican que : “Expresan que en el contexto de una intervención quirúrgica el contar las compresas, gasas y el instrumental antes de iniciar la cirugía, avisar a la pabellonera para que la matrona lo registre en documento y el posterior recuento antes de proceder al cierre de la piel producto de la herida operatoria, es de responsabilidad de la arsenalera” C.S. (9.3.2016) Sentencia Rol 8.235-2015 caratulada Urzua Maldonado Ana Lucy Con Marin Neira Miguel Alvaro.

material e instrumental quirúrgico, siendo un hecho de la causa que la arsenalera al terminar la intervención señaló al médico demandado que tal revisión se encontraba "ok".

Existen dos diferencias cruciales entre ambos casos que permiten arribar en conclusiones diversas, sin desconocer el deber de vigilancia que pesa sobre el médico como jefe del equipo médico, *en primer lugar en cuanto a la elección del equipo médico*, en específico a la arsenalera encargada auxiliar de la salud encargada del conteo de las piezas quirúrgicas utilizadas en una intervención, en el caso de condena del médico jefe, el mismo precisamente había sido quien eligió a su equipo en la cirugía, a su vez en el caso de exoneración del jefe del equipo los sentenciadores señalan que la auxiliar de la salud que cometió el descuido fue elegida por el hospital en donde se desarrolló la intervención y no por el médico tratante, careciendo este de potestad respecto de la evaluación de la pericia o habilidades de la misma⁹⁷. Esta diferencia es explicada por el profesor Corral Talcciani, a través de la culpa "in eligendo", esto es en la elección inadecuada de un asistente, y la culpa "in vigilando" relativa precisamente al deber de supervisión, señalando que así "por ejemplo, aunque el cirujano no

⁹⁷ En este mismo sentido Pizarro, Carlos (2003) en "la responsabilidad médica por el hecho ajeno".

puede responder por las negligencias que cometa el anestesista en lo que son los conocimientos y destrezas propias de este último profesional, sí deberá hacerse responsable por los daños causados por una deficiente supervisión, si permite al anestesista retirarse temporalmente del quirófano”⁹⁸.

Respecto de lo primero, se condice con la lógica el hecho de medir el nivel de exigencia en relación a la pericia⁹⁹ específica del médico, en relación a su experiencia¹⁰⁰ y estudios respecto de su oficio. Es por ello, que no es posible requerir al médico sin algún tipo de estudio especializado la realización de determinadas prácticas que sólo el conocimiento calificado y el estudio pormenorizado pueden entregar. Es aquí donde nacen las interconsultas y derivaciones¹⁰¹, de común

⁹⁸ Corral, Hernán. (2011) Lecciones de responsabilidad civil extracontractual. pp 282 y 283

⁹⁹ Se deja por sentado en este punto la responsabilidad derivada de aquellos casos en que interviene un profesional que no posee la habilitación y conocimientos necesarios para el desarrollo de determinada función (impericia) ya sea por usurpación indebida de funciones de otro miembro del equipo médico (explicativa sentencia 4404-2012 C.S. (25.10.2012) respecto de supervisión del equipo por parte del médico, en demanda acogida por negligencia al provocarse quemadura en intervención quirúrgica producida por bisturí eléctrico en manos de arsenalera inexperta) o derechamente personas que no poseen habilitación alguna [ejemplificadora C.S. (8.10.2015) Sentencia Rol 3.785-2015 caratulada Miriam Briceño Montaña Con Servicio De Salud Iquique]

¹⁰⁰ En causa Rol CS 3019-2008, que rechaza recurso de casación en el fondo en contra de sentencia de segunda instancia que confirmaba fallo de primera rechazando la demanda, se establece como criterio relevante para no dar lugar a la responsabilidad la trayectoria de 17 años de experiencia de médico tratante.

¹⁰¹ Cabe precisar que los protocolos de atención establecen la derivación a determinado especialista ante ciertas patologías o poblaciones de riesgo. Así se ilustra en causa donde si bien el motivo del rechazo de la pretensión es la falta de nexo causal, la discusión se centra en la responsabilidad por muerte de infante producto de hipoxia severa 48 horas antes del parto cuya

práctica en el ámbito médico a fin de lograr un tratamiento más acertado a la realidad del paciente.

En cuanto al error¹⁰² y los estándares de diligencia, al equipo médico en su funcionamiento conjunto como profesionales encargados de la ejecución del tratamiento, y en forma particular a cada profesional respecto de la función específica que por reglamento o protocolo desarrollan dentro del equipo. En este sentido la Corte Suprema ha establecido la falta de pericia y grave imprudencia en el actuar de equipo médico que administra drogas en forma inadecuada lo que termina con paro cardio-respiratorio del paciente¹⁰³, y que por el contrario no será posible adjudicar responsabilidad al equipo médico que en procedimiento de parto que termina en el fallecimiento el recién nacido, cuando este se ha ceñido a las prácticas aceptadas por la "lex

madre habría sido diagnosticada a las 35 semanas con infección vaginal y el seguimiento del protocolo o guía clínica para el tratamiento de dicha afección, la que hacia aconsejable derivar a especialista en caso de ser detectada la infección, pero en población de riesgo de hasta 25 semanas de embarazo, lo que no se verificaba en los hechos. C.S. (23.3.2016) Sentencia Rol 21.019-2015 caratulada Muñoz Uribe Margarita Con Servicio De Salud Araucania Sur.

¹⁰² En este sentido respecto del médico o cualquier auxiliar del equipo, existirá negligencia si el error no es excusable, como ocurre por ejemplo en el caso de matrona que por descuido deja compresas en agua hervida utilizada para limpiar los utensilios, ocasionando quemadura grave en paciente intervenida. C.S. (4.9.2012) Sentencia Rol 8.044-2010 caratulada Llanca Viguera Cecilia Del Carmen Con Fisco De Chile..

¹⁰³ C.S. (3.11.2014) Sentencia Rol 18.456-2014 caratulada Contreras Silva Giselle Con Servicio De Salud Atacama.

artis” ante inexistencia de síntomas previos que condujeran a realizar una intervención de emergencia con antelación¹⁰⁴.

3. LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE, LOS SÍNTOMAS Y LOS EXÁMENES MÉDICOS.

Como tercer elemento para verificar la presencia de un tratamiento diligente, surge la evaluación del paciente como la actividad primaria para lograr la finalidad del mismo que es mejorar su salud. En este punto es álgida la hipótesis diagnóstica que realice el profesional como base del tratamiento que se aplicará, proceso intelectual (la hipótesis diagnóstica) que puede ser resumida en la recolección de datos a través de la observación de los signos físicos y los complementarios dados por exámenes de laboratorio, analizando los mismos y concluyendo en la mejor elección para abordar al paciente en específico¹⁰⁵.

¹⁰⁴ Así se declara en considerando segundo de sentencia de reemplazo “Que la responsabilidad médica se origina en la falta de diligencia en el desempeño profesional de acuerdo a un estándar general de cuidado que entrega la lex artis, reproche que no puede formularse en la especie a ningún profesional o auxiliar dentro la organización hospitalaria del servicio demandado, pues en definitiva se actuó por parte del equipo médico dentro del estándar exigido en la atención de un parto con las características del desarrollado por la actora” C.S. (30.7.2012) Sentencia Rol 355-2010 caratulada Lincolao Paineo Aurelio Y Otro Con Servicio De Salud Araucanía Sur.

¹⁰⁵ “El proceso intelectual que conduce al diagnóstico está basado, esquemáticamente, en: la recolección de datos sobre el paciente y su enfermedad (incluidos los datos que proporciona el laboratorio y la exploración instrumental); el análisis de esos datos y una síntesis diagnóstica1-3. Los datos derivan de la observación del paciente: su aspecto general, su postura, su expresión

Así en cuanto al diagnóstico de paciente que ingresa a centro asistencial con dolor lumbar y antecedentes de diabetes, en donde la labor médica incurre en error (negligente) al no intentar pesquisar el origen de los síntomas, sentenciando en instancia “que no sólo permitió el egreso de un paciente que presentaba los síntomas agravados en relación con su ingreso –estado febril- sino que, además, con un diagnóstico que se alejaba completamente de la realidad – síndrome facetario lumbar- diagnóstico que pudo acercarse a la verdadera dolencia, no sólo con una resonancia nuclear, sino a través de las gestiones mínimas en orden a intentar detectar la real causa del dolor, la que debió asociarse necesariamente con la inflamación que presentaba uno de los dedos del paciente. La pretendida disminución del dolor, al egreso, carecía de relevancia si se considera que se le

facial, sus expresiones verbales y corporales; la evaluación de su personalidad y reacciones emocionales; los síntomas que relata y sus características; los signos que pesquizamos en el examen físico (signos físicos) y los datos que nos proporcionan los exámenes complementarios de laboratorio (signos de laboratorio). El análisis de las características de este conjunto de datos subjetivos y objetivos, el modo cómo los interpretamos, junto al conocimiento que tenemos de la patología y de los mecanismos de enfermedad, nos conducen a una hipótesis diagnóstica”
Goic G, Alejandro. (2001). Fuentes de error en clínica.

habían suministrado analgésicos, cuyo efecto propio es la reducción del dolor en el afectado”¹⁰⁶.

En situación fáctica diversa pero a igual conclusión se llega, en causa en donde la inobservancia de los síntomas de la paciente que dan cuenta de una aflicción hepática y al páncreas, es tratada en dos ocasiones erróneamente por afectación pulmonar, falleciendo finalmente por hepatitis fulminante que no se detectó en un principio, existiendo “una infracción a la lex artis en el tratamiento de los síntomas y la patología que presentaba doña Ana Vergara, puesto que en dos ocasiones ella acudió al servicio de urgencia de este último centro asistencial no ordenándose que se le practicaran los exámenes pertinentes para una correcta evaluación de su condición de salud”¹⁰⁷.

¹⁰⁶ Corte de Santiago (1.7.2015) Sentencia Rol 1.261-2015 caratulada Vilches Machuca Mario Con Complejo Hospitalario San Jose (sentencia casada por corte suprema solo en cuanto a los montos C.S.(26.1.2016) Sentencia Rol 9.990-2015).

¹⁰⁷ C.S. (2.10.2012) Sentencia Rol 8.747-2011 caratulada Parada Valenzuela Ana L. Con Servicio De Salud De Concepcion. (CONSIDERANDO SÉPPTIMO). En igual sentido C.S. (5.10.2012), causa de negligencia por menor que asistiendo en varias ocasiones ante personal médico no es diagnosticado de rotavirus, a falta de exámenes falleciendo. C.S. (5.10.2012) Sentencia Rol 5.604-2010 caratulada Burgos Fabres Nolvía Silvana Y Otros con Servicio De Salud Bio Bio. Causa paciente que ingresa a servicio de salud ordenándose exámenes de ecotomografía abdominal y un drenaje endoscópico de la vía biliar que no se realizan, por lo que paciente fallece sin ser diagnosticada ni tratada por colangitis que la afectó, sin perjuicio de ser tal actuar considerado negligente por parte del personal y del servicio, se desecha por no aparecer acreditada la relación de causalidad entre la falta de diagnóstico- tratamiento y el fallecimiento de la paciente (C.S. (9.9.2014) Sentencia Rol 12.459-2014 caratulada Apablaza Rosales Briggitts Marlens y otros con Servicio De Salud Aconcagua.

A raíz de lo anterior, podemos deducir que el primer paso de evaluación será el observar los síntomas del paciente (examen físico), que se presentan al momento de ser evaluados por el profesional; de este ejercicio derivará un tratamiento acorde a la aflicción del enfermo, la que en caso de no ser congruente devendrá en un mal tratamiento y en un actuar negligente por parte del galeno¹⁰⁸ por falta de diligencia en su evaluación¹⁰⁹.

Por el contrario, si no hay síntomas¹¹⁰ observables al momento de evaluar no hay negligencia, así ocurre en causa de niño que acude a

¹⁰⁸ En este sentido razona la Corte al hacer suyos los fundamentos del fallo de instancia en caso en donde paciente al ser atendido en una primera ocasión por centro de salud con síntomas de “disnea” (dificultad para respirar) y “polipnea” concurrente (alta frecuencia respiratoria, cuestión que quedó consignada en hoja de interconsulta, para ser atendido días después ante la persistencia de dichos síntomas, en servicio de urgencia, los que diagnosticaron una afección estomacal, cuyo tratamiento no fue efectivo siendo tratada en una tercera ocasión diagnosticándose neumonía; se concluye así que “que el error de diagnóstico en que incurrió el médico de turno en el Servicio de Emergencia del Hospital de los Ángeles obedeció a falta de diligencia o a impericia en el análisis de la sintomatología que presentaba la paciente, lo cual trajo como necesaria un erróneo tratamiento médico” C.S. (18.4.2013) Sentencia Rol 5.797-2012 caratulada Amelia Luisa Valverde Cifuentes Y Otros Con Servicio De Salud Bio Bio. (CONSIDERANDO SÉPTIMO); razonable parece deducir que en el caso de autos el médico de turno obvió los antecedentes de aflicción respiratoria que presentaba la víctima, que finalmente fallece producto de la neumonía tratada en forma tardía

¹⁰⁹ En el mismo sentido 9990-2015, que data de paciente con dolor lumbar, cuyo cuadro se agrava a los días de ser dado de alta por presentar fiebre, para ser diagnosticado en una tercera ocasión con infección por estafilococo.

¹¹⁰ Así se concluye que no hay negligencia si los síntomas no eran observables en primera evaluación, “no permite establecer que el médico demandado haya actuado con negligencia al momento de evaluar al paciente ya que el cuadro que presentaba fue identificado como una Neumonitis Intersicial Infecciosa Aguda, según el examen físico y radiografía, el que fue controlado en una semana, desapareciendo los síntomas, sin haber manifestado el paciente, con posterioridad, síntomas o malestares propios de la fibrosis pulmonar que hubiesen hecho

centro asistencial en donde es tratado por traumatólogo ante herida profunda en codo, la que se encontraba limpia por lo que no se prescriben antibióticos y se procede a vendar la misma para evitar contacto, días después el niño concurre con herida infectada por bacteria, en cuanto a la sintomatología presentada al momento de la evaluación del paciente¹¹¹.

Así, respondiendo a la pregunta de cuándo se debe hacer esta observación por parte del equipo médico, lo cierto es que la misma debe ser verificada desde la primera consulta/ingreso, durante la intervención y con posterioridad a ella, en el entendido de evitar el agravamiento de algún acontecimiento negativo como consecuencia o con ocasión de la aplicación del tratamiento. Así se ha establecido que existe tratamiento negligente en la no observancia de síntomas durante la aplicación del tratamiento en paciente respecto de quien la encargada (anestesista) por no advertir en los signos vitales de la usuaria intervenida una hipotensión arterial que devino en su

exigible la realización de exámenes para su detección” C.S.(14.5.2014) Sentencia Rol 2.853-2013 caratulada Abarca Salazar Waldo Con Garat Pinto Fidel David, Clinica Central S. A.

¹¹¹ Se indica que el niño “no presentaba antecedentes mórbidos que hicieran suponer una infección u otros informados por los adultos a cargo, el facultativo cumplió en forma íntegra, eficiente y oportuna con la obligación de prestar los servicios médicos contratados (...) considerando además, que resultó comprobado la manipulación de la herida por parte de terceros sin conocimientos médicos y la inmunidad disminuida que afectaba al menor” C.S. (16.4.2012) Sentencia Rol 8.361-2009 caratulada Ortega Rivera Francisco Javier, Arce Pino Marlene Veronica Con Barroilhet Amenabar Jose Luis, Clinica Santa Maria S.A.

muerte¹¹²; como también en aquellos casos en que el personal sanitario lisa y llanamente no comprueba el estado del paciente¹¹³.

En cuanto al cuidado posterior a la intervención, se ha asentado también la idea de observación de síntomas o de evolución del paciente, a fin de reaccionar ante los mismos, debiendo mantenerse en observación en caso de advertir cualquier situación inusual y

¹¹² Se declara así en sentencia de reemplazo que “el actuar negligente radica en una inadecuada pesquisa de los signos vitales de la paciente intervenida, proceder negligente que se prolongó en el tiempo lo suficiente como para que la tantas veces citada hipotensión arterial produjera una hipoperfusión cerebral que, a su vez, se tradujo en una encefalopatía hipóxico-isquémica que le causó la muerte” C.S. (16.12.2015) Sentencia Rol 1.561-2015 caratulada Lopez Oñatt Maria con Fisco De Chile.. (CONSIDERANDO CUARTO). En similar sentido 5604-2010 C.S: (5.10.2012) por no advertir signos de rotavirus que es causa de su muerte; así también C.S. (6.12.2010) Rol 5.647-2010 sobre madre que fallece tras dar a luz quien fuera dada de alta en forma prematura sin atender sus síntomas y sangramiento , así el tribunal “concluyó que el fallecimiento de Elizabeth Rojas Gutiérrez ocurrió a consecuencia de la deficiente atención médica que recibió en el Hospital Carlos van Büren, integrante del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, especialmente al darla de alta en forma prematura, sin advertir que los dolores, molestias y sangramiento requerían a lo menos una hospitalización más prolongada a fin de observar su evolución, lo que habría evitado su fallecimiento” C.S. (6.12.2010) Rol 5.647-2010 caratulada Rojas Aguilera Ferrando Eduardo con Servicio De Salud Valparaiso San Antonio. (CONSIDERANDO UNDÉCIMO). En el mismo sentido causa que relata los hechos que existiría clara infracción a la lex artis al no advertir en paciente registra en atención primaria inicial en servicio de urgencia, médico no registra herida cutánea sin otra complicación (ignorando que se trataba de una lesión cortante y completa de dos tendones y un nervio), así constatan que la “demandada otorgó a la demandada, a través de su personal médico, una atención deficiente faltando a la lex artis -errado diagnóstico y tratamiento y no derivación a centro de mayor complejidad-, incurrió en responsabilidad en estudio” Corte de Valparaíso (5.1.2016) confirmada por la Corte Suprema (14.6.2016) Sentencia Rol 2.156-2015 caratulada Cárcamo Carvajal María Y Otro con I. Municipalidad De Rinconada Y Otro. (CONSIDERANDO PRIMERO); Paciente no fue diagnosticada de pancreatitis y hepatitis agudas finalmente fallece, falta estaría en no realizar examen para una correcta evaluación de su condición de salud C.S. (2.10.2012) Sentencia Rol 8.747-2011

¹¹³ En este sentido 23965-2014 en cuanto al actuar de paramédico que no controla signos vitales, y enfermera que no observa los mismos a fin de calificar la gravedad de la condición de paciente quien finalmente muere por infarto agudo al miocardio.

retardar el alta de ser necesario. Así se ha resuelto que el tratamiento médico ha sido negligente, en situación en donde niño que es operado en hospital y en cuyo antecedente clínico se refiere la existencia de hematoma-escara que concluye en la agravación de la herida debiendo ser operado para posicionar injerto¹¹⁴ o paciente que al ser intervenida por laparoscopia sufre lesión (perforación) esófago, siendo dada de alta, a pesar de presentar sintomatología concordante con dicha lesión¹¹⁵.

Como se reseñó en un principio, la pesquisa del origen de la patología implica la observancia del paciente y de su relato, y el apoyo por otro lado de la tecnología a través de los exámenes de laboratorio que ayudan al médico en su labor. Queda en evidencia por tanto, que

¹¹⁴ C.S. (10.06.2013) Sentencia Rol 9554-2012 caratulada Muñoz Saavedra Jessica y otros con Municipalidad de Putaendo y otros, se concluye que “En efecto, de haber sido examinado debidamente, antes de ser dado de alta, se habría advertido el desarrollo del hematoma y de la escara existente, por lo que el término del tratamiento en calidad de hospitalizado y su alta debió ser pospuesta o bien correspondía ser derivado a limpieza quirúrgica, pero a través de profesionales médicos y no en un consultorio, cuyos servicios responden a una atención primaria”. Similar al caso constatado en causa cuyo paciente es dado de alta ante aparente mejoría de sus síntomas (atribuido a aplicación de analgésicos) pero que sin perjuicio al no constatar la causa de la aflicción y manteniendo y agravándose síntomas como la inflamación ordenaba ingresar al paciente para un mayor y mejor análisis de sus síntomas (Corte de Santiago (1.7.2015) Sentencia Rol 1.261-2015 caratulada Vilches Machuca Mario Con Complejo Hospitalario San Jose).

¹¹⁵ Sentencia de Corte Suprema en donde se hace alusión a la no observancia de los síntomas siendo dada de alta, actuar negligente toda vez que la misma presentó luego de la intervención “claros síntomas concordantes con la perforación del esófago en el período post operatorio, por lo que requirió nuevas y complejas intervenciones a consecuencia de los daños ocasionados en el esófago” C.S. (16.3.2016) Sentencia Rol 14.608-2015 caratulada Laferte Marin Fermina con Fisco De Chile. (CONSIDERANDO TERCERO).

el tratamiento no será el más adecuado en aquellos casos en que el personal médico no realiza exámenes idóneos al paciente, así se ha fallado que “queda evidenciado en que, a pesar de haberse previsto la necesidad de realizar al paciente una ecco doppler urgente, tal examen no se lleva a cabo, siendo de advertir que los tiempos de respuesta del equipo médico fueron tardíos”¹¹⁶.

Que sin perjuicio de lo anterior, aunque el equipo médico a cargo de la evaluación realice exámenes al paciente, los mismos atendidas las condiciones, podrán ser calificados de insuficientes y por ende faltar a la *lex artis* con ello. Así se ha fallado que ante paciente con “diagnóstico de meningitis no sólo no se le realizó el TAC o scanner solicitado en la derivación, sino que no se le efectuó ningún otro procedimiento o examen distinto a los de sangre y orina que permitiera confirmar o desechar el diagnóstico de remisión¹¹⁷ o que existe un actuar negligente en los médicos que “no desplegaron todos los esfuerzos que eran necesarios para establecer el origen de la dolencia de la occisa, dejando transcurrir un total de 30 horas desde que

¹¹⁶ En causa sobre intervención de paciente que al ingresar con fractura a servicio de urgencia por accidente laboral, su estado deviene en síndrome compartimental amputándose extremidad, sin que se haya realizado examen respectivo previendo la posibilidad de generación de dicho síndrome. C.S. (16.5.2016) Sentencia Rol 18.124-2015 caratulada Pizarro Araya Marcelo Ivan Con Servicio De Salud Coquimbo.

¹¹⁷ C.S. (7.8.2013) Sentencia Rol 3.582-2012 caratulada Díaz Valenzuela Paulina Olivia con Servicio De Salud Aconcagua. (CONSIDERANDO SEXTO)

consulta la primera vez y la realización de un examen certero que permitiera llegar a un diagnóstico”¹¹⁸.

El examen físico apoyado por la prueba de laboratorio y el conocimiento particular del médico, guiarán el tratamiento a seguir en base a los resultados obtenidos, siendo contrario a un actuar razonable el ordenar exámenes idóneos y no esperar su resultado para determinar el estado de salud del paciente¹¹⁹.

La conducción del actuar del médico en cuanto a la evaluación del estado del paciente, será influida en gran medida por el conocimiento previo que este profesional tenga respecto de las patologías que afectan su caso clínico, jugando también un rol fundamental a la hora

¹¹⁸ C.S. (15.4.2014) Sentencia Rol 12.530-2013 caratulada Segura Riveiro Francisco Con Fisco De Chile. (CONSIDERANDO CUARTO), continúa la Corte Suprema especificando en cuanto al caso concreto que “. En efecto, la sola realización de un examen de sangre –que fue lo que se realizó– aparece a todas luces como insuficiente, puesto que a pesar de haber administrado a la paciente calmantes ésta siguió con intenso dolor [...] el actuar negligente no se radica en la circunstancia de no haber acertado en el diagnóstico médico, sino que en no haber realizado aquello que a todas luces parece imprescindible, esto es ordenar y practicar oportunamente ya sea una ecotomografía o una radiografía abdominal, que fue finalmente el medio que se utilizó para establecer la rotura de la víscera hueca de la paciente”.

¹¹⁹ Así ocurre en causa C.S. (25.5.2015) Sentencia Rol 27.944-2014 por paciente que es dada de alta sin que el médico cuente con los resultados de los exámenes realizados a fin de asegurar su estado de salud, debiendo ser paciente reingresada a urgencia y falleciendo finalmente. Aquí se estableció que “realización de un examen de tomografía axial computarizada del abdomen y pelvis de la paciente Juana Barrera Araya al segundo día de haber efectuado la operación de ella y contrariamente a lo dicho por él al contestar la demanda, no tuvo el resultado de tal examen sino hasta después del 28 de enero de 2012, cuando la paciente reingresó al hospital... tal examen resultaba suficiente y concluyente para determinar la existencia de una dehiscencia en la sutura quirúrgica recién realizada, dada la constatación de una burbuja de gas en dicha zona” C.S. (25.5.2015) Sentencia Rol 27.944-2014 caratulada Barrera Diaz Juan Con Siccha Vejarano Augusto, Hospital Regional De Antofagasta.

de evaluar que exámenes requerir y cuáles no, a fin de pesquisar el origen del mal del paciente¹²⁰; es por ello que encontrándose en conocimiento el equipo médico de las patologías preexistente o del riesgo particular de un paciente por una determinada condición de salud, lo esperable será que los exámenes requeridos apunten en primer término a descartar las consecuencias dañinas que dicha posición usualmente genera¹²¹.

Así se ha establecido en caso de evaluación de paciente con embarazo clasificado de alto riesgo obstétrico, circunstancia conocida por el personal a cargo de la evaluación, y que concluye con muerte fetal en parto inducido; lo esperable por parte del médico era

¹²⁰ En este sentido se ha fallado que será negligente el actuar del equipo médico que incurre en “error de diagnóstico [no excusable] –la no detección de una obstrucción intestinal-derivado de no haber empleado el personal médico todos los medios que tenía a su alcance para establecer el origen del padecimiento y un adecuado tratamiento” C.S. (30.12.2013) Sentencia Rol 5.885-2013 caratulada Reyes Jara Mario Esteban Con Servicio De Salud Talcahuano. (CONSIDERANDO OCTAVO) los paréntesis son nuestros.

¹²¹ En cuanto a los resultados nocivos en la cicatrización de cirugía, no se acepta la exoneración de responsabilidad de médico por cuanto conociendo el mismo el tabaquismo de la paciente, debió adecuar el tratamiento y cuidados a tal circunstancia (previa a la evaluación y conocida) por el galeno. En el caso particular el mismo basa su defensa en atribuir “el resultado a la conducta de la demandada, quien habría persistido en el consumo de tabaco, incumpliendo la prescripción médica, lo que en caso alguno podría constituir un caso fortuito, desde que ha quedado asentado como un hecho inamovible de la causa que la adicción de la actora fue conocida desde un comienzo por sus médicos tratantes” C.S. (25.11.2013) Sentencia Rol 8.307-2012 caratulada Lausen Montt Maria Macarena Con Terre Schuster Fernando, Thumala Olave Maria Isabel. (CONSIDERANDO SÉPTIMO)

precisamente la realización de exámenes que dieran cuenta del estado de salud del nonato, máxime si constando en “precisamente en razón de la condición que afectaba a la mujer y la época de desarrollo del embarazo, treinta y ocho semanas y un día, era exigible que el especialista del Hospital en el área de embarazos de alto riesgo obstétrico dispusiera exámenes básicos para observar y apreciar de manera pormenorizada los síntomas y estado de salud de la embarazada y del nonato, todo lo cual no ocurrió desde que habiendo citado a la mujer a control para el día lunes 13 de diciembre de 2010, el galeno no dispuso ninguna medida para eliminar el riesgo de muerte del nonato, lo cual era técnicamente posible”¹²².

Cabe establecer finalmente en este punto, que la solicitud de exámenes debe ser también oportuna a fin de cumplir con el estándar de comportamiento esperable, habiéndose consignado por Corte Suprema al hacer suyas las conclusiones de los jueces del fondo que “el actuar negligente no se radica en la circunstancia de no haber acertado en el diagnóstico médico, sino en no haber realizado aquello

¹²² C.S. (20.1.2015) Sentencia Rol 15.257-2014 caratulada Morales González Loreto Aislin y otros con Servicio De Salud Aconcagua. (CONSIDERANDO SÉPTIMO)

que aparecía imprescindible, esto es, ordenar y practicar oportunamente el escáner o ecotomografía abdominal”¹²³.

4. LOS ESTADOS DE URGENCIA Y LA NECESIDAD DE INTERVENIR

Como cuarto elemento a fin de dilucidar el contenido del deber de tratamiento diligente del médico, nos encontramos con las situaciones de urgencia o de necesidad de intervenir al paciente, factor relevante que modificará el estándar de conducta requerido al médico en el caso concreto. Cabe hacer presente desde ya, que este elemento si bien influye necesariamente en la toma de decisiones del médico en cuanto a la gravedad del bien jurídico en juego (la vida del paciente) y al menor tiempo de decisión que tiene en la planificación, evaluación y principalmente en la toma de exámenes de apoyo; el mismo (factor) no se encuentra en todas las intervenciones médicas, toda vez que muchas de ellas si bien existe un riesgo para la salud del paciente, son en la generalidad de los casos planificadas con anticipación a la efectiva intervención. En otras palabras, mientras más urgente sea la

¹²³ C.S. (6.6.2016) Sentencia Rol 1.574-2016 caratulada Gotelli Rivera Alberto con Servicio De Salud Talcahuano. (CONSIDERANDO CUARTO)

intervención, menor será el tiempo para formular la decisión del tratamiento a seguir y la posibilidad de pesquisar el origen de la patología.

Siguiendo con esta idea tratándose de casos de urgencia¹²⁴ los estándares de conducta exigidos por la ciencia médica y también por los sentenciadores, aceptan en mayor medida consecuencias negativas o incluso tratamientos más agresivos, se genera así un trato diferenciado entre los procedimientos programados en relación a los procedimientos de carácter urgente¹²⁵ el que es seguido por nuestros tribunales acertadamente a nuestro parecer; es aquí donde los síntomas del paciente y los exámenes realizados a fin de pesquisar las causas de la patología que aqueja al paciente juegan un rol fundamental, los que serán más o menos abundantes y específicos en relación al tiempo con el que cuente el personal sanitario para intervenir.

Así ocurre en causa en donde se absuelve al equipo médico y a su servicio de salud, por no existir falta de servicio ni del personal a cargo en lesión provocada a recién nacido dentro de tratamiento por su

¹²⁴ En cuanto al estado de necesidad, véase Aedo, Cristian. (2006). Responsabilidad Extracontractual. p.269 y siguientes. Rodríguez, Pablo (2010). Responsabilidad extracontractual. P156 y siguientes.

¹²⁵ Diferenciación que responde también a un criterio técnico arribado por los profesionales de la salud, recogida en la normativa y en organización de establecimientos de salud.

delicado estado de salud al haber nacido con deficiencia respiratoria y prematuro lo que significó la desarticulación en definitiva de su mano izquierda, habiendo actuado los mismos de acuerdo a lo que la ciencia médica profesaba atendido la grave situación en la que se encontraban¹²⁶.

Así será un elemento de juicio relevante, como lo considera la Corte Suprema indicando en causa ya citada respecto de la negligencia de médico anestesista en su labor, que “no es posible sostener razonablemente que el sometimiento a drogas supresoras de la conciencia a propósito de una *intervención quirúrgica programada y de menor entidad*, que no supone per sé riesgo vital para el paciente, pueda conducir, conforme a estándares de mediana exigencia profesional, a su muerte como consecuencia de que las necesidades de su organismo en lo referido a la presión de la circulación sanguínea no hayan sido debidamente ponderadas, sumiéndolo en una insuficiencia que, con los debidos resguardos y adecuada preparación, nunca debió

¹²⁶ C.S. Rol 4751-2009 “que llevaron a concluir que no se demostró la existencia de negligencia o falta de cuidado de parte del personal que atendió al menor, ni que los procedimientos utilizados frente a la complicación respiratoria que presentó al nacer no hayan sido los requeridos”. En el mismo sentido 355-2010 C.S. (30.7.2012) en donde se realiza cesárea de urgencia sin perjuicio de fallecer finalmente el recién nacido producto de asfixia; 24064-2014 C.S. (17.9.2015) en donde paciente embarazada fallece producto de hemorragia cuyos resultados se verifican más allá de los esfuerzos del equipo médico e incluso su traslado, se rechaza demanda de indemnización de perjuicios.

ocurrir, máxime si de lo que se trata no es de un accidente o una circunstancia puramente fortuita”¹²⁷.

Una clara determinación de la ponderación que debe realizar el médico en situaciones que no revisten el carácter de urgente se observa en sentencia del máximo tribunal del año 2012, en donde la paciente es intervenida quirúrgicamente por tumor facial, operación en la cual se realiza biopsia rápida determinándose que se trata de una masa muscular de tipo Shewanoma, la que en la mayoría de los casos (80%) es benigna.

En el caso el médico tratante extirpa la masa del nervio facial provocando parálisis y sin realizar tratamiento de rehabilitación del nervio en el periodo recomendado para que surta eficacia (como máximo 30 días después de la intervención). La Corte Suprema confirmando a los jueces de instancia, establece que “El doctor Goñi no estaba capacitado para realizar una reconstrucción del nervio facial, ya que no contaba con la experticia suficiente para enfrentar un abordaje total y adecuado a la dolencia de la actora... Estos daños ocasionados a la paciente eran evitables de haberse suspendido la cirugía y programado en conjunto el mejor procedimiento de

¹²⁷ C.S. (16.12.2015) Sentencia de casación Rol 1.561-2015 caratulada Lopez Oñatt Maria con Fisco De Chile.. (CONSIDERANDO DÉCIMO QUINTO)

reconstrucción facial y posterior disección”¹²⁸. Cabe inferir entonces que ante un procedimiento respecto del cual no se tenga la expertiz suficiente y no existiendo riesgos mayores para la vida del paciente, como es de común ocurrencia en las intervenciones programadas, sería un actuar prudente y esperable el derivar el tratamiento al profesional correspondiente o evaluar en conjunto la estrategia a seguir¹²⁹.

La clasificación de urgente o no del cuadro clínico que se presenta¹³⁰, será también parte del actuar médico que será juzgado con posterioridad; resulta ilustrativo en este punto el caso de paciente que es sometida a una cesárea de urgencia en forma tardía, sufriendo el recién nacido de asfixia lo que genera discapacidad de un 80% de por vida. Aquí los sentenciadores de instancia confirmados por el máximo tribunal, consideraron como un actuar no acorde a la *lex artis*

¹²⁸ C.S. (26.1.2012) Sentencia Rol 8.352-2009 caratulada Pastor Espejo Maria Elena Con Goñi Espildora Ignacio, Hospital Clinico De La Pontificia Universidad Catolica

¹²⁹ En este mismo sentido “comprobado que el tumor mal diagnosticado por el demandado, no se encontraba en el ovario ni en el útero de la actora era esta una razón suficiente para detener la operación en su conjunto y estudiar el curso a seguir, toda vez que en autos se acreditó que la operación no era de urgencia” C.S. (16.2.2016) Sentencia Rol 37.810-2015 caratulada Soto Saavedra Claudia Andrea Con Jure Yáñez Ricardo.

¹³⁰ En sentido similar respecto de paciente que fallece luego de parto que se verifica en forma natural, presentando con posterioridad un sangrado no controlado por el equipo médico se establece que es parte del actuar negligente del equipo profesional la no intervención oportuna de la paciente, al no clasificar como urgente su situación y retardar erróneamente su intervención. C.S. (19.6.2014) Sentencia Rol 5.817-2013 caratulada Salazar Navarro Maximiliano Con Clínica Reñaca Y Otros. Santiago de Chile: (CONSIDERANDO TERCERO SENTENCIA REEMPLAZO) Paciente muere por intervención de cesárea no oportuna.

médica por parte de los profesionales que estuvieron a cargo del procedimiento y trabajo de parto, indicando que “El examen obstétrico abdominal temprano habría ocasionado una ganancia de tiempo en el diagnóstico; bastaba la inspección, auscultación y palpación, utilizando las maniobras indicadas, que permiten determinar la presentación y posición fetal, así como el grado de descenso de la presentación en la pelvis materna (cefálica alta, insinuada o fija)”¹³¹.

Sin perjuicio de lo señalado, la necesidad de intervenir o la urgencia de la misma, no obsta al compromiso de fundamentar la decisión tomada por el equipo médico o el jefe de este, en cuanto al tratamiento o intervención. Entran aquí en juego inverso dos necesidades que debe suplir el personal sanitario al operar, por un lado la necesidad de intervenir con celeridad advirtiendo el riesgo a la salud del paciente, versus, la necesidad de fundamentar la decisión y/o hipótesis de tratamiento a seguir.

En este punto el discernimiento y la prudencia del médico a cargo serán los elementos del juicio posterior al fin de juzgar su actuar y tratamiento como diligente o no. Así para la labor del médico “la prudencia consiste en actuar con reflexión y precaución para evitar

¹³¹ C.S. (3.8.2015) Sentencia Rol 30.603-2014 caratulada Cerda Aguirre Carlos Rodrigo con Servicio De Salud Coquimbo. (CONSIDERANDO DÉCIMO TERCERO)

posibles daños, dispone la razón práctica para discernir el bien y elegir los medios justos para realizarlos. Ante una situación concreta se debe antes que todo reflexionar, analizar y tomar luego la decisión correcta. Si se actúa con prudencia, se controlan los riesgos, pues se actúa razonando y usando la lógica, de esta manera se medita y prevé los posibles actos perjudiciales que puedan surgir¹³². En otras palabras, el médico deberá decidir, en base a los riesgos que prevé como consecuencia de su falta de intervención y/o de ser necesaria la misma, tomar los resguardos para evitar los resultados perjudiciales para la vida del paciente en la medida de lo posible (o de un profesional de la medicina en su posición con mediana diligencia).

Se ha reseñado por la corte que la necesidad de intervenir en casos de alto riesgo¹³³ en donde la idea del especialista, si bien es aconsejable, no es viable en relación a los peligros en juego. Se señala así que el “estado de necesidad, que obliga a intervenir a un paciente

¹³² C.S. (28.1.2011) Sentencia Rol 5.849-2009 caratulada Wagemann Morales Consuelo Andrea con Vidal Garcia- Huidobro Pedro. (considerando vigésimo)

¹³³ Paciente catalogada de alto riesgo, es sometida a cesárea de urgencia e histerectomía a fin de parar el sangrado falleciendo finalmente, sin perjuicio de ello los jueces no generaron reproche por el hecho de no ser derivada a un centro de especialidad concluyendo que “el equipo médico que intervino en la especie realizó el máximo de sus esfuerzos para evitar el desenlace fatal, pese a lo cual no se obtuvieron resultados positivos” C.S. (17.9.2015) Sentencia Rol 24.064-2014, caratulada Erica Del Carmen Flores Venegas Y Otros con Servicio De Salud Arauco. (CONSIDERANDO DÉCIMO CUARTO).

en estado de muerte inminente. Por ejemplo, el médico general en el área rural que debe intervenir el abdomen de un herido por arma de fuego en muy mal estado y que al ingresar a la cavidad abdominal pasa por alto alguna lesión de difícil diagnóstico intracorpóreo”¹³⁴.

Finalmente, existe en ocasiones la necesidad de intervenir incluso sin el consentimiento del paciente, cuando por ejemplo los resultados de la intervención en relación al fin de mejorar la salud del paciente así lo exigen. Se ha fallado entonces, en causa relativa a intervención de paciente por juanete en dedo del pie donde cabía la necesidad de intervenir el segundo a riesgo de provocar inestabilidad de no hacerlo, el comportamiento del equipo médico no sería negligente por cuanto la “circunstancia de no haberse informado debidamente la probabilidad de resección del segundo orjejo no puede ser causa del resultado dañoso, puesto que del informe del Servicio Médico Legal y de las declaraciones de los médicos que operaron a la actora se desprende que la operación se desarrolló adecuadamente, que era necesaria la resección del segundo orjejo y que la decisión fue tomada durante la cirugía, pues sólo con la intervención del hallux (juanete) del primer

¹³⁴ C.S. (28.1.2011) Sentencia Rol 5.849-2009 caratulada Wagemann Morales Consuelo Andrea con Vidal Garcia- Huidobro Pedro. Ya citada.

ortejo (dedo) –respecto de lo cual había consentido la paciente- podía advertirse que la diferencia de tamaño con el segundo dedo conllevaría otro tipo de complicaciones como pérdida de estabilidad”¹³⁵



¹³⁵ C.S. (2.10.2013) Sentencia Rol 4325-2013 caratulada Gutierrez Sanchez Fresia Del Rosario Con Servicio De Salud Concepción. (CONSIDERANDO QUINTO)

CAPITULO III:
REQUISITOS DEL DEBER DE TRATAMIENTO MÉDICO
DILIGENTE EN LA JURISPRUDENCIA

1. EL TRATAMIENTO DEBE SER FUNDADO:

Ya se ha esbozado a lo largo del presente trabajo que el deber de tratamiento médico diligente responde a un estándar de conducta exigible al médico en toda la intervención¹³⁶, comprendiendo desde la observación de los síntomas y ficha clínica, el ordenar exámenes, la elaboración de hipótesis diagnóstica, la formulación y aplicación de

¹³⁶ Respecto del deber de cuidado y tratamiento diligente del médico en todo el iter de intervención, ilustrativos son los fallos de causas rol 34.161-2015. La presente causa narra la situación de un niño de 3 años operado por fractura, el que dado de alta reingresa al servicio el mismo día con hipótesis diagnóstica de necrosis glútea, detectándose escara glútea, sin perjuicio de ello es derivado a su casa y a curaciones en consultorio, reingresando 10 días después siendo sometido a escarotomía, tratándose de la misma escara detectada el día del alta. Así la Corte Suprema señala “de haber sido examinado debidamente, antes de ser dado de alta, se habría advertido el desarrollo del hematoma y de la escara existente, por lo que el término del tratamiento en calidad de hospitalizado y su alta debió ser pospuesta o bien correspondía ser derivado a limpieza quirúrgica, pero a través de profesionales médicos y no en un consultorio, cuyos servicios responden a una atención primaria”. C.S. (10.6.2013) Sentencia Rol 9.554-2012 caratulada Muñoz Saavedra Jéssica Y Otros Con Municipalidad De Putaendo Y Otros. (CONSIDERANDO SEXTO).

tratamiento/intervención, la comprobación de la hipótesis diagnóstica inicial y su reformulación en caso de ser necesaria, y el monitoreo del estado del paciente.

Es así que en base a las sentencias analizadas, es posible concluir que el tratamiento médico a fin de ser considerado diligente, y por ende cumplir con el deber que se establece a través del estándar de conducta esperable al caso, de cumplir con ciertos requisitos, es decir, el médico y su equipo cumplirán con su deber de tratamiento diligente si este se encuentra fundamentado, es oportuno, es lo suficientemente monitoreado en su desarrollo y revisado o replanteado en atención a los resultados observados en el mismo.

Como se ha venido indicando, el actuar del equipo médico será evidentemente infundado, cuando no se considere la sintomatología presentada por el paciente¹³⁷ o cuando no se ordenen exámenes

¹³⁷ En el sentido de desatender sintomatología del paciente causas (C.S. (18.4.2013) Sentencia Rol 5.797-2012) paciente que fallece de neumonía que no fue tratada sin perjuicio de presentar síntomas de falla respiratoria; 9.990-15; C.S. (16.12.2015) Sentencia Rol 1.561-2015, respecto de anestesista que no detecta cuadro de hipotensión arterial mantenido en el tiempo durante la intervención; 23.965-2014; 9.554-2012; 14.608-2015, ya referidas.

idóneos¹³⁸ a fin de pesquisar el origen de la patología¹³⁹. En este punto haciendo alusión a lo planteado por médico el Goic, se indica en cuanto a las fuentes de error en la práctica clínica, “que lo que permite minimizar los errores que se cometen en clínica es el conocimiento acabado de la Semiología, entendida no sólo como la obtención de la anamnesis y la realización del examen físico, sino que también el

¹³⁸ En resumen, los hallazgos de la historia clínica y examen físico no permitieron confirmar ni descartar con certeza el diagnóstico de neumonía en adultos inmunocompetentes que consultaron por fiebre o síntomas respiratorios agudos en la unidad de emergencia. Por esta razón, en la guía clínica nacional de manejo de la neumonía comunitaria del adulto, se ha recomendado solicitar examen radiográfico para confirmar el diagnóstico clínico de la infección pulmonar antes de iniciar el tratamiento antibiótico empírico, considerando que el retraso en el diagnóstico se asocia a mayor riesgo de complicaciones y muerte” Saldías P, Fernando, Cabrera T, Daniel, Solminihac L, Ignacio de, Hernández A, Pamela, Gederlini G, Alessandra, & Díaz F, Alejandro. (2007). Valor predictivo de la historia clínica y examen físico en el diagnóstico de neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Revista médica de Chile*, 135(2), 143-152. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000200001>

¹³⁹ En este sentido de falta de examinación idónea, en causa que establece falta a la *lex artis* por personal médico que no realiza examen obstétrico abdominal, cuya realización oportuna habría permitido maniobrar trabajo de parto de manera que no resultara en discapacidad de recién nacido por asfisia, como fue el caso (C.S. (3.8.2015) Sentencia Rol 30.603-2014); igualmente en paciente que genera síndrome compartimental, escenario posible luego de la intervención, diagnóstico que no fue afirmado o descartado por exámenes médicos correspondientes (C.S. (16.5.2016) Sentencia Rol 18.124-2015 caratulada Pizarro Araya Marcelo Ivan Con Servicio De Salud Coquimbo); paciente concurre en reiteradas ocasiones en cuya atención médica no se ordena la realización de exámenes pertinentes, detectando sólo en forma tardía afección hepática que culmina con su muerte C.S. (2.10.2012) Sentencia Rol 8.747-2011; Menor que en dos primeras atenciones no es sujeto a examen que detecte rotavirus, solo se revisan los síntomas y temperaturas, falleciendo en la tercera intervención por causa de “falla multiorgánica a consecuencia de un shock hipovolémico refractario y una diarrea aguda por rotavirus” C.S. (5.10.2012) Rol 5604-2010; así se establece en errado tratamiento de paciente con diabetes gestacional que “ante la falta de realización de exámenes mínimos, aparece desprovista de razón la decisión de iniciar el proceso de inducción del parto sólo a partir del día jueves 16 de diciembre” C.S. (20.1.2015) Sentencia Rol 15.257-2014 (CONSIDERANDO SÉPTIMO DE REEMPLAZO).

conocimiento de la naturaleza y fundamentos de los diversos exámenes de laboratorio y de exploración instrumental, sus indicaciones específicas, limitaciones y riesgos”¹⁴⁰. En otras palabras, es exigible a la decisión del médico la fundamentación de la misma (con las variables de los estados de urgencia ya aludidos) en cuanto a lo observado en el paciente, y a la búsqueda razonable atendidas las circunstancias, de apoyo tecnológico a través de exámenes y de su propia experiencia y conocimiento especializado.

Siguiendo en este punto al profesor Rodríguez Quiros, “la obligación de diagnóstico tiene íntima relación con el derecho del paciente de exigirle al médico los conocimientos y habilidades indispensables, aquellos cuya omisión no puede justificarse en la insuficiencia e imprecisión que tiene la medicina”¹⁴¹. No podrá ser por ende una valoración al azar o intuitiva de los síntomas del paciente la que justifique el tratamiento a seguir, en una ciencia que avanza cada día con mayor precisión en la tecnología de apoyo para la comprobación de las hipótesis de diagnóstico médico¹⁴².

¹⁴⁰ Goic G, Alejandro. (2001). Fuentes de error en clínica. Revista médica de Chile, 129(12), 1459-1462. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001001200014>

¹⁴¹ Rodríguez Quiros, A. (2001) Responsabilidad civil individual del médico. P. 191. Resulta interesante además la alusión realizada a sentencia de tribunal supremo español hecho por el autor en cuanto a la excesiva confianza que se denomina “ojo clínico”.

¹⁴² Así en los casos en que incluso requiriendo los exámenes idóneos la sintomatología no era observable a la luz del avance de la ciencia, no existirá responsabilidad por parte del médico. En

Así se ha establecido en cuanto a la fundamentación del médico al establecer tratamiento para una determinada patología psiquiátrica, la cual resultó ser incorrecta por haberse basado sólo en algunos test de orden psicológico y no ordenando los demás exámenes recomendados para la detección de la referida aflicción y/o la sintomatología de la paciente, que "emitido un diagnóstico sin someter a la paciente a todas las pruebas clínicas y médicas indispensables que debían efectuarse para tener certeza en la calificación de la enfermedad- y haber perseverado en el mismo, sin haberla sometido a nuevas evaluaciones, no obstante haber transcurrido en exceso el plazo predecible para la manifestación de los síntomas de la enfermedad, limitándose a controlar su estado a través de llamados telefónicos sin prodigarle una atención personalizada y directa, más aún cuando la enferma y su entorno familiar se encuentran

este sentido sin ser posible establecer un nexo causal de la enfermedad Fibrosis Pulmonar con los hallazgos de la primera radiografía, con negligencia al momento de evaluar al paciente ya que el cuadro que presentaba fue identificado como una Neumonitis Intersicial Infecciosa Aguda, según el examen físico y radiografía, el que fue controlado en una semana, desapareciendo los síntomas, sin haber manifestado el paciente, con posterioridad, síntomas o malestares propios de la fibrosis pulmonar que hubiesen hecho exigible la realización de exámenes para su detección; C.S.(14.5.2014) Sentencia Rol 2.853-2013 caratulada Abarca Salazar Waldo Con Garat Pinto Fidel David, Clinica Central S. A. (CONSIDERANDO TERCERO)

severamente afectados, todo lo cual evidencia el actuar negligente del demandado, infringiendo la lex artis médica”¹⁴³.

A su vez, en un tema ya comentado en cuanto a las intervenciones programadas, esto es, aquellas que se tiene el tiempo prudente para planificar la intervención por no existir necesidades graves de intervenir en lo inmediato, han establecido los jueces de fondo en sentencia de reemplazo en causa que acoge demanda por falta del médico que somete a paciente a reducción mamaria con resultados estéticos desmejorados, que “Otro factor a considerar para resolver el punto es la naturaleza voluntaria de la cirugía, la que el mismo demandado ha reconocido no presentaba asociada una patología actual asociada al tamaño de las mamas. No se trataba de una operación de urgencia... [añadiendo en el caso respecto de una intervención programada que existe necesariamente un trabajo previo de...] consulta, diagnóstico, consejo y planificación del médico a cargo”

¹⁴⁴ También será infundada la intervención en causa de reducción mamaria que termina con la extirpación de un seno ante la sospecha

¹⁴³ C.S. (5.6.2013) Sentencia Rol 5.883-2012 caratulada Treizman Sacks Lucy, Rado Kovari Rolando, Rado Treizman Sandra Con Erazo Reyes Rodrigo, Clinica Las Condes S.A., (CONSIDERANDO QUINTO).

¹⁴⁴ C.S. (28.1.2011) Sentencia Rol 5.849-2009 caratulada Wagemann Morales Consuelo Andrea con Vidal Garcia- Huidobro Pedro.. (CONSIDERANDO DÉCIMO). El paréntesis es nuestro.

de un elemento de carácter maligno pero sin la realización de biopsia previamente¹⁴⁵.

Así también se ha establecido que no constituye un actuar negligente, la diferencia de opinión o la aplicación de un tratamiento en vez de otro, siempre que dicha decisión médica aparezca suficientemente fundamentada¹⁴⁶. Nuestro máximo tribunal en causa en donde la paciente al ser intervenida por histerectomía sufre como consecuencia de usual ocurrencia la pérdida de líquido vaginal por fístula vesicovaginal, no siendo negligente la decisión médica de no someterla a una cirugía con la intención de repararla sino optar por un tratamiento más lento pero menos invasivo de recuperación de la herida por sí sola¹⁴⁷

¹⁴⁵ Se concluye que “que el motivo de la intervención quirúrgica era una reducción mamaria; sin embargo, lo realizado fue una extirpación de los senos, sin haber requerido la autorización previa a la paciente, aduciendo la existencia de elementos de carácter maligno, lo que en diagnóstico histológico, su resultado fue negativo, en todo caso, en esa circunstancia debió previamente haberse realizado una biopsia, asimismo, la forma en que terminó la operación, dejando una amputación mamaria deformante que ha afectado la salud de la demandante en forma permanente”. Corte de Valparaíso (12.7.2013) Sentencia Rol 449-2013 caratulada Torres Quezada Myriam Judith y otro con Servicio De Salud Aconcagua confirmada por C.S. (30.1.2014) Sentencia Rol 9006-2013. (CONSIDERANDO QUINTO).

¹⁴⁶ Respecto de la comparación de exámenes médicos resulta ilustrativo artículo: Guzmán D, Ana María, & Solari G, Sandra. (2009). ¿Cuándo puedo comparar un mismo test realizado en diferentes laboratorios? Conceptos de trazabilidad y armonización en el laboratorio clínico. *Revista médica de Chile*, 137(5), 713-715. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500018>

¹⁴⁷ Se indica así que “se estimó que no aparecía negligente la actuación y tratamiento adoptado por la profesional demandada, en orden a esperar la posibilidad cierta que la fístula cerrara por sí sola, y que sólo cuando llegara a ser efectivo que ello no acontecería, optar por la cirugía, teniendo en consideración las intervenciones quirúrgicas tan invasivas que había tenido que

2. EL TRATAMIENTO DEBE SER OPORTUNO

Como segunda característica podemos establecer que para que un tratamiento sea considerado diligente es necesario que el mismo sea oportuno¹⁴⁸, esto es ser intervenido el paciente con anterioridad a que el avance de su enfermedad agrave su condición de salud generando un mayor riesgo. La presente característica dice relación con la toma de decisión¹⁴⁹ del personal sanitario, la que no puede realizarse en cualquier tiempo, sino en aquel en que el tratamiento resulte eficaz para evitar o moderar las consecuencias dañinas para el paciente.

soportar la actora, los riesgos que implica toda operación, y que el tiempo promedio de espera para este tipo de cirugías sería de 3 a 4 semanas, que es lo que en definitiva aconteció. Al respecto, señalaron, no cabe duda que fue la propia demandada quien había advertido a la actora que en caso que no se produjera la cicatrización en un término de 10 días, debía procederse a practicar una intervención quirúrgica” C.S. (27.12.2011) Sentencia Rol 8.983-2010, caratulada Viveros Viveros Gloria Patricia Con Correa Galaz Raquel Gabriela.

¹⁴⁸ En este sentido Barros, Enrique. (2006). *Tratado De Responsabilidad Extracontractual*. pp.673.

¹⁴⁹ En cuanto a la oportunidad de la toma de decisión, en causa sobre responsabilidad de clínica y de médico a cargo, en hechos sobre recién nacido presenta cianosis y empeoramiento de su estado de salud, ante inasistencia de médico especialista (pediatra) y la retardada decisión de clínica tratante de suplir la falta con otro profesional, falleciendo posteriormente el niño en la intervención en otro centro asistencial, se señala respecto de los jueces de instancia que “la omisión culpable de la Compañía demandada consiste en que, pese a los infructuosos llamados telefónicos sin resultado al otro demandado y pediatra tratante, no procedió a consultar con la celeridad que el caso ameritaba, a otro profesional de la especialidad, pues no consta que la clínica mantenga un pediatra de turno con la finalidad de que la situación del recién nacido no se siguiera agravando en el curso de la tarde. Muy por el contrario, añaden, sólo vino a adoptar esa decisión aproximadamente a las 18:20 horas, siendo atendido el recién nacido por el profesional Juan Benavides, esto es, después de tres horas de comenzada la cianosis generalizada que le afectaba, misma que aumentó en el transcurso de la tarde, haciéndose durante la noche irreversible” C.S. (17.7.2014) Sentencia Rol 10.438-2013 caratulada Unda Muñoz Rolando Con Clínica Del Maule S.A. Y Otro.

Así se habla de la necesidad de intervenir en forma oportuna de acuerdo a protocolos o en tiempos razonables o aconsejables¹⁵⁰, esto es, antes de que la enfermedad llegue a su máxima expresión de gravedad, a través de la pesquisa del origen de la patología y un acertado diagnóstico. Al respecto en causa relativa a niña intervenida por tumor abdominal, que es dada de alta y luego reingresada por dolor abdominal en dos ocasiones a la atención del especialista se estableció que el actuar de la médico tratante, no oportuno, “permitió que el proceso de obstrucción intestinal alcanzara el máximo de su extremo de gravedad, sin agotarse los medios técnicos a fin de precisar el diagnóstico... en el error de diagnóstico –la no detección de una obstrucción intestinal- derivado de no haber empleado el personal médico todos los medios que tenía a su alcance para establecer el origen del padecimiento y un adecuado tratamiento”¹⁵¹.

¹⁵⁰ Así se señala la falta de servicio y eventual falta personal de intervinientes en cesarea que termina con asfixia y con discapacidad permanente para el recién nacido, por retardar el equipo médico “Los signos descritos [...] hacían aconsejable la extracción del feto en un plazo no mayor a las dos horas, según se establece en el Manual de Obstetricia del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile [...]La realización tardía de la cesárea causó la hipoxia severa con la que nació Lorenzo Nicanor Pacheco Joaquín, lo que provocó el daño neurológico severo que lo afecta, quedando tetraplegico y con retraso mental grave, generándose una incapacidad de un 70%” C.S. (4.11.2014) Sentencia Rol 16.666-2014 caratulada Pacheco Milanes Daniel Roberto Y Otros Con Servicio De Salud De Iquique. (Sentencia de reemplazo, considerando cuarto)

¹⁵¹ C.S. (30.12.2013) Sentencia Rol 5.885-2013 caratulada Reyes Jara Mario Esteban Con Servicio De Salud Talcahuano. (CONSIDERANDO TERCERO) En cuanto al establecimiento de los hechos en instancia.

El fundamento para este requisito, lo encontramos en la finalidad de la relación médico-paciente, así el profesor Lorenzetti nos indica “que el médico estudia una profesión que lo habilita para curar, asume una ética cuyo principio liminar es el de beneficencia hacia el paciente, y emprende una actividad bajo el juramento de perseguir la curación. El paciente, por su parte, no pretende otra cosa que la obtención de una mejoría en la salud”¹⁵². Es así es que el profesional de la salud en la consecución de su cometido, debe actuar en forma diligente, esto es disponiendo sus destrezas y conocimientos en pos de la mejora de la salud del paciente, evitando en lo posible las consecuencias dañinas respecto de su paciente.

Es así que como corolario de lo anterior, no sería posible concebir un tratamiento diligente si, siendo posible, no es ejecutado por el médico a fin de evitar el empeoramiento de la enfermedad. Si bien las causas de la enfermedad no son consecuencia del actuar del personal sanitario, es precisamente el llamado a actuar a fin de detener los avances de la misma, cumpliendo con su deber ser conductual¹⁵³. Se ha establecido así por nuestros tribunales superiores, la necesidad de

¹⁵² Lorenzetti, R. (2016) Responsabilidad civil de los médicos, p. 457.

¹⁵³ Respecto a la culpa en la que puede incurrir el personal médico al aplicar tratamiento, Pizarro, Carlos. Responsabilidad profesional médica diagnósticos y perspectivas, p 177.

realización oportuna de exámenes idóneo y diagnóstico precoz¹⁵⁴, al respecto en sentencia de reemplazo, en hechos relativos a paciente que muere por sepsis contraída en hospital, sin perjuicio de ello la falta del servicio y del personal sanitario a su cargo sería la falta de exámenes oportunos, señalando que la falta “no radica en la circunstancia de que el paciente haya fallecido a consecuencia de una infección intrahospitalaria, sino que en no haber dispuesto oportunamente los exámenes que a todas luces parecían imprescindibles para detectar la precisa infección que le aquejaba y el medicamento eficaz para lidiar con ella” ¹⁵⁵.

¹⁵⁴ Interesante resulta en este punto mostrar fallo con voto que si bien concurre a la sentencia difiere en cuanto a los fundamentos realizado por la Ministro Egnem, en causa que versa sobre realización (o no) de examen oportuno e idóneo para detectar dolencia de paciente que posteriormente fallece, al respecto el voto del ministro al analizar la prueba rendida en la causa indica “que el diagnóstico y tratamiento precoz es imperativo, agregando que la falta de respuesta al tratamiento conservador en pacientes sin drenaje de la vía biliar se asocia con tasas de mortalidad que se aproximan al 100%. Este mismo informe, en su acápite V, realiza una serie de observaciones respecto del informe del Laboratorio de Criminalística de la Policía de Investigaciones de Chile, cuestionando que éste señalara que el pronóstico de la paciente era de alta mortalidad aun cuando se hubiera efectuado un diagnóstico oportuno. Señala finalmente que la actora falleció sin tener un diagnóstico positivo de colangitis aguda(...) haberse establecido en estos autos que no se siguió con la madre de las actoras el procedimiento médico que habría permitido establecer con certeza el diagnóstico de colangitis aguda, de lo que derivó que no se le brindara el tratamiento oportuno, esto es un drenaje endoscópico de la vía biliar” C.S. (9.9.2014) Sentencia Rol 12.459-2014 caratulada Apablaza Rosales Briggitts Marlens y otros con Servicio De Salud Aconcagua.

¹⁵⁵ C.S. (27.4.2015) Sentencia Rol 27.175-2014 caratulada Campos Ramirez Isabel Del Carmen Con Servicio Salud Concepcion. (CONSIDERANDO SÉPTIMO). A igual conclusión llega la Corte en causa de mujer que fallece producto de peritonitis no detectada por falta de exámenes idóneos, al indicar que “puesto que no sólo existió un error de diagnóstico sino que además fue derivada a su hogar en dos ocasiones sin practicarle los exámenes que hubieran permitido detectar la patología que la afectó a tiempo, lo que habría impedido el desenlace fatal” C.S. (15.4.2014)

Al igual que el requisito anterior, de fundamentación, la oportunidad se vislumbra en toda la intervención, desde la etapa de diagnóstico y evaluación, del tratamiento o intervención, y los cuidados posteriores. Que en cuanto a la primera etapa de la intervención, se habla de oportunidad en la realización de un diagnóstico precoz¹⁵⁶, al pesquisar el origen de consecuencias no deseadas producto de una intervención quirúrgica, cuyo error si bien de habitual ocurrencia no será excusable si los médicos desatienden el tratamiento y cuidado que con posterioridad a la operación se debe razonablemente seguir.

En cuanto a la intervención eficaz, se ha fallado en sentencia de reemplazo, en causa de paciente que fallece tras un parto natural con un sangrado que no fue detenido a tiempo, que existe un tratamiento negligente por parte de los médicos tratantes “que en el caso sub lite se hace patente si se tiene en cuenta del tiempo que dispusieron el tratante y el encargado de la urgencia para mejorar las posibilidades

Sentencia Rol 12.530-2013 caratulada Segura Riveiro Francisco Con Fisco De Chile. (CONSIDERANDO PRIMERO sentencia de reemplazo)

¹⁵⁶ En este sentido C.S. (16.03.2016) Sentencia Rol 14.608-2015, “c) Durante la intervención quirúrgica se le perforó el tercio distal derecho del esófago por personal médico que practicó la cirugía, resultando con una ruptura esofágica del tipo traumático. Este último diagnóstico no se efectuó en forma precoz, sino días después de la intervención, no obstante haber presentado la paciente claros síntomas concordantes con la perforación del esófago en el período post operatorio, por lo que requirió nuevas y complejas intervenciones a consecuencia de los daños ocasionados en el esófago”.

de la paciente, el primero previendo el sangrado durante el parto, luego realizando una operación radical ... que la literatura especializada más elemental recomienda en tales casos; y el segundo, a cargo del procedimiento de cuidado intensivo, actuando más diligentemente en pos de la intervención que pudo salvarle la vida a la paciente y no esperando hasta la madrugada de ese día y después de largas horas de sangramiento, para precipitar el acto salvador o al menos proveedor de esperanza”¹⁵⁷.

En este mismo sentido, se estableció como actuar negligente, en causa en donde médico permitió que su hijo menor de edad le asistiera en cirugía, que más allá de la lógica falta de prudencia al permitir tal intervención a una persona no apta para ello, se asentó que una vez verificado el daño “al demandado le correspondía entregar a la paciente un pronto y adecuado tratamiento post operatorio, conforme a los antecedentes clínicos que presentaba y a la forma en que fue operada”¹⁵⁸.

¹⁵⁷ C.S. (19.6.2014) Sentencia Rol 5.817-2013 caratulada Salazar Navarro Maximiliano Con Clínica Reñaca Y Otros.

¹⁵⁸ C.S. (8.10.2015) Sentencia Rol 3.785-2015 caratulada Miriam Briceño Montaña Con Servicio De Salud Iquique. (CONSIDERANDO DECIMO SEXTO)

En este mismo sentido, se analiza por la Corte Suprema, en cuanto a las consideraciones de hecho acuñadas por los jueces de instancia, que existiría un actuar negligente en el tratamiento de paciente embarazada con condición médica de diabetes gestacional, que termina con feto muerto en forma intrauterina, “por cuanto (...el profesional a cargo...) el diagnóstico del hígado graso agudo del embarazo que padecía la actora, cuyo manejo consiste en la interrupción inmediata del embarazo; de suerte que, de haber sido diagnosticada y tratada con oportunidad el 3 de enero de 2011, se habría realizado la correspondiente cesárea de urgencia, evitando con ello la muerte intrauterina del feto producto de la patología padecida por la madre¹⁵⁹.

3. EL TRATAMIENTO DEBE SER SUPERVISADO:

El tratamiento elegido y aplicado por el personal médico no sólo debe ser oportuno y fundado a fin de ser considerado diligente, debe también ser supervisado o vigilado¹⁶⁰. Tal observación constante del

¹⁵⁹ C.S. (23.11.2015) Sentencia Rol 15.151-2015 caratulada Ormeño Retamal David con Hospital De Lota (Servicio Salud Concepción). (CONSIDERANDO CUARTO)

¹⁶⁰ Tal deber de vigilancia parece asentado no tan sólo al comportamiento del equipo médico sino que también a la organización en donde se efectúa el tratamiento al paciente, así se ha establecido tal vigilancia, y por ende responsabilidad institucional (falta de servicio) en causa en donde paciente de 74 años sufre lesiones producto de caída desde su cama clínica ante personal

paciente, dice relación con la evolución que este mantenga a fin de comprobar la hipótesis diagnóstica, a fin de poder asumir y/o corregir cualquier evento adverso a los esperados. A nuestro parecer, dicho requisito sería derivado de la exigencia de prevención que debe tener el personal sanitario al momento de tratar a sus pacientes, así un profesional prudente preverá a través de la observación constante del estado del enfermo cualquier escenario poco favorable para el mismo.

No cabe duda a través de las lecturas de sentencias elegidas, que el máximo tribunal establece en variadas oportunidades la necesidad de observación del paciente en particular cuando la misma ha sido intervenida quirúrgicamente, ante la posibilidad cierta de una evolución desfavorable, cuestión no poco habitual en dichos tratamientos. Así se ha establecido que falta al tratamiento diligente en causas en las que se ha dado alta a paciente que presenta sintomatología compatible con alguna de estas consecuencias desfavorables¹⁶¹.

de turno que no tomó resguardos ni se encontraba observando (C.S. (19.4.2011) Sentencia Rol 852-2011 caratulada Alvarez Salazar Con Servicio De Salud Atacama; o por muerte de infante afectado por síndrome bronquial obstructivo, ante aspiración masiva de vómito (C.S. (6.8.2012) Sentencia Rol 9.750-2009 caratulada Arias Aburto Daniel Alejandro, Perez Aravena Marisol Andrea Con Fisco De Chile.; en los referidos casos se utiliza la premisa de “observación permanente” como sustento del actuar negligente.

¹⁶¹ En el sentido de dar de alta a paciente en forma prematura, 5.647-2010 al dar de alta en forma prematura a paciente que presentaba dolor abdominal y sangramiento irregular tras parto vaginal, deviniendo en su muerte. En sentido similar en cuanto a la observación de síntomas; en causa diversa por paciente dado de alta ante la inobservancia de síntomas de un posible síndrome compartimental, por el cual finalmente reingresa, se establece la falta de rigor

Resulta interesante el análisis de sentencia en donde el tribunal de primera y segunda instancia acogen demanda de indemnización por falta de servicio en tratamiento negligente de paciente embarazada que derivan en la muerte del recién nacido, la que es anulada por la Corte Suprema rechazando la pretensión de la actora por no haberse acreditado la falta de servicio. Los hechos denunciados narran la situación de una madre que controlaba su embarazo en servicio de salud, donde finalmente se efectuó el parto con consecuencias fatales para el recién nacido, madre que presentaba síndrome hipertensivo; así la auditoría médica realizada indica entre otras conclusiones, que “[...] 4.-No existen anotaciones médicas de las evaluaciones a la paciente. 5.- El trabajo de una paciente con meconio y Síndrome Hipertensivo del Embarazo debe ser monitoreado en forma continua. 6.- El protocolo del procedimiento médico debe ser consignado en la ficha por quien lo realiza. 7.- La matrona expresa y consigna

médico al no esperar el diagnóstico en observación y/o existencia de exámenes para descartar/confirmar el mismo (C.S. (16.5.2016) Sentencia Rol 18.124-2015 caratulada Pizarro Araya Marcelo Ivan Con Servicio De Salud Coquimbo); en relación a paciente dada de alta sin revisión de exámenes ordenados para verificar su estado tras cirugía bariátrica, los que muestran complicaciones que no fueron tratadas sino hasta que paciente reingresa, terminando con resultado fatal C.S. (25.5.2015) Sentencia Rol 27.944-2014

(retrospectivamente) en ficha clínica que no existió bradicardia durante el expulsivo”¹⁶².

En razón de ello los sentenciadores de instancia, concluyen mediante establecimiento de presunción judicial que “una atención deficiente durante el parto, no se detectaron oportunamente los padecimientos y estado de salud de las pacientes, lo que impidió suministrarle a la primera la medicación oportuna y darle el tratamiento adecuado, someterla a los exámenes pertinentes o derivarla a otro centro hospitalario con mayores y mejores recursos, para que se hubiera desarrollado un parto normal en condiciones adecuadas o en su defecto una cesárea programada para evitar riesgos, con todo lo cual se habría evitado la bradicardia que afectó a la madre, el meconio, el retardo, la utilización de fórceps y la asfixia severa que sufrió la menor con las secuelas que esta sufrió y que finalmente le produjeron la muerte”¹⁶³.

Que así las cosas, más allá de desecharse la acción por razones probatorias, en particular por no acreditarse la causa de muerte del recién nacido al no haberse practicado autopsia, lo cierto es que el

¹⁶² C.S. (11.2.2016) Sentencia Rol 10.240-2015 caratulada Aburto Vegar Ariel Guztavo Con Servicio De Salud Talcahuano.

¹⁶³ C.S. (11.2.2016) Sentencia Rol 10.240-2015 caratulada Aburto Vegar Ariel Guztavo Con Servicio De Salud Talcahuano.

monitoreo constante queda establecido en los protocolos médicos en caso de patologías específicas, como la del caso hipertensión, lo que obliga al prestador de salud verificar constantemente el estado del paciente a fin de prevenir tomando los resguardos pertinentes (en el caso al parecer cesárea programada) los resultados dañosos que ya eran previsibles en atención al diagnóstico de la parturienta.

Queda asentado así que la observación debe mantener cierta constancia, la que será razonable (diligente) o no, de acuerdo a lo ordenado por los protocolos de atención, guías clínicas y siempre por la gravedad o riesgo que presenta en particular el paciente observado. Al respecto, la Corte Suprema en causa que data de atención a paciente que ingresa con herida a servicio de salud, en donde se concluye que no se cumple con protocolo de cuidado atendida la gravedad en la que su condición fue clasificada, culminando el paciente con un infarto cerebral y con secuelas que generan discapacidad. Los sentenciadores haciendo suyas las conclusiones de los jueces de instancia concluyen que debió mantenerse en observación para optar a atención médica especializada en un mejor recinto arguyendo "la sentencia que la crisis isquémica que sufrió el actor podría haber sido detectada con anterioridad si hubiese quedado bajo observación en el mismo Hospital

Base, pudiendo haberse beneficiado con una atención médica especializada rápida”¹⁶⁴.

En circunstancias menos riesgosas, claro está, y en la medida en que los recursos disponibles utilizados de manera óptima lo permitan, podrán existir periodos más o menos distantes de observación del estado del paciente, manteniendo siempre la alerta en cuanto a las sintomatologías anormales, graves o de drástica aparición. Así la Corte establece el deber del equipo médico de vigilancia oportuna, siendo contraria a la diligencia la falta de monitoreo por un periodo prolongado de tiempo¹⁶⁵, entendiéndose por prolongado aquel que excede lo aconsejado por protocolos ante determinadas circunstancias o en su defecto lo que razonablemente pudiera esperarse del equipo médico atendidas la gravedad y patología atendida.

¹⁶⁴ C.S. (14.12.2015) Sentencia Rol 11.079-2015 caratulada Triviño Gutierrez Jorge con Servicio De Salud Del Reloncavi. (CONSIDERANDO DÉCIMO SEGUNDO)

¹⁶⁵ Así se establece actuar negligente personal paramédico que no realizó el control de los signos vitales del paciente C.S. (03.12.2015) Sentencia Rol 23.965-2014 caratulada Vásquez Contreras Katty y otros con Hospital Carlos Van Buren.

Habr  entonces actuaci3n negligente en el equipo que no monitoree los síntomas del paciente¹⁶⁶, o que haciéndolo no advierta¹⁶⁷ y reaccione lo antes posible. En este sentido se resolvi3 en causa respecto de menor que mantiene punci3n en el brazo a fin de administrar tratamientos, y que sufre una complicaci3n en la misma la que no es monitoreado durante la noche; s3lo al día siguiente se observan las mismas, lo que implica la proporci3n tardía de

¹⁶⁶ C.S. (30.3.2015) Rol 29.089-2014 caratulada Duran Araneda Rodrigo Andres con Servicio De Salud Concepcion. Que se establece la falta de diligencia en muerte fetal de paciente que ingresa con signos vitales normales, pero que ante la falta de monitoreo del feto en un periodo de al menos 5 horas, este nace muerto sin que pueda atribuirse a algún tipo de patología diversa tal consecuencia, “debi3 haberse establecido en el fallo que la actuaci3n de los profesionales fue oportuna en los cuidados perinatales, así como que era absolutamente innecesario monitorear a la criatura para detectar la polisistolia que gener3 la hipoxia mantenida, pero se dej3 establecido lo contrario, afinc ndose el criterio que el estándar esperado era una vigilancia oportuna que permitiera detectar las complicaciones que se generaron a la hora del alumbramiento”. La misma falta de monitoreo se establece en causa de paciente que fallece por desatenci3n a sus síntomas, indicando en conclusiones periciales tenidas a la vista por sentenciadores respecto del actuar del equipo médico a cargo que “concurrieron faltas a la lex artis por parte del personal paramédico (que no realiz3 el control de los signos vitales del paciente) y de la enfermera de turno saliente, quien no verific3 la condici3n de urgencia de VÁSQUEZ VELÁSQUEZ ni su estado clínico previo a la entrega de turno” C.S. (3.12.2015) Sentencia Rol 29.365-2014 caratulada Vásquez Contreras Katty Y Otros Con Hospital Carlos Van Buren. (CONSIDERANDO CUARTO).

¹⁶⁷ Así en sentencia de reemplazo en que se establece falta en actuar de anestesista a cargo de la vigilancia, control y cuidado de la presi3n arterial del paciente durante intervenci3n quirúrgica, al establecer los hechos se indica que la “integrante del equipo médico que la intervenía, sin que ésta hubiera advertido al resto del mismo la ocurrencia de algún evento susceptible de ser asumido y corregido, tanto por ella misma como por el citado equipo médico, sin percatarse en particular de que la paciente presentaba un cuadro de hipotensi3n arterial que, a juzgar por el trágico resultado, se mantuvo por un tiempo lo suficientemente prolongado como para provocar, consecencialmente, la hipoperfusi3n cerebral que fue diagnosticada por los neur3logos que atendieron a la paciente en la Clínica Alemana y que fuera corroborada en la conclusi3n del informe pericial” C.S. (16.12.2015) Sentencia Rol 1.561-2015 caratulada Lopez O att Maria con Fisco De Chile.. (CONSIDERANDO TERCERO)

tratamiento anticoagulante que terminó en pérdida de mano izquierda, se indica "que ante esta situación concreta, en la que un recién nacido prematuro presenta un espasmo arterial luego de una punción necesaria para su control intensivo que no es objeto de monitoreo y vigilancia durante aproximadamente diez horas que se agrava al extremo de tener que amputarse la extremidad, se debe inferir que no se tuvo la diligencia adecuada en el procedimiento ni la reacción oportuna para revertir la complicación que había experimentado el menor¹⁶⁸.



4. EL TRATAMIENTO DEBE SER REVISADO:

Desde el principio de nuestro análisis hemos hecho alusión a la importancia del diagnóstico médico, el que atendiendo a sus particulares características de juicio de interacción entre diversos factores de la condición de salud del enfermo, actuará en la mayoría de las ocasiones como una certeza meramente probabilística. Es así, que la referida hipótesis diagnóstica, como toda hipótesis, podrá ser confirmada o refutada de acuerdo a la evolución clínica del paciente.

¹⁶⁸ C.S. (13.10.2011) Sentencia Rol 4.751-2009 caratulada Castro Quintana Gonzalo Leonardo Y Otros Con Servicio De Salud Biobio.

Como complemento a la observación del paciente, ya sea de los síntomas antes de la intervención, de su estado durante la misma, y de su evolución o reacción al tratamiento en forma posterior¹⁶⁹, podemos establecer consecuentemente que un profesional prudente tendrá la capacidad de modificar o cambiar en caso de ser necesario, los cuidados o tratamientos debidos¹⁷⁰, es decir, de prevenir los resultados desfavorables tomando los resguardos necesarios apenas se vislumbren atisbos de los mismos.

Así ocurre por ejemplo en tratamiento otorgado a paciente que presentaba lesión de muñeca, cuyos fármacos fueron desencadenando una serie de reacciones alérgicas, significando a juicio de la corte, una infracción a la prudencia que exige una intervención diligente, al no

¹⁶⁹ Así no podrá el médico salvar su responsabilidad por el solo hecho de realizar intervención, si respecto de la misma se devienen consecuencias que el mismo debe detectar y entregar tratamiento. Ocurre en el caso de intervención quirúrgica a paciente que deviene en PIP (proceso inflamatorio pélvico), siendo considerado el actuar del médico negligente, ya que aun cuando la operación se realizó con apego a la práctica médica, “el demandado no detectó ni indicó el tratamiento del proceso inflamatorio pélvico, conducta evidentemente omisiva y constitutiva de negligencia médica” C.S. (24.2.2016) Sentencia Rol 35.356-2015 caratulada Campos Parra Ximena Del Carmen Con Oliva Andaur Eduardo E. (considerando tercero)

¹⁷⁰ En este sentido se dice en cuanto a la previsibilidad que “está siempre y en todo caso adscrita al ámbito de la reflexión, a la capacidad del sujeto para analizar, bien o mal, la situación en la cual se encuentra, a la posibilidad de considerar lo que habrá de seguirse de un hecho o de una omisión de su parte” Larroucau, Jorge. (2010) Culpa y dolo en la responsabilidad extracontractual. P 103.

suspender el tratamiento en forma inmediata para indagar en las causas de las repetidas reacciones adversas¹⁷¹.

Se hace presente sin perjuicio que no toda complicación posterior a la intervención será negligente¹⁷², toda vez que existen consecuencias malestares consecuentes necesariamente a la intervención en este sentido Corte Suprema rechaza demanda por complicaciones y malestares posteriores en paciente tras intervención



¹⁷¹ En este sentido se indica que la “circunstancia que importa una infracción a los deberes de prudencia y diligencia que pesan sobre los profesionales de la medicina, que obligan a poner a disposición del paciente sus capacidades profesionales que, en el caso en estudio, se traducían en suspender de inmediato la medicación e indagar exhaustivamente las causas de la reacción alérgica sufrida por la actora, cuando existía la sospecha fundada que se producía como consecuencia de la administración de medicamentos; ...al momento del diagnóstico, información y tratamiento no actuó con la destreza, dedicación y cuidado que definen a un buen profesional de la disciplina, adicionando que la falta de actuación oportuna significó que la actora sufriera un sinnúmero de reacciones alérgicas evitables si la demandada hubiera actuado con prontitud a la hora de efectuar el diagnóstico y suspendido, en el intertanto, la administración de fármacos que se sospechaba podían ser los causantes de los cuadros clínicos que presentaba la paciente” C.S. (25.6.2014) Sentencia Rol 6.146-2014 caratulada Flores Henríquez Sandra P. con Asociación Chilena De Seguridad.. (CONSIDERANDO TERCERO).

¹⁷² En este sentido Díez, José (1997). Al hablar de los requisitos del daño para que sea reparable, indica que “no toda perturbación o molestia causada de esa forma (por un persona distinta del ofendido) es constitutiva de un daño reparable, por cuanto la vida en sociedad implica ciertas limitaciones o molestias que es preciso soportar sin que se pueda pretender obtener un resarcimiento por ellas... tal calificación (de cuando la molestia pasa a ser un daño reparable) es labor que incumbe a los tribunales en cada caso concreto” Díez, José (1997).El daño extracontractual.pp.33-34 (los paréntesis son nuestros).

quirúrgica por ser esta esperable a una cirugía mayor¹⁷³

En base a las sentencias estudiadas, podemos afirmar entonces un tratamiento necesariamente negligente, o incluso temerario, cuando realizado el monitoreo pertinente y existiendo signos que aconsejen la intervención, el equipo o el profesional se abstenga sin justificación de hacerlo. Esto ocurre en situación narrada respecto de paciente embarazada cuya cesárea tardía termina en asfixia fetal y discapacidad consecuente del niño, habiéndose cumplido con el monitoreo protocolar del feto, acreditándose sin embargo que la falta de respuesta injustificada del equipo médico ante los signos monitoreados, fue determinante en el resultado.

Así señala Sentencia del máximo tribunal que “los monitoreos demostraban que el feto presentaba factores de riesgos, puesto que el registro indicaba anormalidades manifiestas, existiendo signos

¹⁷³Haciendo a alusión además al cumplimiento por parte del médico con la finalidad del tratamiento “concluyó que el demandado no incurrió en el actuar negligente que la demandante le ha imputado, sino que se sujetó a las reglas impuesta por la lex artis médica para tratar las dolencias que aquejaban a la demandante, quedando también probado en autos que la actividad desplegada por el demandado y no obstante las molestias y complicaciones que derivaron de las intervenciones quirúrgicas mayores a las que se sometió a la actora, ninguna de las cuales se ha probado este alejada de aquéllas que se pueden esperar en un proceso de hospitalización ni de cirugía mayor- cumplió, en el último término con la finalidad de sanar a la demandante del dolor abdominal permanente que la aquejaba; “ C.S. (26.7.2010) Sentencia Rol 2.954-2010 caratulada Camp Andrade, Vilma con Goren Berestesky, Mario. (CONSIDERANDO TERCERO)

sugérentes de distocia del cordón umbilical... Los signos descritos ... hacían aconsejable la extracción del feto en un plazo no mayor a las dos horas, según se establece en el Manual de Obstetricia del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile”¹⁷⁴, retardando innecesariamente la realización de cesárea por dos horas, siendo esta la causa de hipoxia que termino en daño neurológico severo, tetraplejia y retraso mental grave del infante.

Es parte entonces de un estándar de conducta diligente exigido al personal sanitario, la capacidad de revisar y replantear el tratamiento aplicado, debiendo y pudiendo en todo caso reformularla para hacer frente a consecuencias de mayor riesgo o no esperadas. Se puede concluir así que el actuar negligente, no implica tan sólo un deber de ejecutar correctamente el tratamiento por parte del personal sanitario, sino que en ocasiones y cuando la prudencia lo exija, de

¹⁷⁴ C.S. (4.11.2014) Sentencia Rol 16.666-2014 caratulada Pacheco Milanés Daniel Roberto Y Otros Con Servicio De Salud De Iquique. (sentencia de reemplazo considerando cuarto)

abstenerse¹⁷⁵ de continuar con determinada actuación si la misma importa un riesgo innecesario a la salud del enfermo¹⁷⁶.

En este sentido se pronuncia causa ya reseñada respecto de extirpación de masa tumoral ubicada en el nervio facial que terminó en parálisis de la cara, enfatizando en cuanto a la conducta esperable ante las circunstancias del caso y los daños provocados por el profesional, que “estos daños ocasionados a la paciente eran evitables de haberse suspendido la cirugía y programado en conjunto el mejor procedimiento de reconstrucción facial y posterior disección, los que tienen directa relación causal con el obrar del doctor”¹⁷⁷.

¹⁷⁵ Al respecto sentencia que rechaza la falta del personal médico en responsabilidad seguida respecto de servicio de salud, en cuanto se alegó por la actora la omisión de la exteriorización del parte del intestino tratamiento que en abstracto era lo aconsejable, lo cierto es que atendido el estado de la infección quemantén la misma no era prudente la realización de tal intervención, se indica respecto del “no haberse exteriorizado el asa intestinal afectado para tratar de superar el grave cuadro infeccioso, explicando que si bien ésta era la acción médica aconsejada, la existencia de lo que se denomina “abdomen congelado” impedía la movilización del contenido intestinal, por lo que no era posible la actuación cuya omisión se cuestiona” (C.S. (16.10.2013) Sentencia Rol 2.181-2013 caratulada Natalia Damaris Muller Contreras Y Otros Con Servicio De Salud Bio Bio. CONSIDERANDO QUINTO).

¹⁷⁶ En cuanto a la abstención en la acción y la negligencia culpable, véase: p. 104 y siguientes. AEDO, C. (2001) *El daño moral en la responsabilidad contractual y extracontractual*.

¹⁷⁷ C.S. (26.1.2012) Sentencia Rol 8.352-2009 caratulada Pastor Espejo Maria Elena Con Goñi Espildora Ignacio, Hospital Clinico De La Pontificia Universidad Catolica. En similar situación se encuentra médico cuyo actur es declarado negligente, en cuanto realiza histerectomía por diagnóstico equivocado de tumor en trompas de Falopio, el que finalmente se encontraba en intestino lugar de donde fue extirpado, señalando que la conducta esperable ante tal situación era detener la operación y evaluar el curso a seguir, no siendo causal de exculpación el hecho de haber firmado la paciente consentimiento respecto de extirpación de útero por cuanto el mismo se basaba en un supuesto de hecho (existencia de tumor) erróneo [C.S. (16.2.2016) Sentencia Rol 37.810-2015 caratulada Soto Saavedra Claudia Andrea Con Jure Yáñez Ricardo].

El requisito aludido, de revisión del tratamiento y principalmente sus efectos, tendrá capital relevancia en la etapa posterior a la aplicación del mismo, toda vez que busca precisamente evaluar el curso de la salud del paciente y la obtención, o no, de los objetivos buscados con la intervención. Así dentro de la jurisprudencia analizada, encontramos situaciones en donde el actuar negligente no se debe a la aplicación deficiente del tratamiento en sí, o al menos en forma exclusiva, sino en conjunto con la incapacidad del médico y su equipo de evitar sus posteriores perniciosas consecuencias.

En este sentido nuestros tribunales superiores de justicia han resuelto que el resultado fatal del paciente, no se debió sólo a su falta de atención, sino que también a la ausencia de esfuerzo terapéutico por salvar la vida del mismo por el personal médico una vez comprobados los signos que evidenciaban su riesgo vital. Así se dice que la "atención médica otorgada por el Dr. Astrosa y por la Dra. Olivos transgredió también la *lex artis*, por cuanto ambos facultativos omitieron injustificadamente el indicar y aplicar maniobras de reanimación cardiopulmonar en circunstancias que VÁSQUEZ

VELÁSQUEZ –conceptualmente- se encontraba en esos momentos en paro cardio-respiratorio y no fallecido”¹⁷⁸.

En el mismo sentido resuelven los sentenciadores en causa sobre adquisición de infección intra-hospitalaria, indicando que el paciente adquiere infección en estadía en hospital tras su intervención quirúrgica, existiendo tratamiento negligente en la herida sin que hubiera “falta a la *Lex Artis* en el manejo global del paciente en el Hospital demandado, con excepción de que en el manejo específico de la infección por la demandada fue negligente”¹⁷⁹.



¹⁷⁸ C.S. (3.12.2015) Sentencia Rol 29.365-2014 caratulada Vásquez Contreras Katty Y Otros Con Hospital Carlos Van Buren. (Considerando cuarto).

¹⁷⁹ C.S. (25.9.2007) Sentencia Rol 4.103-2005 caratulada Montecinos Peralta Hector Con Hospital Clinico Pontificia Universidad Catolica De Chile. (CONSIDERANDO DECIMO CUARTO)

CONCLUSIONES

Del análisis jurisprudencial expresado en las páginas precedentes es posible concluir que:

Existe un deber de tratamiento diligente innominado por parte de los tribunales superiores de justicia, lo que se verifica en forma negativa, es decir, las sentencias definen aquellos casos en que el personal sanitario no actúa de forma diligente. Sin perjuicio de no responder a una denominación única, como deber de tratamiento diligente, sí se establece un deber de cuidado, de seguridad o calidad del tratamiento y la atención médica el que con diversos vocablos da cuenta de una misma prerrogativa, la obligación del personal médico de tratar diligentemente a sus pacientes.

Más allá de la denominación podemos decir que existe un contenido típico que fija los contornos de este deber, el que sin perjuicio sólo ha podido delimitarse claramente respecto del deber de información establecido por los tribunales, ya que no existe claridad en aquellos otros deberes exigibles al médico. Así existen criterios dispares respecto de los deberes médicos, encontrándose sentencias

en todos los sentidos, algunas estableciendo un solo deber general de cuidado, y otras por el contrario estableciendo deberes autónomos, llegando incluso a mencionar la existencia de deberes de medios y otros de resultados en el actuar del galeno.

Que el deber de tratamiento, y la *lex artis* como su principal fuente de contenido, será objeto de prueba en el juicio posterior realizado por el juez, por tratarse de un conocimiento exclusivo de una determinada ciencia que no es de público conocimiento. Es así que es carga del actor acreditar no tan sólo los presupuestos del caso, sino que de aquella forma en que el actuar del médico no ha respetado aquellos estándares de conducta o leyes del arte aplicables al caso concreto.

En este sentido serán objeto de prueba aquellas prácticas generalmente aceptadas por el personal sanitario, las que deben distinguirse de aquellas máximas de la experiencia generales, es decir, común al conocimiento de la comunidad en un determinado lugar y momento. En cuanto a la labor del juez en la labor de incorporación de las prácticas usuales en la ciencia médica, siendo reconocidas como objeto de prueba, es a juicio de esta investigación carga de la respectiva parte su aportación al proceso, debiendo limitarse la iniciativa de prueba del juzgador en su calidad de tercero imparcial.

Dicha labor se realiza mediante variados instrumentos que conforman el comportamiento esperable para el profesional de la salud, tanto legislativas, como administrativas, emanadas de privados y del conocimiento científico. Gran relevancia cobran como fuentes de prueba la opinión de expertos, las que son incorporadas a través del medio testimonial, como testigos expertos, o de los informes periciales siendo su principal suscriptor el Servicio Médico Legal.

Si bien se entiende de acuerdo a la normativa procesal, que los testigos deben aportar conocimiento respecto de los hechos, y no su "opinión" profesional, cuestión propia del medio de prueba de peritos, la escases de información y la necesidad de conocimiento técnico especializado a la que se enfrenta el juez en el proceso, lo llevan en las sentencias analizadas a degenerar tal medio de prueba considerando e indagando en la opinión de los testigos médicos. Es así que para establecer el deber de conducta, o la forma en que "debió haberse comportado" el personal sanitario, las apreciaciones del personal de salud llamados a declarar como testigos, toman un papel relevante ante los ojos del juez al momento de apreciar la prueba rendida.

Los elementos que este deber corresponden a: la correcta aplicación del tratamiento, a través de personal idóneo y la evaluación atenta del paciente, contando con un cuarto elemento el que sólo será

circunstancial en casos de estados de necesidad o de urgencia en la atención, que necesariamente modifican el estándar de conducta exigido al personal sanitario.

El comportamiento esperable del profesional de la salud es fijado principalmente por la *lex artis*, criterio de atribución que es transversal en cualquier sede en la que se fundamente la responsabilidad civil pretendida (contractual, extracontractual y/o falta de servicio). Sin perjuicio de ello la ley del arte no será suficiente para catalogar de diligente o no, aquellos tratamientos médicos con finalidades estéticas.

Que dentro del equipo médico existen funciones definidas, las que deben ser en todo momento cumplidas por personal idóneo, en forma personal y supervisadas por el jefe del equipo, esto es el médico, por ser el encargado de la planificación y dirección del tratamiento.

Que la hipótesis diagnóstica es la exteriorización del juicio probabilístico en que se expresa el conocimiento, experiencia y pericia del personal médico a través de la observación de la condición del paciente y el apoyo cada vez mayor de exámenes de laboratorio en su toma de decisión.

Que el tratamiento para ser juzgado de diligente debe ser fundado, oportuno, observado y replanteado en caso de ser necesario. Que lo anterior responde a un actuar diligente y prudente por parte del

personal médico los que deben encaminar su actuar a la consecución de su objetivo principal, mejorar la salud del paciente, siendo los llamados a detener aquellas causas que enferman a los mismos.

Que el personal diligente debe precaver y prevenir los eventos adversos, quedando el personal médico exento de responsabilidad sólo en aquellos casos en que su error de juicio pueda ser excusado, por haber desplegado las habilidades y conocimientos posibles y exigibles a un profesional de su especialidad en iguales circunstancias de tiempo, espacio y recursos.

En cuanto a la forma de la investigación, se hace presente que el método utilizado extrayendo los fallos desde la base jurisprudencial del poder judicial, no permite hacer un barrido general sobre la evolución del negligencia médica en Chile toda vez que el propio buscador sólo permite la búsqueda respecto de algunas sentencias previamente seleccionadas. Sin perjuicio las sentencias elegidas tienen un material demostrativo de los fallos más relevantes, los que por su gravedad y consecuencias llegan hasta nuestra máxima autoridad jurisdiccional.

Existe dificultad en generar análisis de fondo en gran cantidad de sentencias que sólo se remiten a aspectos formales sin ingresar al fondo del asunto, o que se limitan a confirmaciones escuetas de los

tribunales de instancia, indicando que se acogen o rechazan las mismas.

Que del total de sentencias elegidas, al menos 56 buscaban la responsabilidad por falta de servicio, siendo la gran mayoría de las sentencias analizadas. Que las mismas sin perjuicio de buscar la responsabilidad del ente estatal, en cuanto a la intervención del personal médico fijan el estándar de conducta que se habría esperado de los dependientes del servicio aun en aquellos casos en que no se acredita la falta personal o no se identifica al mismo.

Que en menor medida las causas en contra de prestadores institucionales privados, responden también a persecuciones de faltas del personal médico particular perseguidas en forma conjunta.

Que de las sentencias elegidas, la mayoría, esto es 50 de ellas, dan lugar a la pretensión del actor en cuanto a indemnizar por responsabilidad civil, siendo el ítem más recurrente el de daño moral. Que aquellas en las que la pretensión no prospera, se debe principalmente a defectos en la forma o de falta de prueba, ya sea de la relación causal, del daño o de los hechos fundantes de la demanda en general.

BIBLIOGRAFÍA

Libros y artículos de revista.

Abelliuk, René. (2010) *Las obligaciones* (5° edición, Tomo I) Santiago de Chile: Editorial Jurídica de Chile

Achával, Alfredo. (1996) *Responsabilidad Civil del Médico.* (2° edición). Buenos Aires: Abeledo Perrot.

Acosta, Vicente. (1990) *De la responsabilidad civil médica.* Santiago editorial jurídica de Chile.

Aedo, Cristian. (2001) *El daño moral en la responsabilidad contractual y extracontractual.* Valparaíso: Editorial Libromar Limitada.

Aedo, Cristian. (2006). *Responsabilidad Extracontractual.* Santiago: Editorial Librotecnia.

Barcia, Rodrigo. (2009) *Algunas consideraciones de la relación de causalidad material y jurídica en la responsabilidad civil médica.* CUADERNO DE ANÁLISIS JURÍDICO (6) 85-126.

Barros, Enrique. (2006). *Tratado De Responsabilidad Extracontractual*. Santiago: Editorial Jurídica.

Bascuñán, María Luz, & Arriagada, Ana María. (2016). *Comunicación de errores médicos a pacientes y familiares: interrogantes y herramientas*. REVISTA MÉDICA DE CHILE, 144(9), 1185-1190. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000900013>.

Bordalí, A., Palomo, D. y Cortez, G. (2014) *Proceso civil; el juicio ordinario de mayor cuantía, procedimiento sumario y tutela cautelar*. Santiago: Thomson Reuters.

Cárdenas Hugo y Moreno Jaime. (2011) *Responsabilidad médica, estándares jurisprudenciales de la falta de servicio*. Santiago: Legal Publishing Chile.

Carvalho, Aurelio. (2001). *Consideraciones éticas sobre el error en medicina*. Revista médica de Chile, 129(12), 1463-1465. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001001200015>

Corral, Hernán. (2011) *Lecciones de responsabilidad civil extracontractual*. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.

Cortes, Gonzalo. (2002) Reflexiones sobre la evolución de la casación en el proceso civil. REVISTA DE DERECHO UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN (211)165-178.

Cury, Enrique. (1973) *Orientación para el estudio de la teoría del delito*. Santiago: Ediciones Nueva Universidad.

De la Maza, Iñigo (2010) *Consentimiento informado una visión panorámica*. *Ius et Praxis*, 16(2), 89-120. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-00122010000200004>



Diez, José. (1997) *El daño extracontractual*. Santiago: Editorial Jurídica.

Domínguez, Ramón. (2005) Notas sobre el deber de minimizar el daño. REVISTA CHILENA DE DERECHO PRIVADO (5) 73-95.

Equipo editorial Thompson Reuters. (2014) *Jurisprudencia sobre negligencia médica*. Santiago: Legal Publishing Chile.

Flores, Victor. (2002) Responsabilidad civil médica. Normativa, doctrina y jurisprudencia. Santiago: Sociedad editora metropolitana Limitada.

Galán, Julio. (2007). Responsabilidad Civil médica. (2º edición) Pamplona: Thompson Civitas.

Goic, Alejandro. (2001). Fuentes de error en clínica. *Revista médica de Chile*, 129(12), 1459-1462. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001001200014>

Guajardo, Baltazar. (2013) *Aspectos De La Responsabilidad Civil Médica*. (2° edición). Santiago: Librotecnia.

Guzmán D, Ana María, & Solari G, Sandra. (2009). ¿Cuándo puedo comparar un mismo test realizado en diferentes laboratorios? Conceptos de trazabilidad y armonización en el laboratorio clínico. *REVISTA MÉDICA DE CHILE*, 137(5), 713-715. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500018>



Kohn Loncarica, Alfredo G, Outomuro, Delia, Bortz, Jaime, & Sánchez, Norma Isabel. (2004). Terapia Génica: ¿Tratamiento Médico, Eugenesia O Higiene De La Herencia?. *ACTA BIOETHICA*, 10(2), 143-153. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2004000200003>.

Larroucau, Jorge. (2010) *Culpa y dolo en la responsabilidad extracontractual*. (4° edición) Santiago: Legal Publishing.

Larroucau, Jorge. (2014) ¿Cómo se prueba la responsabilidad civil médica en la justicia chilena?

Larroucau, Jorge. (2014) *¿Cómo se prueba la responsabilidad civil médica en la justicia chilena?*. REVISTA DE DERECHO, XXVII (N° 12). 43-79.

Legal Publishing Chile. (2012) *Tratado De Cuantificación Del Daño: Responsabilidad Médica*. Santiago: Legal Publishing Chile.

Lorenzetti, Ricardo. (2016) *Responsabilidad civil de los médicos*. (2° edición) Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni editores.

Martínez, Marco. (2011) *La graduación del deber de cuidado en el delito culposo por actos de mala praxis medica, un análisis dogmático, jurisprudencial y económico*. REVISTA POLÍTICA CRIMINAL, 6 (N° 12). 214-251.

Miranda, Francisco. (2015) *Demandas por responsabilidad médica en Chile. análisis de montos, condenas y duración*. REVISTA DE DERECHO – ESCUELA DE POSTGRADO (7) 79-102.

Montero, Juan. (2012) *La prueba en el proceso civil*. (7° edición) Madrid: editorial Civitas.

Paillas, Enrique. (2004) *Responsabilidad médica*. (5° edición) Santiago: Editorial Lexis Nexis.

Parra, Darío. (2013). *La obligación de informar al paciente. Cuestiones sobre el derecho a ser informado.* REVISTA MEDICA DE CHILE (141) 1578-1583.

Parra, Darío. (2014). *La evolución ético-jurídica de la responsabilidad médica.* ACTA BIOETHICA, 20(2), 207-213.
<https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2014000200008>

Peñailillo, Daniel. (1993) *La Prueba En Materia Sustantiva Civil: Parte General.* Santiago: Editorial Jurídica de Chile.

Pizarro, Carlos, (2003) La responsabilidad médica por el hecho ajeno. REVISTA CHILENA DE DERECHO.(1) 181-208.

Pizarro, Carlos, (2008) Responsabilidad profesional médica: diagnóstico y perspectivas. REGÍMENES ESPECIALES DE RESPONSABILIDAD CIVIL. 173-180.

Pizarro, Carlos. (2014) *El contrato médico. calificación, contenido y responsabilidad.* REVISTA CHILENA DE DERECHO (Vol. 41, N° 3) 825-843.

Pizarro, Carlos. (2017). *La responsabilidad civil médica.* Santiago de Chile: Legal Publishing Chile

Reche-castex F.J. y Alonso J.M. (2005) *Estudio jurisprudencial de la responsabilidad legal del personal sanitario en la reformulación de medicamentos*. FARMACIA HOSPITALARIA, (Vol. 29 N° 6) 389-392.

Rencoret, Gustavo (2004) Auditoria médica en la prevención y manejo del conflicto médico. RIESGO, CULPA Y RESPONSABILIDAD EN EL ÁMBITO MÉDICO.

Rodríguez, Pablo. (2010) *Responsabilidad extracontractual*. (2° edición) Santiago: Editorial Jurídica.

Rodríguez, Pilar. (2013) *Por una objetivación de la lex artis*. REVISTA DE DERECHO UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LA SANTÍSIMA CONCEPCIÓN (28) 11-17.

Saldías P, Fernando, Cabrera T, Daniel, Solminihac L, Ignacio de, Hernández A, Pamela, Gederlini G, Alessandra, & Díaz F, Alejandro. (2007). Valor predictivo de la historia clínica y examen físico en el diagnóstico de neumonía del adulto adquirida en la comunidad. REVISTA MÉDICA DE CHILE, 135(2), 143-152. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000200001>

Szanthó, Gyorgy. (2001). *Definiciones respecto al error en medicina*. REVISTA MÉDICA DE CHILE, 129(12), 1466-1469. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001001200016>

Tapia, Mauricio. (2003). *Responsabilidad Civil Médica: Riesgo Terapéutico, Perjuicio de Nacer y Otros Problemas Actuales*. REVISTA DE DERECHO (15), 75-111. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-09502003000200004>

Tomasello, Leslie (1994) *Estudios de derecho privado*. Valparaíso: Edeval
Vásquez, Carmen. (2015) *De la prueba científica a la prueba pericial*. Madrid: Editorial Marcial Pons

Vidal, Álvaro.(2018) *Responsabilidad civil médica*. Santiago: Der ediciones Limitada.

Vargas, Víctor. (2006) Gestión de riesgos jurídicos sanitarios y judicialización de la medicina. REVISTA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE (17) 20-35.

Wainstein, Eduardo. (2009). *Algunos problemas del razonamiento médico en el proceso de diagnóstico: Papel de algunas heurísticas y posibles soluciones*. REVISTA MÉDICA DE CHILE, 137(12), 1636-1641. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009001200014>.

Normativa.

Constitución Política de Chile, Fija El Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Constitución Política de la Republica de Chile, última versión 16-06-2018, extraída desde <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302>.

Código Sanitario, última versión 23-09-2017, extraído desde <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595&idParte=0>.

Ley N° 18.575 Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, última versión 22-06-2000, extraída desde <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=29967>.

Ley N° 19.966 Establece un Régimen de Garantías en Salud, última versión 3-09-2004, extraído desde <https://www.leychile.cl/Navegar/?idNorma=229834&idParte=0>.

Ley N° 20.584 Regula Los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, última versión 4-12-2015, extraída desde <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>.

DFL N° 1 MINISTERIO DE SALUD Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.

Sentencias.

C.S. (8.10.2015) Sentencia Rol 3.785-2015 caratulada Miriam Briceño Montaña Con Servicio De Salud Iquique. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>.

C.S. (23.12.2009) Sentencia Rol 3.115-2008 caratulada Andrade Vera Edilia Elena Con Servicio de Salud. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>.

C.S. (26.11.2008) Sentencia Rol 3.019-2008 caratulada BURGOS VARGAS PEDRO - SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>.

C.S. (28.6.2016) Sentencia ROL 34.161-2015 caratulada Rojas Carrasco Roberto con Fisco de Chile. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>.

C.S. (2.7.2015) Sentencia Rol 31.932-2014 caratulada Gutiérrez Vidal Luz Marisol con Servicios de Salud Araucania Sur. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>.

C.S.(14.5.2014) Sentencia Rol 2.853-2013 caratulada Abarca Salazar Waldo Con Garat Pinto Fidel David, Clínica Central S. A. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>.

C.S. (4.9.2012) Rol 8.044-2010 caratulada Llanca Viguera Cecilia del Carmen con Fisco de Chile. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>.

C.S. (24.6.14) Sentencia Rol 3.096-2014 caratulada Castro Sanchez Miguel con Hospital Regional De Antofagasta. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>.

C.S. (10.6.2013) Sentencia Rol 9.554-2012 caratulada Muñoz Saavedra Jéssica y Otros con Municipalidad de Putaendo y Otros. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>.

C.S. (27.6.2013) Rol 2.332-2012 caratulada Toncio Gutiérrez Corina con Valverde Castañón Jaime, Servicio de Salud. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>.

C.S. (30.3.2015) Rol 29.089-2014 caratulada Duran Araneda Rodrigo Andres con Servicio de Salud Concepcion. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>.

C.S. (9.6.2015) Rol 4.878-2015 caratulada Pizarro Vega Omar Enrique con Servicio de Salud Viña Del Mar Quillota. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>.

C.S. (6.12.2010) Rol 5.647-2010 caratulada Rojas Aguilera Ferrando Eduardo con Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>.

Corte de Valparaíso (5.1.2016) confirmada por la Corte Suprema (14.6.2016) Sentencia Rol 2.156-2015 caratulada Cárcamo Carvajal María y Otro con I. Municipalidad de Rinconada y Otro. Valparaíso de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>.

C.S. (12.3.2012) Sentencia Rol 12.467-2011 caratulada Pardo Gutierrez Udo con Sociedad Inmobiliaria Inversal. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (25.2.2011) Sentencia Rol 7.008-2009 caratulada Ruiz Figueroa Gonzalo con Instituto de Diagnostico S.A. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>.

C.S. (28.1.2011) Sentencia Rol 5.849-2009 caratulada Wagemann Morales Consuelo Andrea con Vidal García- Huidobro Pedro. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>.

C.S. (29.8.2012) Sentencia Rol 9.440-2009 caratulada Ballon Ramírez Sandra con Servicio de Salud de Iquique. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>.

C.S. (10.11.2010) Sentencia Rol 2.120-2009, caratulada Braña Villagrán María del Pilar y otra con Celis Araya Ricardo. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>.

C.S. (26.7.2010) Sentencia Rol 2.954-2010 caratulada Camp Andrade, Vilma con Goren Berestesky, Mario. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (25.6.2014) Sentencia Rol 6.146-2014 caratulada Flores Henríquez Sandra P. con Asociación Chilena de Seguridad. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (5.10.2012) Sentencia Rol 5.604-2010 caratulada Burgos Fabres Nolvía Silvana y Otros con Servicio de Salud Bio Bio. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (3.11.2014) Sentencia Rol 18.456-2014 caratulada Contreras Silva Giselle con Servicio de Salud Atacama. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (30.7.2012) Sentencia Rol 355-2010 caratulada Lincolao Paineo Aurelio y Otro con Servicio de Salud Araucanía Sur. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (18.3.2013) Sentencia Rol 9.490-2012 caratulada Jorge Luis Ponce Muñoz, Jorge Ponce González, Felipe Ponce González Y Juana González Lagos Con Servicio De Salud Concepcion. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (17.9.2015) Sentencia Rol 24.064-2014, caratulada Erica Del Carmen Flores Venegas Y Otros con Servicio De Salud Arauco. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

Corte de Valparaíso (12.7.2013) Sentencia Rol 449-2013 caratulada Torres Quezada Myriam Judith y otro con Servicio De Salud Aconcagua confirmada por C.S. (30.1.2014) Sentencia Rol 9006-2013. Santiago de

Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (25.10.2012) Sentencia Rol 4.404-2012 caratulada Rojas Vergara Yasna Con Fisco De Chile y Otro. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (7.8.2013) Sentencia Rol 3.582-2012 caratulada Díaz Valenzuela Paulina Olivia con Servicio De Salud Aconcagua. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (6.6.2016) Sentencia Rol 1.574-2016 caratulada Gotelli Rivera Alberto con Servicio De Salud Talcahuano. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (16.3.2016) Sentencia Rol 14.608-2015 caratulada Laferte Marín Fermina con Fisco de Chile. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (21.3.2016) Sentencia Rol 31.061-2014 caratulada Fernandez Waidele Ximena con Amari Pineda Jaime, Arinoviche Schenker Roberto, Arriagada Maldini Marina. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (23.11.2015) Sentencia Rol 15.151-2015 caratulada Ormeño Retamal David con Hospital de Lota (Servicio Salud Concepción). Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (14.12.2015) Sentencia Rol 11.079-2015 caratulada Triviño Gutierrez Jorge con Servicio de Salud del Reloncavi. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (27.4.2015) Sentencia Rol 27.175-2014 caratulada Campos Ramírez Isabel Del Carmen con Servicio Salud Concepcion. Santiago de Chile:

www.pjud.cl. Recuperado de
<https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (29.1.2013) Sentencia Rol 4.904-2012 caratulada Reyes Pinto Hernán Pablo con Pontificia Universidad Católica de Chile, Tevah Castillo José. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de
<https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (16.12.2015) Sentencia Rol 1.561-2015 caratulada López Oñatt María con Fisco De Chile. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de
<https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (12.9.2011) Sentencia Rol 2.314-2010 caratulada Cortes Morgado Jenny Alejandra con García Brito Fernando Néstor. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de
<https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (3.8.2015) Sentencia Rol 30.603-2014 caratulada Cerda Aguirre Carlos Rodrigo con Servicio De Salud Coquimbo. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (2.10.2013) Sentencia Rol 4.325-2013 caratulada Gutiérrez Sánchez Fresia del Rosario con Servicio de Salud Concepción. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de
<https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (9.9.2014) Sentencia Rol 12.459-2014 caratulada Apablaza Rosales Briggitts Marlens y otros con Servicio de Salud Aconcagua. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de
<https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (16.5.2016) Sentencia Rol 18.124-2015 caratulada Pizarro Araya Marcelo Ivan con Servicio de Salud Coquimbo. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de
<https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (27.8.2015) Sentencia Rol 23.292-2014 caratulada Santander Hidalgo Marcelo con Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (4.3.2015) Sentencia Rol 25.715-2014, caratulada Mena Rodríguez Horacio con Instituto de Diagnostico S A-Castillo Darvich Rodrigo-Harvey Arce Patricia. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (1.9.2014) Sentencia Rol 5.128-2014 caratulada Díaz Valencia Nelson y Otros con Sociedad Isapre Río Blanco y Otro. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (19.6.2014) Sentencia Rol 5.817-2013 caratulada Salazar Navarro Maximiliano con Clínica Reñaca y Otros. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (5.6.2013) Sentencia Rol 5.883-2012 caratulada Treizman Sacks Lucy, Rado Kovari Rolando, Rado Treizman Sandra con Erazo Reyes Rodrigo, Clínica Las Condes S.A. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (30.12.2013) Sentencia Rol 5.885-2013 caratulada Reyes Jara Mario Esteban con Servicio de Salud Talcahuano. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (25.11.2013) Sentencia Rol 8.307-2012 caratulada Lausen Montt María Macarena con Terre Schuster Fernando, Thumala Olave María Isabel. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (15.4.2014) Sentencia Rol 12.530-2013 caratulada Segura Riveiro Francisco con Fisco De Chile. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (25.9.2007) Sentencia Rol 4.103-2005 caratulada Montecinos Peralta Héctor con Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (19.4.2011) Sentencia Rol 852-2011 caratulada Alvarez Salazar con Servicio de Salud Atacama. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (6.8.2012) Sentencia Rol 9.750-2009 caratulada Arias Aburto Daniel Alejandro, Pérez Aravena Marisol Andrea con Fisco de Chile. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (3.12.2013) Sentencia Rol 5.465-2013 caratulada Meléndez Calderón Nathaly Otros con Hospital Barros Luco Trudeau. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (18.4.2013) Sentencia Rol 5.797-2012 caratulada Amelia Luisa Valverde Cifuentes y Otros con Servicio de Salud Bio Bio. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (13.4.2011) Sentencia Rol 1.093-2011 caratulada Silva Ferrera Ana María con Municipalidad de Las Cabras. Rep: Jaime Fabia Reyes. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

Corte de Valparaíso (21.12.2007) Sentencia Rol 3.210-2005 caratulada Corvalan Martínez José con Instituto de Seguridad del Trabajo confirmada por C.S. (22.12.2009) Sentencia Rol 1.887-2008. Valparaíso Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (6.11.2012) Sentencia Rol 1.013-2011 caratulada Fernández Flores Pedro Con Servicio Salud Viña Del Mar Quillota. Santiago de Chile:

www.pjud.cl. Recuperado de
<https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (2.10.2012) Sentencia Rol 8.747-2011 caratulada Parada Valenzuela Ana L. con Servicio de Salud de Concepcion. Santiago de Chile:
www.pjud.cl. Recuperado de
<https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (15.6.2015) Sentencia Rol 24.556-2014 caratulada Lagos Gallardo Domingo Gustavo, Valles Santander Josefina con Servicio de Salud Metropolitano. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de
<https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (4.3.2015) Sentencia Rol 27.949-2014 caratulada Lazcano Barraza, Cynthia Liciel con Servicio de Salud Aconcagua. Santiago de Chile:
www.pjud.cl. Recuperado de
<https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (20.1.2015) Sentencia Rol 15.257-2014 caratulada Morales González Loreto Aislin y otros con Servicio de Salud Aconcagua. Santiago de Chile:
www.pjud.cl. Recuperado de
<https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (4.11.2014) Sentencia Rol 16.666-2014 caratulada Pacheco Milanes Daniel Roberto y Otros con Servicio de Salud De Iquique. Santiago de Chile:
www.pjud.cl. Recuperado de
<https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (16.10.2013) Sentencia Rol 2.181-2013 caratulada Natalia Damaris Muller Contreras y Otros con Servicio de Salud Bio Bio. Santiago de Chile:
www.pjud.cl. Recuperado de
<https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (14.10.2013) Sentencia Rol 5.827-2013 caratulada Tagle Muñoz Teresa Angélica con I. Municipalidad de Puerto Varas. Santiago de Chile:
www.pjud.cl. Recuperado de

<https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (15.11.2012) Sentencia Rol 2.411-2012 caratulada Moncada Garrido María Irene y Otra con Servicio de Salud Concepcion. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (13.10.2011) Sentencia Rol 4.751-2009 caratulada Castro Quintana Gonzalo Leonardo y Otros con Servicio de Salud Bio bio. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (16.4.2012) Sentencia Rol 8.361-2009 caratulada Ortega Rivera Francisco Javier, Arce Pino Marlene Verónica con Barroilhet Amenabar José Luis, Clínica Santa María S.A. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (27.12.2011) Sentencia Rol 8.983-2010 caratulada Viveros Viveros Gloria Patricia con Correa Galaz Raquel Gabriela. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (26.1.2012) Sentencia Rol 8.352-2009 caratulada Pastor Espejo María Elena con Goñi Espildora Ignacio, Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (22.5.2012) Sentencia Rol 7.318-2009 caratulada Hinojosa Soto Nancy y Otros con Servicio de Salud Concepcion. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (9.11.2011) Sentencia Rol 4.811-2009 caratulada Aravena Espinoza Cristian y Otros con Servicio de Salud Concepcion. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (17.6.2015) Sentencia Rol 11.078-2014 caratulada Sánchez Jiménez Alejandra Dafnag con Ibáñez Langlois Santiago. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (17.7.2014) Sentencia Rol 10.438-2013 caratulada Unda Muñoz Rolando con Clínica Del Maule S.A. y Otro. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (18.5.2015) Sentencia Rol 23.871-2014 caratulada Hald Trabuco Juan Ewald con Ureta Alamos Luis Fernando. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (12.12.2012) Sentencia Rol 3.591-2010 caratulada González Morales Gina con Servicio De Salud Valparaíso San Antonio, Martínez Díaz Normandía. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (25.5.2015) Sentencia Rol 27.944-2014 caratulada Barrera Díaz Juan con Siccha Vejarano Augusto, Hospital Regional de Antofagasta. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (3.12.2015) Sentencia Rol 29.365-2014 caratulada Vásquez Contreras Katty y Otros con Hospital Carlos Van Buren. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (26.1.2016) Sentencia Rol 14.299 caratulada Arias Arias Rosa Marta con Opazo Santander Sergio Antonio. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

Corte de Santiago (1.7.2015) Sentencia Rol 1.261-2015 caratulada Vilches Machuca Mario con Complejo Hospitalario San José (sentencia casada por corte suprema solo en cuanto a los montos C.S.(26.1.2016) Sentencia Rol 9.990-2015). Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de

<https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (11.2.2016) Sentencia Rol 10.240-2015 caratulada Aburto Vegar Ariel Guztavo con Servicio de Salud Talcahuano. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

Corte de Talca (25.9.2015) Sentencia Rol 663-2015 C.S. (24.2.2016) Sentencia Rol 35.356-2015 caratulada Campos Parra Ximena Del Carmen con Oliva Andaur Eduardo E. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (16.2.2016) Sentencia Rol 37.810-2015 caratulada Soto Saavedra Claudia Andrea con Jure Yáñez Ricardo. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (21.3.2016) Sentencia Rol 8.106-2015 caratulada Rodríguez Urzúa Cesar Luis con Fisco de Chile. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (9.3.2016) Sentencia Rol 8.235-2015 caratulada Urzúa Maldonado Ana Lucy con Marín Neira Miguel Alvaro. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>

C.S. (23.3.2016) Sentencia Rol 21.019-2015 caratulada Muñoz Uribe Margarita con Servicio de Salud Araucanía Sur. Santiago de Chile: www.pjud.cl. Recuperado de <https://oficinajudicialvirtual.pjud.cl/frameInv.php>