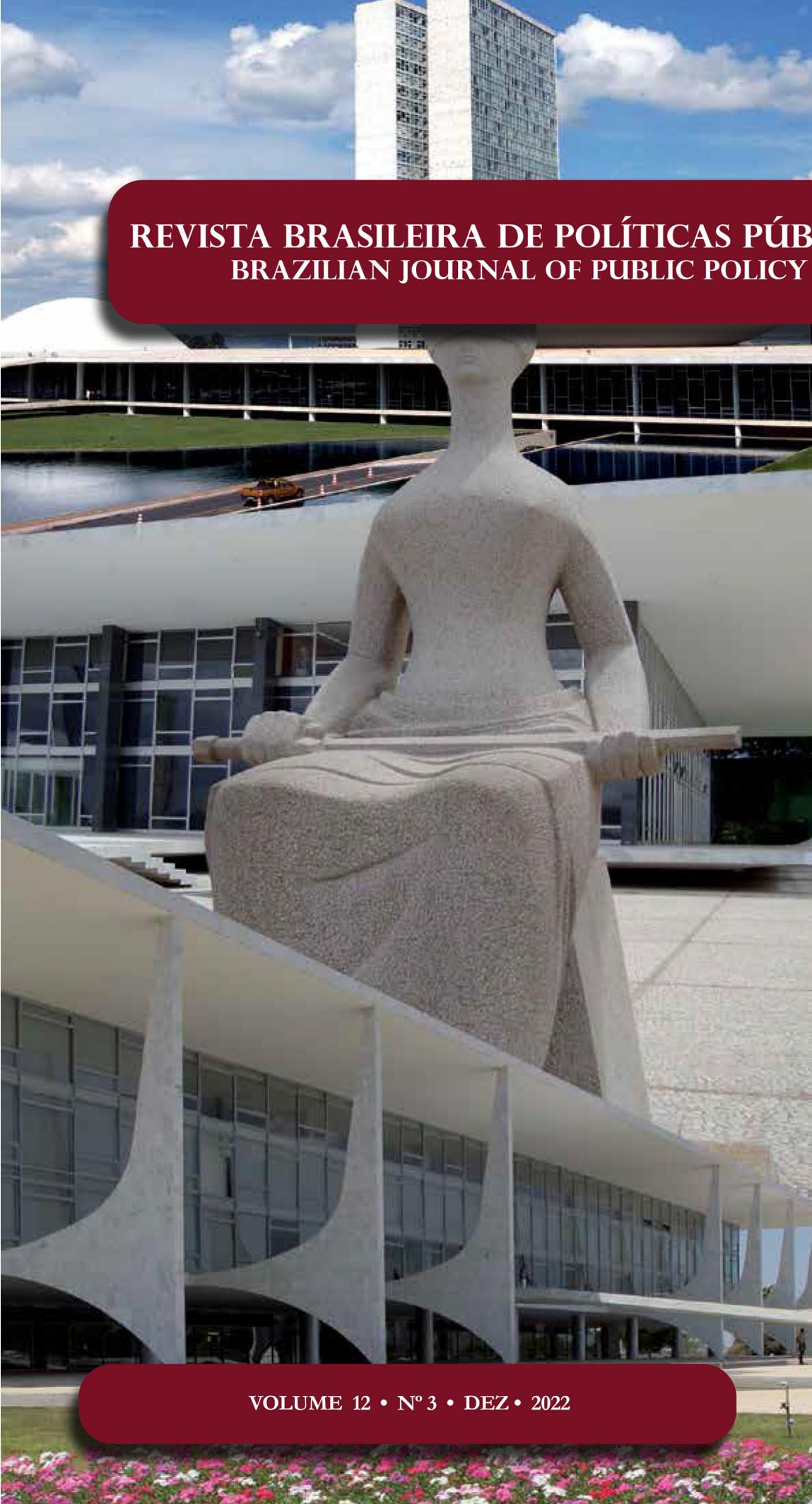


The logo for CEUB (Centro de Estudos Urbanos e Regionais) is displayed in a stylized white font on a dark red background. The letters 'C', 'E', 'U', and 'B' are interconnected, with the 'U' and 'B' having a distinctive shape.

EDUCAÇÃO SUPERIOR

ISSN 2236-1677

The cover features a large photograph of a modern architectural complex. In the foreground, a large, light-colored stone statue of a seated woman is prominent. Behind it, a long, low building with a series of white, curved, cantilevered balconies or walkways extends across the frame. In the background, a tall, multi-story glass skyscraper rises against a blue sky with scattered white clouds. A body of water is visible between the statue and the building. The overall scene is bright and clear.

**REVISTA BRASILEIRA DE POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**BRAZILIAN JOURNAL OF PUBLIC POLICY**

**Hacia la concreción del derecho a  
la información sanitaria en Chile**

**Towards the specification of the  
right to health information in  
Chile**

Juliana Salome Diaz Pantoja

VOLUME 12 • Nº 3 • DEZ • 2022

# Sumário

|   |            |
|---|------------|
| <b>POLÍTICAS PÚBLICAS, DESENVOLVIMENTO E JUSTIÇA .....</b>  | <b>17</b>  |
| <b>OS DONOS DO PODER: A PERTURBADORA ATUALIDADE DE RAYMUNDO FAORO .....</b>   | <b>19</b>  |
| Luís Roberto Barroso  |            |
| <b>EVIDÊNCIAS DE CICLOS POLÍTICOS OPORTUNISTAS E PARTIDÁRIOS NOS GASTOS SOCIAIS E SEUS EFEITOS NO DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO LOCAL.....</b>   | <b>35</b>  |
| Daiane Pias Machado, Maria Nazaré Oliveira Wyse, Marco Aurélio Gomes Barbosa e Ana Paula Capuano da Cruz  |            |
| <b>PERCEPÇÕES SOBRE O ACESSO À INFORMAÇÃO E A CORRUPÇÃO NA GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL: OS DOIS LADOS DA MESMA MOEDA .....</b>   | <b>59</b>  |
| Suélem Viana Macedo, Josiel Lopes Valadares, Wanderson de Almeida Mendes e Marconi Silva Miranda  |            |
| <b>O ESTADO SOCIAL E O PAPEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ALCANCE DA JUSTIÇA SOCIAL.....</b>   | <b>83</b>  |
| Oswaldo Ferreira de Carvalho  |            |
| <b>ORÇAMENTO UNIFICADO NACIONAL: UMA PROPOSTA DE SUPERAÇÃO DA DIVISÃO ENTRE UNIÃO COMO EMISSORA E ENTES SUBNACIONAIS COMO USUÁRIOS DA MOEDA ESTATAL .....</b>                             | <b>108</b> |
| Julio Cesar de Aguiar   |            |
| <b>POLÍTICAS PÚBLICAS EM TECNOLOGIA .....</b>   | <b>131</b> |
| <b>INTRODUCTION OF DIGITAL PLATFORMS TO STATE AND MUNICIPAL ADMINISTRATION: OPPORTUNITIES FOR REGULATION AND TRANSFORMATION OF SOCIAL SERVICES FOR THE POPULATION .....</b>               | <b>133</b> |
| Dmitriy Nakisbaev e Natalia Dugalich  |            |
| <b>O PRINCÍPIO DA PUBLICIDADE DOS ATOS PROCESSUAIS E AS NOVAS REGRAS DE PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS NO BRASIL .....</b>  | <b>145</b> |
| Devilson da Rocha Sousa e Bianca Amorim Bulzico   |            |
| <b>OS MEIOS DE COMUNICAÇÃO NO BRASIL E O PARADIGMA DA ACELERAÇÃO CONTEMPORÂNEA: O PAPEL DAS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO E O SURGIMENTO DAS FORÇAS CONTRA HEGEMÔNICAS.....</b> | <b>162</b> |
| Bruno Mello Corrêa de Barros Beuron e Thiago Antônio Beuron Corrêa de Barros  |            |
| <b>FAKE NEWS, DISCURSOS DE ÓDIO E ATIVISMO DIGITAL: MOVIMENTOS SOCIAIS DE DESMONETIZAÇÃO, DESAFIOS JURÍDICOS E REFLEXÕES SOBRE O CASE SLEEPING GIANTS BRASIL</b>                          | <b>180</b> |
| Hígor Lameira Gasparetto, Frederico Thaddeu Pedroso e Rafael Santos de Oliveira   |            |

|  |            |
|--|------------|
| <b>POLÍTICAS PÚBLICAS EM MATÉRIA ALIMENTAR.....</b>  | <b>199</b> |
| <b>APLICAÇÃO DE INSIGHTS COMPORTAMENTAIS NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS:<br/>ROTULAÇÃO DE ALIMENTOS COM SUBSTÂNCIAS CANCERÍGENAS.....</b>                             | <b>201</b> |
| Benjamin Miranda Tabak e Guilherme dos Santos Araújo   |            |
| <b>UMA INVESTIGAÇÃO SOBRE OS PROJETOS DE LEI DE COMBATE AO DESPERDÍCIO DE ALIMENTOS NO<br/>BRASIL .....</b>  | <b>227</b> |
| Bruna Laís Ojeda Cruz, Adriano Marcos Rodrigues Figueiredo, Mayra Batista Bitencourt Fagundes e Paula da Silva Santos  |            |
| <b>POLÍTICAS PÚBLICAS EM EDUCAÇÃO.....</b>   | <b>253</b> |
| <b>THE STUDENT MOVEMENT 2011 AND FREE EDUCATION POLICY IN CHILE (2017) .....</b>   | <b>255</b> |
| Alejandro Olivares, Camila Carrasco e Victor Tricot  |            |
| <b>POLÍTICA, ADMINISTRAÇÃO E DIREITO EDUCACIONAL: NOÇÕES DE HOLISMO, PLURALIDADE E<br/>DEMOCRACIA NA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO AMBIENTAL.....</b>                      | <b>275</b> |
| Rhuan Filipe Montenegro dos Reis, Marcelo Rodrigues dos Reis e Patricia Peregrino Montenegro   |            |
| <b>POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE.....</b>  | <b>298</b> |
| <b>HACIA LA CONCRECIÓN DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA EN CHILE.....</b>  | <b>300</b> |
| Juliana Salome Diaz Pantoja  |            |
| <b>AS PARCERIAS PARA O DESENVOLVIMENTO PRODUTIVO E AS DOENÇAS TROPICAIS<br/>NEGLIGENCIADAS.....</b>  | <b>322</b> |
| Marcos Vinício Chein Feres e Alan Rossi Silva  |            |
| <b>ANÁLISE MORAL INSTITUCIONAL DE UMA INJUSTIÇA GLOBAL: O CASO DO ACESSO A MEDICAMENTOS<br/>ANTIRRETROVIRAIS NO SUL GLOBAL .....</b>                                       | <b>355</b> |
| Ademar Pozzatti e Lucas Silva de Souza   |            |
| <b>A GOVERNANÇA MULTINÍVEL E O CONTROLE EXTERNO EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO<br/>ÂMBITO LOCAL: A POSSIBILIDADE INDUTORA DOS PARECERES DO TRIBUNAL DE CONTAS .....</b> | <b>387</b> |
| Betieli da Rosa Sauzem Machado e Ricardo Hermany   |            |
| <b>POLÍTICAS PÚBLICAS EM SANEAMENTO .....</b>  | <b>415</b> |
| <b>A REMUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA NA FRANÇA: EXEMPLO PARA O<br/>BRASIL?.....</b>  | <b>417</b> |
| Patrícia Albuquerque Vieira e Tarin Cristino Frota Mont'Alverne  |            |

|   |            |
|---|------------|
| <b>CAPACIDADES INSTITUCIONAIS PARA A UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO AO SANEAMENTO BÁSICO</b> .437<br>Juliana Maria de Araújo, Marco Aurélio Marques Ferreira e Tiago Carneiro da Rocha |            |
| <b>POLÍTICA PÚBLICA URBANA</b> .....  | <b>463</b> |
| <b>O MUNICÍPIO E A POLÍTICA URBANA: O FEDERALISMO SIMÉTRICO EM XEQUE</b> .....  | <b>465</b> |
| Angela Moulin S. Penalva Santos   |            |
| <b>SAMISAKE PROGRAM IS IMPROVING THE ECONOMIC CAPABILITIES OF URBAN POOR IN BENGKULU CITY, INDONESIA</b> .....  | <b>489</b> |
| Sugeng Suharto  |            |
| <b>POLÍTICAS PÚBLICAS AMBIENTAIS</b> .....  | <b>512</b> |
| <b>EL SISTEMA DE COMERCIO DE EMISIONES DEL ACUERDO DE PARÍS Y EL CARBONO AZUL</b> .....   | <b>514</b> |
| Alberto Olivares  |            |
| <b>OMISSÃO DO ESTADO BRASILEIRO E O ROMPIMENTO DE BARRAGENS DE MINERAÇÃO</b> .....  | <b>538</b> |
| Marcos Ribeiro Botelho e Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela  |            |
| <b>POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS A GRUPOS MINORITÁRIOS</b> .....  | <b>556</b> |
| <b>DECOMPONDO AS DESIGUALDADES SALARIAIS DE GÊNERO: EVIDÊNCIAS PARA BRASIL E COLÔMBIA</b> .....   | <b>558</b> |
| Solange de Cassia Inforzato de Souza, Magno Rogério Gomes e Nadja Simone Menezes Nery de Oliveira   |            |
| <b>O PAPEL DA EMPRESA PARA ASSEGURAR OS DIREITOS DA PERSONALIDADE DOS REFUGIADOS POR MEIO DO TRABALHO DECENTE: FUNÇÃO SOCIAL, COMPLIANCE E OS DESAFIOS PARA CONTRATAÇÃO</b> ..... | <b>579</b> |
| Leda Maria Messias da Silva e René Dutra Teixeira   |            |
| <b>PRETOGLOBALIZAÇÃO: UMA NARRATIVA CONTRA HEGEMÔNICA DAS GLOBALIZAÇÕES E O UNIVERSALISMO EURO-AMERICANO</b> .....  | <b>599</b> |
| Arménio Alberto Rodrigues da Roda e Augusto Checue Chaimite   |            |
| <b>OUTROS TEMAS</b> .....   | <b>614</b> |
| <b>LOS PUEBLOS INDÍGENAS COMO SUJETOS DE DERECHO INTERNACIONAL Y ANTE LOS ESTADOS NACIONALES</b> .....  | <b>616</b> |
| Juan Jorge Faundes  |            |
| <b>EL CAMPO POLÍTICO DE LAS JUVENTUDES EN COLOMBIA EN ÉPOCA DE PANDEMIA</b> .....   | <b>646</b> |
| Holmedo Peláez Grisales e Lina Marcela Estrada Jaramillo  |            |

**EFFECTS OF CORPORATIZATION ON THE FINANCIAL PERFORMANCE OF NON-FINANCIAL STATE-OWNED ENTERPRISES IN LATIN AMERICA BETWEEN 1999 AND 2018 .....666**  
Martha Liliana Arias-Bello, Mauricio Gómez-Villegas e Oscar Andrés Espinosa Acuña

**A GARANTIA DA IGUALDADE NOS NEGÓCIOS JURÍDICOS PROCESSUAIS E A APLICAÇÃO DO CONTROLE DE VALIDADE PELO JUIZ .....689**  
Francisco Luciano Lima Rodrigues, Nilsiton Rodrigues Andrade Aragão e Bruno Costa Bastos

# Hacia la concreción del derecho a la información sanitaria en Chile\*

## Towards the specification of the right to health information in Chile

Juliana Salome Diaz Pantoja\*\*

### Resumen

A partir del método dogmático y el uso de la técnica de análisis documental, este trabajo tiene por objetivo analizar el alcance de los criterios que permiten determinar cuándo la información sanitaria se ha proporcionado de forma “adecuada” en el ordenamiento jurídico chileno. En este contexto, se establece como hipótesis que aun cuando la normativa incorpora los criterios que orientan el deber de entregar la información sanitaria, resulta indispensable analizar cuál es la extensión de cada uno de ellos, brindando claridad sobre el momento en que se debe proporcionar la información (oportuna), la forma como se ha de poner a disposición de los pacientes (comprensible), el contenido de la misma (veracidad) y la intensidad con la que debe ser proporcionada (suficiencia). A partir del estudio realizado, se permite concluir que el derecho a la información sanitaria solo puede ser garantizada a partir de la construcción dialógica entre médico-paciente durante todo el *iter* asistencial, siendo esencial derribar las barreras originadas en factores etarios, lingüísticas, culturales y formales. Adicionalmente, se exige considerar que la intensidad de la información, depende, no solo del tipo de prestación otorgado -medicina curativa y voluntaria-, sino también de las particularidades del paciente, advirtiendo que no siendo insuficiente tampoco debe ser excesiva.

**Palabras clave:** Derecho a la información sanitaria; autodeterminación del paciente; estándares del derecho a la información sanitaria.

### Abstract

Based on the dogmatic method and the use of the documentary analysis technique, the purpose of this paper is to analyze the scope of the criteria that allow determining when health information has been “adequately” provided in the Chilean legal system. In this context, it is hypothesized that even when the regulations incorporate the criteria that guide the duty to provide health information, it is essential to analyze the extent of each of them, providing clarity on the time when the information must be provided (timely), the way it must be made available to patients (understandable), the content of the information (truthfulness) and the intensity with which it must be provided (sufficiency). From the study carried out, it can be concluded that the right to health information can only be guaranteed from the dialogic construction

\* Autora convidada

\*\* Investigadora y docente del Instituto de Ciencias Sociales de la Universidad de O'Higgins (Ch.). Doctora en Derecho de la Universidad de Talca (Ch.). Magíster en Derecho mención Derecho Familia de la Universidad de Talca (Ch.). Abogada de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad de Nariño (Col). E-mail: [juliana.diaz@uoh.cl](mailto:juliana.diaz@uoh.cl). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5213-2262>.

between doctor-patient during the whole care process, being essential to break down the barriers originated in age, linguistic, cultural and formal factors. In addition, it is necessary to consider that the intensity of the information depends not only on the type of service provided - curative and voluntary medicine - but also on the particularities of the patient, noting that while it is not insufficient, it should not be excessive either.

**Keywords:** Right to health information; patient self-determination; standards of the right to health information.

## 1 Introducción

En el ámbito sanitario se ha transitado desde una relación paternalista hacia una relación que reconoce la autonomía del paciente. Efectivamente, dicha autonomía se consolida como principio rector de las relaciones clínico-asistenciales<sup>1</sup>, guiado a romper la verticalidad paternalista, pero que exige también una mirada relacional con los principios de no maleficencia, beneficencia y justicia<sup>2</sup>.

En este contexto, se yerguen dos deberes principales del personal sanitario: en primer lugar, el deber de entregar información adecuada al paciente; y, en segundo término, el deber de solicitar la autorización de este, de generar el denominado consentimiento informado<sup>3</sup>. Deberes que, en definitiva, constituyen el presupuesto esencial de la *lex artis* para llevar a cabo toda actividad médica. Tales deberes se traducen, desde la perspectiva de los pacientes, en derechos.

Considerando que el derecho a la información sanitaria, es el presupuesto esencial para el consentimiento informado, el objetivo de la presente es analizar su contenido y alcance. En este sentido, se advierte como hipótesis que, aunque se ha avanzado en la consolidación de criterios que permiten determinar cuando la información sanitaria se proporciona de forma adecuada, resulta fundamental analizar cuál es la extensión de cada uno de ellos, brindando claridad sobre el momento en que se debe proporcionar la información (oportuna), la forma como se ha de poner a disposición de los pacientes (comprensible), el contenido de la misma (veracidad) y la intensidad con la que debe ser proporcionada (suficiencia).

De tal manera, esta investigación plantea como valor original el análisis profundo del derecho a la información sanitaria, que permita aportar mayor claridad sobre el momento, la forma y la intensidad con la que se debe proporcionar la información sanitaria. Consecuentemente, la investigación busca otorgar mayor efecto útil al derecho a la autodeterminación de los pacientes.

La metodología empleada es la clásica de las ciencias jurídicas: el método dogmático jurídico que consiste en “explicar el orden jurídico tal como es, pero al mismo tiempo lo complementa y lo desarrolla al hacerlo más inteligible”<sup>4</sup>, por tanto, no está dirigido a encontrar relaciones de causalidad que es propio del método

<sup>1</sup> En este sentido, DE LA MAZA, Íñigo. Consentimiento informado, un poco de realismo. *Revista de Derecho*. Valdivia, v. 30, n. 2, pág. 111-131, 2017, p. 113-114, afirma que la autonomía del paciente constituye actualmente el paradigma que domina la actividad médica.

<sup>2</sup> La fundamentación exclusiva del modelo en la autonomía no se justifica o reclama, ni siquiera desde la perspectiva del propio paciente, que sigue esperando que sus médicos le ayuden a tomar decisiones, le recomienden, le sugieren, le expliquen y le acompañen, aunque respetando su autonomía última para aceptar o rechazar una intervención (SIMÓN, Pablo. Diez mitos en torno al consentimiento informado. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Pamplona, v. 29, n. 2, pág. 29-40, 2006, p. 33-34). También PUYOL, Ángel. Hay bioética más allá de la autonomía. *Revista de Bioética y Derecho*. Barcelona, No. 25, pág. 220-223, 2015, p. 223, advierte que, frente a los desafíos presentes en un mundo globalizado, biotecnificado y socioeconómicamente desigual como en el que vivimos, no es posible olvidar que la indispensable protección de la autonomía del enfermo requiere la reivindicación de los principios de beneficencia, justicia y ausencia de maleficencia.

<sup>3</sup> DE LA MAZA, Íñigo. Consentimiento informado, un poco de realismo. *Revista de Derecho*. Valdivia, v. 30, n. 2, pág. 111-131, 2017, p. 115; DE LA MAZA, Íñigo. Consentimiento informado, una visión panorámica. *Ius et Praxis*. Talca, v. 16, n. 2, pág. 89-120, 2010, p. 96; FIGUEROA, Gonzalo. *Derecho civil de la persona. Del genoma al nacimiento*. Santiago: Editorial Jurídica de Chile, 2010.

<sup>4</sup> CORRAL, Hernán. *Cómo hacer una tesis en derecho - Curso de metodología de la investigación Jurídica*. Santiago: Editorial jurídica de Chile, 2008, p. 58.

empírico. Para estos efectos el método dogmático será descompuesto en empleo de los sub-métodos sistemático y analítico.

La técnica de investigación empleada es la documental, consistente en la recopilación y análisis de fuentes primarias y secundarias -documentos doctrinarios, legislativos, jurisprudenciales y registro de discusiones.

Para lograr el objetivo planteado, hemos dividido esta investigación en 3 acápite. En un primer apartado se analiza el fundamento del derecho a la información sanitaria, en su doble vertiente (positiva y negativa). En un segundo apartado se analizan la extensión de cada uno de los criterios que permiten calificar como “adecuada” la información sanitaria proporcionada. Finalmente, se presentan algunos comentarios finales.

## 2 La doble vertiente del derecho a la información sanitaria

El derecho a la información sanitaria es la premisa inicial para que el consentimiento del paciente sea válido, en tanto, una información adecuada permita decidir libremente. Este derecho a la información del paciente se justifica precisamente por la existencia de asimetrías informativas en su relación con el personal sanitario, derivado de la existencia de diferencias significativas en la cantidad de información relevante que manejan las partes<sup>5</sup>.

En el ordenamiento jurídico chileno la Ley sobre derechos y deberes del paciente No 20.584 consagra este derecho en la relación sanitaria, exigible tanto frente a prestadores individuales, como a los prestadores institucionales<sup>6</sup>. Esta información sanitaria puede agruparse según su objetivo en: 1) información diagnóstica y terapéutica relativa a los datos sobre posible diagnóstico, las alternativas de tratamiento, los riesgos probables de la intervención y el pronóstico esperado (artículos 8-a, 10, 11-c y d); 2) Información sobre la identidad de quien realizará los tratamientos médicos, incluyendo la función que desempeñan dentro de la estructura jerárquica del equipo que brinda la atención sanitaria (artículos 9, 11-a); 3) Información sobre previsión, aranceles, procedimiento de cobro y, en general cualquier información sobre el acceso a la atención sanitaria (artículos 8-b; 11); 4) Información sobre el cuidado posterior al término de la hospitalización relativa al periodo del tratamiento, diagnóstico de ingreso y de alta, indicaciones a seguir (artículo 11)<sup>7</sup>.

Adicionalmente, la Ley No 20.584 explicita los criterios que permiten determinar cuando la información proporcionada al paciente es adecuada y conforme a la *lex artis*, debiendo ser: a) oportuna, b) comprensible, c) veraz y d) suficiente (artículos 8 y 9).

A mayor abundamiento, debemos considerar que el derecho de información reclama otra vertiente que se materializa en la posibilidad de su renuncia -la cual se considera legítima respecto del ejercicio del derecho, más no de su titularidad-, que en todo caso debe generarse de forma clara, expresa y voluntaria<sup>8</sup>. Sin embargo, el ejercicio de esta voluntad de no ser informado puede ser limitado por el interés de otras personas o de la colectividad

<sup>5</sup> DE LA MAZA, Íñigo. Consentimiento informado, una visión panorámica. *Ius et Praxis*. Talca, v. 16, n. 2, pág. 89-120, 2010, p. 97; CÁCERES, Rubén. *Lecciones preliminares de la responsabilidad civil médica. Teoría y práctica*. Chile: Editorial Hammurabi, 2020, p. 31; VIDAL, Álvaro. *Responsabilidad civil médica*. Chile: Der Ediciones, 2018, p. 47; BARROS, Enrique. *Tratado de responsabilidad extracontractual*. Santiago de Chile: Jurídica de Chile, 2006, p. 663.

<sup>6</sup> CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE CHILE. Ley que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ley No. 20.584, Diario Oficial de Chile, del 24 de abril 2012.

<sup>7</sup> VARAS, Ignacio. Una revisión del contenido de los deberes de información al paciente y de obtención del consentimiento informado en la relación jurídica entre un médico y su paciente. Tesis Universidad de Chile. Santiago, 2019, p. 16.

<sup>8</sup> CALAHORRANO, Edison. El derecho al consentimiento informado de las personas mayores en el ámbito de salud. Estándares desde el derecho internacional de los derechos humanos. *Estudios Constitucionales*. Talca, v. 19, n. 1, pág. 4-33, 2021, p. 12; REYNAL, Esperanza. *Consentimiento informado y responsabilidad en el ámbito sanitario*. Pamplona: Editorial Thomson Reuters Aranzandi, 2017, p. 91; HERREROS, Benjamín; MORENO, Beatriz; PACHO, Eloy; REAL, Diego; ROA, Ricardo; VALENTÍN, Emanuele. Terminología en bioética clínica. *Revista Médica del IMSS*. México D.F., v. 53, n. 6, pág. 750-76, 2015, p. 753.

Ciertamente, es en virtud del derecho de autodeterminación que se reconoce la voluntad de los pacientes de no ser informados<sup>9</sup>, como muestra del respeto de su fuero íntimo cuando consideren que el ejercicio negativo del derecho de información les permite evitar la angustia que les pueda provocar el conocimiento sobre su diagnóstico. Este ejercicio negativo del derecho de información constituye, por tanto, otra causal justificante del personal sanitario<sup>10</sup>.

El tratamiento legal del derecho a no ser informado en Chile estaba incorporado en el proyecto de la Ley No. 20.584, que en su artículo 10 prescribía el derecho de todo paciente mayor de 14 años a manifestar por escrito su voluntad de no ser informada sobre su propio estado de salud, exceptuando las situaciones en que se exija la protección de la vida de otra persona o por razones de orden sanitario, disposición que según consta en la historia de la Ley, fue suprimida por las Comisiones Unidas<sup>11</sup>.

Sin embargo, el Código de Ética Médica de Chile en su artículo 24, inciso final, reconoce que “[l]a voluntad del paciente de no ser informado, o la de delegar en otra persona la información, deberá ser respetada”<sup>12</sup>. Circunstancia que avala entonces esta vertiente negativa del derecho a ser informado, que frente al silencio de la Ley No. 20.584, reconoce que la fuerza de la autodeterminación del paciente permite también el desconocimiento de su estado de salud como respeto a su fuero íntimo<sup>13</sup>.

<sup>9</sup> Verbigracia, el artículo 10.2 del Convenio de Oviedo de 1997 que estipula “toda persona tendrá derecho a conocer toda la información obtenida respecto de su salud. No obstante, deberá respetarse la voluntad de una persona a no ser informada”. Similar situación acontece con el artículo 2.1 de la Ley catalana 21/2000 sobre “los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y documentación clínica” reconoce, junto con el derecho de los pacientes a conocer toda la información obtenida sobre la propia salud, que se respete -en su caso- la voluntad de no ser informados. También se contempla por el Código Civil de Cataluña en su artículo 212-1.1. En Francia el artículo L. 1111-2 del *Code de la santé publique* establece el deber de respetar la voluntad de una persona de no ser informada sobre el diagnóstico o pronóstico de una enfermedad, excepto cuando otras personas corren el riesgo de su transmisión. En Italia, el artículo 3 de la Legge No. 219 de 2017 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento” contempla el derecho del paciente a no recibir información total o parcialmente, así como la posibilidad de indicar a una persona de confianza o familiar para recibirla en su nombre, si así lo desea. En Argentina, el literal F del artículo 2 de la Ley No. 26529 sobre “Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado”, consagra que “el derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información”. Circunstancia que se encuentra regulada por el literal f del artículo 2 del Decreto 1089 de 2012, que establece que el paciente mayor de edad y capaz, deberá dejar asentada su voluntad de ejercer su derecho de no recibir información en la historia clínica. No obstante, se limita tal derecho cuando esté en riesgo la integridad física o la vida de otras personas por causas de salud pública (PODER EJECUTIVO NACIONAL DE CHILE, DECRETO 1089, BOLETÍN NACIONAL. Decreto que aprueba la reglamentación de la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, del 06 de julio de 2012).

<sup>10</sup> LEIGHTON, Guillermo. Derecho de información al paciente. Alcances prácticos comentario de la sentencia de la Corte Suprema de fecha 29 de diciembre de 2017. *Derecho Público Iberoamericano*. Santiago, v. 12, pág. 175-203, 2018, p. 197. Por su parte, BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS James. *Principios de ética médica*. Barcelona: Editorial Masson, 2002, p. 154, afirman que el consentimiento que se obtiene de un paciente que renuncia a recibir la información sanitaria es válido, aunque no informado. No obstante, advierten la existencia del peligro del abuso de los pacientes que renuncian a recibir la información sanitaria en ciertos ambientes médicos en los que se puede abreviar o excluir el proceso de consentimiento por conveniencia.

<sup>11</sup> BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL. Historia de la Ley No. 20584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 2018, p. 450. Disponible em: [https://www.bcn.cl/historiadelailey/fileadmin/file\\_ley/4579/HLD\\_4579\\_37a6259cc0c1dae299a7866489dff0bd.pdf](https://www.bcn.cl/historiadelailey/fileadmin/file_ley/4579/HLD_4579_37a6259cc0c1dae299a7866489dff0bd.pdf) Acceso em: 05 nov. 2022.

<sup>12</sup> COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G. Código de ética. 2019. Artículo 24. Disponible em: [http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/12/codigo-de-etica\\_FINAL.pdf](http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/12/codigo-de-etica_FINAL.pdf) Acceso em: 05 nov. 2022.

<sup>13</sup> En este sentido, PIZARRO, Carlos. En oposición al consentimiento hipotético informado. *Revista de Derecho*. Valparaíso, v. 44, pág. 97-120, 2015, p. 100, considera que “el paciente podría negarse a conocer la información, lo que debería respetarse por el médico, a menos que exista riesgo de contagio a terceros”.

### 3 Criterios para determinar cómo adecuada la información proporcionada

Una vez considerada la relevancia del derecho a la información sanitaria, procedemos a continuación a verificar los criterios que permiten determinar cuándo la información proporcionada al paciente es adecuada y conforme a la *lex artis*. Así, en virtud de los artículos 8 y 19 de la Ley No 20.584, la información requiere ser: a) oportuna, b) comprensible, c) veraz y d) suficiente, siendo la transmisión del riesgo de la intervención correctamente ejecutada uno de sus efectos más importantes<sup>14</sup>.

#### 3.1 Información oportuna en el transcurso del *iter asistencial*

La entrega de la información es *oportuna* en la medida que se proporciona al paciente de forma previa a la intervención, con una antelación suficiente que le permita una adecuada valoración y ponderación de los beneficios y riesgos, asegurando, en definitiva, que el paciente tenga la oportunidad legítima de considerar todas las opciones apropiadas, incluida la posibilidad de acudir a un especialista o centro distinto<sup>15</sup>. A fin de garantizar el espacio temporal en el que el paciente pueda reflexionar y decidir libremente sobre los procedimientos sanitarios, algunos ordenamientos jurídicos establecen un plazo mínimo de antelación entre la información y la realización del procedimiento -siempre que no sea urgente<sup>16</sup>, situación que no se advierte en Chile.

Adicionalmente, una información oportuna no se agota en un solo acto, sino que debe generarse de forma gradual y continuada a lo largo del todo el *iter* asistencial, extendiéndose incluso a las consecuencias postoperatorias y cuidados posteriores. La información que se debe suministrar es, por tanto, de tracto sucesivo o de ejecución continuada, lo que obliga al médico a informar cada cierto tiempo, incluso cuando no existan novedades en el estado de salud<sup>17</sup>. Se reitera entonces, que la entrega de la información no podrá considerarse oportuna si la misma se proporciona una vez se hayan generado los efectos de la intervención<sup>18</sup>.

<sup>14</sup> PARRA, Darío. La responsabilidad civil del médico en la medicina curativa. Tesis. Universidad Carlos III, Madrid, 2014, p. 138; DE LA MAZA, Íñigo. Consentimiento informado, una visión panorámica. *Ius et Praxis*. Talca, v. 16, n. 2, pág. 89-120, 2010, p. 96. Al respecto, PIZARRO, Carlos. Actualidad del deber de informar en Chile. *Revista médica de Chile*. Santiago, v. 146, n. 8, pág. 909-912, 2018, p. 910-911, comenta que “si el riesgo se verifica y el paciente ha sido informado de su posible ocurrencia, el médico queda liberado de toda responsabilidad, siendo el riesgo nada más que una circunstancia aciaga, un efecto desgraciado de la intervención, sin que haya reproche a la *lex artis* médica”.

<sup>15</sup> COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES. *The State of Knowledge on Medical Assistance in Dying for Mature Minors*. Ottawa: Council of Canadian Academies, 2018, p. 48.

<sup>16</sup> Así sucede verbigracia con el artículo 43.9 de la Ley 10/2014 de la Comunidad autónoma de Valencia, enfática en establecer que “[l]a información previa al consentimiento se facilitará con la antelación suficiente y, en todo caso, *al menos veinticuatro horas antes del procedimiento correspondiente*, siempre que no se trate de actividades urgentes. En ningún caso se dará información al paciente cuando esté adormecido ni con sus facultades mentales alteradas, ni tampoco cuando se encuentre ya dentro del quirófano o la sala donde se practicará el acto médico o el diagnóstico”. Similar situación se advierte en el artículo 25.3 del Decreto 30/2012 sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica del País Vasco, que consagra “[l]a persona encargada de facilitar la información será el o la profesional sanitaria que prescriba la intervención y sea responsable de la asistencia, sin perjuicio de que quien practique la intervención o aplique el procedimiento pueda ayudar a aclarar los extremos que le conciernen. Se facilitará con antelación suficiente, y en todo caso, *al menos 24 horas antes del procedimiento correspondiente*, siempre que no se trate de actividades urgentes”. Cursiva fuera del texto. Por su parte, el artículo 43.1 de Ley 3/2009 de derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región Murcia, exige que la información sea ofrecida al paciente con la suficiente antelación, aunque no especifica un plazo mínimo (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA. Ley de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia, Ley No. 3/2009, del 20 de mayo de 2009).

<sup>17</sup> BLANCO, Lourdes. *La carga de la prueba por omisión de información al paciente*. Madrid: Editorial Marcial Pons, 2013, p. 54.

<sup>18</sup> CALAHORRANO, Edison. El derecho al consentimiento informado de las personas mayores en el ámbito de salud. Estándares desde el derecho internacional de los derechos humanos. *Estudios Constitucionales*. Talca, v. 19, n. 1, pág. 4-33, 2021, p. 15; LÓPEZ,

Como corolario resulta claro que son varios los momentos en los que se ha de proporcionar la información, como advierte<sup>19</sup>, ello se verifica: a) de forma previa a cualquier procedimiento, debiendo proporcionarse de modo directo a los pacientes plenamente conscientes o a sus representantes legales -limitado frente a situaciones de urgencia vital- b) durante la evolución de la intervención de la salud considerando precisamente que la enfermedad es un estado en constante evolución y c) al finalizar el procedimiento médico, especialmente frente a pacientes que hayan requerido ser hospitalizados, de conformidad a lo dispuesto por el artículo 11 de Ley No. 20.584 y el artículo 7 del Decreto 31 de 2012 del Ministerio de Salud<sup>20</sup>.

### **3.2 Información comprensible: la necesidad de derribar las barreras en el proceso comunicativo médico-paciente**

La información *comprensible* requiere, a su vez, que la transmisión de la información se efectúe atendiendo a las condiciones socioculturales y psicológicas de los pacientes, de forma tal que se evite el uso excesivo de tecnicismos, empleando términos y lenguaje asequibles y comprensibles, que faciliten al paciente la interiorización de la información entregada<sup>21</sup>.

Cobra frente a este componente, especial relevancia el criterio etario, puesto que no constituyéndose en un criterio de exclusión de la titularidad del derecho a la información, sí deviene en una especial exigencia para el personal sanitario encargado de transmitir la información.

Particularmente, tratándose de NNA, la Observación General No. 12 del Comité de los Derechos del Niño/a<sup>22</sup> establece que se debe incluir a los NNA –abarcándose también los más pequeños- en los procesos de decisiones relacionadas con su salud, conforme a la evolución de sus facultades. Así se precisa que la transmisión de la información sobre los tratamientos sanitarios que se propongan, los riesgos, y posibles resultados deba suministrarse de manera apropiada y accesible, esto es, adaptando y modulando la información a las condiciones intelectivas y volitivas del NNA<sup>23</sup>. En similar sentido, pero refiriéndose a la entrega de información de los adultos mayores, la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores -CIDHPM- en su artículo 11 señala que la información debe proporcio-

---

Marcelo. *La Responsabilidad Civil Médica. Responsabilidad de sanatorios y hospitales en el nuevo Código Civil y Comercial derecho Comparado*. Buenos Aires: BdeF, 2018, p. 101-112; DE LA MAZA, Íñigo. Consentimiento informado, un poco de realismo. *Revista de Derecho*. Valdivia, v. 30, n. 2, pág. 111-131, 2017, p. 115-118.

<sup>19</sup> LEIGHTON, Guillermo. Derecho de información al paciente. Alcances prácticos comentario de la sentencia de la Corte Suprema de fecha 29 de diciembre de 2017. *Derecho Público Iberoamericano*. Santiago, v. 12, pág. 175-203, 2018, p. 195.

<sup>20</sup> MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES. Decreto que aprueba reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud, Decreto No. 31, Diario Oficial de Chile, del 26 de noviembre 2012. El artículo 11 de la Ley No. 20.584 dispone que “[t]oda persona tendrá derecho a recibir, por parte del médico tratante, una vez finalizada su hospitalización, un informe legible que, a lo menos, deberá contener: a) la identificación de la persona y del profesional que actuó como tratante principal; b) el período de tratamiento; c) una información comprensible acerca del diagnóstico de ingreso y de alta, con sus respectivas fechas, y los resultados más relevantes de exámenes y procedimientos efectuados que sean pertinentes al diagnóstico e indicaciones a seguir, y d) una lista de los medicamentos y dosis suministrados durante el tratamiento y de aquellos prescritos en la receta médica”. Similar situación dispone el artículo 7 del Decreto No. 31 de 2012 del Ministerio de Salud.

<sup>21</sup> Además del uso de lenguaje sencillo y libre de tecnicismos, DELGADO, David. *Responsabilidad Médica. Daño moral Consentimiento informado*. Santiago: Editorial Jurídica Aremi, 2016, p. 182-184, advierte la necesidad de considerar la importancia de disponer de entornos adecuados que aseguren la tranquilidad y privacidad al momento de informar al paciente. En el mismo sentido, CÁCERES, Rubén. *Lecciones preliminares de la responsabilidad civil médica. Teoría y práctica*. Chile: Editorial Hammurabi, 2020, p. 312.

<sup>22</sup> COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO/A. Observación General No. 12 El derecho del niño a ser escuchado, 2009, párr. 98-104.

<sup>23</sup> DÍAZ, Juliana. El derecho a ser oído de la infancia y la adolescencia y el debido proceso. ¿Una etapa esencial en los procesos de familia? En Illanes, Alejandra; Vidal, Álvaro (Dir.). *Estudios de derecho de familia V*. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2021, p. 281-292.

narse de forma adaptada a la situación del paciente, utilizando un lenguaje sencillo y sin sesgos discriminatorios, en definitiva, debe generarse de conformidad con la identidad cultural, el nivel educativo y necesidades de comunicación de la persona mayor<sup>24</sup>.

En este contexto, el literal a del artículo 5 de la Ley No. 20.584, establece el deber del personal sanitario de velar por el uso de lenguaje adecuado e inteligible durante la atención sanitaria, incluyendo expresamente el derecho de aquellos pacientes que adolezcan de alguna discapacidad o no tengan dominio cabal del idioma castellano a recibir la información necesaria y comprensible a través de un funcionario de la misma institución o con la colaboración de un tercero designado por la persona atendida<sup>25</sup>. Tal circunstancia es supremamente relevante en tanto prevé y solventa -aunque de forma parcial-<sup>26</sup> las barreras del lenguaje que afectan de manera particular a las personas migrantes y comunidades étnicas minoritarias<sup>27</sup>.

Otra de las barreras que se presentan en el proceso comunicativo médico-paciente se deriva de las diferencias culturales. Tal circunstancia exige el reconocimiento de la heterogeneidad de los pacientes como una característica compleja que opera tanto dentro como fuera de los grupos<sup>28</sup>. En efecto, el proceso a través del cual se otorga la información sanitaria no puede generarse al margen de las diferencias culturales e individuales del paciente. Tal circunstancia exige alejarnos del denominado “imperialismo ético” a través del cual se otorga una mayor preponderancia a conceptos éticos -considerados como universales- frente a las diferencias culturales, así como también una preeminencia de los aspectos culturales sobre las diferencias personales que conlleva a conductas estereotipadas<sup>29</sup>.

Junto a las barreras derivadas de la edad, lenguaje y cultura<sup>30</sup>, otra barrera común en el proceso comunicativo es precisamente la forma en la que se pone a disposición de los pacientes la información, pues en la

<sup>24</sup> Haciendo hincapié en la necesidad del diálogo de fuentes (LUCERO, Jairo. El juez multinivel y la transversalidad de garantías. Un acercamiento a los escenarios fácticos en América y Europa. *Opinión Jurídica*. Medellín, v. 20, n. 41, pág. 71-99, 2021, p. 79-ss.) que permite, en este caso, adaptar la información proporcionada a las especificidades de la persona mayor (como advierte CALAHORRANO, Edison. La planificación anticipada del cuidado en salud: alternativa de regulación para Chile desde el derecho comparado y la Convención Interamericana para la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. *Revista de Derecho Privado*. Bogotá, vol. 40, pág. 201-233, 2021, p. 206). En el mismo sentido, SALVAT, Juan. ¿Cómo debe dar la información el sanitario? En Sanz, Nieves (Coord.), *Relevancia jurídica del consentimiento informado en la práctica sanitaria: responsabilidades civiles y penales*. Granada: Editorial Comares, 2012, p. 16.

<sup>25</sup> Al efecto, como lo plantean CAMPOS y CARTES, diversas son los factores que contribuyeron al nacimiento del Facilitador intercultural internacional como figura que pretende hacer frente a los obstáculos que genera la barrera idiomática y cultural de los migrantes en Chile, entre ellas: el contexto político, la voluntad institucional, la visibilidad mediática de algunos casos de vulnerabilidad hacia población migrante, los cambios sociodemográficos de la población migrante, entre otros. CAMPOS, Valeria; CARTES-VELÁSQUEZ, Ricardo. Facilitador Intercultural Sordo en salud para Chile: Análisis de la agenda política a propósito de la Política de Salud de Migrantes Internacionales. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 12, n. 2, pág. 98-125, 2022.

<sup>26</sup> Precisamente es frente a la posibilidad de acudir a un tercero que permita la transmisión de la información que COLLAZOS, Francisco. Intervención. En Fundació Víctor Grifols i Lucas (Ed.). *Consentimiento informado y diversidad cultural*. Barcelona: FVGL, 2008, p. 43, cuestión “[h]asta qué punto este nuevo actor en el encuentro médico (no están reconocidos oficialmente como personal sanitario, la mayoría de las veces no forman parte del personal del hospital o del centro donde se solicita su intervención, no hay tampoco un reconocimiento académico oficial que recoja cómo ha de diseñarse su currículo o que delimite cuáles son sus competencias ni el código ético al que deben ceñirse) está capacitado para cumplir con la delicada misión de “informar” adecuadamente al paciente. Estamos, actualmente, haciendo depositarios de una información altamente sensible, la referida a la salud, a personas que se mueven en ese vacío ético y, digamos, legal. Las consecuencias derivadas de esta indefinición son fácilmente imaginables”.

<sup>27</sup> En este sentido, COCANOUR, Christine. Informed consent—It’s more than a signature on a piece of paper. *The American Journal of Surgery*. Birmingham, v. 214, n. 6, pág. 993–997, 2017, p. 14-15, advierte que tanto el lenguaje como la cultura se erigen en las barreras más comunes en el proceso comunicativo entre los pacientes y el personal sanitario. Y es precisamente en aras de mejorar los procesos asociados a los quiebres comunicativos que The Federal Government -Department of Justice a través de la Executive Order 13166 establece que los servicios cultural y lingüísticamente apropiados en el cuidado de la salud son un estándar del Departamento de Salud y Servicios Humanos, exigiendo la asistencia con el idioma del paciente.

<sup>28</sup> PIERCE, Betty. The origin and nature of informed consent: Experiences among vulnerable groups. *Journal of Professional Nursing*. Salt Lake City, v. 15, n. 5, pág. 281–287, 1999, p. 286.

<sup>29</sup> DAVIS, Anne. Variaciones Sobre un mismo valor. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas, Consentimiento informado y diversidad cultural*. Barcelona, n. 15, 2008, p. 14-15.

<sup>30</sup> Barreras que se intensificaron durante la crisis sanitaria generada con el Covid 19, tal como lo expone TOBÓN, Mary Luz. Las limitaciones a los derechos de los grupos vulnerables y los sujetos de especial protección durante la pandemia. *Revista Brasileira de*

*praxis*: a) suele generarse a través de formularios genéricos -los que no son ni ética ni legalmente aceptables-; b) se proporciona por profesionales distintos a quienes intervienen en el procedimiento sanitario, y c) su función primordial es la de resguardar al médico frente a las posibles demandas. Esa práctica desvirtúa la finalidad de la obligación de informar que se impone al facultativo, transformándolo en una mera formalidad, en un trámite burocrático estandarizado y, en definitiva, en un instrumento de medicina defensiva<sup>31</sup>.

En este sentido, la sentencia Rol No. 5396-2014 de la Corte de apelaciones de Santiago admite la insuficiencia del deber de información cuando se genera a través de formularios genéricos, los que advierte resultan no idóneos para tener por cumplido este deber de informar. En efecto, en su considerando cuarto establece que:

(...) el mentado documento carece de la aptitud necesaria para liberar a los demandados de la responsabilidad que se les imputa en este sentido, desde que, si bien su contenido aparece redactado en los términos (...) que podrían calificarse de suficientes, lo cierto es que por sí solo resulta inidóneo para tener por cumplida la obligación de información que pesa sobre los demandados. En efecto y sin desconocer el mal congénito del demandante, la cirugía a que fue sometido por su naturaleza, requiere de explicaciones detalladas, precisas, serias y fundadas, especialmente, sobre los probables resultados de la misma, tanto los esperados positivamente como aquellos eventuales y posiblemente negativos en la situación del paciente (...). En fin, el deber de informar al paciente, debe entenderse satisfecho únicamente si se demuestra que éste ha tomado conocimiento de los resultados relevantes seguros en condiciones normales; de los riesgos personales probables a que se enfrenta, estos últimos según el avance de la ciencia de que se trate; de la experticia del profesional que practicará la intervención conforme sus experiencias anteriores y de las contraindicaciones predeterminadas y probables<sup>32</sup>.

Así mismo la sentencia Rol No. 4281-2017 de la Corte de apelaciones de Santiago advierte que la sola firma de la paciente sobre un formulario genérico no puede equivaler a “una verdadera manifestación de la voluntad de la afectada en orden a que se le proporcionaron todos los antecedentes que la ley exige para consentir verdaderamente en la intervención, con todos los riesgos asociados que conllevaba” (considerando decimoséptimo)<sup>33</sup>.

Por todo ello, para lograr un adecuado cumplimiento del deber de información se requiere que, independientemente que la misma se realice por escrito, deba hacerse también de forma verbal y personalizada, adaptada a las circunstancias particulares de cada caso, pues como advierte Correa, “en rigor, la mera información de lo que se sabe o piensa desantropologiza la relación, pues se establece una relación de dominio. Solo el diálogo otorga verdadera fecundidad a la información”<sup>34</sup>.

En efecto, reconociendo que el personal sanitario es poseedor del conocimiento objetivo, externo, científico y técnico de la enfermedad, no se debe pasar por alto que el paciente posee también algo insustituible, esto es, el conocimiento subjetivo e interno de la enfermedad, el dolor, las expectativas de curación y muerte, de su propia definición de lo que es su beneficio, que no se limita por una narrativa simplemente personal, sino que constituye la clave para entender los valores sociales y culturales que, en una determinada sociedad,

*Políticas Públicas, Brasilia*, v. 11, n. 3. pág. 529-548, 2021, p. 536 y ss.

<sup>31</sup> SÁNCHEZ, José; CAMBIL, Jacobo; VILLEGAS, Mercedes; LUQUE, Francisco. El consentimiento informado no es solo un documento. ¿Conocemos su significado? *Journal of Healthcare Quality Research*. Alcorcon, v. 34, n. 6, pág. 331-332, 2019, p. 331; REYNAL, Esperanza. *Consentimiento informado y responsabilidad en el ámbito sanitario*. Pamplona: Editorial Thomson Reuters Aranzandi, 2017, p. 127; PARRA, Darío. La obligación de informar al paciente. Cuestiones sobre el derecho a ser informado. *Revista Médica de Chile*. Santiago, v. 134, pág. 1578-1583, 2013, p. 1581-1582; BLANCO, Lourdes. *La carga de la prueba por omisión de información al paciente*. Madrid: Editorial Marcial Pons, 2013, p. 69; SALVAT, Juan. ¿Cómo debe dar la información el sanitario? En Sanz, Nieves (Coord.), *Relevancia jurídica del consentimiento informado en la práctica sanitaria: responsabilidades civiles y penales*. Granada: Editorial Comares, 2012, p. 22.

<sup>32</sup> CORTE DE APELACIONES DE SANTIAGO CHILE. Cristóbal Tienken Fernández con Clínica Las Condes S.A. Rol No. 5396-2014. Recurso de Apelación- Indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual.

<sup>33</sup> CORTE DE APELACIONES DE SANTIAGO. Morales con Clínica Alemana de Santiago S.A. Recurso de casación formal y recurso de apelación, Rol No. 4281-2017, considerando decimoséptimo.

<sup>34</sup> CORREA, Eduardo. *Ética y humanidad en la medicina actual*. Santiago: Editorial Universitaria, 1993, p. 46.

se generan sobre la salud y la enfermedad<sup>35</sup>. Son, en definitiva, sujetos que, aunque separados científica y técnicamente, se sitúan desde el punto de vista moral en el mismo nivel<sup>36</sup>.

Tal circunstancia, evidencia que el derecho a la información sanitaria se garantiza a partir de una construcción dialógica en todo el *iter asistencial*. Ello exige que el personal sanitario se ponga a disposición del paciente para escuchar al paciente, para ampliar la información otorgada y resolver los diversos cuestionamientos que se tengan sobre el tratamiento<sup>37</sup>, lo cual permite dotar de *efecto útil* este derecho de información y a la postre, la concreción de la autodeterminación del paciente.

Vinculado con la forma en que ha de ponerse a disposición del paciente la información, la Ley No 20.584 prescribe la regla general de su transmisión verbal, estableciendo de modo expreso las situaciones en las que se requiere que ello se genere de manera escrita. En este sentido, el artículo 14 dispone que frente a las intervenciones quirúrgicas o procedimientos de carácter invasivo y que conlleven un riesgo relevante y conocido para el paciente, tanto la información misma, su entrega y la aceptación o rechazo por parte del paciente, debe constar por escrito en su ficha clínica. A mayor abundamiento, el Decreto 31 de 2012 del Ministerio de Salud en su artículo 2, inciso tercero, establece que la información por parte del médico debe entregarse en forma escrita en situaciones de intervenciones quirúrgicas y procedimientos invasivos y que conlleven un riesgo relevante.

En este sentido, se pronuncia la Corte de apelaciones de Santiago en sentencia Rol No. 4281-2017, en la que además de reiterar la falta de idoneidad del documento de consentimiento informado para acreditar como cumplido el deber de información que exige el artículo 10, inciso primero de la Ley 20.584, advierte que frente a intervenciones quirúrgicas invasivas la información debe entregarse de forma escrita. La Corte establece que el documento de consentimiento informado:

(...) no acredita por sí mismo que efectivamente se dio a la paciente la información que exige la norma (...); tanto porque se trata de un documento que emana de la propia parte que lo hace valer en su favor, cuanto porque aun si se le asignare mérito probatorio, no aparece de su tenor que se haya dado una explicación comprensible por la paciente, exenta de tecnicismos propios de la profesión médica, explicándole claramente las alternativas de tratamiento disponibles y especialmente de los riesgos involucrados en la operación (...); por último, porque de haberse entregado dicha información fue puramente verbal y no escrita, como se exige cuando se trata de procedimientos quirúrgicos invasivos, como el de la especie. Y con todo, el documento escrito e impreso por la propia clínica y que se agregó a continuación de la ficha clínica, firmado por la actora, no cumple tampoco las exigencias legales y reglamentarias antes indicadas (considerando decimosexto)<sup>38</sup>.

<sup>35</sup> LINARES, Jorge. Prologo. En Martínez, Víctor (Coord.), *Consentimiento Informado. Fundamentos y problemas de su aplicación práctica*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2017, p. XII. En este sentido, BERG, Jessica; APPELBAUM, Paul; GRISSE, Thomas. Constructing competence: formulating standards of legal competence to make medical decisions. *Rutgers Law Review*. New Jersey, n. 48, pág. 345-396, 1996, p. 346, advierten que el principio de autonomía requiere otorgar al paciente un rol en el proceso de decisión en el que se debe reconocer que “although physicians have technical expertise, patients have an essential knowledge of their own subjective values and are the best judges of their own interests”.

<sup>36</sup> SÁNCHEZ, José; CÁMBIL, Jacobo; VILLEGAS, Mercedes; LUQUE, Francisco. El consentimiento informado no es solo un documento. ¿Conocemos su significado? *Journal of Healthcare Quality Research*. Alcorcon, v. 34, n. 6, pág. 331-332, 2019, p. 332.

<sup>37</sup> VIDAL, Álvaro. *Responsabilidad civil médica*. Chile: Der Ediciones, 2018, p. 57; BLANCO, Lourdes. *La carga de la prueba por omisión de información al paciente*. Madrid: Editorial Marcial Pons, 2013, p. 71. Así, DE MONTALVO, Federico. *Menores de edad y consentimiento informado*. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2019, p. 111, reconoce que “el proceso de información no debe ser entendido como un acto de transmisión de conocimiento, sino como un proceso de acercamiento a la verdad desde la situación psicológica concreta del sujeto”. También VIDAL, Álvaro. *Responsabilidad civil médica*. Chile: Der Ediciones, 2018, p. 46-47, advierte que siendo el deber de información un proceso complejo y recíproco entre el médico y el paciente, se desprende a su vez un deber de cooperación en la que el paciente debe informar al médico “sobre los males que lo aquejan y sus antecedentes o preexistencias. La observancia de este deber de cooperación para el paciente es fundamental para un adecuado ejercicio de la actividad del médico y también para una correcta anamnesis”.

<sup>38</sup> CORTE DE APELACIONES DE SANTIAGO. Morales con Clínica Alemana de Santiago S.A. Recurso de casación formal y recurso de apelación, Rol No. 4281-2017.

Ahora bien, la obligación del facultativo de anotar en la ficha clínica del paciente que se informó sobre las cuestiones vinculadas al procedimiento y que el paciente entiende la información suministrada, no se limita a las situaciones de grave riesgo, pues este deber se desprende de la *lex artis* que irradia a toda atención sanitaria<sup>39</sup>. Así también lo establece el artículo 3 del Decreto Reglamentario No. 41 de 2012 que consagra que cuando el personal sanitario transmita la información de forma verbal, debe dejar constancia en la respectiva ficha clínica del hecho de haberla proporcionado<sup>40</sup>.

### 3.3 Información Veraz. Entre la veracidad y la prudencia

Adicionalmente, la información debe ser *veraz*, cuestión que se vincula con el contenido de esta, entendiendo que la información que el facultativo proporciona debe ajustarse a la realidad como condición necesaria para la generación de confianza en la relación médico-paciente<sup>41</sup>. De esta forma, el artículo 12 del Código de Ética Médica dispone que “[e]l médico debe obrar siempre con honradez y buena fe. No ha de afirmar o negar con falsedad, hacer citas inexactas o tendenciosas, ni hacer certificaciones falsas”<sup>42</sup>.

Sin embargo, el ejercicio de la *praxis* médica requiere también una cierta prudencia en la comunicación de la información sanitaria, como afirma De la Maza, la información debe ser *humanitariamente proporcionada*<sup>43</sup>, especialmente frente aquellos diagnósticos que debido a su gravedad puedan generar un impacto negativo en la salud del paciente.

Así lo proponen una serie de códigos de ética médica que establecen la necesidad de proporcionar la información con mesura, empleando expresiones moderadas, con delicadeza, atendiendo a la sensibilidad y reacción de los pacientes<sup>44</sup>. También el Código de Ética Médica de Chile, en el inciso tercero del artículo 24, establece que “[t]oda información que a juicio del médico pudiere causar sufrimiento grave al paciente, deberá ser proporcionada *con prudencia, utilizando expresiones mesuradas*”<sup>45</sup>.

Surge frente a este deber de prudencia en la transmisión de la información, la cuestión acerca de si puede, o no, constituirse en una causal de justificación para omitir la entrega de información al paciente<sup>46</sup>. Circunstancia que, atendiendo a la esencialidad del derecho de autodeterminación del paciente -considerado como primero entre iguales<sup>47</sup>, podría decantarse por reconocer que el deber de mesura puede llevar a tolerar la

<sup>39</sup> VIDAL, Álvaro. *Responsabilidad civil médica*. Chile: Der Ediciones, 2018, p. 57.

<sup>40</sup> MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES. Decreto que aprueba reglamento sobre fichas clínicas. Decreto No. 41, Diario Oficial de Chile, del 15 de diciembre 2012.

<sup>41</sup> VACAREZZA, Ricardo. De los derechos del paciente. *Revista Médica de Chile*. Santiago, v. 128, n. 12, pág. 1380-1384, 2000, p. 1381.

<sup>42</sup> COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G. Código de ética. 2019. Artículo 12. Disponible em: [http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/12/codigo-de-etica\\_FINAL.pdf](http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/12/codigo-de-etica_FINAL.pdf) Acceso em: 05 nov. 2022.

<sup>43</sup> DE LA MAZA, Íñigo. Consentimiento informado, una visión panorámica. *Ius et Praxis*. Talca, v. 16, n. 2, pág. 89-120, 2010, p. 103.

<sup>44</sup> En este sentido, el artículo 15 del Código de Deontología Médica del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España prescribe que “el médico informará al paciente de forma comprensible, con veracidad, *ponderación y prudencia*. Cuando la información incluya datos de gravedad o mal pronóstico, se esforzará en transmitirla *con delicadeza* de manera que no perjudique al paciente”. Igualmente, el Codice Di Deontologia Médica de la Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontolatri italiano incorpora en su artículo 33 la necesidad de proporcionar la información adecuada a la sensibilidad y reacción de los pacientes, al establecer “Il médico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi, in particolare in caso di prognosi gravi o infauste, senza escludere elementi di speranza”.

<sup>45</sup> COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G. Código de ética. 2019. Artículo 24. Disponible em: [http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/12/codigo-de-etica\\_FINAL.pdf](http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/12/codigo-de-etica_FINAL.pdf) Acceso em: 05 nov. 2022.

<sup>46</sup> Así se admite en el artículo 13 de la ley 19.286 o Código de ética médica del Colegio médico del Uruguay cuando establece “en los casos excepcionales en que esa información pudiese ocasionar efectos nocivos en la salud física o psíquica del paciente, podrá limitarla o retrasarla”.

<sup>47</sup> Al respecto, GILLON, Raanan. Ethics needs principles –four can encompass the rest– and respect for autonomy should be “first among equals. *Revista Journal of Medical Ethics*. London, v. 29, pág. 307-312, 2003, p. 310, considera el respeto de la autonomía “as primus inter pares —first among equals—among the four principles”.

morigeración de la información, sin que ello conduzca a una abstención total de su transmisión<sup>48</sup>. Por tanto, las limitaciones del deber de información son, por su naturaleza, excepcionales y deben ser justificadas, verbigracia, en casos de beneficio-privilegio terapéutico y urgencia vital<sup>49</sup>.

Por su parte, la figura del privilegio terapéutico<sup>50</sup> puede ser entendida como la ocultación deliberada de información por parte del profesional sanitario a un paciente, por considerar que, por sus circunstancias particulares, su conocimiento puede perturbarlo o dañarlo. Sin embargo, por los riesgos profundos que representa este privilegio para el consentimiento informado, su uso debe estar estrechamente enmarcado y el profesional debe poder demostrar la alta posibilidad de causar un daño grave al paciente<sup>51</sup>. En definitiva, el privilegio terapéutico requiere de la existencia de un riesgo cierto de daño frente al conocimiento de la información sanitaria, que debe ser mayor al riesgo de su omisión<sup>52</sup>.

Mientras que para que la urgencia del tratamiento represente una excepción al deber de informar y, en definitiva, de obtener consentimiento informado, la misma debe ser vital. Ello implica que no puedan existir dilaciones en el tratamiento sin el riesgo de ocasionar lesiones irreversibles o incluso la muerte. Cuestión que debe diferenciarse respecto de aquellas situaciones que, aun siendo de la mayor gravedad, permiten que la asistencia se aplaze hasta tanto se obtenga el consentimiento informado, no enmarcándose dentro de una urgencia de carácter imprescindible e inaplazable<sup>53</sup>.

En este marco lo consagra el inciso tercero del artículo 10 de Ley No. 20.584 que establece como excepción al deber de informar aquellas situaciones de emergencia en las que a falta de intervención inmediata e impostergable se pueda ocasionar una secuela funcional grave y/o riesgo vital. Tal circunstancia exige copulativamente que el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad y, además, no sea posible obtener el consentimiento informado de sus representantes.

<sup>48</sup> LEIGHTON, Guillermo. Derecho de información al paciente. Alcances prácticos comentario de la sentencia de la Corte Suprema de fecha 29 de diciembre de 2017. *Derecho Público Iberoamericano*. Santiago, v. 12, pág. 175-203, 2018, p. 197.

<sup>49</sup> BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS James. *Principios de ética médica*. Barcelona: Editorial Masson, 2002, p. 143, advierten varias formulaciones del privilegio terapéutico. La primera permite al médico ocultar información que pueda tener cualquier efecto anti-terapéutico, la segunda admite el ocultamiento solo ante la existencia de consecuencias graves para la salud del paciente y la tercera permite el privilegio terapéutico ante la evidencia de que dicha información puede tornar al paciente en incapaz.

<sup>50</sup> El beneficio terapéutico fue introducido por la jurisprudencia de Estados Unidos en 1972 en la causa *Canterbury vs Spence* como límite al deber de informar, al establecer que “[w]here that is so, the cases have generally held that the physician is armed with a privilege to keep the information from the patient, and we think it clear that portents of that type may justify the physician in action he deems medically warranted” COURT OF APPEALS, DISTRICT OF COLUMBIA CIRCUIT. *Canterbury v. Spence* 464 F.2d 772. D.C. Cir. 1972.

<sup>51</sup> SALVAT, Juan. ¿Cómo debe dar la información el sanitario? En Sanz, Nieves (Coord.), *Relevancia jurídica del consentimiento informado en la práctica sanitaria: responsabilidades civiles y penales*. Granada: Editorial Comares, 2012, p. 17. No es admisible, por tanto, que el personal sanitario se limite a proporcionar la información que considere arbitrariamente, desde su punto de vista, que servirá para tranquilizar al paciente u otorgarle ánimos para enfrentar el tratamiento, pues ello es propio de una actitud paternalista contraria al principio de autonomía del paciente (MARTÍNEZ, Víctor. Elementos esenciales del consentimiento informado. En Martínez, Víctor (Coord.). *Consentimiento Informado. Fundamentos y problemas de su aplicación práctica*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. p. 23-51. p. 38). Advierte además REYNAL, Esperanza. *Consentimiento informado y responsabilidad en el ámbito sanitario*. Pamplona: Editorial Thomson Reuters Aranzandi, 2017, p. 134, que tal situación debe quedar reseñada en la historia clínica del paciente, preferiblemente con la motivación y el razonamiento completo, debiendo adicionalmente informar a las personas que, por su vinculación familiar o de hecho, deban estar al corriente. En el mismo sentido, COCANOUR, Christine. Informed consent—It’s more than a signature on a piece of paper. *The American Journal of Surgery*. Birmingham, v. 214, n. 6, pág. 993–997, 2017, p. 7.

<sup>52</sup> Este complejo ejercicio de ponderación corresponde al personal sanitario, reiterando que su uso es de sumo excepcional. GRUPO DE ESTUDIOS DE ÉTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO. ¿Tiene cabida, hoy, el “privilegio terapéutico”? *Revista médica de Chile*. Santiago, v. 145, pág. 1198-1202, 2017, p. 1201-1202. Dicha circunstancia, debe analizarse profundamente en los casos de enfermedades terminales, advirtiendo que la denominada “conspiración del silencio” constituye uno de los grandes obstáculos en la generación de confianza en la relación tripartita -personal sanitario, familia, enfermo-. ORTEGA-GALÁN, Ángela; GONZÁLEZ-DE HARO, Dolores. La información sanitaria en el proceso de la muerte: ¿a quién corresponde? *Medicina Paliativa*, v 24, n. 2, pág. 83–88, 2017, p. 4.

<sup>53</sup> REYNAL, Esperanza. *Consentimiento informado y responsabilidad en el ámbito sanitario*. Pamplona: Editorial Thomson Reuters Aranzandi, 2017, p. 137; SALVAT, Juan. ¿Cómo debe dar la información el sanitario? En Sanz, Nieves (Coord.), *Relevancia jurídica del consentimiento informado en la práctica sanitaria: responsabilidades civiles y penales*. Granada: Editorial Comares, 2012, p. 20.

### 3.4 Información suficiente. Hacia la consolidación de un contenido mínimo

Analizado el requisito de veracidad que puede habilitar ciertas limitaciones frente al derecho de información, nos acercamos a uno de los contornos más difíciles de delimitar, relativo a la exigencia de *suficiencia* de la información, en otras palabras, la intensidad con la que ha de ser proporcionada. Importante es advertir que la necesidad de una información suficiente no implica un nivel de exhaustividad que produzca como resultado la saturación y/o confusión del paciente<sup>54</sup>, en definitiva, la información no puede ser insuficiente, pero tampoco excesiva<sup>55</sup>.

Por tanto, junto con el reconocimiento del derecho de los pacientes a conocer la mayor cantidad de información relevante sobre cualquier intervención sobre su salud, se ha planteado que su intensidad puede variar dependiendo del tipo de prestación otorgado -medicina curativa y voluntaria- así como de las particularidades de cada paciente<sup>56</sup>. Consecuencialmente, el nivel de información necesaria para que el paciente decida autónomamente si se somete o no a un determinado procedimiento, debe valorarse caso a caso<sup>57</sup>, pudiendo considerarse un proceso graduable en virtud de una serie de factores, más o menos objetivos.

Por su parte, los factores que podríamos catalogar como subjetivos, en tanto ponen el acento en el receptor de la información, incorporan: i) la capacidad del paciente de comprender la información y alcanzar una decisión a partir de las consecuencias de esta; ii) los deseos de información del paciente y iii) los probables efectos de la información en el paciente<sup>58</sup> –privilegio terapéutico-<sup>59</sup>. Estos factores aparecen en el artículo 10, inciso 1°, de la Ley No. 20.585 que introduce -al consagrar el derecho a ser informado- un elemento subjetivo que considera al paciente en particular de acuerdo con su edad y condición personal y emocional.

<sup>54</sup> En este sentido, BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS James. *Principios de ética médica*. Barcelona: Editorial Masson, 2002, p. 151, reconocen que “[e]l exceso en la información puede dificultar la comprensión y dar lugar, al igual que la falta de información, a decisiones no informadas”.

<sup>55</sup> SÁNCHEZ, José; CAMBIL, Jacobo; VILLEGAS, Mercedes; LUQUE, Francisco. El consentimiento informado no es solo un documento. ¿Conocemos su significado? *Journal of Healthcare Quality Research*. Alcorcon, v. 34, n. 6, pág. 331-332, 2019, p. 331; VIDAL, Álvaro. *Responsabilidad civil médica*. Chile: Der Ediciones, 2018, p. 49; DE LA MAZA, Íñigo. Consentimiento informado, una visión panorámica. *Ius et Praxis*. Talca, v. 16, n. 2, pág. 89-120, 2010, p. 102.

<sup>56</sup> REYNAL, Esperanza. *Consentimiento informado y responsabilidad en el ámbito sanitario*. Pamplona: Editorial Thomson Reuters Aranzandi, 2017, p. 76-83; DELGADO, David. *Responsabilidad Médica. Daño moral Consentimiento informado*. Santiago: Editorial Jurídica Aremi, 2016, p. 180; PARRA, Darío. *La responsabilidad civil del médico en la medicina curativa*. Tesis. Universidad Carlos III, Madrid, 2014, p. 144.

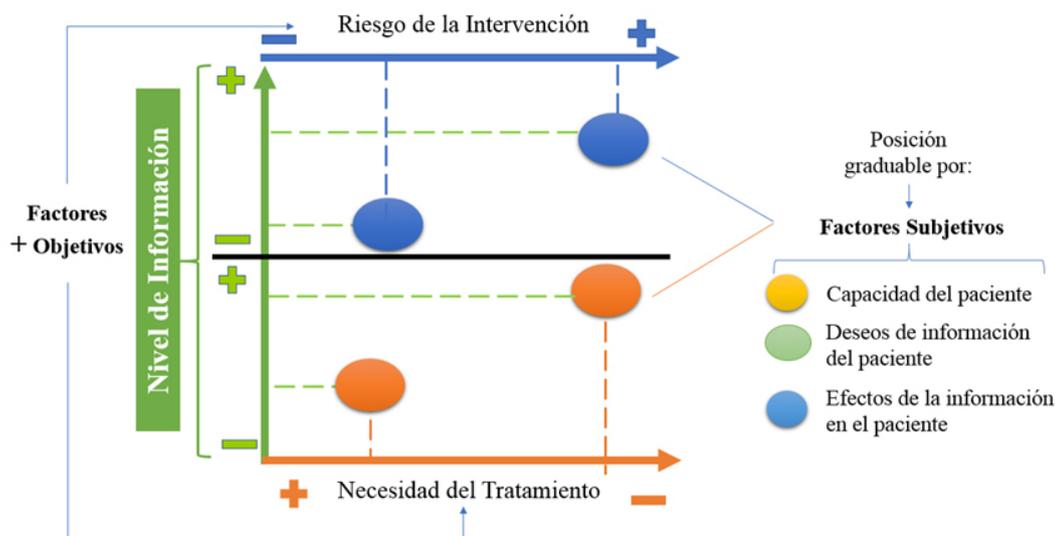
<sup>57</sup> En el *common law* se ha forjado el estándar de “paciente razonable” que exige que los profesionales de la salud proporcionen la información que una persona razonable en la posición del paciente necesitaría a efectos de adoptar una decisión sanitaria informada (COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES. *The State of Knowledge on Medical Assistance in Dying for Mature Minors*. Ottawa: Council of Canadian Academies, 2018, p. 48). La SUPREME COURT OF THE UNITED KINGDOM. *Montgomery vs Lanarkshire Health Board*, Scotland UKSC 11, 2015, párr. 87, advirtió que el grado de información que los médicos deben proporcionar a los pacientes se define a partir, ya no de lo que el consenso médico determine adecuado, sino de lo que un paciente razonable desearía conocer. Así, el fallo establece que “[t]he doctor is therefore under a duty to take reasonable care to ensure that the patient is aware of any material risks involved in any recommended treatment, and of any reasonable alternative or variant treatments. The test of materiality is whether, in the circumstances of the particular case, a reasonable person in the patient’s position would be likely to attach significance to the risk, or the doctor is or should reasonably be aware that the particular patient would be likely to attach significance to it”.

<sup>58</sup> MENDOZA, Juliana; HERRERA, Luis. El consentimiento informado en Colombia. Un análisis comparativo del proyecto de ley 24 de 2015 con el código vigente y otros códigos de ética. *Revista CES Derecho*. Medellín, v. 8, n. 1, pág. 156-171, 2017, p. 158, sostienen que, junto con la obligación de brindar información suficiente, oportuna, simple, razonable, equilibrada y clara, este nuevo componente que exige graduar la información ponderando la capacidad del paciente y el impacto psicosocial negativo, “resulta ilusorio, pues se mueve en el terreno de lo intersubjetivo y de lo muy íntimo, más aún desde la presunción de ser una obligación y responsabilidad exclusiva del médico”. Reconociendo la dificultad que resulta el brindar una adecuada información, lo cierto es que aspirar a menos, podría invitar al abuso, en ese sentido PIERCE, Betty. The origin and nature of informed consent: Experiences among vulnerable groups. *Journal of Professional Nursing*. Salt Lake City, v. 15, n. 5, pág. 281-287, 1999, p. 285, afirma que “[b]eing fully informed may in fact be impossible, but aiming any lower invites abuse. Misconduct and its imminent possibility are recurrent and alarming”.

<sup>59</sup> Considerar al respecto que los posibles efectos que la información pueda provocar al paciente se relacionan más con el lenguaje y forma en que se ha de transmitir la información, que, con la intensidad de la misma, siendo de sumo excepcional la aquiescencia del privilegio terapéutico.

Paralelamente, se deberá considerar dos factores que presentan una mayor objetividad<sup>60</sup>, iv) la necesidad del tratamiento, desde una relación inversamente proporcional, pues entre más esencial sea el tratamiento para la salud del paciente, el deber de información será, en general, menor respecto de los actos médicos no esenciales y los tratamientos de medicina voluntaria<sup>61</sup>; y vi) el nivel de riesgo, pues a mayor gravedad del riesgo del tratamiento, mayor será la intensidad del deber de información<sup>62</sup>.

**Gráfico 1. Gradualidad de la Información**



Fuente: elaboración propia.

Sin perjuicio de ello, se han establecido unos mínimos comunes que deben informarse al paciente<sup>63</sup>. En efecto, el artículo 10 de Ley No. 20.584 incorpora un contenido mínimo que abarca el “estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere”. De forma similar, el artículo 1° inciso 1° del Decreto 31 de 2012, que “aprueba el reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud” establece las materias que deben ser informadas por el profesional de la salud de la siguiente forma:

[t]odo profesional de la salud, que otorgue atención a una persona, en calidad de tratante (...) debe comunicar a su paciente, de acuerdo con los antecedentes de que dispone, la situación o condición de salud que lo afecta, su diagnóstico de la misma, los tratamientos disponibles para su recuperación o para la mejor mantención de su vida, el pronóstico previsible, el proceso previsible del postoperatorio cuando

<sup>60</sup> Si bien se precisa una mayor objetividad del vector riesgo de la intervención, no es posible olvidar que en su análisis no pueden generarse al margen de las condiciones particulares del paciente que pueden incrementar tanto las probabilidades de ocurrencia como la gravedad del riesgo (VIDAL, Álvaro. *Responsabilidad civil médica*. Chile: Der Ediciones, 2018, p. 59; DE LA MAZA, Íñigo. Consentimiento informado, una visión panorámica. *Ius et Praxis*. Talca, v. 16, n. 2, pág. 89-120, 2010, p. 107).

<sup>61</sup> En este sentido, LLAMAS, Eugenio. *Los problemas actuales de la responsabilidad civil*. Bogotá: Rama Judicial Colombia, 2011, p. 213, plantea que la “exigencia de consentimiento será tanto más rígida cuanto más nos alejemos de tal finalidad puramente curativa, llegando a ser inexcusable -incluso por disposición expresa de la Ley (...) cuando dicho objetivo desaparece”.

<sup>62</sup> BLANCO, Lourdes. *La carga de la prueba por omisión de información al paciente*. Madrid: Editorial Marcial Pons, 2013, p. 59; LLAMAS, Eugenio. *Los problemas actuales de la responsabilidad civil*. Bogotá: Rama Judicial Colombia, 2011, p. 215; MARTÍNEZ, Eva. Contenido y requisitos del consentimiento informado. Responsabilidades civiles por su incumplimiento. En Sanz, Nieves (Coord.), *Relevancia jurídica del consentimiento informado en la práctica sanitaria: responsabilidades civiles y penales*. Granada: Editorial Comares, 2012, p. 30.

<sup>63</sup> Por su parte, PARRA, Darío. La obligación de informar al paciente. Cuestiones sobre el derecho a ser informado. *Revista Médica de Chile*. Santiago, v. 134, pág. 1578-1583, 2013, p. 1580, advierte que, debe informarse la naturaleza y finalidad de la intervención, los riesgos, el pronóstico, las alternativas del tratamiento, e incluso, si los medios con que se cuenta para realizar la intervención médica son adecuados.

procediere, las posibles complicaciones o riesgos y costos personales que implican dichos tratamientos y, en general, toda situación que considere relevante para que éste tenga conocimiento de su situación, de sus posibilidades de mejoramiento y de los eventuales riesgos que corre<sup>64</sup>.

También el Código de Ética Médica en su artículo 24 establece un catálogo de circunstancias que deben ser informadas por el personal sanitario tratante, esto es, la “identidad, el área de su competencia profesional y sus límites, y el diagnóstico, alternativas de tratamiento, sus riesgos y beneficios, y el pronóstico de su enfermedad”.

Identificados estos mínimos de información sanitaria que debe ser proporcionada, particular atención genera el alcance e intensidad de la información frente a los riesgos, pues la regulación legal carece de referencia expresa frente a cuáles riesgos deben informarse y cuáles no.

Ante este silencio de la Ley, Pizarro, advierte que podríamos estar tentados a incluir todos los riesgos, sean graves o no, frecuentes o no. No obstante, advierte que tal intensidad de la carga de información podría conllevar a incrementar los costos de transacción. Por lo tanto, precisa que resulta más adecuado “limitar esos riesgos a aquellos de frecuente ocurrencia en términos estadísticos y todos los graves, pues estos últimos son los que, normalmente, determinan si el paciente acepta el tratamiento o, en cambio, continúa con su enfermedad sin intervención alguna”<sup>65</sup>.

Surge entonces una relación directamente proporcional, en la que entre mayor -grave o frecuente- es el riesgo, mayor será el nivel de intensidad de la información. Así se deja entrever en el artículo 25 del Código de Ética Médica que dispone que frente a los tratamientos que entrañen un riesgo significativo para el paciente “el médico le proporcionará información adicional de los beneficios y riesgos del mismo, con el fin de obtener su consentimiento específico, imprescindible para practicarlos”.

*Contrario sensu*, los riesgos considerados como marginales y de escasa gravedad, esto es, atípicos, se establecen como un límite al deber de informar, en tanto, pueden ocasionar una información excesiva y desproporcionada que afecte negativamente la decisión del paciente. No habiendo consenso acerca de cómo determinar cuándo un riesgo puede catalogarse como atípico, cierto es que esa calificación no depende solo del procedimiento en abstracto, sino de las condiciones particulares de cada paciente que puedan incrementar las probabilidades de ocurrencia del riesgo, así como la gravedad<sup>66</sup>.

Ciertamente, el análisis del nivel de riesgo de un determinado tratamiento o intervención sanitaria no puede generarse al margen de las condiciones particulares del paciente. En este sentido, la sentencia Rol No. 29.094-2019 de la Corte Suprema de Justicia advierte esa relación en el considerando sexto, al afirmar que:

(...) tanto la sentencia de primera instancia como la de segunda que confirmó la anterior, concluyeron que los demandados incumplieron el deber de información que les impone la ley No. 20.584, *ya que atendidas las circunstancias particulares de la paciente*—”que padecía de obesidad mórbida, con peso por mama de gran consideración, al parecer fumadora y residente en otra ciudad”, según fue consignado en el fundamento undécimo del fallo recurrido-, no se le detallaron los riesgos que podría conllevar una intervención de esa envergadura; lo cual constituye una conducta negligente de los demandados respecto de su obligación de informar en forma completa y adecuada a la paciente. *Cursiva fuera del texto*<sup>67</sup>.

<sup>64</sup> MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES. Decreto que aprueba reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud, Decreto No. 31, Diario Oficial de Chile, del 26 de noviembre 2012.

<sup>65</sup> PIZARRO, Carlos. En oposición al consentimiento hipotético informado. *Revista de Derecho*. Valparaíso, v. 44, pág. 97-120, 2015, p. 104. Concuera VERA, Oscar. El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. *Revista Médica La Paz*; La Paz, v. 22, n. 1, pág. 59-68, 2016, p. 66, cuando advierte que deben ser informados todos los riesgos graves, sean de común o escasa ocurrencia, así como los insignificantes, pero de común ocurrencia. Solo se excluyen aquellos riesgos insignificantes y de escasa ocurrencia.

<sup>66</sup> VIDAL, Álvaro. *Responsabilidad civil médica*. Chile: Der Ediciones, 2018, p. 59; DE LA MAZA, Íñigo. Consentimiento informado, una visión panorámica. *Ius et Praxis*. Talca, v. 16, n. 2, pág. 89-120, 2010, p. 107.

<sup>67</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA CHILE. Ranzinetti Cabrera Yazmin con Hospital Clínico de la Fuerza Aérea. Recurso de casación en el fondo, Rol No. 29.094-2019, considerando sexto.

La mentada sentencia advierte también que corresponderá al médico acreditar la atipicidad del riesgo no informado, cuando en su considerando décimo establece que:

(...) aun cuando se asumiera que no es deber del médico informar de todo riesgo -del momento que el art. 4° de la ley 20.584 solo impone al médico el deber de informar “de los riesgos que ello (la intervención) puede representar”-, sino solo de aquellos de mayor frecuencia o gravedad, es preciso indicar asimismo que la infrecuencia o falta de gravedad de dicho riesgo es una cuestión que debió ser acreditada por el demandado, lo que sin embargo no se dio por justificado por los sentenciadores del fondo. Luego, siendo un hecho del proceso que no se informó del peligro antes señalado a la paciente y actora, y habiéndose producido aquel, deviene en inconcusos que el demandado incurrió en una infracción a lo que dispone el citado art. 4° de la Ley No. 20.584, del momento que dicha disposición le imponía la obligación de hacerlo, sin haber demostrado en contrario que tal riesgo carecía de gravedad o no era frecuente, privando a la paciente de la información necesaria para ponderar y decidir someterse o no la intervención, de lo que sigue que -contrariamente a lo sostenido en el recurso- el demandado sí incurrió en un ilícito civil<sup>68</sup>.

Sin embargo, tal limitación al deber de informar que deviene de los riesgos atípicos se predica respecto de la medicina curativa, puesto que desde la medicina voluntaria se devela una mayor intensidad del deber de información que se relaciona con la mayor libertad de opción del paciente frente al procedimiento. Por lo tanto, en las intervenciones voluntarias se deben pormenorizar todos los resultados adversos que se puedan producir, con independencia de su frecuencia, debiéndose, en definitiva, informar tanto los riesgos típicos como los atípicos<sup>69</sup>.

Ahora bien, no obstante, en los tratamientos médicos necesarios el nivel de información requerido es, por lo general, menor al de las intervenciones de carácter voluntario, cierto es que frente al rechazo de las intervenciones médicas vitales ese nivel de información se intensifica, pues debe permitir al paciente -o sus representantes- ejercer el derecho con verdadera conciencia de las consecuencias y riesgos reales de la decisión adoptada. Así lo establece la sentencia Rol No. 89635-2016 de la Corte Suprema en el considerando noveno en el que advierte que si bien:

(...) la familia fue efectivamente informada del diagnóstico de peritonitis aguda, (...) tal información no es suficiente para considerar que aquella fue “debidamente informada”, sin que se diera cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 28 del Código de Ética Médico, según el cual, en casos de urgencia médica e impostergable, el médico actuará en conciencia, protegiendo el derecho a la vida del paciente, de forma que si bien aquel tiene autonomía para decidir, incluso para rechazar intervenciones médicas que se requieren para salvarle la vida, *sin embargo, para poder ejercer estos derechos, es imprescindible conocer las consecuencias de las propias decisiones, sólo se puede entender que se está renunciando a una intervención médica vital en ejercicio del propio derecho a la vida e integridad física cuando la persona que decide tal renuncia sabe y conoce sus implicancias de la misma*, de modo tal que un derecho ejercido a ciegas, sin conciencia, no es propiamente el ejercicio de un derecho ya que, en este caso, un paciente sin información no se encuentra en condiciones para ejercer sus derechos con verdadera conciencia, pudiéndose colegir, que en este caso el médico demandado no logró comprobar sus dichos, en el sentido que la familia hubiese sido informada de los riesgos reales de trasladar a la paciente, ni de las posibilidades de operarla en el Hospital de San Fernando (...)<sup>70</sup>.

<sup>68</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA CHILE. Ranzinetti Cabrera Yazmin con Hospital Clínico de la Fuerza Aérea. Recurso de casación en el fondo, Rol No. 29.094-2019, considerando décimo.

<sup>69</sup> REYNAL, Esperanza. *Consentimiento informado y responsabilidad en el ámbito sanitario*. Pamplona: Editorial Thomson Reuters Aranzandi, 2017, p. 81-83; BLANCO, Lourdes. *La carga de la prueba por omisión de información al paciente*. Madrid: Editorial Marcial Pons, 2013, p. 66. En este sentido, DE LA MAZA, Íñigo. Consentimiento informado, una visión panorámica. *Ius et Praxi*. Talca, v. 16, n. 2, pág. 89-120, 2010, p. 107, plantea que la necesidad de una mayor intensidad de la información deviene precisamente de la finalidad de la medicina voluntaria -estética y no terapéutica- en la que el paciente se encuentra menos dispuesto a tolerar los riesgos que quien se somete a una intervención curativa.

<sup>70</sup> CORTE SUPREMA DE CHILE. Fernando Emilio Serce Medina y otra con Servicio de Salud de O'Higgins y otros. Rol No. 89635-2016. Recurso de casación en el Fondo indemnización de perjuicios, considerando noveno.

## 4 Comentarios finales

Siendo la información sanitaria presupuesto esencial del consentimiento informado y habiéndose contemplado en la normativa chilena los criterios que permiten determinar cuándo se ha proporcionado de forma adecuada, persisten cuestiones no resueltas relacionadas con la extensión y alcance de cada uno de dichos criterios.

A partir de la investigación realizada es posible concluir que la información ha de considerarse como adecuada, cuando su transmisión ha sido *oportuna*, esto es, cuando se ha proporcionado al paciente de forma previa a la intervención, con una antelación suficiente que le permita una adecuada valoración y ponderación de los beneficios y riesgos. Debemos considerar además que la información oportuna no se agota en un solo acto, sino que debe generarse de manera gradual y continuada a lo largo del *iter asistencial*.

Adicionalmente, la información debe ser *comprensible*, esto es, atendiendo a las condiciones socioculturales y psicológicas de los pacientes, de modo tal que se evite el uso excesivo de tecnicismos. Así, este requisito exige emplear términos y lenguaje asequibles y comprensibles, que faciliten al paciente la interiorización de la información entregada, teniendo especial consideración de las barreras etarias, culturales, idiomáticas. Para lograr una comprensión en el proceso de transmisión de la información, se requiere una construcción dialógica en todo el *iter asistencial* que no se satisface a partir de la firma y suministro de formularios genéricos, los que resultan no idóneos para tener por cumplido este deber.

Además, la información veraz se vincula con el contenido de esta, entendiendo que la información que el facultativo proporciona debe ajustarse a la realidad como condición necesaria para la generación de confianza. Ello no obsta a que en el ejercicio de la *praxis* médica se requiera también una cierta prudencia en la comunicación de la información, lo que puede llevar a tolerar la morigeración de la información, sin que ello conduzca a una abstención total de su transmisión. En efecto, las limitaciones del deber de información son, por su naturaleza, excepcionales y deben ser justificadas, verbigracia, en casos de beneficio-privilegio terapéutico y urgencia vital.

Finalmente, la información debe ser suficiente, siendo uno de los contornos más difíciles de definir y se relaciona con la intensidad con la que ha de ser proporcionada. En efecto, la información no puede ser insuficiente, pero tampoco excesiva de forma tal que produzca como resultado la saturación y/o confusión del paciente.

## Referencias - Referências

### Referência de livros

- BARROS, Enrique. *Tratado de responsabilidad extracontractual*. Santiago de Chile: Jurídica de Chile, 2006.
- BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS James. *Principios de ética médica*. Barcelona: Editorial Masson, 2002.
- BLANCO, Lourdes. *La carga de la prueba por omisión de información al paciente*. Madrid: Editorial Marcial Pons, 2013.
- CÁCERES, Rubén. *Lecciones preliminares de la responsabilidad civil médica. Teoría y práctica*. Chile: Editorial Hammurabi, 2020.
- CORRAL, Hernán. *Cómo hacer una tesis en derecho - Curso de metodología de la investigación Jurídica*. Santiago: Editorial jurídica de Chile, 2008.
- CORREA, Eduardo. *Ética y humanidad en la medicina actual*. Santiago: Editorial Universitaria, 1993.

- DE MONTALVO, Federico. *Menores de edad y consentimiento informado*. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2019.
- DELGADO, David. *Responsabilidad Médica. Daño moral Consentimiento informado*. Santiago: Editorial Jurídica Aremi, 2016.
- FIGUEROA, Gonzalo. *Derecho civil de la persona. Del genoma al nacimiento*. Santiago: Editorial Jurídica de Chile, 2010.
- LLAMAS, Eugenio. *Los problemas actuales de la responsabilidad civil*. Bogotá: Rama Judicial Colombia, 2011. Disponible em: [https://www.academia.edu/29782099/PROBLEMAS\\_ACTUALES\\_DE\\_LA\\_RESPONSABILIDAD\\_CIVIL\\_pdf](https://www.academia.edu/29782099/PROBLEMAS_ACTUALES_DE_LA_RESPONSABILIDAD_CIVIL_pdf) Acceso em: 05 nov. 2022.
- LÓPEZ, Marcelo. *La Responsabilidad Civil Médica. Responsabilidad de sanatorios y hospitales en el nuevo Código Civil y Comercial derecho Comparado*. Buenos Aires: BdeF, 2018.
- REYNAL, Esperanza. *Consentimiento informado y responsabilidad en el ámbito sanitario*. Pamplona: Editorial Thomson Reuters Aranzandi, 2017.
- VIDAL, Álvaro. *Responsabilidad civil médica*. Chile: Der Ediciones, 2018.

### Referência do capítulo do livro

- COLLAZOS, Francisco. Intervención. En Fundació Víctor Grífols i Lucas (Ed.). *Consentimiento informado y diversidad cultural*. Barcelona: FVGL, 2008, p. 42-45. Disponible em: <https://www.fundaciogrifols.org/es/-/15-informed-consent-and-cultural-diversity> Acceso em: 05 nov. 2022.
- DÍAZ, Juliana. El derecho a ser oído de la infancia y la adolescencia y el debido proceso. ¿Una etapa esencial en los procesos de familia? En Illanes, Alejandra; Vidal, Álvaro (Dir.). *Estudios de derecho de familia V*. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2021, p. 281-292.
- LINARES, Jorge. Prologo. En Martínez, Víctor (Coord.), *Consentimiento Informado. Fundamentos y problemas de su aplicación práctica*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2017, p. VII- XIV.
- MARTÍNEZ, Eva. Contenido y requisitos del consentimiento informado. Responsabilidades civiles por su incumplimiento. En Sanz, Nieves (Coord.), *Relevancia jurídica del consentimiento informado en la práctica sanitaria: responsabilidades civiles y penales*. Granada: Editorial Comares, 2012, p. 49-64.
- MARTÍNEZ, Víctor. Elementos esenciales del consentimiento informado. En Martínez, Víctor (Coord.). *Consentimiento Informado. Fundamentos y problemas de su aplicación práctica*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. p. 23-51.
- SALVAT, Juan. ¿Cómo debe dar la información el sanitario? En Sanz, Nieves (Coord.), *Relevancia jurídica del consentimiento informado en la práctica sanitaria: responsabilidades civiles y penales*. Granada: Editorial Comares, 2012, p. 11-23.

### Referência de artigo de revista

- BERG, Jessica; APPELBAUM, Paul; GRISSO, Thomas. Constructing competence: formulating standards of legal competence to make medical decisions. *Rutgers Law Review*. New Jersey, n. 48, pág. 345-396, 1996.
- CALAHORRANO, Edison. El derecho al consentimiento informado de las personas mayores en el ámbito de salud. Estándares desde el derecho internacional de los derechos humanos. *Estudios Constitucionales*. Talca,

v. 19, n. 1, pág. 4-33, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002021000100004> Acesso em: 05 nov. 2022.

CALAHORRANO, Edison. La planificación anticipada del cuidado en salud: alternativa de regulación para Chile desde el derecho comparado y la Convención Interamericana para la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. *Revista de Derecho Privado*. Bogotá, vol. 40, pág. 201-233, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18601/01234366.n40.08> Acesso em: 05 nov. 2022.

CAMPOS, Valeria; CARTES-VELÁSQUEZ, Ricardo. Facilitador Intercultural Sordo en salud para Chile: Análisis de la agenda política a propósito de la Política de Salud de Migrantes Internacionales. *Revista Brasileira de Políticas Públicas, Brasília*, v. 12, n. 2, pág. 98-125, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5102/rbpp.v12i2.7921> Acesso em: 02 dic. 2022.

COCANOUR, Christine. Informed consent—It's more than a signature on a piece of paper. *The American Journal of Surgery*. Birmingham, v. 214, n. 6, pág. 993-997, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.09.015> Acesso em: 05 nov. 2022.

DAVIS, Anne. Variaciones Sobre un mismo valor. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, Consentimiento informado y diversidad cultural*. Barcelona, n. 15, 2008. Disponível em: <http://www.bioeticanet.info/relacion/ConsInfyDivCul.pdf> Acesso em: 05 nov. 2022.

DE LA MAZA, Íñigo. Consentimiento informado, un poco de realismo. *Revista de Derecho*. Valdivia, v. 30, n. 2, pág. 111-131, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-09502017000200005> Acesso em: 05 nov. 2022.

DE LA MAZA, Íñigo. Consentimiento informado, una visión panorámica. *Ius et Praxis*. Talca, v. 16, n. 2, pág. 89-120, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-00122010000200004> Acesso em: 05 nov. 2022.

GILLON, Raanan. Ethics needs principles –four can encompass the rest– and respect for autonomy should be “first among equals. *Revista Journal of Medical Ethics*. London, v. 29, pág. 307-312, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/jme.29.5.307> Acesso em: 05 nov. 2022.

GRUPO DE ESTUDIOS DE ÉTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO. ¿Tiene cabida, hoy, el “privilegio terapéutico”? *Revista médica de Chile*. Santiago, v. 145, pág. 1198-1202, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000901198> Acesso em: 05 nov. 2022.

HERREROS, Benjamín; MORENO, Beatriz; PACHO, Eloy; REAL, Diego; ROA, Ricardo; VALENTÍN, Emanuele. Terminología en bioética clínica. *Revista Médica del IMSS*. México D.F., v. 53, n. 6, pág. 750-76, 2015. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im1560.pdf> Acesso em: 05 nov. 2022.

LEIGHTON, Guillermo. Derecho de información al paciente. Alcances prácticos comentario de la sentencia de la Corte Suprema de fecha 29 de diciembre de 2017. *Derecho Público Iberoamericano*. Santiago, v. 12, pág. 175-203, 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6369384> Acesso em: 05 nov. 2022.

LUCERO, Jairo. El juez multinivel y la transversalidad de garantías. Un acercamiento a los escenarios fácticos en América y Europa. *Opinión Jurídica*. Medellín, v. 20, n. 41, pág. 71-99, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22395/ojum.v20n41a2> Acesso em: 05 nov. 2022.

MENDOZA, Juliana; HERRERA, Luis. El consentimiento informado en Colombia. Un análisis comparativo del proyecto de ley 24 de 2015 con el código vigente y otros códigos de ética. *Revista CES Derecho*. Medellín, v. 8, n. 1, pág. 156-171, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21615/cesder.8.1.8> Acesso em: 05 nov. 2022.

ORTEGA-GALÁN, Ángela; GONZÁLEZ-DE HARO, Dolores. La información sanitaria en el proceso de la muerte: ¿a quién corresponde? *Medicina Paliativa*, v 24, n. 2, pág. 83–88, 2017. Disponible em: <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2015.03.001> Acceso em: 03 dic. 2022.

PARRA, Darío. La obligación de informar al paciente. Cuestiones sobre el derecho a ser informado. *Revista Médica de Chile*. Santiago, v. 134, pág. 1578-1583, 2013. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001200012> Acceso em: 05 nov. 2022.

PIERCE, Betty. The origin and nature of informed consent: Experiences among vulnerable groups. *Journal of Professional Nursing*. Salt Lake City, v. 15, n. 5, pág. 281–287, 1999. Disponible em: [https://doi.org/10.1016/S8755-7223\(99\)80053-2](https://doi.org/10.1016/S8755-7223(99)80053-2) Acceso em: 05 nov. 2022.

PIZARRO, Carlos. En oposición al consentimiento hipotético informado. *Revista de Derecho*. Valparaíso, v. 44, pág. 97-120, 2015. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512015000100003> Acceso em: 05 nov. 2022.

PIZARRO, Carlos. Actualidad del deber de informar en Chile. *Revista médica de Chile*. Santiago, v. 146, n. 8, pág. 909-912, 2018. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000800909> Acceso em: 05 nov. 2022.

PUYOL, Ángel. Hay bioética más allá de la autonomía. *Revista de Bioética y Derecho*. Barcelona, No. 25, pág. 220-223, 2015. Disponible em: <https://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872012000200005> Acceso em: 05 nov. 2022.

TOBÓN, Mary Luz. Las limitaciones a los derechos de los grupos vulnerables y los sujetos de especial protección durante la pandemia. *Revista Brasileira de Políticas Públicas, Brasília*, v. 11, n. 3. pág. 529-548, 2021. Disponible em: <https://doi.org/10.5102/rbpp.v11i3.7769> Acceso em: 02 nov. 2022.

SÁNCHEZ, José; CAMBIL, Jacobo; VILLEGAS, Mercedes; LUQUE, Francisco. El consentimiento informado no es solo un documento. ¿Conocemos su significado? *Journal of Healthcare Quality Research*. Alcorcon, v. 34, n. 6, pág. 331-332, 2019. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.05.011> Acceso em: 05 nov. 2022.

SIMÓN, Pablo. Diez mitos en torno al consentimiento informado. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Pamplona, v. 29, n. 2, pág. 29-40, 2006. Disponible em: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original3.pdf> Acceso em: 05 nov. 2022.

VACAREZZA, Ricardo. De los derechos del paciente. *Revista Médica de Chile*. Santiago, v. 128, n. 12, pág. 1380-1384, 2000. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000001200012> Acceso em: 05 nov. 2022.

VERA, Oscar. El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. *Revista Médica La Paz*. La Paz, v. 22, n. 1, pág. 59-68, 2016. Disponible em: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmpl/v22n1/v22n1\\_a10.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmpl/v22n1/v22n1_a10.pdf) Acceso em: 05 nov. 2022.

## Referência a documentos em formato eletrônico

COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G. Código de ética. 2019. Disponible em: [http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/12/codigo-de-etica\\_FINAL.pdf](http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/12/codigo-de-etica_FINAL.pdf) Acceso em: 05 nov. 2022.

BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL. Historia de la Ley No. 20584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 2018. Disponible em: [https://www.bcn.cl/historiadelaley/fileadmin/file\\_ley/4579/HLD\\_4579\\_37a6259cc0c1dae299a7866489dff0bd.pdf](https://www.bcn.cl/historiadelaley/fileadmin/file_ley/4579/HLD_4579_37a6259cc0c1dae299a7866489dff0bd.pdf) Acceso em: 05 nov. 2022.

## Referência a trabalho acadêmico

PARRA, Darío. La responsabilidad civil del médico en la medicina curativa. Tesis. Universidad Carlos III, Madrid, 2014. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/29405981.pdf> Acesso em: 05 nov. 2022.

VARAS, Ignacio. Una revisión del contenido de los deberes de información al paciente y de obtención del consentimiento informado en la relación jurídica entre un médico y su paciente. Tesis Universidad de Chile. Santiago, 2019. Disponível em: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/173255/Una-revision-del-contenido-de-los-deberes-de-informacion-al-paciente.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 05 nov. 2022.

## Decisões judiciais e legislação

COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO/A. Observación General No. 12 El derecho del niño a ser escuchado, 2009. Disponível em: <https://reddedalo.files.wordpress.com/2012/12/observacic3b3n-general-12-cdn.pdf> Acesso em: 05 nov. 2022.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA. Ley catalana sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y documentación clínica. Ley 21/2000. Diario Oficial, del 2 de febrero de 2001.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA. Ley de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia, Ley No. 3/2009, del 20 de mayo de 2009.

COMUNITAT VALENCIANA. Ley de Salud de la Comunitat Valenciana, Ley No. 10/2014, del 29 de diciembre de 2014.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE ARGENTINA. Ley sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Ley. No. 26529, Diario Oficial de Argentina, del 19 de noviembre de 2009.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE CHILE. Ley que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ley No. 20.584, Diario Oficial de Chile, del 24 de abril 2012.

CONSEJO DE EUROPA. Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser Humano Respecto de las Aplicaciones de la Biología y la Medicina, del 4 de abril de 1997.

CORTE DE APELACIONES DE SANTIAGO CHILE. Cristóbal Tienken Fernández con Clínica Las Condes S.A. Rol No. 5396-2014. Recurso de Apelación- Indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual.

CORTE DE APELACIONES DE SANTIAGO. Morales con Clínica Alemana de Santiago S.A. Recurso de casación formal y recurso de apelación, Rol No. 4281-2017.

CORTE SUPREMA DE CHILE. Fernando Emilio Serce Medina y otra con Servicio de Salud de O'Higgins y otros. Rol No. 89635-2016. Recurso de casación en el Fondo indemnización de perjuicios.

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA CHILE. Ranzinetti Cabrera Yazmin con Hospital Clínico de la Fuerza Aérea. Recurso de casación en el fondo, Rol No. 29.094-2019.

COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES. *The State of Knowledge on Medical Assistance in Dying for Mature Minors*. Ottawa: Council of Canadian Academies, 2018. Disponível em: <https://cca-reports.ca/wp-con>

tent/uploads/2018/12/The-State-of-Knowledge-on-Medical-Assistance-in-Dying-for-Mature-Minors.pdf  
Acesso em: 05 nov. 2022.

COURT OF APPEALS, DISTRICT OF COLUMBIA CIRCUIT. *Canterbury v. Spence* 464 F.2d 772. D.C. Cir. 1972. Disponível em: <https://www.casemine.com/judgement/us/5914c729add7b049347e06bb> Acesso em: 05 nov. 2022.

DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO DEL PAÍS VASCO, BOLETÍN OFICIAL. Decreto sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, del 29 de marzo de 2012.

LEGGE NORME IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E DI DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO. *Gazzetta Ufficiale* No. 219, del 22 de diciembre de 2017.

MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES. Decreto que aprueba reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud, Decreto No. 31, Diario Oficial de Chile, del 26 de noviembre 2012.

MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES. Decreto que aprueba reglamento sobre fichas clínicas. Decreto No. 41, Diario Oficial de Chile, del 15 de diciembre 2012.

PODER EJECUTIVO NACIONAL DE CHILE, DECRETO 1089, BOLETÍN NACIONAL. Decreto que aprueba la reglamentación de la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, del 06 de julio de 2012.

SUPREME COURT OF THE UNITED KINGDOM. *Montgomery vs Lanarkshire Health Board*, Scotland UKSC 11, 2015. Disponível em: <https://www.supremecourt.uk/cases/docs/uksc-2013-0136-judgment.pdf> Acesso em: 05 nov. 2022.

Para publicar na revista Brasileira de Políticas Públicas, acesse o endereço eletrônico [www.rbpp.uniceub.br](http://www.rbpp.uniceub.br)  
Observe as normas de publicação, para facilitar e agilizar o trabalho de edição.