



HECTOR CARREÑO N.

Abogado. Profesor de la
Escuela de Derecho
Universidad Diego Portales,
Magister en Derecho de la Empresa
de la Pontificia Universidad
Católica de Chile.

PRECISANDO ALGUNOS CONCEPTOS

Durante el segundo semestre de este año impartimos nuevamente en la Facultad el curso optativo titulado *Responsabilidad Médica*, en el contexto del plan denominado Metodología de la Investigación.

No obstante la experiencia recabada en esos ciclos académicos, debo reconocer que sigue siendo arduo el trabajo de sistematización de las materias a revisar y estudiar. La *responsabilidad médica* no es un tema que se agote en sí mismo, sino una colección de asuntos y juicios que necesariamente se vinculan con el central, si es que logramos descubrir uno central.

En efecto, insuficiente resulta concentrar el estudio en las viejas discusiones sobre si la responsabilidad en que incurren los profesionales de la salud es contractual o extracontractual; o que tan improcedente es el conocido cúmulo de responsabilidades; o si debemos deducir las acciones en sede civil o criminal. En estos debates, de alto interés jurídico hay que destacar, podemos encontrar las más variadas y encontradas opiniones que según parece se desarrollan en un irreconciliable ambiente.

Por ejemplo, don Arturo Alessandri Rodríguez, en su obra "De la Responsabilidad Extracontractual en el Derecho Civil Chileno", señala que la responsabilidad de un médico, cirujano o matrona por los daños que cause al paciente que ha contratado sus servicios, ya por negligencia o imprudencia en su cuidado... es contractual.

Sin embargo, otras voces no menos connotadas afirman que no en todos los casos la relación inicial (entre demandante y demandado) tiene por fuente un contrato, ya que existen algunos en que dicha relación inicial es una estipulación por otro (artículo 1449

del Código Civil); el otorgamiento de un mandato (artículos 2116 y 2123); o incluso un cuasi contrato de agencia oficiosa (artículos 2284 y 2286).

No menospreciamos la enorme relevancia jurídica que estas materias tienen; pero tampoco podemos desconocer que son sólo una parte de lo que debemos estudiar bajo el título de *responsabilidad médica*.

Recordemos que la *medicina* es ejercida, predominantemente, por *médicos* sobre otras personas que convenimos en llamarlas *pacientes*. Si definimos *medicina* como la aplicación de las leyes biológicas a la conservación de la salud y a la curación de las enfermedades del hombre,¹ nuestro análisis más que recaer en ella debe centrarse entonces en los *médicos*; y atendido que el real interés se orienta en las acciones u omisiones observadas por esos profesionales, llegamos a que la *responsabilidad médica* es un tema cuyo propósito está en los *actos médicos*.

Así, habrá tantos actos médicos orientados a la promoción de la salud y vida humanas como profesionales encontremos. Y por lo tanto, los procedimientos, técnicas y conocimientos destinados a esas tareas serán tan variados como médicos observemos.

Seguidamente, destaquemos que en el área de la salud no hay *enfermedades*, como entidades nosológicas, sino *enfermos*. Por lo tanto, infructuosa tarea será buscar actos o intervenciones médicas universales y generales aplicables a las enfermedades; debemos revisar así qué procedimientos, técnicas y conocimientos son aplicables a una categoría de enfermos; y cuáles a otra clase. Por eso es que nuestro estudio de la *responsabilidad médica* debe inmediatamente escapar de las generalidades para entrar en las consecuencias de ciertos *actos médicos* practicados sobre ciertos *enfermos*.

Conclusión de estas observaciones es que el estudio de la responsabilidad médica es un trabajo que debe hacerse de forma inductiva y no deductiva. Este ejercicio nos permite salvar el error de intentar buscar conductas o comportamientos generales y abstractos que podrían permitirnos sin duda evaluar un acto médico particular; pero que nos demandará tanto trabajo como la búsqueda del *buen padre de familia*. No hay tal patrón ideal y universal de conducta; no hay lugar, por ejemplo, para las siguientes preguntas: ¿qué deben hacer los médicos bajo determinadas circunstancias? o ¿qué intervenciones y procedimientos debemos esperar de un facultativo frente a determinados síntomas?

Este escenario bajo ningún concepto puede sorprendernos. Basta recordar las veces que hemos visitado a un especialista para buscar respuesta o tratamiento a una dolencia; y tras consultar a otro, salimos con respuesta y tratamiento distintos. Esta aprehensión se confirma cuando descubrimos la alta probabilidad de que ambas indicaciones pueden aplacar nuestros padecimientos con similares resultados.

Idéntico cuadro podemos observar en nuestra profesión. Un conflicto entre particulares puede ser enfrentado con distintas estrategias procesales; todo depende del criterio y habilidades del abogado.

No podemos afirmar que enfrentado a una deuda, el abogado *deba* interponer una demanda de cobro de dinero. Algún profesional puede, por ejemplo, dar curso a una cobranza extrajudicial; otro, a una negociación; y otro finalmente estimará que lo correcto es demandar. Pero abstractamente no podríamos evaluar la estrategia o alternativa más acertada.

Sin embargo, debemos advertir que así como el abogado debe defender los intereses de su cliente a

Responsabilidad Médica

través de las herramientas que le provee el ordenamiento jurídico; el médico debe aplicar las leyes biológicas a la conservación de la salud y a la curación de las enfermedades del hombre, como vimos más arriba.

En efecto, si bien dos médicos pueden discrepar sobre el mejor tratamiento a una patología; ambos deben perseguir el mismo objetivo: promover la salud del paciente. Este parece ser un axioma cierto a la luz del concepto de Medicina que el propio Colegio Médico dictó: “*rama de la ciencia que tiene por fin establecer y aplicar normas y medios destinados a mantener el organismo humano en estado de salud o de volverlo a él, en caso de desequilibrio.*”²

Por lo tanto, en este momento podríamos concluir que debiéramos sancionar jurídicamente a quien practicó un determinado acto médico si no tiene por objeto prevenir al particular de una enfermedad; curarlo si padece de una; o finalmente acompañarlo a una muerte digna y serena, si ya no hay nada más que hacer.

EL ESTUDIO DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

El curso de *responsabilidad médica* que se impartió, intentó desentrañar aquellos temas específicos que se desprenden del título y que en definitiva lo completan. Atendido el carácter inductivo del plan de estudio nos abocamos más a la búsqueda de preguntas que al encuentro de respuestas, logrando muchas veces una desazón casi angustiante.

Pero no podía ser de otra forma. El análisis de las consecuencias de los actos médicos no puede ser abordado desde el punto de vista médico, y aunque

suene un disparate, no puede ser estudiado teniendo como premisa mayor *la medicina*.³ Debemos entonces dedicarnos a analizar las virtudes y defectos que los particulares asignan a un acto médico.

Aquí comienza el real estudio de la responsabilidad médica. Cuándo evalúa el interesado si una intervención médica fue o no acertada; cuándo pone en tela de juicio los procedimientos y técnicas empleadas por un médico frente a una determinada patología; y en definitiva, cuándo afirma que un profesional actuó de manera dolosa o culposa.

Si coincidimos en estimar que el estudio de la *responsabilidad médica* debe efectuarse bajo el método inductivo, necesariamente deberemos situarnos en el lugar del observador y analizar qué acto médico le merece reproche o elogio. Escenario de suyo complejo porque nos obliga a subjetivizar el análisis, pero que nos libera de las imprecisas abstracciones.

Así, a la interrogante de las bondades o defectos de un acto médico y en definitiva ante la búsqueda del actuar culposo o doloso, debemos indicar que depende de la conducta esperada y deseada por el observador de turno.

En efecto, la calificación de un acto médico como culposo o doloso no pasa por su confrontación con la prestación ideal, general o abstracta; sino con la anhelada por el interesado. Así, el observador reprochará la conducta o la intervención del profesional si no se ajusta a la que esperaba.

Esto es aplicable a todas las actuaciones profesionales por lo que tampoco debiera sorprendernos. Aunque no de manera absoluta, al acreedor le da igual la estrategia empleada por el abogado si logró cobrar la deuda; al empresario no le interesa el sistema

computacional que emplee el contador si la contabilidad quedó bien hecha; y al pasajero común no le importa el instrumental de vuelo del avión ni quién lo pilotea mientras no se caiga y aterrice satisfactoriamente.

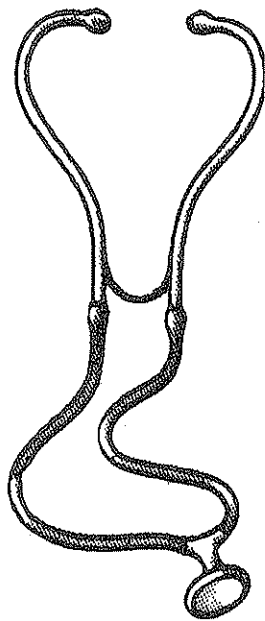
Si la operación resultó exitosa y la apendicitis fue oportunamente intervenida, estoy seguro, muy pocos se preocuparán de preguntar si el profesional actuó conforme a la *lege artis*. En cambio, si el paciente muere, varios familiares se verán con el deber de calificar la intervención quirúrgica.

Esta afirmación no pugna con la clasificación de la prestación médica, en la mayoría de las veces, como una obligación predominantemente de medios y no de resultado. Sin embargo, el paciente evalúa la virtud o defecto del acto médico a través del resultado y lo reprochará cuando no sea el que esperaba.

Así, actualmente la consideración de la responsabilidad médica no pasa por el objetivo de la medicina y por consiguiente por el fin del acto médico, sino por la obtención del resultado esperado por el observador de turno. Esto sin perjuicio, como decíamos, de la casi universal conclusión de que la obligación de los médicos no es de resultado.

Esta aseveración, sin embargo, presenta variantes sorprendentes. Hace tiempo escuché las intenciones de un particular de deducir querrela por negligencia médica porque responsabilizaba al equipo médico de “olvidar” una pinza, comúnmente llamada *mosquito*, dentro de su cuerpo.

Este había ingresado de urgencia a un hospital por una herida penetrante causada por arma blanca producto de una riña callejera. El médico de turno procedió a efectuar la intervención quirúrgica precoz destinada a manejar las perforaciones de víceras produci-



das y terminar con los puntos sangrantes. Ante la necesidad de reducir el tiempo quirúrgico por la gravedad del paciente, dio por terminada la cirugía y ordenó su inmediato traslado a la unidad de post-operados o UCI. Por una infinidad de razones, el médico y sus ayudantes olvidaron inexplicablemente un *mosquito* en el cuerpo del paciente.

El afectado y varios simpatizantes consideraron inaceptable el descuido y tomaron la decisión de deducir querrela reclamando negligencia e impericia. Desconozco en estos momentos si esa inquietud prosperó, pero sí me obligó a pensar en lo recién comentado. Por qué el particular se sintió perjudicado; sobre todo si consideramos que quería querellarse contra el médico que le salvó la vida. Aparentemente obtuvo el resultado deseado, el paciente sigue vivo; pero por alguna razón estimó que producto de la intervención sufrió un daño.

Llegamos así a que el fundamento de lo que entendemos por responsabilidad médica está en la relación médico-paciente. En lo que uno puede entregar y el otro espera recibir.

LA MEDICINA ACTUAL

Por otro lado y curiosamente, los adelantos tecnológicos nos hacen dudar sobre el momento en que efectivamente se ha causado un mal a las personas.

Actualmente la técnica está tomando el control de los actos médicos al nivel de observar que la medicina se ha transformado en una carrera techno-científica que sólo procura ofrecer precisión y certeza. Tarea no sólo difícil sino que atentatoria a la naturaleza siempre imprecisa que la caracteriza. La publicidad y el marketing del establecimiento asistencial perfecto han logrado alimentar un inconsciente colectivo que añora

alcanzar un "mundo feliz", como el que nos propusiera Aldous Huxley.

En esa obra, el autor nos mostró la más perfecta estabilidad social a partir del principio de la producción en masa de seres humanos donde los errores y las incertidumbres eran sólo una asignatura de historia para los niños alfa. Tal grado de perfección logró el hombre en la biología que en un pasaje de los primeros capítulos el Director (escalofriante personaje de ese libro) afirmó en tono triunfal: "*Lo que el hombre ha unido, la naturaleza no puede separarlo*".

A contar de la segunda mitad del siglo pasado, la medicina como ciencia persigue con afán un progreso indefinido comparable incluso con aquel concebido tras la Revolución Francesa. En el Mundo Feliz se alcanza esa perfección a través de una ficción muy similar a la que nos mostró Stanley Kubrick en la Naranja Mecánica.

Por esa percepción hoy en día los pacientes estamos transformados en verdaderos consumidores de servicios médicos; y como tales, estamos en todo nuestro derecho de exigir el mejor servicio.

De esta manera, no resulta inofensiva la pregunta de cuándo efectivamente se ha *causado mal a las personas por negligencia culpable* (verbo rector del tipo legal contenido en el artículo 491 del Código Penal). Respondamos nuevamente, cuando el paciente, aunque a estas alturas convendría llamarlo *cliente*, no obtiene el resultado esperado o siente haber recibido el mejor servicio.

Frente a los poderosos aparatos y programas computacionales que dominan la actuación médica hay una menor tolerancia al fracaso y por consiguiente, al error. En definitiva, poco a poco le exigimos a los médicos un nivel de perfección que difícilmente alcanzarán porque el objeto de sus prestaciones es in-

trínsecamente impreciso, variable y, por sobre todo, único.

En efecto, cada hombre es un ser único y sus respuestas biológicas a estímulos externos son también propias e individuales. Pertinente es destacar aquí un artículo publicado en El Mercurio el 28 de Octubre de 2001 por don Carlos Peña González. Parafraseando a Montaigne, nuestro Decano escribió que "*cada uno de nosotros es portador de la entera condición humana, pero al mismo tiempo, cada uno de nosotros es un acontecimiento único, sorpresivo, que comparece en el mundo con nosotros y que se extinguirá inevitablemente cuando ya no estemos*". Termina el Decano esta idea con la siguiente cita de Truman Capote: "*Nunca hubo nadie como yo antes que yo naciera, y nunca habrá nadie como yo, cuando yo me vaya*".

Esto ocurre también con nuestro tema. No podemos pretender universalizar las conductas médicas porque no se aplican a la raza humana o a la sociedad como sustantivos, se efectúan sobre cada paciente que, como vimos, es siempre un cuerpo único y sorpresivo.

Por todo lo dicho concluyamos que errores o fracasos que hace cincuenta años no cuestionábamos, hoy nos parecen imperdonables. Sin embargo, pero al mismo tiempo sin desconocer los enormes adelantos, nuestra intolerancia es producto generalmente de nuestras altas y a veces desmedidas expectativas.

Si a la luz de estas afirmaciones efectuamos una segunda lectura al artículo 491 del Código Penal, norma para muchos esencial en esta materia, veremos como se atenúa su contenido: "*el médico, cirujano, farmacéutico, flebotomiano o matrona que causare mal a las personas por negligencia culpable en el desempeño de su profesión, incurrirá respectivamente en las penas del artículo anterior*".⁴

Para descubrir cuándo hay tal mal por negligencia culpable deberemos primero distinguir si la conducta desencadenó un error en el diagnóstico, en la prevención de una patología, en una errada interpretación de los exámenes, en un mal tratamiento o en un error quirúrgico.

Una vez aislada la eventual negligente prestación, don Luis Cousiño McIver nos recuerda que es preciso evaluar una serie de variables. Entre ellas, la calidad rural del médico; la de ser el único disponible en la localidad; la falta de un establecimiento asistencial; la imposibilidad de movilizar al enfermo a una ciudad distante; lo apremiante de una intervención; el equipamiento de un hospital o la elección diaria que hace el médico cuando con treinta camillas debe hacer frente a una población de trescientos mil pacientes; el canon de belleza que desea alcanzar el particular que se somete a una cirugía plástica; la calidad del instrumental empleado, etc.

Si nos fijamos bien, los elementos a considerar para evaluar un acto médico y en definitiva para calificarlo de culpable o doloso poco tienen que ver con la medicina y con la actuación en sí. Más bien obedecen a un conjunto de elementos externos que los envuelven y acompañan.

Formulo nuevamente entonces la pregunta: cuándo un particular estima estar frente a un acto médico susceptible de reparo. La respuesta nuevamente la encontramos en la relación médico-paciente.

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

El Dr. Enrique Puelma Opazo señala que este vínculo *designa el conjunto de interacciones que entran en juego cuando un paciente recurre a un médi-*

*co en búsqueda de tratamiento, consejo o alivio a sus dolencias.*⁵

Esta relación, como ya vimos, está marcada por un ferviente proceso de especialización y racionalización (este último también heredero directo de la Revolución Francesa). Con los avances de la ciencia médica que referimos, la sociedad es bastante más crítica y exigente con el acto médico ofrecido. Pero por sobre todo, en la actualidad, los antecedentes que distinguen y fundan este lazo son dos: el incremento del sentido de la autonomía propia de los hombres y una exacerbación en la valorización de la existencia humana.

Estos fenómenos observados aisladamente propician una serie de exámenes; y revisados a la luz de nuestro tema, sobresalen los siguientes.

El incremento del sentido de autonomía ha minado la autoridad del médico sobre el paciente. Así también lo siente don Alvaro Puelma Opazo: *"la autoridad moral del médico, que le permitía obtener la atención, obediencia y respeto de los enfermos y sus familias, es una autoridad en crisis. En la actualidad, la sociedad contemporánea es muy sensible a los límites de la autoridad moral que le permitía a los médicos antiguos decidir la forma de vida de sus pacientes, imponer tratamientos o determinar lo que es bueno o deseable para la salud o el buen vivir de los individuos en circunstancias normales."*⁶

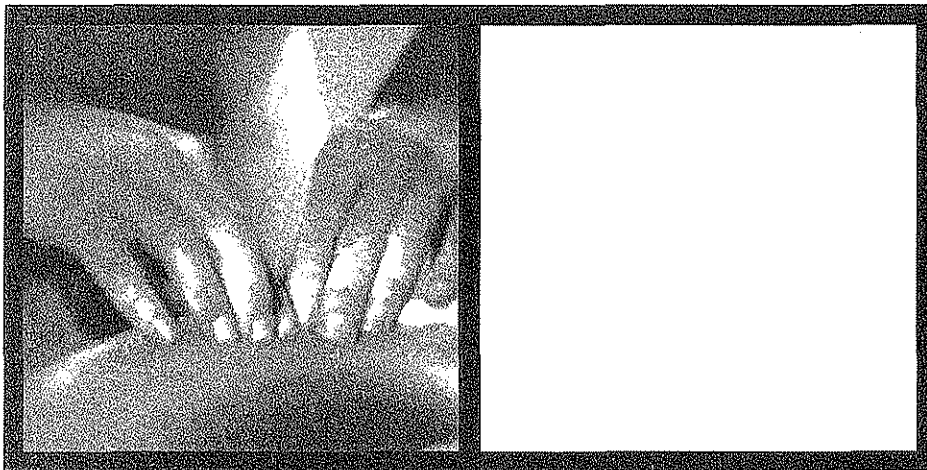
Los particulares muchas veces se arrojan autoridad propia y reducen la participación del médico al plano de lo técnico, racional y científico. No obstante la casi universal defensa a los derechos individuales y por consiguiente a la autonomía de la voluntad, debemos destacar que esta materia está invariablemente ligada al principio de beneficencia. Y en este último, el más autorizado a cristalizarlo o al menos a representarlo no es precisamente el paciente.

La aplicación estricta de la autonomía de la voluntad vulnera las garantías de los propios médicos ya que cualquier decisión que haya que tomar sobre un tratamiento o intervención no requeriría ya de su consentimiento. Basta observar cuantas personas no sólo se auto diagnostican enfermedades, sino que se prescriben su propia medicación. U otras tantas veces en que deciden poner fin al tratamiento porque consideran que ya están sanados. Así, la actuación del profesional se ha visto reducida a una sugerencia casi mecánica porque el paciente decidirá finalmente si la sigue o no.

Indudablemente, los particulares tenemos el derecho de elegir lo que consideramos mejor para nosotros. Sin embargo, también debemos reconocer que esa decisión, reflejo claro de nuestra autonomía individual, está condicionada y constreñida por factores externos que no siempre somos capaces de reconocer. Antecedentes como nuestra educación, experiencia, situación económica, vulnerabilidad a la publicidad y a la persuasión retórica determinan necesariamente nuestras decisiones al nivel de lograr incluso confundirlas. La autonomía de la voluntad es así en esta área un principio bastante imperfecto; por eso creo que Kant no lo veía en general como un hecho cierto, sino más bien como un objetivo siempre deseable de alcanzar, pero jamás logrado.

El otro tema que orienta la *responsabilidad médica* fundada en la relación médico-paciente es la exacerbación del bienestar inmediato y de la existencia humana.

Hoy en día se venera al límite de lo absurdo la imagen del cuerpo y su apariencia. Famosas y admiradas celebridades nos han demostrado con entusiasmo que la belleza física merece cualquier tipo de aberración. Sin embargo, un poco más acá, solemos experimentar un comportamiento bastante cercano.



Quizás algunos no compartimos la necesidad de alterar nuestra imagen, pero sí de evitar a toda costa, por ejemplo, sentir dolor. El sufrimiento es una experiencia que ya no estamos dispuestos a tolerar, y renunciar a nuestra dicha física o psíquica no es hoy una opción.

La intolerancia al dolor y la percepción de la muerte como un evento casi impresentable, han guiado definitivamente los actos médicos.⁷ Se percibe como un mal actuar profesional el hecho de sentir dolor, sobre todo cuando esperamos no hacerlo.

Así, cada vez que sufrimos física o psíquicamente estamos dispuestos a reprochar el acto médico sin reparar que se trata de una respuesta biológica que, a veces, sólo puede ser mitigada. Tampoco dudamos en criticar al profesional si no logra preservar la vida del paciente, olvidando por completo que la gente también se muere.

Sin embargo, estas angustias no son eventos que debamos atribuir al mal accionar médico. Por el contrario, es una tensión que produce nuestro propio carácter. Vemos así que estos temas no son propios de la medicina, sino de la antropología y de nuestra percepción de la vida, la muerte y el dolor.

La combinación de estos dos antecedentes (la autonomía de la voluntad y la necesidad de bienestar inmediato) que orientan la relación médico-paciente, nos llevan a los reales temas que de verdad ilustran la *responsabilidad médica*.

La comunión de estos factores fue también analizado a propósito de la eutanasia por Ronald Dworkin en su libro "El Dominio de la Vida". Señala el autor que para analizar el derecho a morir es preciso distinguir tres cuestiones sobre la muerte: la autonomía de la voluntad, los mejores intereses del paciente y el valor intrínseco de la vida.⁸

Repara también el autor la excesiva extensión del principio de la autonomía de la voluntad cuando

los médicos y familiares, por ejemplo, se enfrentan a la satisfacción del deseo de quien alguna vez comentó su decisión de elegir morir frente a determinadas circunstancias. Señala que no obstante haber expresado claramente su voluntad de morir, para que los terceros respeten esa decisión deben considerar si la personalidad total del paciente o su tradición de vida corroboran esa decisión. Es decir, más que considerar su voluntad, quizás clara y expresamente formulada, para ayudarlo a morir deben evaluar si mientras vivía constataron que esa es efectivamente su voluntad.

Vivimos nuestras vidas a la sombra de la muerte -señala el Filósofo- pero también morimos a la sombra de nuestras vidas.

Esta situación podemos observarla con bastante frecuencia en nuestras Cortes de Apelaciones. Con fecha 22 de Agosto de 1995, la I. Corte de Apelaciones de Rancagua hizo lugar al recurso de protección presentado por el Director Ejecutivo Interino de la Fundación de Salud El Teniente en beneficio de un Testigo de Jehová que se oponía a una transfusión de sangre. Atendido el precario estado de salud del particular, resultado de un elevado grado de anemia asociado a un daño pulmonar difuso severo, esa intervención era la única posibilidad de salvar su vida.

Sin embargo, antes de ingresar al Establecimiento Asistencial, el amparado suscribió una "Directriz/Exoneración Médica por Anticipado" donde manifestaba su deseo de que no se le hagan transfusiones de sangre (sangre completa, glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas ni plasma sanguíneo) en ningún caso, aunque los médicos las consideren necesarias para salvarle la vida. La Corte falló a favor del Recurrente y el Testigo de Jehová fue "condenado" a someterse a la necesaria transfusión de sangre para ver preservada su salud y vida.⁹

Este caso fue largamente discutido en el curso puesto que comprende un conflicto cierto y evidente de derechos y garantías constitucionales. Pero no obstante nuestras opiniones personales, vemos con claridad que la exacerbación del principio de autonomía de la voluntad pugna definitivamente con el principio de beneficencia, donde los médicos son los principales deudores.

En cuanto a la segunda cuestión, los mejores intereses del paciente, el Filósofo señala que la disposición y deseo a morir que manifiesta un particular debe ser evaluado acertadamente por terceros. Así, aquel que se opone a la eutanasia porque considera que es un mal morir, piensa que el particular no sabe cuáles son sus mejores intereses, y que él sí conoce qué es lo mejor para él. Este argumento, que denomina paternalista, nos devuelve a la contemplación antropológica de la vida, la muerte y el dolor.

Si consideramos que sufrir es nefasto y que morir es además un mal innecesario, estamos revelando un juicio antropológico de nuestra existencia. Vemos nuevamente así que estamos invitando temas que no le empecen a la medicina como ciencia, pero que sí suelen terciar en lo que denominamos *responsabilidad médica*.

Finalmente, Dworkin señala que es preciso atender, también a propósito de la eutanasia, el valor intrínseco de la vida. No quiero extenderme mucho en este punto ya que, como podrán imaginar, amerita un libro aparte. Sin embargo, sí procede señalar que el valor de la vida es un asunto que no puede ser observado con prescindencia de antecedentes culturales, personales y sociales. Por ejemplo, señala el autor, muchos piensan que es indigno, o negativo de alguna manera, vivir bajo ciertas condiciones; o bien, que es degradante convertirse en alguien totalmente dependiente o convertirse en motivo de angustia continuada.

El valor que cada particular le asigna a su vida y a la mejor forma de vivirla incide directamente en la responsabilidad médica; por ejemplo, cuando un paciente decide someterse a una cirugía plástica voluntaria porque siente que su felicidad depende de su apariencia física. No quiero emitir juicios de valor ni menos reproches sobre este tema ya que estimo es ámbito del libre albedrío de cada uno (nuevamente nos enfrentamos al principio de la autonomía de la voluntad), pero sí que perturba seriamente nuestro tema.

Si un paciente se somete a una cirugía electiva y no queda conforme con su nueva apariencia, me cuesta encontrar el límite entre un acto médico deficiente y el resultado que esperaba el interesado.

Finalmente, a propósito del valor intrínseco de la vida, estudiamos el fallo de la I. Corte de Apelaciones de San Miguel de fecha 3 de Abril de 1995 al Recurso de Protección interpuesto por el Director de Gendarmería de Chile. Motivó ese proceso la decisión de dos procesados en prisión preventiva de suturarse los labios para alentar y respaldar su huelga de hambre. En esa oportunidad los señores ministros resolvieron que personal de Gendarmería de Chile debían, aún por la fuerza de ser necesario, remover quirúrgicamente los puntos que fijaban los labios de los procesados e instar por su alimentación.

En este caso no hay médicos involucrados. Sin embargo, muestra con claridad que los elementos que informan la relación médico-paciente se mezclan de tal manera que desprenden de su núcleo una serie de aristas que sí la ilustran. Por eso comenzamos este artículo señalando que la *responsabilidad médica* no es un tema que se agote en sí mismo, sino una colección de asuntos y juicios que necesariamente se vinculan con el central, si es que logramos descubrir uno central.

PALABRAS FINALES

Podemos ver que la relación médico-paciente, aquella que funda la responsabilidad médica, está compuesta por factores y contingencias que poca relación tienen con la ciencia médica. Esta paradójica y particular situación es precisamente la que impide ver con claridad el real contenido del título.

En estas líneas he querido sintetizar, en un primer intento, las materias que vimos en el curso de responsabilidad médica. En el segundo, informar que cada vez que nos enfrentemos al deber de evaluar una actuación médica debemos concentrarnos en aislarla y sustraerla de las variables que la confunden.

No quiero decir con esto que nunca veremos un caso de dolo o culpa en un acto médico; pero sí que debemos saber reconocerlo. Su concepto más depurado creo es el siguiente: *la culpa del médico puede manifestarse en su ignorancia, impericia, imprevisión, abandono u otras formas de imprudencia, negligencia o descuido.*

Finalmente, señalemos que la relación médico-paciente se fundamenta en el necesario diálogo entre ambos, donde el primero ha de ser claro en lo que puede lograr; y el segundo, en lo que puede recibir. Nuestro deber como abogados es entonces lograr encontrar ese límite.

¹ Dr. Gonzalo Grebe Barros. Simposio Responsabilidad Médica efectuado en la Universidad del Desarrollo y publicado en la tercera edición de su revista "Actualidad Jurídica" en Enero del 2001.

² Colegio Médico de Chile A.G. Documentos de Ética Médica. Santiago, 1982, página 3.

³ Ya lo dijimos, el sistema de estudio es inductivo.

⁴ Cada vez que leo este artículo no deja de sorprenderme y causarme cierta curiosidad su inciso segundo: "Iguales penas se aplicarán al dueño de animales feroces que, por descuido culpable de su parte, causaren mal a las personas". No sé si el legislador quiso asimilar la conducta de los médicos a la de los animales feroces, a viceversa.

⁵ Dr. Enrique Acvorski Opazo, Presidente del Colegio Médico de Chile en su ponencia del Simposio detallado en la primera cita.

⁶ Ob. Cit. 5.

⁷ *Ibid.* Cit. 01.

⁸ No obstante que Dworkin se refiere a estos tres puntos a propósito de la eutanasia; creo que sus contenidos son perfectamente aplicables a la responsabilidad médica, como concepto más general.

⁹ Revista Fallos de Mes Nº443. Página 1378 y siguientes.