

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

## La ficha clínica en la jurisprudencia civil

*The clinical record in civil jurisprudence*

Leonardo A. Llanos Lagos 

*Universidad de los Andes, Chile*

RESUMEN

En este trabajo se analiza jurisprudencia sobre responsabilidad médica y se identifica la ficha clínica como un insumo probatorio esencial para poder acreditar hechos acaecidos en el ámbito sanitario. Se plantea que la clasificación y atribución de valor probatorio de los medios de prueba en el proceso civil es obsoleta respecto de documentos complejos como la ficha clínica. Luego, se propone un enfoque inferencial para plasmar en la motivación judicial fáctica la fuerza probatoria que merece dentro de un sistema valorativo legal o tasado, utilizando como garantías de fuerza, coherencia y aceptación las guías clínicas y la literatura médica especializada.

PALABRAS CLAVE

Ficha clínica • responsabilidad médica • inferencias probatorias • prueba civil • valoración de la prueba.

ABSTRACT

In this work, jurisprudence on medical liability is analyzed and the clinical record is identified as an essential evidentiary input to be able to prove facts that occurred in the sanitary field. It is argued that the classification and attribution of evidentiary value of means of proof in the civil process is obsolete about complex documents such as the clinical record. Then, an inferential approach is proposed to be able to reflect in the factual judicial motivation, the evidentiary strength it deserves, within a legal or assessed evaluative system, using clinical guidelines and specialized medical literature as guarantees of strength, coherence, and acceptance.

KEY WORDS

Clinical record • medical liability • evidentiary inferences • civil evidence • evaluation of evidence.

## I. INTRODUCCIÓN

La Ley 20584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, estableció la obligatoriedad de los prestadores clínicos de registrar los antecedentes relativos a la salud de los pacientes en fichas clínicas, deber que busca integrar la información necesaria en el ámbito asistencial de cada persona. Ese mismo año se publicó el Decreto 41 del Ministerio de Salud (Minsal), que aprueba reglamento sobre fichas clínicas y regula su contenido, almacenamiento, administración, protección y eliminación.

Según sostiene la jurisprudencia, la ficha clínica es la evidencia principal en litigios por responsabilidad civil o por falta de servicio derivados de atenciones en la esfera sanitaria. Su fuerza probatoria es fundamental para cotejar si la conducta del prestador se adecua al estándar esperado. Más aún, su valor crece si es la única fuente probatoria disponible<sup>1</sup>, y no varía según quien sea la parte que la acompañe al proceso<sup>2</sup>. Podemos afirmar sin ambages que en multitud de ocasiones dicha prueba documental constituye el único elemento del que se dispone para llevar a cabo la reconstrucción de los hechos acontecidos<sup>3</sup>.

El artículo 6 del reglamento establece el contenido mínimo de la ficha clínica. En el aspecto probatorio, el requisito que mayor utilidad presenta es aquel cuya obligatoriedad dimana de la letra c), que establece que la ficha clínica debe comprender:

*Un registro cronológico y fechado de todas la atenciones de salud recibidas: consultas, anamnesis, evoluciones clínicas, indicaciones, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, protocolos quirúrgicos u operatorios, resultados de exámenes realizados, interconsultas y derivaciones, hojas de enfermería, hojas de evolución clínica, epicrisis y cualquier otra información clínica. Si se agregan documentos, en forma escrita o electrónica, cada uno de ellos deberá llevar el número de la ficha<sup>4</sup>.*

El artículo 5 añade que la ficha clínica deberá ser elaborada de forma clara y legible, conservando su estructura en forma ordenada y secuencial. El artículo 12 de la Ley 20584, recientemente modificado por la Ley 21668, señala que la ficha clínica:

<sup>1</sup> Corte Suprema, 26 de febrero de 2024, rol 251257-2023, considerando séptimo.

<sup>2</sup> Corte de Apelaciones de Rancagua, 13 de noviembre de 2023, rol 1444-2022, considerando octavo y Corte Suprema, 16 de marzo de 2023, rol 14.262-2022.

<sup>3</sup> LARENA (2012), p.317.

<sup>4</sup> Chile, Decreto 41.

*Es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, custodiada por uno o más prestadores de salud, en la medida que realizaron las atenciones registradas, que tiene como finalidad integrar la información necesaria en el proceso asistencial de cada persona, y permitir una atención continua, coordinada y centrada en las personas y sus necesidades clínicas<sup>5</sup>.*

Además, se agregó el siguiente inciso al artículo 12, que la ficha clínica:

*Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella.*

A su vez, la Ley 21541 modificó el artículo 13 de la Ley 20584, en orden a que el titular de la ficha clínica (o a sus herederos o terceros autorizados por el titular) tienen ahora derecho a solicitar de forma gratuita su contenido «en un formato estructurado, de uso común y lectura legible, que sea susceptible de ser portado a otro sistema de ficha clínica o transmitirlos a otro prestador que se indique en la solicitud».

Con todo, pese a la completa regulación de la ficha clínica, existen algunos nudos probatorios no resueltos relacionados con su utilización como fuente de prueba en el sistema procesal civil, que están presentes en nuestra jurisprudencia y que se expondrán, evidenciando las complejidades que acarrea su valoración probatoria en un sistema tasado. Al respecto, el texto se estructura de la siguiente forma:

1. Regulación legal y clasificación procesal.
2. Hechos que permiten ser acreditados mediante la valoración de la ficha clínica.
3. El uso de las reglas de valoración establecidas en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Civil por la jurisprudencia en relación a la ficha clínica.
4. La superación de la categorización documental de la ficha clínica.
5. La importancia de un adecuado contraste entre la ficha clínica, los protocolos clínicos y la literatura científica médica como insumos necesarios para la construcción de inferencias probatorias sólidas, coherentes y aceptables.

---

<sup>5</sup> Chile, Ley 21668. El artículo 12 de la ley original señalaba: «La ficha clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente».

En la parte final del este trabajo se argumentará sobre la obsolescencia del sistema probatorio del proceso civil al momento de la valoración de la fuerza probatoria en relación con documentos de contenido complejo como es la ficha clínica, en especial a aquellos que contienen texto, gráficos y fotografías. Al respecto, en las conclusiones se propondrá una posible solución a este nudo en miras a un correcto uso de las reglas inferenciales sobre presunciones judiciales establecidas en los artículos 426 y 427 del Código de Procedimiento Civil, y 1712 del Código Civil.

## II. REGULACIÓN LEGAL Y CLASIFICACIÓN PROCESAL

Como se señaló, la ficha clínica es un registro cronológico y fechado de todas las atenciones de salud recibidas. De esta definición, en conjunto con los artículos 12 y 13 de la Ley 20584, se obtienen las particularidades fundamentales de la ficha clínica, entendida como un insumo necesario y valioso para poder tomar decisiones correctas e informadas en el proceso asistencial del paciente<sup>6</sup>. Esas particularidades son: completitud (en especial respecto del consentimiento informado)<sup>7</sup>, veracidad y autenticidad de su contenido, y legibilidad y claridad.

Atendido a dichas características, el contenido de la ficha clínica presta valiosa utilidad probatoria en un eventual litigio por responsabilidad derivada de la actuación clínica<sup>8</sup>. Por ejemplo, en caso de trasgresión a la *lex artis* —entendida como aquella práctica aceptada como correcta por un cuerpo de profesionales de la salud altamente calificados—, la principal evidencia deberá encontrarse precisamente en aquel documento que registra la atención sanitaria cuestionada, es decir, en la ficha clínica<sup>9</sup>.

---

<sup>6</sup> GUTIÉRREZ (2021), p. 312.

<sup>7</sup> BELLO (2012), p. 118.

<sup>8</sup> En tal sentido, se le atribuye *valor judicial* (GODOY y BARRAZA, 2018, p. 182) o se le da un trato de «elemento de prueba esencial para valorar si la conducta del médico se adecuó a la *lex artis ad hoc*, y, en su caso, para probar la relación de causalidad entre la actuación del facultativo y el daño sufrido por el paciente». GUTIÉRREZ (2012), p. 324. En el mismo sentido, véase VIDAL (2020), pp. 49-50, LARENA (2012), p. 317, y VÁZQUEZ (2021), p. 287.

<sup>9</sup> «La *lex artis ad hoc* es un concepto jurídico indeterminado que debe establecerse en cada caso. Lo que más se le parece suele ser un protocolo de actuación médica, aunque el protocolo nunca puede agotar el contenido de la *lex artis*, que le supera siempre visto que la “lex” se nutre de toda buena práctica médica y no solo de la establecida por el protocolo». VÁZQUEZ (2010), p. 180. En el mismo sentido, VIDAL (2018), p. 21.

Desde una óptica procesal civil, la ficha clínica es una prueba documental, especie del género instrumental (expresión por escrito)<sup>10</sup>. Esto se explica debido a que el documento es aquel medio capaz de registrar y reproducir hechos, y el instrumento es aquel que contiene actos jurídicos<sup>11</sup>. Empero, esta primera afirmación no abarca la complejidad del contenido múltiple de datos que revisten algunos documentos contemporáneos como la ficha clínica, cuestión no prevista por el legislador en su época.

Por tanto, la ficha clínica es un documento, sin perjuicio de que su contenido incorpore eventualmente acuerdos contractuales entre el prestador y paciente, en especial sobre el consentimiento informado. Sin embargo, según la doctrina, la prueba de aquel no está inhibida por los artículos 1708 y 1709 del Código Civil<sup>12</sup>. Al efecto, el artículo 6 d) del reglamento señala que la ficha clínica debe contener:

*Decisiones adoptadas por el paciente o respecto de su atención, tales como consentimientos informados, rechazos de tratamientos, solicitud de alta voluntaria, altas disciplinarias y requerimientos vinculados a sus convicciones religiosas, étnicas o culturales, en su caso<sup>13</sup>.*

Además, la normativa y jurisprudencia señala que la ficha clínica debe ser completa y veraz<sup>14</sup>. Esto implica una correspondencia entre los hechos clínicos y su contenido. Por añadidura, involucra el deber de registrar los eventuales cambios respecto al tratamiento, el diagnóstico o la evolución del paciente. Al respecto, la Corte Suprema señaló que la ficha clínica que contiene inconsistencias en relación con el protocolo operatorio y el diagnóstico declarado, así como la ausencia de recomendaciones y tratamientos previos, menos invasivos y más conservadores, permite presumir

---

<sup>10</sup> BORDALÍ (2014), p 298.

<sup>11</sup> «No obstante, la historia clínica sí que puede ser considerada como documento administrativo u oficial al que los tribunales reconocen una presunción de veracidad no absoluta, pues puede desvirtuarse por otros medios de prueba y la valoración conjunta de la prueba por parte del juzgador». GARCÍA (2019), p. 154.

<sup>12</sup> BARROS (2007), p. 684.

<sup>13</sup> Chile, Decreto 41.

<sup>14</sup> Al respecto, en Corte Suprema, 17 de mayo de 2021, rol 11898-2019, se sostuvo que constituye un hecho dañoso la omisión de incorporar una ecotomografía en la ficha clínica al momento del alta de un paciente de cirugía bariátrica, en la que se evidenciaba la deshidratación de sutura, lo que posteriormente causó su muerte. En lo que respecta a la veracidad o fiabilidad de los datos, constituye falta de servicio integrar en una ficha clínica exámenes de otro paciente, lo que implicó someter a un paciente a una cirugía innecesaria. Corte Suprema, 1 de junio de 2017, rol 87914-2016 (sentencia de reemplazo).

falta de servicio<sup>15</sup>. En consecuencia, pesa al prestador de salud asegurar su conservación, inmutabilidad y confidencialidad<sup>16</sup>.

En cuanto a la conservación de la ficha clínica, la Corte de Santiago sostuvo que constituye una falta de servicio su extravío respecto de una paciente que durante veinticuatro años recibió un tratamiento con graves efectos secundarios (fenitoína) debido un diagnóstico erróneo (epilepsia). La decisión atendió la entidad del menoscabo que sufrió la paciente y la situación particularmente penosa a la que se vio expuesta durante años, todo lo cual es posible desprender de la valoración que se hace de la prueba rendida al efecto y que se sintetiza en el fallo de primer grado y de aquella acompañada en segunda instancia. El fallo decidió elevar el monto de la indemnización fijada en primera instancia en tres millones de pesos<sup>17</sup>.

En lo que respecta a la distinción entre instrumento público e instrumento privado, se ha fallado que la ficha clínica proveniente de un hospital público es un instrumento público<sup>18</sup>. Problema aparte es que el concepto de instrumento público no es unívoco y, por ello, se discute si el valor probatorio asignado en los artículos 1699, 1700 y 1706 del Código Civil se aplican a diversas clases de documentos emanados de funcionarios públicos, en la medida que sean confeccionados con sujeción a las respectivas solemnidades legales<sup>19</sup>: «En relación con la historia clínica electrónica, aun elaborada en un Centro sanitario público, consideramos que no cumple los requisitos para ser considerada como documento público en un proceso civil, por no haber sido elaborada por funcionarios que tengan atribuida la facultad de dar fe pública»<sup>20</sup>.

Al respecto, en una reciente sentencia de la Corte de Valdivia se estimó que una serie de antecedentes médicos y clínicos suscritos por funciona-

---

<sup>15</sup> Corte Suprema, 4 de octubre de 2023, rol 1224-2023, considerando octavo.

<sup>16</sup> «El incumplimiento de estas obligaciones también es causa de responsabilidad médica profesional, pudiendo constituir una negligencia adicional de carácter burocrático acumulable al propio daño causado al paciente». GUTIÉRREZ (2021), p. 314. Respecto a los límites de la confidencialidad de la ficha clínica, véase Corte Suprema, 7 de junio de 2024, rol 251037-2023, y Corte Suprema, 22 de octubre de 2021, rol 49701-2021.

<sup>17</sup> Corte de Apelaciones de Santiago, 6 de agosto de 2020, rol civil 917-2019 y acumuladas, que se pronunció sobre sentencia del Cuarto Juzgado Civil de Santiago, 12 de junio de 2019, rol C 8030-2017, considerando decimotercero.

<sup>18</sup> Corte Suprema, 13 de julio de 2020, rol 24734-2020 (considerando decimosexto). Por su parte, en otro fallo se sostuvo que un examen que no forma parte de la ficha clínica (en un hospital público) es instrumento privado. Corte Suprema, 17 de mayo de 2021, rol 11898-2019.

<sup>19</sup> MENES (2022), p. 493.

<sup>20</sup> GUTIÉRREZ (2021), p. 316.

rios de la red pública de salud se valoran como instrumentos públicos según dispone el artículo 1700 del Código Civil<sup>21</sup>. Sin perjuicio de ello, esta clasificación entre documento público/privado es difícil de sostener en algunos supuestos como son aquellas situaciones de prestaciones de salud pública que se realizan en instituciones privadas<sup>22</sup>. Así, por ejemplo, se accionó de falta de servicio respecto a una cirugía realizada en una clínica privada<sup>23</sup>.

Esto implica admitir que la fuerza probatoria de la ficha clínica en algunos casos es incompatible con las reglas de prueba tasada establecidas para la evidencia documental. Es por ello que estimo que la fuerza en lo que respecta a la autenticidad, la identidad y el valor probatorio de una ficha clínica no puede pender de aspectos externos a ella, como es la institución sanitaria donde se expide. Al respecto, la Corte Suprema también ha sostenido que los certificados médicos constituyen instrumentos privados y que, pese a estar incorporado a una ficha clínica, no forman parte de ella, ya que:

*Fueron extendidos a petición de los interesados, según se desprende de su propio tenor y aparecen descontextualizados dentro de una carpeta que registra atenciones de salud que dan cuenta de exámenes y atenciones médicas que apuntan a dolencias completamente diversas<sup>24</sup>.*

De la conclusión anterior deviene además en una segunda afirmación: la ficha clínica es un documento esencialmente divisible. Por tal, su fuerza probatoria no puede ser entendida bajo una dialéctica binaria en cuanto a su contenido al momento de la valoración<sup>25</sup>. En efecto, la ficha clínica no puede ser analizada de manera holista, es decir, como un todo en el que las razones relevantes para la decisión probatoria «son representadas como una totalidad que integra las pruebas y el conjunto de conocimientos del juzgador y cuya fuerza, interdependiente, es apreciada en forma global»<sup>26</sup>.

Esto se debe a que usualmente una ficha clínica contiene documentos interdependientes entre sí y que incluso pueden entregar información contradictoria o incompatible. Al respecto, una ficha clínica es divisible, ya

---

<sup>21</sup> Corte de Apelaciones de Valdivia, 8 de mayo de 2024, rol 1381-2023, considerando cuarto.

<sup>22</sup> GALLEGOS (2018), p. 2788.

<sup>23</sup> Corte Suprema, 4 de octubre de 2023, rol 1224-2023.

<sup>24</sup> Corte Suprema, 31 de marzo de 2016, rol 10606-2015, considerando décimo.

<sup>25</sup> Se sostiene que la relación entre el juez y la prueba de los hechos se puede desagregar en distintas fases: producción, incorporación, valoración y decisión. FERRER (2007), p. 21.

<sup>26</sup> ACCATINO (2014), pp. 26-27.

que permite su desagregación respecto a aquellos documentos que aportan datos susceptibles de ser valorados de manera individual. Por ejemplo, un examen de glucosa o un dato de atención de urgencia poseen características y datos particulares que los tornan epistémicamente autónomos<sup>27</sup>. Así, como señala Camilo:

La ficha clínica no es un medio de prueba en sí, sino que constituye un documento médico que porta elementos de prueba. En otras palabras, la historia clínica es un conjunto de datos objetivos que se podrán incorporar legalmente al proceso, capaz de producir un conocimiento cierto o probable sobre los aspectos íntimamente ligados a la pretensión de las partes en el proceso civil y acerca de los extremos de la imputación delictiva en un proceso penal<sup>28</sup>.

Por ejemplo, la Corte Suprema señaló que el contenido de la ficha clínica debe ser contrastado con otras probanza, en aquellos aspectos que se refieren a los dichos del paciente consignados en ella. Sin embargo:

*Para los jueces aquella información no permite formar convicción de que aquello realmente acaeció, toda vez que en la ficha clínica se registran las declaraciones del paciente y que además no existe otra probanza que corrobore dicha circunstancia, debiendo por esta razón rechazarse la acción incoada por la demandante<sup>29</sup>.*

En cuanto a la facilitación de aportación probatoria, el reglamento no contiene sanción expresa a la omisión de entrega de la ficha clínica a las personas mencionadas en los artículos 10 y 13 de la Ley 20554. Solo existe una referencia sancionatoria de índole administrativa en el artículo 38 de la ley que señala que los prestadores públicos (institucionales) deberán adoptar las medidas que sean necesarias para hacer efectiva la responsa-

<sup>27</sup> El Decreto 34 del Minsal señala en el artículo 4.1: «*Certificación de estado de emergencia: Declaración escrita y firmada por un médico cirujano de una unidad de emergencia, que da cuenta que una persona se encuentra en una condición de salud o cuadro clínico de riesgo de muerte o riesgo de secuela grave. El certificado de estado de emergencia deberá estar fundado en los antecedentes clínicos y paraclínicos del paciente, los cuales quedarán registrados en el dato de atención de urgencia que lleve el establecimiento de salud.*» Cuestión distinta es pretender mutilar o considerar solo una parte de la ficha clínica. Por ejemplo, un monitoreo cardio fetal compuesto por dieciséis páginas, cuyo contenido registra ocho horas de latidos cardíacos de un feto (cada treinta minutos) y que respecto del cual solamente se pretenda valorar las dos últimas páginas del registro.

<sup>28</sup> CAMILO (2021), p. 430.

<sup>29</sup> Corte Suprema, 24 de julio de 2023, rol 34483-2021, considerando tercero. En igual sentido, véase Corte de Apelaciones de Copiapó, 30 de agosto de 2023, rol 58-2023, considerando octavo.

bilidad administrativa de los funcionarios, mediante los procedimientos o procesos de calificación correspondientes<sup>30</sup>. Por último, se ha sostenido por la jurisprudencia que el artículo 12 de la ley no tiene el carácter de una norma reguladora de la prueba<sup>31</sup>.

### III. HECHOS ACREDITADOS MEDIANTE LA VALORACIÓN DE LA FICHA CLÍNICA

Lo señalado en la sección anterior afirma la importancia de la ficha clínica como respaldo de lo ocurrido/efectuado (u omitido) durante la prestación sanitaria. Al respecto, sostengo que la ficha clínica es el insumo probatorio fundamental que permite establecer distintos extremos relacionados con la responsabilidad civil ocasionada durante la actividad médica o clínica:

1. En un aspecto positivo, el contenido de la ficha clínica es útil para inferir razonablemente la concurrencia de un hecho generador de daño (acción u omisión), también del nexo causal e incluso del daño propiamente tal<sup>32</sup>.
2. Desde un punto de vista negativo, la inexistencia (o incompletitud o falta de autenticidad) de la ficha clínica permite inferir indiciariamente la ocurrencia de un hecho dañoso en sede civil.

Al respecto, la sentencia de segunda instancia confirmó la decisión de la Superintendencia de Seguridad Social, que aplicó una multa a un médico por emitir una licencia médica con evidente ausencia de fundamentos, según se constató en la ficha clínica del paciente:

*Así las cosas, respecto del otorgamiento de la licencia médica investigada, que el profesional no realiza anamnesis, no hay examen mental ni evaluación de capacidad funcional, por lo que existe evidente ausencia de fundamento médico en la emisión de esta licencia, es decir, con falta de patología que produzca incapacidad laboral temporal por el período y la extensión del reposo prescrito<sup>33</sup>.*

---

<sup>30</sup> Luego se estableció que la información contenida en la ficha clínica será entregada o será accesible, total o parcialmente, a solicitud expresa de «la Superintendencia de Salud, para dar cumplimiento a las facultades fiscalizadoras y sancionatorias que las leyes le otorgan respecto de los prestadores de salud». Chile, Ley 21.668.

<sup>31</sup> Corte Suprema, 17 de junio de 2014, rol 1598-2013, considerando decimoquinto.

<sup>32</sup> LARENA (2012), p. 316.

<sup>33</sup> Corte de Apelaciones de Puerto Montt, 22 de mayo de 2019, rol 6-2019, considerando cuarto.

En el mismo sentido, la Corte Suprema ha resuelto que una ficha clínica incompleta constituye un hecho generador de daño<sup>34</sup>. Según la misma sentencia, constituye una falta de servicio la no anotación ordenada y completa de los antecedentes en la ficha clínica<sup>35</sup>. De similar manera se pronuncia la decisión contenida en un fallo sobre muerte neonatal:

*De manera que, el tribunal de primera instancia estimó configurados las tres imputaciones realizadas a la demandada, esto es [...] que los resultados del examen de proteinuria cuantitativa de veinticuatro horas no quedan precisados o determinados en ficha clínica, datos que no fueron considerados al momento del alta de la paciente en el Hospital de Rengo el día 2 de junio de 2018<sup>36</sup>.*

Este fallo es destacable además debido a que utiliza el contenido de la ficha clínica para establecer el nexo causal entre el hecho y el daño:

*El hecho u omisión generadores, en el manejo del cuadro hipertensivo del embarazo y una alta médica con adherencia parcial a la norma Minsal, con registros clínicos parciales y omisión de exámenes y mediciones al momento del alta impugnada que, de haber mediado, podrían haber modificado el curso causal de los hechos, el que en definitiva culminó con una doble atención y cesárea de urgencia, obteniéndose feto no reactivo, daño reclamado por los actores<sup>37</sup>.*

Como se señaló, en la ficha clínica se debe consignar lo referente al consentimiento informado y la prestación de salud, y por tal, la prueba de aquél recae en el prestador<sup>38</sup>. Es por ello que se ha decidido que, si el consentimiento no está expresado en la ficha clínica o fue señalado en lenguaje técnico, no se otorgó válidamente<sup>39</sup>.

El contenido de la ficha clínica es relevante también para establecer la eventual ocurrencia de multiplicidad de hechos generadores de daño. Por ejemplo, en una sentencia sobre falta de servicio se establecieron tres hechos negligentes distintos a partir de la valoración de la ficha clínica: colecistitis tardía, falta de consentimiento informado y perforación del intestino delgado<sup>40</sup>.

<sup>34</sup> Corte Suprema, 16 de marzo de 2023, rol 14262-2024.

<sup>35</sup> Como exige la reciente modificación al artículo 13. Chile, Ley 21.541.

<sup>36</sup> Corte Suprema, 10 de abril de 2024, rol 226171-2023, considerando vigesimosexto.

<sup>37</sup> Corte Suprema, 10 de abril de 2024, rol 226171-2023, considerando vigesimoséptimo.

<sup>38</sup> ARBESÚ (2016), pp. 322-323.

<sup>39</sup> Corte Suprema, 4 de octubre de 2023, rol 1224-2023, considerando octavo.

<sup>40</sup> Corte Suprema, 20 de marzo de 2023, rol 39000-2023.

Otra sentencia estimó que el contenido de la ficha clínica es esencial para establecer cuál es el hecho generador del daño en caso de que la demandada sustente una hipótesis alternativa (diabetes previa y automedición) a la de la actora (cirugía láser deficiente):

*Pues bien, el apego a la lex artis [...] correspondía ser acreditada por la demandada, lo que claramente no ha sucedido [...]. En este sentido, valorado el referido documento (ficha clínica) y la prueba testimonial de la demandada, es dable tener por establecido solo que la actora no administró correctamente los medicamentos prescritos, pero no que ello sea la causa única de las diversas complicaciones postoperatorias, descartándose en definitiva la alegación de la demandada<sup>41</sup>.*

En síntesis, la jurisprudencia está conteste en que el contenido de la ficha clínica es fundamental para acreditar el hecho generador o exonerador de la responsabilidad en el ámbito sanitario. Así, lo sostenido en la primera parte de este artículo permite afirmar que un análisis ligero de los datos de la ficha clínica al momento de la valoración probatoria implica la construcción de inferencias débiles que permean en una decisión jurisdiccional no motivada o incluso errónea, cuyo análisis intersubjetivo es complejo o incluso insostenible.

#### IV. EL (DES)USO DE LAS REGLAS DE VALORACIÓN ESTABLECIDAS EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL Y EL CÓDIGO CIVIL POR LA JURISPRUDENCIA

Una primera consecuencia de los sostenido en los apartados II y III de este trabajo es que la ficha clínica en particular y, en general, toda la evidencia acompañada en un pleito por responsabilidad civil médico-sanitaria debe ser estudiada, analizada y valorada con suma detención, dado lo complejo de su contenido. Derivado de lo anterior, una segunda consecuencia del análisis de la ficha clínica se relaciona precisamente con la necesidad de analizar aquellos datos establecidos en ella desde una óptica inferencial y así superar las limitantes que establece la valoración de la prueba documental en el proceso civil, cuestión que será tratada en el punto siguiente.

Sobre lo primero, una valoración vacua y superficial de la evidencia en juicios sobre responsabilidad civil y, en especial, sobre responsabilidad médica son actitudes que deben ser erradicadas por parte de los jueces de hechos. Como sostiene Accatino, «la plausibilidad de un relato de los

---

<sup>41</sup> Corte Suprema, 31 de mayo de 2024, rol 133363-2022, considerando decimoprimerº.

hechos no resulta por sí sola suficiente para justificar la aceptación de ese relato como probado»<sup>42</sup>.

Este tipo de valoración se da en aquellos casos en que no existe conexión específica entre los hechos establecidos y su respaldo probatorio atribuible al contenido de la ficha clínica. En lo que nos ocupa, ocurre cuando se hace una alusión general (holista) a la ficha clínica sin explicitar de manera precisa cuál es el hecho conocido del que se infiere la pretensión. En este sentido:

El grado de justificación epistémica que proporciona esta clase de inferencias fundadas en generalizaciones narrativas es, sin embargo, relativamente bajo, si lo comparamos con el que aportan inferencias que toman en consideración evidencias referidas específicamente al caso particular (suponiendo que la información proporcionada por estas sea fiable)<sup>43</sup>.

Esto se engarza con una práctica consistente en la omisión explícita a las reglas sobre valoración de la prueba, en especial respecto a la documental y testimonial. Este modelo inhibe controlar si el juez asentó correctamente los hechos controvertidos, ni siquiera en relación con el valor probatorio asignado a cada medio de prueba<sup>44</sup>. Para efectos didácticos, expondré el razonamiento probatorio recaído en una sentencia sobre falta de servicio relacionada con el fallecimiento de la gestante durante un parto gemelar<sup>45</sup>. Este es un resumen de los hechos probados según el fallo de primera instancia:

- i. El 19 de noviembre de 2015 E., de treinta y nueve años, ingresó al Hospital Regional de Iquique debido a que cursaba un embarazo gemelar de 34+4 semanas, derivada desde una consulta privada con los siguientes síntomas: cuello corto y borrado. Fue hospitalizada por uteroinhibición por amenaza de parto prematuro<sup>46</sup>. Luego fue derivada a la sección de riesgo obstétrico, en donde permaneció tres días.

---

<sup>42</sup> ACCATINO (2014), p. 37

<sup>43</sup> ACCATINO (2014), p 37.

<sup>44</sup> ACCATINO (2015) p. 6.

<sup>45</sup> Segundo Juzgado Civil de Iquique, 12 de junio de 2023, rol C 5012-2019. El fallo que denegó la acción impetrada fue confirmado por Corte de Apelaciones de Iquique, 9 de enero de 2024, rol civil 522-2023. Sobre esta decisión se dedujo un recurso de casación en el fondo, el cual fue rechazado por la Corte Suprema en la sentencia del 15 de mayo de 2024, rol 4.076-2024.

<sup>46</sup> El parto prematuro es un síndrome y tiene múltiples etiologías y muy diversas. Es una de las principales causas de morbi-mortalidad materna y perinatal. En este supuesto, la recomendación consiste en aplicar progesterona profiláctica. Al respecto, véase MINSAL (2015), pp. 276-280.

2. El 23 de noviembre se llevó a cabo una cesárea y nacieron dos niños. A continuación, E. presentó placenta completa, con anexos ambos normales, estimándose una pérdida de sangre de 1.500 ml., es decir, hipotonía uterina. Se aplicaron las acciones pertinentes para detener el sangrado. La cirugía estuvo a cargo de la doctora Oviol, con el doctor Silva como primer ayudante y el doctor Pérez como anestesiólogo.
3. Despues de diez minutos de la cirugía comenzó un sangrado vaginal rojo oscuro con coágulos, por lo que se decidió realizar una histerectomía subtotal, que fue realizada por el doctor González<sup>47</sup>. En dicha cirugía también se realizó una transfusión de glóbulos rojos y la paciente fue trasladada para un manejo hemodinámico al presentar un diagnóstico de shock hipovolémico, por lo que se indica la transfusión de tres unidades de sangre.
4. En la madrugada, E. es ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde se requirió uso de volumen, cristaloïdes más glóbulos rojos y apoyo de Levofed, sin lograr normalizar la hemodinamia. A las 9:00 horas la paciente entró en shock refractario, con colecciones sugerentes de coagulopatía de consumo.
5. E. falleció a las 11:20 del 24 de noviembre de 2015 a causa de una hipovolemia aguda severa y un shock cardiogénico, asociado a una coagulopatía de consumo<sup>48</sup>.

El fallo de primera instancia utiliza el siguiente método para dar por establecidos los hechos probados:

*Ponderados los antecedentes de autos, en especial, la ficha clínica de la paciente E. G. G., así como el informe de autopsia y la pericia médico legal 101-2016 conforme a los artículos 342 y siguientes del Código de Procedimiento*

---

<sup>47</sup> «La decisión de practicar una histerectomía debe tomarse cuando el útero es incapaz de producir retracción y una disminución apropiada de la hemorragia luego de masaje, administración de oxitocina intramiometrial. La histerectomía debe practicarse precozmente en mujeres con alteraciones de la coagulación». MINSAL (2015), p. 133.

<sup>48</sup> La hemorragia posparto es una de las complicaciones más frecuentes del periodo de alumbramiento y puerperio inmediato. Se presenta en aproximadamente un 3% de los partos. Al año, mueren por hemorragia del posparto 150 mil mujeres en el mundo. Se considera hemorragia del posparto una pérdida sanguínea de 500 ml después de un parto vaginal o 1.000 ml después de una cesárea, con una reducción de un 10% del hematocrito. MINSAL (2015), p. 367.

*Civil en relación a los artículos 1700 y siguientes del Código Civil, ellos permiten tener por establecidos los siguientes hechos<sup>49</sup>.*

A continuación, en los considerandos decimocuarto y decimoséptimo, se refiere a la causa de muerte de E.:

*De la autopsia realizada el 25 de noviembre de 2015 concluye el médico legista que la muerte de la paciente obedece a una complicación obstétrica conocida como atonía o inercia uterina [...]. En cuanto a la causa de muerte de la paciente, esta se produjo por un shock hipovolémico agudo severo y shock cardiogénico asociado a una coagulopatía de consumo<sup>50</sup>.*

Ello implicó la siguiente conclusión y calificación jurídica de los hechos:

*Conforme a la prueba rendida, y de acuerdo al marco legal aplicable, jurisprudencia y doctrina sintetizada en los motivos previos, del mérito de la ficha clínica de la paciente, informe de autopsia y pericia médica legal, valorado de conformidad a los artículos 342 y siguientes del Código de Procedimiento Civil, en relación a los artículos 1700 y siguientes del Código Civil, y la testifical rendida por ambas partes valorada de conformidad al artículo 384 del Código de Procedimiento Civil, puede concluirse que no existió en este caso, falta de servicio por los hechos acaecidos en el Hospital Regional de Iquique<sup>51</sup>.*

Por tanto, en opinión del juez de hechos, no se acreditó la falta de servicio debido a que se realizó el procedimiento adecuado según la hipótesis diagnóstica desde el ingreso de E. al hospital hasta su deceso. No se demostró que el fallecimiento de E. derive «única y exclusivamente de un mal funcionamiento del servicio»<sup>52</sup>. El razonamiento usado por la jueza se representa de la siguiente forma:

1. En el diagnóstico de parto prematuro y su tratamiento, en la cesárea y posterior histerectomía, se hizo todo lo necesario según la medicina, aplicándose los protocolos establecidos.

<sup>49</sup> Auditoría suscrita por Nelson Garrido O., jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, y Angélica Collado O, matrona jefe del mismo servicio del Hospital Regional de Iquique. Segundo Juzgado Civil de Iquique, 12 de junio de 2023, rol C 5012-2019, considerando decimotercero.

<sup>50</sup> Segundo Juzgado Civil de Iquique, 12 de junio de 2023, rol C 5012-2019, considerando decimocuarto y decimoséptimo.

<sup>51</sup> Segundo Juzgado Civil de Iquique, 12 de junio de 2023, rol C 5012-2019, considerando decimonoveno.

<sup>52</sup> Segundo Juzgado Civil de Iquique, 12 de junio de 2023, rol C 5012-2019, considerando decimonoveno

2. Se aplicaron fármacos para retrasar las contracciones e inducir la madurez pulmonar.
3. En la cesárea, se aplicaron uteroretractores más masaje uterino a fin de detener la hemorragia producida por la inercia uterina.
4. Al no lograr resultado, se realizó una histerectomía subtotal a fin de detener la hemorragia.
5. Según la ficha clínica, hubo transfusión de eritrocitos, incluso antes de haber terminado la operación.
6. Atendida la evolución de sus síntomas, fue derivada a la UCI para tratar los problemas de forma adecuada y por profesionales con conocimientos suficientes.

Esta decisión se apeló ante la Corte de Apelaciones de Iquique. Allí, se sostuvo que la falta de servicio se evidenció en no haber establecido la causa basal de la atonía uterina, en haber realizado una histerectomía subtotal y no total, y en deficiencias en las transfusiones de sangre y en el tiempo transcurrido entre la histerectomía y el traslado a la UCI para el manejo del shock hipovolémico secundario a la hemorragia por inercia uterina<sup>53</sup>. Se señaló también que no existía un protocolo en el hospital que asegurase una continuidad de manejo especializado del shock en la UCI, cuestión que incidió en las probabilidades de sobrevivencia de E. La Corte de Iquique, en la resolución del 9 de enero de 2024, confirmó la sentencia apelada: «*Atendido el mérito de los antecedentes, lo expuesto por los intervinientes por videoconferencia y lo dispuesto en los artículos 186 y siguientes del Código de Procedimiento Civil, se confirma la sentencia apelada de 12 de junio de 2023*»<sup>54</sup>.

Finalmente, en contra de la decisión de la Corte, el demandante interpuso un recurso de casación en el fondo por infracción a las leyes reguladoras de la prueba en cuatro aspectos: i) hubo una prueba no considerada, ii) la testimonial no se valoró según el artículo 384 del Código de Procedimiento Civil, iii) se le dio valor de pericial a una prueba documental y, por último, iv) faltó una prueba pericial solicitada como medida para resolver mejor<sup>55</sup>.

Este recurso fue rechazado debido a que «*no señala de forma expresa qué normas estima infringidas y que configurarían la infracción de ley o error*

---

<sup>53</sup> Importa precisar que en la demanda no se señaló específicamente en qué consistió la falta de servicio y solo se limitó a exponer un registro cronológico de los hechos que culminaron con el fallecimiento de E.

<sup>54</sup> Corte de Apelaciones de Iquique, 9 de enero de 2024, rol 522-2023.

<sup>55</sup> Corte Suprema, 15 de mayo de 2024, rol 4076-2024.

de derecho que invoca como motivo de la nulidad alegada» y «se centra en cuestionar la ausencia de valoración de los medios probatorios, que permitirían determinar si se respetó, en la atención de E., el procedimiento a la guía perinatal del año 2015»<sup>56</sup>, lo que a juicio de la Corte Suprema si se efectuó. Esto lo sostiene en el considerando cuarto: «La guía perinatal recomienda una histerectomía subtotal, cuyo procedimiento es más fácil y rápido que una histerectomía total y en la mayoría de los casos es suficiente para detener el sangrado, asociado a un menor riesgo de complicaciones»<sup>57</sup>. También sostuvo el fallo que el artículo 384 del Código de Procedimiento Civil no es una norma reguladora de la prueba. Por último, el fallo no se refiere a las otras normas supuestamente infringidas<sup>58</sup>.

Importa asentar que la literatura médica señala que la atonía uterina se da con mayor frecuencia en países de menor desarrollo en África y Asia. Según la *Guía Perinatal 2015*, la incidencia de histerectomía obstétrica se estima entre 0,2 a 5 por mil bebés nacidos vivos.<sup>59</sup> Además, es poco usual tener que practicar una subsecuente histerectomía obstétrica para detener la hemorragia (solo en el 1,19% de los casos). Es por lo que la tasa de mortalidad asociada a este procedimiento es bastante baja (por ejemplo, en México solo hubo un caso entre 27.158 procedimientos efectuados)<sup>60</sup> o inexistente (como en Argentina)<sup>61</sup>. En Chile, la mortalidad materna en mujeres sometidas a histerectomía obstétrica derivadas de atonía uterina varía entre un 1 y un 6%<sup>62</sup>.

El análisis de las resoluciones recién citadas y que se pronuncian respecto a la muerte de E. ocurrida durante el parto en el Hospital de Iquique permite extraer las siguientes conclusiones:

1. La valoración laxa y disociada (holista) respecto de la información contenida en la ficha clínica impide un control intersubjetivo de la sentencia de primer grado, ya que no se sabe cuáles reglas de valoración probatoria fueron utilizadas.

<sup>56</sup> Corte Suprema, 15 de mayo de 2024, rol 4076-2024, considerandos quinto y séptimo.

<sup>57</sup> Corte Suprema, 15 de mayo de 2024, rol 4076-2024.

<sup>58</sup> Sobre jurisprudencia de la Corte Suprema respecto a las leyes reguladoras de la prueba, véase LARROUCAU (2017) p. 314, y BANFI y CARBONELL (2023), p. 99.

<sup>59</sup> MINSAL, 2015.

<sup>60</sup> «El caso de muerte materna fue secundaria a hemorragia obstétrica posparto en una paciente primigesta de cuarenta años de edad, con diabetes mellitus gestacional, miomatosis uterina de grandes elementos, choque hipovolémico, a quien se colocó un balón de Bakri, sin éxito, y finalmente se le hizo la histerectomía». FERNÁNDEZ *et al.* (2017), p. 250.

<sup>61</sup> CAMPOS (2020), pp. 48-58.

<sup>62</sup> MINSAL (2015), p. 374.

2. Ninguno de los tres tribunales que se pronunció sobre la causa contrastó los hechos con el fluograma de manejo de hemorragias postparto establecido en la *Guía Perinatal 2015* del Minsal<sup>63</sup>.
3. Tampoco se recurrió a literatura especializada sobre atonía uterina y fallecimiento de gestantes en donde incluso se podría configurar una posible teoría del daño desproporcionado<sup>64</sup>.

En consecuencia, ninguno de los tres tribunales que estableció y confirmó los hechos pudo hacer el distinguir y sopesar las consecuencias que implicó el tratamiento para detener la atonía uterina y la decisión de realizar una hysterectomía total y no subtotal en E<sup>65</sup>.

Lo reseñado respecto a la causa en comento no busca contrariar ni discrepar de la decisión de denegar la acción por falta de servicio. No se cuenta con antecedentes completos (en especial la ficha clínica) que permitan aseverar si la decisión fue correcta o no en lo que respecta a la *lex artis ad hoc*<sup>66</sup>. Lo que se busca es demostrar que en este caso hubo un análisis probatorio holista de la ficha clínica y desapegado a las reglas de valoración, lo cual implica que la decisión carezca de una motivación suficiente respecto a los hechos y que la conclusión judicial no supere una prueba de preguntas críticas como las siguientes<sup>67</sup>: ¿Se han tenido en cuenta todos los datos disponibles? ¿En qué medida ha sido la búsqueda de datos completa y exhaustiva? ¿Qué otras explicaciones de los datos pueden concebirse? ¿Se han considerado todas las explicaciones disponibles? ¿Es la explicación propuesta mejor que las explicaciones alternativas? ¿Hay razones para pensar que, pese a todo, la hipótesis es falsa?

Este tipo de test, entendido como un control intersubjetivo de las inferencias probatorias de los jueces del grado no es ajena a la jurisprudencia de la Corte Suprema, aunque es poco usual. Por ejemplo, la Corte Suprema se pronuncia respecto a la primera pregunta en una sentencia, mediante la cual se invalidó una sentencia de oficio por la causal del artículo 768 número 5, en relación con el artículo 170 número 4, ambos del Código de Procedimiento Civil:

---

<sup>63</sup> MINSAL (2015), p. 374.

<sup>64</sup> VÁSQUEZ (2009), pp. 165-167.

<sup>65</sup> «La hysterectomía subtotal es un procedimiento más fácil y rápido que la hysterectomía total, y en la gran mayoría de los casos es suficiente para detener el sangrado. Además, se asocia a menor riesgo de complicaciones. Sin embargo, debe realizarse hysterectomía total siempre en casos de hemorragia por placenta previa acreta y lesiones uterinas segmentarias o cervicales complejas». MINSAL (2015), p. 373.

<sup>66</sup> SEOANE (2022), pp. 297-300.

<sup>67</sup> OLMO (2019), p. 18.

*Que, sin embargo, más allá de lo que se pueda decir sobre la asignación del peso de la prueba en este tipo de pleitos, lo cierto es que en el considerando noveno del mismo fallo se reseña la prueba rendida por los demandados, incluyendo, como antecedentes documentales, la ficha clínica de la niña D. I. O. A. en el Hospital de San Felipe y en el Centro de Rehabilitación Integral de dicho nosocomio, la ficha clínica de la madre en el hospital, y la auditoria clínica efectuada al centro asistencial con motivo de los hechos, entre otros, unido a la declaración de tres testigos, antecedentes, todos, que no fueron analizados por los jueces de instancia a la hora de estudiar la concurrencia de falta de servicio en el obrar del órgano demandado y sus funcionarios<sup>68</sup>.*

La sentencia explica la necesidad de que las decisiones que asientan hechos sean capaces de responder ciertas preguntas críticas, como reflejo de una decisión motivada, es decir, razonada. La decisión estará motivada si se deriva de las premisas —fácticas y normativas— adoptadas en el razonamiento. Así, una decisión judicial como norma estará justificada si —y solo si— se deriva de las premisas del razonamiento y estas son verdaderas<sup>69</sup>.

## V. LA SUPERACIÓN DE LA CATEGORIZACIÓN DOCUMENTAL DE LA FICHA CLÍNICA

Del apartado anterior se desprende que un análisis holista del contenido de una ficha clínica es insuficiente para cubrir todos sus extremos e información que contiene. Esto implica la subsecuente dificultad de controlar la decisión sobre los hechos por parte de un tribunal superior si es que, además, el fallo no se ciñe a las reglas sobre valoración probatoria ni tampoco utiliza presunciones judiciales graves, precisas y concordantes.

Por ello, sostengo que la valoración probatoria de la ficha clínica debe ser efectuada mediante un razonamiento inferencial, sin atenerse solamente a las normas de valoración de la prueba documental<sup>70</sup>. Esto, debido al contenido complejo de la ficha clínica ya explicado. Así, para poder acreditar o descartar la responsabilidad perseguida se necesitan básicamente tres elementos: la ficha clínica, protocolos o guías médicas y literatura científica acorde al caso. La ficha clínica «se erige como elemento de prueba esencial para valorar si la conducta del médico se adecuó a la *lex artis ad*

---

<sup>68</sup> Corte Suprema, 26 de mayo de 2023, rol 94300-2022, considerando cuarto.

<sup>69</sup> FERRER (2011), pp. 97-98.

<sup>70</sup> HUNTER (2017), pp. 264-265.

*hoc, y, en su caso, para probar la relación de causalidad entre la actuación del facultativo y el daño sufrido por el paciente»<sup>71</sup>.*

Esto se debe a que la ficha clínica es un continente complejo que puede contener una cantidad de documentos cuyo valor probatorio es difícil de ajustar a las tarifas sobre prueba documental en el proceso civil. Por ejemplo, una ficha clínica contiene elementos gráficos y lenguaje técnico que pueden devenir en óbice al momento de valorarla, es decir, al cotejar el apoyo empírico que los elementos de prueba aportan de manera individual y conjuntamente respecto a la hipótesis fáctica en juego<sup>72</sup>. En cambio, este tipo de evidencia sí se puede *percibir*, entendido como aquel proceso subjetivo, selectivo y temporal que se asocia con captar, comprender o conocer algo. El problema es que la *percepción* de la prueba no está institucionalizada en el proceso civil chileno<sup>73</sup>. En este sentido:

Las pruebas son literalmente incomprensibles sin las reglas del lenguaje y de la lógica, sin embargo, simplemente se acepta que el juzgador de los hechos puede procesar la información y deliberar al respecto. Esto no puede hacerse sin un vasto acervo de conocimientos y la inteligencia para usarlos apropiadamente. Para que el derecho probatorio pueda ser realmente regulatorio, debe normar la interacción entre lo que se aduce en juicio y el consiguiente proceso inferencial que depende del conocimiento y de las creencias del juzgador de los hechos<sup>74</sup>.

En los procesos orales esto está resuelto mediante la declaración de testigos o peritos en juicio y la incorporación coetánea de audios, videos y fotografías<sup>75</sup>. Sin embargo, en un proceso vetusto que adolece de inmediación y oralidad, el juzgador encuentra barreras que se relacionan con la diversidad, la extensión e, incluso, la semiótica del contenido de la ficha clínica durante el momento de la valoración. Así, dicho ejercicio deviene fácilmente en uno subjetivo o incompleto<sup>76</sup>:

---

<sup>71</sup> GUTIÉRREZ (2021), p 313.

<sup>72</sup> GALLEGOS (2018), p. 2774.

<sup>73</sup> Antes de la promulgación de la Ley 20217, que incorporó la audiencia de percepción documental, la única parte en donde el Código de Procedimiento Civil mencionaba el verbo *percibir* (en el mismo sentido) era en el artículo 357 número 4, que indica que no son hábiles para declarar como testigos «*los que carezcan del sentido necesario para percibir los hechos declarados al tiempo de verificar estos*». Chile, Ley 20217.

<sup>74</sup> ALLEN (2013), p. 58.

<sup>75</sup> HORVITZ y LÓPEZ (2004), p. 306

<sup>76</sup> Un juez, cuando valora la prueba, «le añade algo más a los datos que examina; ese algo más es fruto de una reflexión —esa es la imagen que ha dado la propia Corte Suprema— que luego se hace pública en la motivación de la sentencia. Esto explica que

En algunos supuestos la función típica de la prueba es ofrecer una reproducción de un hecho o de un acontecimiento. Esto es, la prueba tiende a ofrecer al observador «algo» en lo que puede ser identificado un equivalente del hecho: naturalmente es, en muchos casos, un equivalente parcial, dado que un hecho no puede ser materialmente reproducido de forma íntegra; sin embargo, es un equivalente suficiente para que se puedan conocer los aspectos del hecho necesarios a los efectos de la prueba. Es más, de ello deriva la relevancia de la prueba en relación con ese hecho: del mismo se reproducen los aspectos que son útiles para el proceso, no su totalidad empírica<sup>77</sup>.

Una respuesta al problema anterior consiste en superar la valoración probatoria de la ficha clínica entendida como prueba documental y usarla como un insumo potente que permita construir inferencias (presunciones) judiciales que use a la ficha clínica como dato, al protocolo o guía clínica como garantía y a la literatura científica como respaldo. En la propuesta, la ficha clínica no es entendida como un documento con valor probatorio único, sino que se analiza desagregando cada insumo que alberga de manera subatomista.

Como se dijo, la decisión fáctica debe ser razonada. *Razonar* es el proceso psicológico mediante el que se practican inferencias que se añaden *de manera consciente* (para distinguirlo de las *inferencias intuitivas*). Así, el razonamiento inferencial es el proceso mental del paso de unos contenidos (creencias, valoraciones o actitudes e intenciones sobre acciones) a otros que, en el caso de la *inferencia consciente*, practicada por medio de un razonamiento, estarían vinculados de algún modo explicable con los anteriores<sup>78</sup>. Como señala Olmos:

A partir de la verificación de pruebas, el juez construye inferencias probatorias. Una inferencia probatoria es la actividad que lleva a cabo el juez cuando conecta la información de que dispone (indicios, hechos probatorios, evidencia) con una hipótesis (los hechos a probar; estos hechos a probar no son otros que aquellos que puedan subsumirse en los supuestos de hecho genéricos que contempla la norma cuya aplicación se invoca)<sup>79</sup>.

---

la primera herramienta empleada para controlar estas decisiones haya sido la casación por motivación defectuosa, salvo que la propia ley lo impida, como ocurrió en 1918 en los juicios especiales (artículo 768 inciso 2 Código de Procedimiento Civil). LARROUCAU (2017), pp. 327-330.

<sup>77</sup> TARUFFO (2005), p. 466.

<sup>78</sup> OLROS (2019), p. 8.

<sup>79</sup> CARBONELL (2017), p. 29.

Lo anterior implica entender a la presunción judicial no como un medio de prueba propiamente tal, sino como un método inferencial de construcción de razonamientos probatorios<sup>80</sup>. Esto se explica debido a que la presunción judicial es básicamente una inferencia: es un enunciado epistémico que establece que, a partir de la prueba de un hecho conocido, puede inferirse la existencia de otro hecho o grupo de hechos. El uso de reglas inferenciales no significa su descontrol por parte de los tribunales superiores. Que no se trate de reglas jurídicas no implica que en su construcción no se deban observar las prescripciones efectuadas por el legislador: graves, precisas y concordantes<sup>81</sup>.

Lo propuesto se representa mediante un esquema básico siguiendo el modelo elaborado por S. Toulmin, quien, en su obra *The uses of argument* (1958) y luego en *An introduction to reasoning* (1984), propuso un modelo de argumentación que se aparta de la lógica formal tradicional, interpretando el razonamiento práctico y cotidiano<sup>82</sup>. El sistema de razonamiento inferencial propuesto respeta la discusión o el debate inmanente del proceso, ya que las inferencias, al basarse en generalizaciones, nunca serán absolutamente verdaderas o falsas<sup>83</sup>. Es decir, descansa en un sistema de lógica informal, en el que el binomio verdadero/falso se reemplaza por el de aceptabilidad/no aceptabilidad de los enunciados en consideración a su capacidad de resistir la fuerza de los contraargumentos<sup>84</sup>. Así, cada paso inferencial puede ser cuestionado y derrotado mediante contraargumentos<sup>85</sup>.

En el derecho probatorio, el modelo de Toulmin —y que parece estar inspirado en la obra de Wittgenstein— es bastante adecuado para representar el rol de la ficha clínica en la inferencia probatoria y goza de aceptación por los teóricos de la prueba<sup>86</sup>. Se trata de un tipo de razonamiento que pretende vincularse a la teoría del conocimiento, pero aplicada a los medios de prueba aportados en los procesos judiciales con la finalidad de llegar al conocimiento justificado de un hecho<sup>87</sup>.

El esquema básico de Toulmin se compone principalmente de estos elementos: *data o grounds* (datos o bases), *warrant* (garantía), *claim* (pre-

<sup>80</sup> CARBONELL (2021), p. 380.

<sup>81</sup> GAMA, (2013) p. 68

<sup>82</sup> ATIENZA (2005), pp. 84-89; TOULMIN (2007); TOULMIN, RIEKE y JANIK (2018).

<sup>83</sup> FERRER *et al.* (2006), p. 94; NIEVA (2010), p. 100.

<sup>84</sup> ALEXY (2007), p. 132-133.

<sup>85</sup> ZAREBSKI (2024), p. 439.

<sup>86</sup> VAN EEMEREN y GROOTENDORST (2002), p. 12; ZAREBSKI (2024), pp. 435-455; ALEXY (2007), p. 128.

<sup>87</sup> AGUIRRE-ROMÁN y PABÓN-MANTILLA (2021), pp. 700-701.

tensión) y *backing* (respaldo)<sup>88</sup>. La conexión entre los datos (*grounds*) y la pretensión se establece mediante una garantía, que consiste en una regla, norma, regularidad, principio o enunciado general que correlaciona el tipo de hechos presentados como razones con el tipo de hecho afirmado en la pretensión, es decir, es un puente o regla de inferencia (*inference-licence*)<sup>89</sup>. A su vez, el *qualifier* (calificador modal o matizador) es el elemento que determina el grado de fuerza o certeza que tiene la pretensión (*claim*)<sup>90</sup>.

En lo que respecta a los datos, su función es proporcionar la evidencia a partir de la cual se deriva o apoya una pretensión<sup>91</sup>. El contenido específico de los datos puede variar considerablemente dependiendo del campo en la que se desarrolle la argumentación<sup>92</sup>. No obstante, a nivel general, las bases suelen componerse de la siguiente tipología de información: indicios o señales, datos fácticos específicos, observaciones experimentales o empíricas, conclusiones anteriores, objetos físicos o pruebas reales, informes y documentos formales y un largo etcétera<sup>93</sup>.

En general, los datos debe ser pertinentes, en tanto argumentar con bases irrelevantes constituye una falacia<sup>94</sup>. Deben también ser suficientes, es decir, proporcionar una cantidad considerable y significativa de información fáctica<sup>95</sup>. Además, deben ser aceptables o gozar de fiabilidad. Si la verdad contenida en la base es dudosa, cualquier conclusión derivada de ellos se verá afectada<sup>96</sup>. Esto se debe a que la solidez de la tesis no puede ser mayor que la de las bases<sup>97</sup>. Las fuentes deben ser verificables. En opinión de Toulmin, los registros públicos o documentos oficiales ofrecen un fundamento más seguro<sup>98</sup>. Los datos deben ser claros y consistentes internamente y con otras bases verificadas y, por último, adolecer de sesgos<sup>99</sup>.

De lo anterior, se entiende que la ficha clínica es la principal fuente para determinar hechos en un juicio civil y así poder evidenciar si hubo diligencia o negligencia. Esto se debe a que contiene información crucial

<sup>88</sup> Toulmin, en su obra de 1984, prefiere el uso de *claim* en vez de *thesis* en virtud de su carácter público e intersubjetivo. TOULMIN, RIEKE y JANIK (2018), pp. 59-60.

<sup>89</sup> GIMÉNEZ (2002), pp. 110-112 y ALEXY (2007), p. 135.

<sup>90</sup> TOULMIN, RIEKE y JANIK (2018), pp. 138-139.

<sup>91</sup> TOULMIN, RIEKE y JANIK (2018), pp. 59-60

<sup>92</sup> TOULMIN, RIEKE y JANIK (2018), p. 178.

<sup>93</sup> TOULMIN, RIEKE y JANIK (2018), pp. 57, 71, 140 y 432.

<sup>94</sup> TOULMIN, RIEKE y JANIK (2018), pp. 60-62 y 211.

<sup>95</sup> TOULMIN, RIEKE y JANIK (2018), pp. 74-75.

<sup>96</sup> TOULMIN, RIEKE y JANIK (2018), p. 72.

<sup>97</sup> TOULMIN, RIEKE y JANIK (2018), p. 56.

<sup>98</sup> TOULMIN, RIEKE y JANIK (2018), pp. 348-349.

<sup>99</sup> TOULMIN, RIEKE y JANIK (2018) pp. 350-351.

sobre la historia del paciente, su condición, factores de riesgo, estudios diagnósticos realizados y las respuestas a los tratamientos administrados<sup>100</sup>.

Es decir, es una fuente que abarca en un mismo documento diferentes tipologías de información. Por tanto, para analizar todo su potencial probatorio, es necesario realizar un análisis subatomista de la ficha clínica que examine críticamente la calidad epistémica de su contenido desagregado respecto de cada consulta, anamnesis, evolución clínica, indicación, procedimiento diagnóstico y terapéutico, intervención y protocolo quirúrgica, resultados de exámenes realizados, etcétera. De esta forma, cada análisis del peso probatorio específico de un contenido de la ficha clínica entregará un mayor grado de apoyo y solidez para la subsecuente integración explicativa de las pruebas junto a la conclusión en el momento del juicio de suficiencia según el estándar aplicable<sup>101</sup>. En palabras de Accatino:

Esa evaluación requiere el análisis individualizado de las inferencias inductivas que pueden construirse a partir de cada uno de los datos probatorios y de los contraargumentos críticos referidos a su fiabilidad, o bien al sustento empírico o la aplicabilidad al caso de la generalización en la que la inferencia probatoria se apoya<sup>102</sup>.

Sobre este punto, por regla general, los hechos se tienen por probados mediante presunciones. Por eso mismo, esto no constituye acaecimiento alguno de la forma de valorar la prueba testimonial y documental por parte de la jurisprudencia, la que se ciñe poco y nada a las reglas establecidas para ello. Lo novedoso es que se trate de presunciones graves, precisas y concordantes.

Así ocurrió en una reciente sentencia por negligencia médica, en donde se mutó una prueba documental en otra de gran aceptación epistémica como es la pericial. Se utilizó, de esta forma, un documento denominado «Informe análisis revisión de caso clínico cesárea de emergencia de 17/10/2016» elaborado por la matrona Marian Bustos, quien además participó como testigo de la actora. Al respecto, la sentencia estimó que *«si bien los profesionales señalados en los dos párrafos anteriores no actuaron como peritos en la causa, sus observaciones desde lo técnico aparecen serias y concordantes con los datos consignados por el personal del Hospital Regional en la ficha clínica de D.»*<sup>103</sup>.

<sup>100</sup> SZALADOS (2021), p. 638.

<sup>101</sup> ACCATINO (2014), p. 39.

<sup>102</sup> ACCATINO (2014), p. 43.

<sup>103</sup> Corte de Apelaciones de Arica, 26 de octubre de 2023, rol civil 62-2023.

Sobre este aspecto, según el fallo, la propia autora/testigo del documento refiere:

*Expuso en base al análisis de la ficha clínica que la paciente ingresó a urgencia del hospital a las 11:00 horas con contracciones uterinas en fase latente. Hubo escasa vigilancia del trabajo de parto, solo se hizo monitorización fetal de 50'; aunque el proceso duró tres horas. La monitorización fetal reflejó desaceleraciones, algo anormal y que debió haber alertado al equipo de salud, evidenciado todo esto en revisión del partograma. Según la ficha clínica, en el tiempo transcurrido entre el ingreso a urgencia y la hora del parto hubo un lapso en que aparentemente no se registró ningún control, desconociéndose lo ocurrido en ese momento<sup>104</sup>.*

Es decir, el insumo que le da mayor fuerza probatoria a la documental que permite elevarla a una prueba pericial es precisamente la ficha clínica. La sentencia concluye:

*La multiplicidad, concordancia y gravedad de los hechos asentados conducen de manera clara y unívoca a concluir que en la atención médica brindada a D. en el Hospital Regional el día 17/10/2016, con motivo del nacimiento de su hijo Alonso, dicho establecimiento [...] incurrió en falta de servicio al no actuar oportunamente [...]. En este caso, la falta de observancia a la lex artis [...] quedó acreditada por los claros antecedentes contenidos en la ficha clínica de D. y lo declarado por ambos en el juicio<sup>105</sup>.*

El análisis anterior de la ficha clínica fue efectuado por una testigo, quien sustentó la fuerza probatoria del insumo acompañado en juicio en el examen desagregado de cada documento individual relevante de la ficha clínica<sup>106</sup>. Es decir, realizó una taxonomía subatomista de la ficha clínica de tres elementos: registro cardiotelial, partograma y registro cronológico de los acontecimientos. Estos datos fueron contrastados con el protocolo de la *Guía Perinatal 2015*, lo que la llevó a concluir que hubo falta de servicio.

En el ejemplo citado se realizó una individualizada exposición de las inferencias construidas a partir de cada uno de los datos probatorios y de los contraargumentos críticos referidos a su fiabilidad, o bien al sustento empírico o la aplicabilidad al caso de la generalización en la que la inferen-

<sup>104</sup> Corte de Apelaciones de Arica, 26 de octubre de 2023, rol civil 62-2023, considerando séptimo.

<sup>105</sup> Corte de Apelaciones de Arica, 26 de octubre de 2023, rol civil 62-2023, considerando décimocuarto.

<sup>106</sup> «Tratándose de una peritación sobre un supuesto de mala praxis profesional, la documentación obrante en la historia clínica resultará de primordial importancia». ROMERO (2002), p. 23.

cia probatoria se apoya. Esto supone asumir, por lo tanto, una concepción normativa atomista de la estructura de las razones probatorias cuando se trata de juzgar su fuerza individual en el momento de la valoración<sup>107</sup>.

El razonamiento anterior permite aceptar que se trata de una presunción grave, ya que los hechos que se deducen son concluyentes y convincentes. Además, es una presunción precisa, ya que permite entender la relación de causalidad entre las circunstancias y los antecedentes conocidos y la conclusión que de ellos se infiere. Por último, es concordante, ya que todos los insumos utilizados guardan perfecta armonía entre sí y no se contradicen.

## VI. EL CONTRASTE ENTRE FICHA CLÍNICA, PROTOCOLOS Y LITERATURA CIENTÍFICA COMO BASE DE INFERENCIAS PROBATORIAS SÓLIDAS

En el apartado anterior se presentó un razonamiento inferencial en el que se utilizó el contenido de la ficha clínica, el cual fue contrastado con la ciencia médica, establecida en este caso mediante la *Guía Perinatal 2015*. A primera vista, el análisis fue similar al usado en la sentencia del Segundo Juzgado Civil de Iquique citada.

El uso constante por la jurisprudencia de la *Guía Perinatal 2015* demuestra que tal protocolo es una garantía (*warrant*) de amplia aceptación al momento de realizar inferencias probatorias sobre situaciones clínicas ocasionadas en partos<sup>108</sup>. Así, por ejemplo, lo señala la Corte Suprema:

*Se ha señalado que estos protocolos médicos, también denominados «algoritmos o guías para la práctica médica», responden a la cristalización de criterios de prudencia, sin que constituyan verdades absolutas, universales, únicas y obligatorias en su cumplimiento, sin embargo permiten, habitualmente, definir lo que se considera, en ese estado de la ciencia, como una práctica médica adecuada y prudente ante la situación concreta fijando por escrito la conducta diagnóstica y terapéutica aconsejable ante determinadas eventualidades clínicas<sup>109</sup>.*

---

<sup>107</sup> ACCATINO (2014), p. 43.

<sup>108</sup> «Una guía de práctica clínica es un conjunto de recomendaciones dirigidas a optimizar la atención a los pacientes y que se basan en la revisión sistemática de la evidencia y la valoración de los beneficios y los riesgos de las opciones». Véase Minsal, *Menú de guías clínicas* (sitio web). En contra, BELLO (2012), p. 118: «Dichos protocolos tienen especial importancia desde el punto de vista profesional pero que en el ámbito judicial no tienen ninguna obligatoriedad jurídica aun cuando pueden ser acogidos para configurar el deber objetivo de cuidado y la técnica precisa de suerte que se analiza en cada caso la actuación concreta y el protocolo para dilucidar si la actuación médica ha sido o no correcta».

<sup>109</sup> Corte Suprema, 12 de marzo de 2023, rol 154329-2023, considerando 17.<sup>º</sup>

Lo trascrito implica el deber de realizar un análisis racional del protocolo utilizado como referencial por parte del juez de los hechos, teniendo en consideración la regularidad de la generalización empírica recomendada en la guía médica. Es decir, deberá acreditarse «la cualificación profesional del médico comprensiva de su especialidad sobre el acto o intervención médica practicada y, por otra parte, su adecuación a los protocolos redactados por las sociedades científicas de carácter médico y las propias guías públicas»<sup>ii</sup>.

Es precisamente este aspecto el que omite la sentencia proveniente de Iquique. En los considerandos decimosexto y decimoséptimo, se transcriben largos párrafos de la guía perinatal. Sin perjuicio de aquello, como el análisis probatorio fue holista, no logró establecer inferencias sólidas que respaldasen lo decidido. Esto se debe principalmente a que no se hizo cargo de las hipótesis explicativas alternativas ni tuvo en cuenta todos los datos disponibles, es decir, la decisión no es capaz de contestar preguntas críticas.

En efecto, en la sentencia se soslayó la importancia de la realización de la histerectomía como último eslabón en el manejo de la hemorragia postparto según señala la *Guía Perinatal 2015*. Tampoco hubo un pronunciamiento acerca de la pertinencia (y las consecuencias) de realizar una histerectomía total y no subtotal, según señala el flujograma de manejo de la hemorragia posparto presente en la misma guía<sup>iii</sup>.

Por último, tampoco se hizo un análisis detenido acerca de la necesidad de suministrar a la paciente una dosis mayor de oxitocina que la recomendada por el Minsal. Esto último no es baladí, ya que la propia guía señala como efecto adverso generar hipotensión, como ocurrió en el caso, según señaló la testigo Sigrid Oviol, lo que obligó a derivar a E. a la UCI, donde finalmente falleció.

Según la sentencia de primera instancia, la testigo señaló que en el manejo de la hemorragia se siguió el protocolo establecido:

*Se comienza a administrar uterotónicos, como oxitocina. 60 unidades en total, metilergonovina. 0,2 miligramos intramuscular, se inicia el masaje uterino, además de la administración de 800 microgramos de misoprostol vía rectal; añade que el útero presentaba una respuesta débil o parcial, constatando que la paciente presentaba sangrado vaginal, a pesar de haber utilizado las dosis recomendadas de uterotónicos, por lo que de manera inmediata y oportuna se indica, en conjunto con los médicos R. González y R. Silva, el tratamiento*

<sup>ii</sup> ABEL (2018), pp. 80-81.

<sup>iii</sup> MINSAL (2015), p. 374.

*de una histerectomía obstétrica de urgencia, ya que era el tratamiento más efectivo y adecuado para las hemorragias post parto<sup>112</sup>.*

En lo que respecta a la cantidad de oxitocina, la información entregada colisiona con la dosis recomendada por la guía (veinte a cuarenta unidades)<sup>113</sup>.

Este planteamiento permite concluir que la solidez, coherencia y aceptación de una inferencia judicial sobre este tipo de hechos implica utilizar los protocolos y guías establecidos al respecto como método argumentativo, información que debe ser contrastada con el contenido de la ficha clínica. No se trata solo de copiar el contenido de aquellos en la sentencia, sino de construir argumentos abductivos respecto a si las recomendaciones que dimanan de aquellos textos fueron respetadas u obedecidas por parte de los profesionales de la salud en el caso concreto. Por el contrario, si aquellas recomendaciones no fueron seguidas, debe existir una justificación racional expresada en la ficha clínica de lo decidido por el cuerpo médico, según establece el artículo 12 de la Ley 20584: la ficha clínica es el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas.

Esto se debe a que las guías clínicas recomiendan cuál es la *lex artis* a seguir, pero no sin desconocer que la *lex artis ad hoc* es aquella que debe primar. Esta consiste en evaluar la conducta en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que las mismas se desarrolle y tengan lugar, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional<sup>114</sup>. Precisamente, este ejercicio se debe hacer mediante el cotejo del contenido de la ficha clínica y el del protocolo respectivo. Como propone Abel: «Si la máxima de experiencia se funda en generalizaciones avaladas por leyes no científicas o naturales, la inferencia judicial estará sujeta a un mayor margen de error»<sup>115</sup>.

Así, es también factible que el tratamiento o patología que incida en el pleito por responsabilidad civil no cuente con protocolos o guías para usar de parangón. En este supuesto, cobra especial importancia la literatura médica existente al respecto<sup>116</sup>. Ahora, si existe protocolo o guía, la literatura médica puede ser utilizada como respaldo de la inferencia, contribuyendo a la solidez de la justificación externa de la misma.

---

<sup>112</sup> Segundo Juzgado Civil de Iquique, 12 de junio de 2023, rol C 5012-2019.

<sup>113</sup> MINSAL (2015), p. 375.

<sup>114</sup> SOLÉ (2022), p. 16, y VÁZQUEZ (2010), p. 182.

<sup>115</sup> ABEL (2014), p. 103.

<sup>116</sup> Actualmente, el Minsal tiene disponible casi un centenar de guías clínicas en el menú de guías clínicas de la División de Prevención y Control de Enfermedades. Minsal, *Menú de guías clínicas* (sitio web).

Lo anterior se desprende de la Ley 19966, que establece un régimen de garantías en salud, en tanto señala, en el artículo 41, que «*no serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquellos*»<sup>117</sup>. Es decir, el juez debe manejar cuál es el estado de los conocimientos de la ciencia, los que, precisamente, deben obtenerse de la literatura médica.

Al respecto, estimo que la literatura especializada médica contiene elementos de *gravedad* suficiente para construir argumentos sólidos por dos aspectos. En algunos casos tienen gran aceptación científica por el respaldo curricular de quienes las elaboran. Por ejemplo, el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, que se publicó originalmente en 1952 y va ya en su quinta edición. En otros casos, se contienen una cantidad extraordinaria de metadatos que permiten establecer factores de regularidad y frecuencia sobre ciertos hechos. Por ejemplo, el *Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones*, una guía que describe al detalle el proceso de preparación y mantenimiento de una revisión sistemática sobre los efectos de intervenciones en salud<sup>118</sup>.

Tanto las guías clínicas como la literatura especializada siguen en su elaboración criterios de medicina basada en evidencia. Estos criterios integran la experiencia clínica individual con la mejor evidencia disponible, producto de la investigación sistemática, y tienen por objeto fundamentar las decisiones sobre el cuidado de los pacientes en la evidencia científica más sólida disponible<sup>119</sup>.

Este tipo de estudios cuantifica evidencia empírica que cumple unos criterios de elegibilidad previamente establecidos, con el fin de responder una pregunta específica de investigación. Es decir, en ellos se establece la frecuencia con la que un evento clínico se produce en una sucesión dada de acontecimientos, analizados bajo reglas de probabilidad frecuentista o estadística, la que es absolutamente objetivable.

Así, el dato objetivo y *regular* establecido en el estudio clínico sirve como fundamento para que el juez pueda establecer un parámetro de ocurrencia de un resultado no deseado en el contexto sanitario. Si bien se trata de obligaciones de medios, no deja de ser relevante la frecuencia con la que se producen efectos adversos en este tipo de situaciones.

<sup>117</sup> Chile, Ley 19966.

<sup>118</sup> HIGGINS *et al.* (2012), p.13.

<sup>119</sup> MANTEROLA, ASENJO y OTZEN (2014), p. 705, y VÁZQUEZ (2021), pp. 243-247.

Esta información permite inferir o asociar la frecuencia de un resultado anormal (por ejemplo, la tasa de mortalidad de mujeres gestantes en casos de atonía uterina) y, a partir de dicho insumo, analizar la *lex artis ad hoc*. Dicha relación de regularidad o frecuencia puede ser analizada bajo la teoría del daño desproporcionado, que opera en aquellos casos en que se ha producido una lesión o un resultado inexplicable dentro del acto o intervención médica practicada. Esto «constituye una complicación o el perjuicio no previsible ni acorde con los riesgos propios del tratamiento médico dispensado»<sup>120</sup>.

Entendemos los resultados anormales en el sentido de Abel:

En países del *common law* sujetan su existencia y la concurrencia de los siguientes requisitos: 1) un evento dañoso que normalmente no se produce [...], por tanto, es muy probable que la negligencia de [del demandado] lo haya causado, 2) el control exclusivo por parte del demandado del medio material o personal causante del daño, y 3) que la propia víctima no haya contribuido a causar el daño<sup>121</sup>.

Para acreditar este tipo de responsabilidad se debe parangonar el estado previo del paciente, «a cuyo efecto será relevante la ficha clínica, entendida como documento que incorpora la información que considera trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente»<sup>122</sup>. En sentido inverso, la alta frecuencia de un resultado no deseado en una prestación clínica permitirá respaldar una decisión acerca de la inexistencia de responsabilidad civil<sup>123</sup>.

## VII. CONCLUSIONES

Los procesos respecto a responsabilidad médica sanitaria deben ser tomadas por los jueces de hechos como cuestiones de una profunda sensibilidad ética, ya que integran no solo el manejo de conocimientos de tipo

---

<sup>120</sup> ABEL (2018), pp. 77-78, y HUNTER (2015), p. 228.

<sup>121</sup> ABEL (2018), p. 78.

<sup>122</sup> ABEL (2018), p. 79.

<sup>123</sup> A modo de ejemplo, en una reciente sentencia se analiza la baja frecuencia de mortalidad asociada a la colecistectomía laparoscópica y se sostiene que «*es una cirugía muy frecuente y de baja mortalidad, como lo demuestra un estudio: de 19.005 casos aproximadamente, solo fallecen tres pacientes, que representan el 0,005% y ninguno de causas digestivas, tanto así que de la revisión exhaustiva de literatura médica actual, en ninguna parte se hace mención como complicación infrecuente o rara la perforación duodenal, considerando esta como una lesión iatrogénica*

instrumental, sino que involucran criterios sobre la justificación o no de los fines (y de los medios). Esto se debe a que la técnica no se basta a sí misma. Además, estos pleitos suelen involucrar bienes jurídicos trascendentales como la salud, la vida y los afectos, por lo que no se debe soslayar «la dimensión humana y más sensible del conflicto, sin que esto implique introducir la irracionalidad en el proceso»<sup>124</sup>.

Es por esto que constituye un imperativo deontológico para el juez establecer los hechos de manera motivada, toda vez que ese es el principal mecanismo de control de su poder<sup>125</sup>. Así, «una adecuada consideración de los planteos de ambas partes conduce a tomarse bien en serio las pruebas aportadas por cada una de ellas y también, a poder comprender mejor el conflicto que yace tras los documentos y tras las narraciones de las partes»<sup>126</sup>.

De igual manera, la Corte Suprema debe controlar si se cumple o no con este deber y solo podrá hacerlo si verifica si hubo un adecuado examen de la ficha clínica durante el establecimiento de los hechos por parte del juez de origen en acciones civiles relacionadas con prestaciones sanitarias. Esto se verifica en el completo acervo de la ficha clínica que la jurisprudencia citada ha efectuado y que implica que se deben respetar una serie de características al confeccionar la ficha clínica: veracidad, autenticidad, completitud, legibilidad y claridad. Estas particularidades, unidas a la cantidad de información que porta, convierten a la ficha clínica en un insumo probatorio fundamental, que permite establecer o descartar distintos hechos relacionados con la responsabilidad civil ocasionada durante la actividad médica o clínica.

Si bien el continente de la ficha clínica implica que se trata de un medio de prueba documental, se demostró en este trabajo que las normas de valoración basada en el proceso civil son insuficientes para caracterizar la fuerza probatoria que posee. Asimismo, se estableció que su contenido es esencialmente divisible. Por tal, su fuerza probatoria no puede ser entendida bajo una dialéctica binaria (instrumento público/privado) ya que se trata de una categoría de valor probatorio insuficiente. Las diferencias epistémicas legales establecidas en esta clasificación no pueden aplicarse a documentos como la ficha clínica, ya que su valor probatorio no puede pender de aspectos externos a ella.

En este trabajo se expuso que esta superación ha sido recogida por los tribunales, pero a veces de forma negativa, lo que resulta en una desregu-

<sup>124</sup> Ucín (2022), p. 192.

<sup>125</sup> ATIENZA (2003), p. 43.

<sup>126</sup> Ucín (2022), p. 192.

lación sobre la forma de la fijación de los hechos que ha incidido en una valoración vacua y superficial de la ficha clínica. Esta actitud por parte de los jueces de hechos se da en aquellos casos en que no existe conexión específica entre los hechos establecidos y su respaldo probatorio, atribuible al contenido de la ficha clínica. Lo mismo ocurre al hacer una alusión general a la ficha clínica sin explicitar de manera precisa cuál es el hecho conocido del que se infiere la pretensión.

Esta valoración holista del contenido de la ficha clínica no suele ser controlado por la Corte Suprema al conocer del recurso de casación en el fondo, aunque en algunas ocasiones se casen en la forma de oficio tales sentencias por carecer de una motivación suficiente (artículo 768 número 5 del Código de Procedimiento Civil con relación al numeral 4 del artículo 170 del mismo código). Esto se debe a que la Corte Suprema restringe lo que entiende por leyes reguladoras de la prueba. Esto aplica incluso en casos como en el ejemplo citado, en el que hubo una aparente infracción de aquellas normas que acepta la propia Corte como reguladoras de la prueba: desconocer el valor probatorio de las pruebas que se produjeron en el proceso cuando la ley les asigna un determinado peso de carácter obligatorio<sup>127</sup>.

En consecuencia, al momento de la valoración de la prueba se infravalora el contenido la ficha clínica al establecer los hechos y se hace un análisis ligero y desmotivado de sus datos, cuestión que parece ser inocua para la Corte Suprema. En este aspecto, concuerdo con que la ficha clínica no es un medio probatorio definitivo, ya que la hipótesis judicial debe ser capaz de responder todas las preguntas críticas señaladas y no siempre las respuestas estarán en el contenido de la ficha clínica<sup>128</sup>. Es por tal que, al momento de la decisión, deben tomarse en cuenta todos los datos disponibles y, por regla general, la ficha clínica no es la única prueba. Así, la ficha clínica «ha de ser puesta en relación con las restantes pruebas practicadas en el proceso de cara a la obtención de una conclusión al respecto por parte del juzgado»<sup>129</sup> y «no constituye siempre una verdad irrefutable y absoluta, debiendo ser evaluada por el tribunal juntamente con los restantes elementos probatorios obrantes en el proceso»<sup>130</sup>.

---

<sup>127</sup> Corte Suprema, 15 de mayo de 2024, rol 4076-2024.

<sup>128</sup> En cuanto a la prueba pericial, por regla general, resulta ser un estudio prolífico y acabado del contenido de la ficha clínica. SZALADOS (2021), p. 639. Es por este motivo que resulta de utilidad al momento de valorar la evidencia, pero su ausencia puede ser suplida por un análisis subatomista de la ficha clínica.

<sup>129</sup> LARENA (2012), p. 317.

<sup>130</sup> GUTIÉRREZ (2012), p. 334.

A pesar de ello, se ha justificado en este artículo que la ficha clínica, sin ser un medio de prueba definitivo o irrefutable, su fuerza supera a otras probanzas, así como su ausencia o incompletitud es un indicio de negligencia médica. Por tanto, para establecer hechos en este tipo de procesos civiles, es necesario aplicar un procedimiento inferencial inductivo en el que se usen, a lo menos, tres elementos: la ficha clínica, protocolos o guías clínicas y literatura científica basada en la experiencia. Así, se debe realizar un análisis subatomista de la ficha clínica en el que se aprecie su contenido desagregado respecto de cada dato contenido en ella, para cotejarlo con los otros elementos referidos.

En lo que respecta a las guías clínicas y la literatura médica especializada, al ser información pública y disponible, pueden utilizarse como garantías de las inferencias judiciales que aporten peso a su solidez, coherencia y aceptación. Esta propuesta (deontológica) de valorar la ficha clínica constituye un reflejo de la teoría racional de la prueba y de la garantía procesal que presupone una decisión motivada.

#### BIBLIOGRAFÍA CITADA

- ABEL, Xavier (2014): *La valoración de la prueba en el proceso civil* (Madrid, Wolters Kluwer).
- (2018): «La prueba de la responsabilidad de los médicos», en Juan Picó i Junoy, Xavier Abel y Berta Pellicer (coordinadores), *La prueba de la responsabilidad profesional estudios prácticos sobre prueba civil II* (Madrid, Wolters Kluwer), pp. 77-92.
- ACCATINO, Daniela (2014): «Atomismo y holismo en la justificación probatoria», en *Isonomía*, Nº 40: pp. 17-59. DOI [10.5347/40.2014.97](https://doi.org/10.5347/40.2014.97).
- (2015): «La arquitectura de la motivación de las premisas fácticas de las sentencias judiciales y su función como garantía», en Andrés Páez (editor), *Hechos, evidencia y estándares de prueba: Ensayos de epistemología jurídica* (Bogotá, UniAndes), pp. 65-87.
- AGUIRRE-ROMAN, Javier y PABÓN-MANTILLA, Ana (2021): «Cinco tesis para el desarrollo de una epistemología jurídica crítica», en *Revista de Filosofía*, Vol. 38, Nº 98: pp. 692-714. DOI [10.5281/zenodo.5528923](https://doi.org/10.5281/zenodo.5528923).
- ALEXY, Robert (2007): *Teoría de la argumentación jurídica* (Lima, Palestra, traducción de Manuel Atienza e Isabel Espejo).
- ALLEN, Ronald (2013): «Los estándares de prueba y los límites del análisis jurídico», en Carmen Vásquez (editora), *Estándares de prueba y prueba científica: Ensayos de epistemología jurídica* (Barcelona, Marcial Pons), pp. 99-118.

- ARBESÚ, Vanesa (2016) *La responsabilidad civil en el ámbito de la cirugía estética* (Madrid, Dykinson). Disponible en <https://tipg.link/oS5t>.
- ATIENZA, Manuel (2003): «Ética judicial: ¿Por qué no un código deontológico para jueces?», en *Jueces para la Democracia*, Vol. 46: pp. 43-46. Disponible en <https://tipg.link/ofEE>.
- (2005) *Las razones del derecho. Teorías de la argumentación jurídica* (Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México).
- BANFI, Cristián y CARBONELL, Flavia (2023): «La infracción a normas reguladoras de la prueba en juicios de responsabilidad extracontractual», en *Revista Chilena de Derecho*, Vol. 50, Nº 3: pp. 91-119. DOI [10.7764/R.503.4](https://doi.org/10.7764/R.503.4).
- BARROS, Enrique (2007): *Tratado de responsabilidad extracontractual* (Santiago, Jurídica).
- BELLO, Domingo (2012): «La prueba de la responsabilidad civil médica» en *Derecho y Salud*, Vol. 22, Nº 2: pp. 79-118. Disponible en <https://tipg.link/ofFD>.
- BORDALÍ, Andrés (2014): «La fase de prueba», en Andrés Bordalí, Gonzalo Cortéz y Diego Palomo (editores), *Proceso civil: El juicio ordinario de mayor cuantía, procedimiento sumario y tutela cautelar* (Santiago, Legal publishing, segunda edición).
- CAMILO, Liuver (2021): «La historia clínica en el proceso judicial por responsabilidad médica en Cuba: Alcance y valor probatorio», en *Opinión Jurídica*, Vol. 20, Nº 42: pp. 423-445. DOI [10.22395/ojum.v20n42a17](https://doi.org/10.22395/ojum.v20n42a17).
- CAMPOS, Jessica; DI MARCO, Ingrid; REPETTO, Julieta; ZELADA, Karen y VEIGA, Angélica (2020): «Atonía uterina: Nuestra experiencia HMMI. Ramón Sardá», en *Fasgo*, Vol. 19, Nº 1: pp. 48-58. Disponible en <https://tipg.link/ofFs>.
- CARBONELL, Flavia (2017): «Elementos para un modelo de decisión judicial correcta», en *Revista de Estudios de la Justicia*, Vol. 27: pp. 1-35. DOI [10.5354/0718-4735.2017.47956](https://doi.org/10.5354/0718-4735.2017.47956).
- (2021): «Presunciones y razonamiento probatorio», en Jesús Erzumen-dia (director), *Proceso, prueba y epistemología: Ensayos sobre derecho probatorio* (Valencia, Tirant Lo Blanch ), pp. 371-412.
- FERNÁNDEZ, José; TORO, Juan; MARTÍNEZ, Zulema; MAZA, Salvador y VILEGAS, María (2017): «Tasa de hemorragia, histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada», en *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*, Vol. 85, Nº 4: pp. 247-253. Disponible en <https://tipg.link/ofGI>.
- FERRER, Jordi (2007): *La valoración racional de la prueba* (Barcelona, Marcial Pons).

- (2011): «Apuntes sobre el concepto de motivación de las decisiones judiciales», en *Isonomía*, Vol. 34: pp. 87-107. DOI [10.5347/isonomia.voi34.200](https://doi.org/10.5347/isonomia.voi34.200).
- FERRER, Jordi; GASCÓN, Marina; GONZÁLEZ, Daniel y TARUFFO, Michele (2006): *Prueba y verdad en el derecho* (Barcelona, Marcial Pons).
- GALLEGOS, Beatriz (2018): «La historia clínica como prueba para la responsabilidad civil por mala práctica médica», en *Quaestio Iuris*, Vol. II, Nº 4: pp. 2769-2793. DOI [10.12957/rqi.2018.35939](https://doi.org/10.12957/rqi.2018.35939).
- GAMA, Raymundo (2013): «Concepciones y tipología de las presunciones en el derecho continental», en *Revista Estudios de la Justicia*, Nº 19, pp: 65-89. DOI [10.5354/rej.voi19.36187](https://doi.org/10.5354/rej.voi19.36187).
- GARCÍA, Ángel (2019): «El valor probatorio de la historia clínica como documento público», en *Derecho y Salud*, Vol. 29, Nº 1: pp. 145-154. Disponible en [https://tipg.link/ofG\\_](https://tipg.link/ofG_).
- GIMÉNEZ, Gilberto (2002): «Lengua, discurso, argumentación», en *Signos Literarios y Lingüísticos*, Vol. 4, Nº 1: pp. 103-119.
- GODOY, Jorge y BARRAZA, Jaime (2018): «La ficha clínica mirada desde la legislación chilena actual», en *Acta Bioethica*, Vol. 24, Nº 2: pp. 181-188. Disponible en <https://tipg.link/ofHx>.
- GUTIÉRREZ, Ainhoa (2012): «La historia clínica como prueba en el proceso judicial por responsabilidad médica», en Francisco Lledó, Lorenzo Morillas y Óscar Monje (directores), *Responsabilidad medica civil y penal por presunta mala práctica profesional: El contenido reparador del consentimiento informado* (Madrid, Dykinson), pp. 323-364.
- (2021): «Valor probatorio de la historia clínica digital en los procedimientos civiles por responsabilidad médica», en Cristina Gil (coordinadora), *E-salud, autonomía y datos clínicos: Un nuevo paradigma* (Madrid, Dykinson), pp. 311-317.
- HIGGINS, Julian P. T., THOMAS, Jennifer, CHANDLER, Jacquelyn, CUMPTON, Miranda, LI, Tianjing, PAGE, Matthew J. y WELCH, Vivian A. (2012): *Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones*. Disponible en <https://tipg.link/oS6W>.
- HORVITZ, María Inés y LÓPEZ, Julián (2004): *Derecho procesal penal chileno*, Tomo II (Santiago, Jurídica de Chile).
- HUNTER, Iván (2015): «Las dificultades probatorias en el proceso civil. Tratamiento doctrinal y jurisprudencial, críticas y una propuesta», en *Revista de Derecho* (Universidad Católica del Norte), Vol. 22, Nº 1: pp. 209-257. DOI [10.22199/issn.0718-9753-1831](https://doi.org/10.22199/issn.0718-9753-1831).
- (2017): «Reglas de prueba legal y libre valoración de la prueba: ¿Cómo conviven en el Proyecto de Código Procesal Civil?», en *Ius et Praxis*, Nº 1: pp. 247-272. Disponible en <https://tipg.link/ofla>.

- LARENA, Javier (2012): «El proceso por responsabilidad civil médica. Consideraciones en materia probatoria», en Óscar Monje y Francisco Lledó (coordinadores), *Responsabilidad médica civil y penal por presunta mala práctica profesional: el contenido reparador del consentimiento informado* (Madrid, Dykinson), pp. 305-321.
- LARROUCAU, Jorge (2017): «Leyes reguladoras de la prueba: De la soberanía judicial al control deferente de la Corte Suprema», en *Revista de Derecho* (Universidad Austral de Valdivia), Vol. 30, Nº 1: pp. 311-331. DOI [10.4067/S0718-09502017000100013](https://doi.org/10.4067/S0718-09502017000100013).
- MANTEROLA, Carlos; ASENJO, Rodrigo y OTZEN, Tamara (2014): «Jerarquía de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual», en *Revista Chilena de Cirugía*, Vol. 66, Nº 6: pp. 705-711.
- MENESES, Claudio (2022): «Los instrumentos públicos en el derecho chileno: Fuentes y antecedentes históricos de los artículos 1699, 1700 y 1706 del Código Civil», en *Revista de Estudios Histórico-Jurídicos*, Nº 44: pp. 491-525. Disponible en <https://tipg.link/ofJ7>.
- MINSAL, Ministerio de Educación (sitio web): *Menú de guías clínicas*. Disponible en <https://tipg.link/oS6l>.
- (2015): *Guía perinatal 2015*. Disponible en <https://tipg.link/oS6z>.
- NIEVA, Jordi (2010): *La valoración de la prueba* (Madrid, Marcial Pons).
- OLMOS, Paula (2019): «Un enfoque argumentativo sobre la abducción y sobre la ponderación de hipótesis explicativas», en *Theoria*, Vol. 34, Nº 1: pp. 5-30. Disponible en <https://tipg.link/ofJi>.
- ROMERO José Luis (2002): «La pericia médico-legal en los casos de responsabilidad médica», en *Cuadernos de Medicina Forense*, Nº 27: pp. 11-28. Disponible en <https://tipg.link/ofJK>.
- SEOANE, José Antonio (2022): «Lex artis», en *Anuario de Filosofía del Derecho*, Nº 38: pp. 275-300. DOI [10.53054/afd.vi38.9747](https://doi.org/10.53054/afd.vi38.9747).
- SOLÉ, Josep (2022): «Estándar de diligencia médica y valor de los protocolos y guías de práctica clínica en la responsabilidad civil de los profesionales sanitarios», en *Revista de Derecho Civil*, Nº 3: pp. 1-52. Disponible en <https://tipg.link/ofJP>.
- SZALADOS, James (2021): «Defining standards of care and the role of expert testimony in jurisprudence», en James E. Szalados (editor), *The medical-legal aspects of acute care medicine* (Cham, Springer), pp. 629-644.
- TARUFFO, Michele (2005): *La prueba de los hechos* (Madrid, Trotta, segunda edición).
- TOULMIN, Stephen (2007): *Los usos de la argumentación* (Barcelona, Península, traducción de María Morrás y Victoria Pineda).

- TOULMIN, Stephen, RIEKE, Richard y JANIK, Allan (2018): *Una introducción al razonamiento* (Lima, Palestra, traducción de José Gascón).
- UCÍN, María Carlota (2022): «Jueces sensibles? Una introducción al análisis del rol de las emociones en la decisión judicial», en *Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho*, Vol. 45: pp. 191-219. DOI [10.14198/DOXA2022.45.07](https://doi.org/10.14198/DOXA2022.45.07).
- VAN EEMEREN, Frans y GROOTENDORST, Rob (2002): *Argumentación, comunicación y falacias: Una perspectiva pragma-dialéctica* (Santiago, Universidad Católica, traducción de Celso López Saavedra y Ana María Vicuña Navarro).
- VÁZQUEZ, Carmen (2021): «El estándar de diligencia en la responsabilidad médica: La medicina basada en la evidencia y los patrones vs. las circunstancias del acto médico y la expertise», en Carmen Vázquez (coordinadora), *Ciencia y justicia: Conocimiento experto en la Suprema Corte de Justicia de la Nación* (Ciudad de México, Suprema Corte de Justicia de la Nación), pp. 241-318.
- VÁZQUEZ, Juan Enrique (2009): «La doctrina del daño desproporcionado como criterio de imputación en supuestos de negligencia médica: A propósito de un caso de no aplicación», en *Cuaderno Médico Forense*, Vol. 15, Nº 56: pp. 165-170.
- (2010): «La *lex artis ad hoc* como criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico: A propósito de un caso basado en la elección de la técnica empleada en el parto (parto vaginal vs. cesárea)», en *Cuaderno Médico Forense*, Vol. 16, Nº 3: pp. 179-182.
- VIDAL, Álvaro (2018): *Responsabilidad civil médica* (Santiago, Der).
- (2020): «Responsabilidad civil por negligencia médica» (Santiago, Academia Judicial de Chile). Disponible en <https://tipg.link/oS9H>.
- ZARĘBSKI, Tomasz (2024): «Wittgenstein and Toulmin's model of argument: The riddle», en *Argumentation*, Vol. 38: pp. 435-455.

#### *Jurisprudencia citada<sup>131</sup>*

- Corte de Apelaciones de Arica, 26 de octubre de 2023, rol civil 62-2023.
- Corte de Apelaciones de Copiapó, 30 de agosto de 2023, rol 58-2023.
- Corte de Apelaciones de Iquique, 9 de enero de 2024, rol civil 522-2023.
- Corte de Apelaciones de Puerto Montt, 22 de mayo de 2019, rol 6-2019.
- Corte de Apelaciones de Rancagua, 13 de noviembre de 2023, rol 1444-2022.

<sup>131</sup> Sentencias obtenidas en Centro Documental del Poder Judicial: <http://cendoc.pjud.cl/>.

Corte de Apelaciones de Santiago, 6 de agosto de 2020, rol civil 917-2019 y acumuladas.

Corte de Apelaciones de Valdivia, 8 de mayo de 2024, rol 1381-2023.

Corte Suprema, 17 de junio de 2014, rol 1598-2013.

Corte Suprema, 31 de marzo de 2016, rol 10606-2015.

Corte Suprema, 1 de junio de 2017, rol n87914-2016 (sentencia de reemplazo).

Corte Suprema, 13 de julio de 2020, rol 24734-2020.

Corte Suprema, 17 de mayo de 2021, rol 11898-2019.

Corte Suprema, 22 de octubre de 2021, rol 49701-2021.

Corte Suprema, 12 de marzo de 2023, rol 154329-2023.

Corte Suprema, 16 de marzo de 2023, rol 14262-2024.

Corte Suprema, 20 de marzo de 2023, rol 39000-2023.

Corte Suprema, 26 de mayo de 2023, rol 94300-2022.

Corte Suprema, 24 de julio de 2023, rol 34483-2021.

Corte Suprema, 4 de octubre de 2023, rol 1224-2023.

Corte Suprema, 26 de febrero de 2024, rol 251257-2023.

Corte Suprema, 10 de abril de 2024, rol 226171-2023.

Corte Suprema, 15 de mayo de 2024, rol 4076-2024.

Corte Suprema, 31 de mayo de 2024, rol 133363-2022.

Corte Suprema, 7 de junio de 2024, rol 251037-2023 (recurso de queja).

Corte Suprema, 16 de abril de 2025, rol 35390-2024 (considerando 5º).

Cuarto Juzgado Civil de Santiago, de 12 de junio de 2019, rol C 8030-2017.

Segundo Juzgado Civil de Iquique, 12 de junio de 2023, rol C 5012-2019.

### *Normas citadas*

Código Civil, Chile (30/5/2000).

Código de Procedimiento Civil, Chile (28/8/1902).

Ley 19996, Chile (03/09/2004), que establece un régimen de garantías en salud.

Ley 20584, Chile (24/3/2012), que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Ley 21541, Chile (17/3/2023), que modifica la normativa que indica para autorizar a los prestadores de salud a efectuar atenciones mediante telemedicina.

Ley 21668, Chile (23/5/2024), que modifica la Ley 20.584 con el objeto de establecer la interoperabilidad de las fichas clínicas.

Ministerio de Salud, Decreto 34, Chile (25/10/2022), que aprueba reglamento sobre condiciones clínicas generales y circunstancias para certificar estado de emergencia o urgencia en paciente adulto, recién nacido y pediátrico.

Ministerio de Salud, Decreto 41, Chile (24/07/2012), que aprueba reglamento sobre fichas clínicas.

#### DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

El autor declara no tener conflicto de interés en relación con los contenidos publicados en este artículo.

#### SOBRE EL AUTOR

LEONARDO A. LLANOS LAGOS es alumno del programa de Doctorado en Derecho de la Universidad de los Andes, Chile. Es abogado de la Universidad de Concepción y máster en Argumentación Jurídica por la Universidad de Alicante, España. Se desempeña como juez civil en Talcahuano, Chile. Su correo electrónico es [llanosl@pjud.cl](mailto:llanosl@pjud.cl).

ID [0009-0003-5819-8718](#).



Esta obra está bajo una licencia internacional  
Creative Commons Atribución 4.0.