



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE DERECHO
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA CLÍNICA DEL DERECHO
CLÍNICA DE ACTOS Y CONTRATOS

ESTUDIO SOBRE ACUERDOS DE MEDIACIÓN POR DAÑOS DE SALUD EN EL
SECTOR PÚBLICO, A 10 AÑOS DE LA CONSAGRACIÓN DE LA LEY 19.966

Memoria para optar al Título Profesional de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales

RICARDO IGNACIO ARDILES ANDRADE

Profesor Guía: María Soledad Lagos Ochoa

Santiago, Chile 2017

DEDICATORIA

A Dios, a mi familia, profesores, amigos, a la hermosa ciudad de Ovalle, y a todos aquellos que anhelan hacer de este mundo un lugar mejor y más justo.

AGRADECIMIENTOS

Debo agradecer profundamente al equipo de la Unidad de Mediación del Consejo de Defensa del Estado, y en particular a mi profesora guía María Soledad Lagos Ochoa, quien me enseñó que para lograr la paz y la justicia, solo es necesario sentarnos a conversar honestamente y entendernos, para así descubrir nuestros verdaderos intereses que nos llevarán a resolver nuestras diferencias.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	7
I PROCESO DE MEDIACIÓN.....	11
II ANÁLISIS TEÓRICO DEL PROCEDIMIENTO DE MEDIACIÓN	16
III ACUERDO EN MEDIACIÓN POR DAÑOS EN SALUD	20
IV RESULTADOS DE TABULACIÓN DE MUESTRA DE ACUERDOS DE MEDIACIÓN ENTRE LOS AÑOS 2011-2015	25
1.- ¿QUIÉNES FORMULAN UNA SOLICITUD DE MEDIACIÓN?	26
2.- ¿QUIÉNES COMPARECEN SUSCRIBIENDO EL ACUERDO DE MEDIACIÓN (CONTRATO)?.....	27
3.- ¿COMPARECE EL PACIENTE QUE RECIBIÓ LA ATENCIÓN?.....	29
4.- ¿CONTRA QUIENES SE FORMULA EL RECLAMO?	30
5.- ¿CUÁNTOS RECLAMADOS COMPARECEN EN EL ACUERDO DE MEDIACIÓN (CONTRATO)?.....	31
6.- ¿CUÁLES SON LOS HECHOS MOTIVO DEL RECLAMO? ¿QUÉ INCIDENTES DE SALUD GENERAN EL CONFLICTO SANITARIO?	33
7.- PROXIMIDAD DEL HECHO QUE OCASIONÓ EL DAÑO Y EL ACUERDO.	35
8.- DURACIÓN DEL PROCESO DE MEDIACIÓN Y NÚMERO DE SESIONES.....	36
9.- FORMAS DE RESOLUCIÓN DEL CONFLICTO SANITARIO.....	36
9.1. INDEMNIZACIONES EN DINERO.	37
9.2 PRESTACIONES DE SALUD.	40
9.3 EXPLICACIONES Y/O DISCULPAS.....	46
9.4. OTRAS FORMAS DE ACUERDO.	50
10.- RENUNCIA DE ACCIONES Y CLÁUSULA DE REEMBOLSO.....	51
CONCLUSIONES.....	54
BIBLIOGRAFÍA	57
ANEXO: MODELO DE CONTRATO DE TRANSACCIÓN DE ACUERDO A LA LEY 19.966.....	60

TABLA DE CONTENIDO

TABLA 1: CALIDAD DEL RECLAMANTE	26
TABLA 2: CALIDAD DE LA PERSONA QUE ASISTE AL RECLAMANTE QUE COMPARECE PERSONALMENTE	27
TABLA 3: CALIDAD DEL REPRESENTANTE DEL RECLAMANTE	27
TABLA 4: CANTIDAD DE COMPARECIENTES POR ACUERDO.....	27
TABLA 5: CALIDAD DEL COMPARECIENTE RECLAMANTE EN EL ACUERDO	28
TABLA 6: CALIDAD DE LA PERSONA QUE ASISTE AL COMPARECIENTE RECLAMANTE QUE ACUDE AL CONTRATO PERSONALMENTE.....	28
TABLA 7: CALIDAD DEL REPRESENTANTE DEL COMPARECIENTE RECLAMANTE EN EL ACUERDO	28
TABLA 8: MENORES DE EDAD QUE COMPARECEN EN EL ACUERDO DEBIDAMENTE REPRESENTADOS.....	29
TABLA 9: PERSONA QUE FORMULA EL RECLAMO Y RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL PACIENTE.	29
TABLA 10: NÚMERO DE PACIENTES QUE FORMULAN RECLAMO Y QUE CONCURREN AL ACUERDO.....	30
TABLA 11: SEXO DEL PACIENTE	30
TABLA 12: EDAD DEL PACIENTE.....	30
TABLA 13: CANTIDAD DE RECLAMADOS QUE SE CONSIGNA EN LA SOLICITUD DE MEDIACIÓN	31
TABLA 14: RECLAMADOS QUE COMPARECEN AL ACUERDO	31
TABLA 15: CALIDAD DEL RECLAMADO	32
TABLA 16: CALIDAD DE REPRESENTANTE DEL RECLAMADO	32
TABLA 17: CALIDAD DE LA PERSONA QUE ASISTE AL RECLAMANTE QUE COMPARECE PERSONALMENTE	33
TABLA 18: CATEGORIZACIÓN DE INCIDENTES DE SALUD RECLAMADOS	33
TABLA 19: TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA OCURRENCIA DE LOS HECHOS Y FIRMA DE ACUERDO	36
TABLA 20: NÚMERO Y PROMEDIO DE AUDIENCIAS QUE SE ALCANZA EL ACUERDO.....	36
TABLA 21: TIPOS DE ACUERDOS LOGRADOS EN EL PROCESO DE MEDIACIÓN...	37

TABLA 22: INDEMNIZACIONES PAGADAS SEGÚN PRESTADOR PÚBLICO DE SALUD RECLAMADO Y SUS MONTOS.....	38
TABLA 23: NÚMERO DE ENTIDADES QUE CONCURREN AL PAGO	38
TABLA 24: INDEMNIZACIONES PAGADAS SEGÚN SEXO DEL BENEFICIARIO	39
TABLA 25: MONTOS INDEMNIZATORIOS PAGADOS SEGÚN EDAD DEL BENEFICIARIO.....	39
TABLA 26: MONTOS INDEMNIZATORIOS PAGADOS AL PACIENTE RECLAMANTE O FAMILIARES DAÑADOS	39
TABLA 27: MONTOS INDEMNIZATORIOS PAGADOS SEGÚN TIPO DE DAÑO.....	40
TABLA 28: CASOS EN QUE ES OTORGADA UNA PRESTACIONES DE SALUD.....	40
TABLA 29: NÚMERO DE PRESTACIONES DE SALUD RECIBIDAS	40
TABLA 30: BENEFICIARIOS DE LA PRESTACIÓN DE SALUD	41
TABLA 31: CATEGORÍA Y NÚMERO DE PRESTACIONES DE SALUD OFRECIDAS	41
TABLA 32: OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES SEGÚN INCIDENTE DE SALUD	42
TABLA 33: COMPARECIENTES RECLAMADOS QUE OTORGAN PRESTACIÓN DE SALUD.....	43
TABLA 34: SEXO DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN DE SALUD.....	43
TABLA 35: EDAD DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN DE SALUD	43
TABLA 36: PRESTACIÓN OTORGADA SEGÚN CATEGORIZACIÓN DEL TIPO DE DAÑO.....	44
TABLA 37: PLAZO DE INICIO DE OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN.....	44
TABLA 38: CASOS EN LOS QUE SE ACUERDA SEGUIMIENTO DE LA PRESTACIÓN OFRECIDA	44
TABLA 39: FORMA DE EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN: INSTANTÁNEA O DIFERIDA.....	45
TABLA 40: LÍMITE DE TIEMPO PARA EL OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN..	45
TABLA 41: CONDICIONES PARA EL OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN.....	45
TABLA 42: DETALLE DE LAS CONDICIONES ESPECIFICADAS PARA EL OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN.....	46
TABLA 43: PRIORIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE SALUD (MENCION EXPLÍCITA EN EL CONTRATO).....	46
TABLA 44: PRIORIZACIÓN EN PRESTACIONES ACORDADAS O EN OTRAS	46
TABLA 45: CANTIDAD DE ACUERDOS DONDE SE OTORGAN EXPLICACIONES Y/O DISCULPAS.....	47
TABLA 46: COMPARECIENTES RECLAMADOS QUE OFRECEN EXPLICACIONES .	47

TABLA 47: COMPARECIENTES RECLAMADOS QUE OFRECEN DISCULPAS	47
TABLA 48: SEXO DE LA PERSONA DAÑADO(A) QUE RECIBE DISCULPAS Y/O EXPLICACIONES	48
TABLA 49: EDAD DAÑADO(A) QUE RECIBE DISCULPAS Y/O EXPLICACIONES.....	48
TABLA 50: PERSONA QUE RECIBE Y ACEPTA DISCULPAS Y/O EXPLICACIONES	48
TABLA 51: DAÑO PRINCIPAL CATEGORIZADO ENTRE QUIENES RECIBIERON Y ACEPTARON DISCULPAS Y/O EXPLICACIONES	49
TABLA 52: ESPECIFICACIÓN DE INCIDENTES EN LOS ACUERDOS TERMINADOS POR EXPLICACIONES Y/O DISCULPAS	49
TABLA 53: ACUERDOS QUE CONTIENEN OTRAS FORMAS DE ACUERDOS	50
TABLA 54: DETALLE DE OTRAS FORMAS DE ACUERDO	51
TABLA 55: RENUNCIA DE ACCIONES LEGALES	52
TABLA 56: PRESTADOR DE SALUD PÚBLICO AL QUE FAVORECE LA RENUNCIA DE ACCIONES LEGALES	52
TABLA 57: FAVORECIDOS CON LA RENUNCIA DE ACCIONES SEGÚN COMPARECENCIA	52
TABLA 58: CASOS EN QUE UN PRESTADOR DE SALUD PÚBLICO SE EXCLUYE DE LA RENUNCIA DE ACCIONES EN EL ACUERDO	53
TABLA 59: CASOS DE ACUERDOS DONDE SE ESTABLECE CLÁUSULA DE REEMBOLSO.....	53

RESUMEN

La Ley 19.966 estableció un régimen de garantías en salud, conocido como AUGE. Este sistema contempló la mediación como mecanismo de resolución colaborativa de conflictos sanitarios, respecto a prestadores de salud. En el caso de los públicos, el proceso de mediación se realiza ante un mediador del Consejo de Defensa del Estado. Esta memoria analizará una muestra de los acuerdos (contratos de transacción) alcanzados en el sector público, entre los años 2011-2015, de forma cuantitativa, a fin de evaluar su real alcance y magnitud, para así mejorar los procedimientos y eventualmente el porcentaje de acuerdos.

INTRODUCCIÓN

En el año 2005 entró en vigencia la Ley 19.966, que estableció un régimen de garantías explícitas de salud, llamado AUGE. El “Derecho a la Protección de la Salud” consagrado en el artículo 19 n° 9 de la Constitución Política de la República, debido a su carácter programático, carecía hasta entonces de un contenido mínimo para ser reclamado por los ciudadanos. Sin embargo, con la consagración de esta ley, el derecho constitucional adquiere una nueva fisonomía, ya que se garantiza la cobertura de un cierto número de patologías, predeterminadas como prioridades sanitarias, sobre la base de determinadas garantías de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera en materia de salud¹.

En un comienzo el proyecto de ley no regulaba la responsabilidad sanitaria, ni un método de solución de conflictos, que permitieran el efectivo ejercicio de esta garantía. Ello fue subsanado, a través de “...el Primer Informe de la Comisión de Salud, emitido el 30 de abril de 2004, que en segundo trámite constitucional incorporó al texto del proyecto un nuevo título

¹ ZÚÑIGA (2011) p.60. “Si bien antes del AUGE la norma constitucional era vista como meramente programática al no disponer de un contenido claramente definido ni de mecanismo alguno de protección (puesto que la ley establecía que toda necesidad sanitaria se atendería con los recursos físicos y humanos de que se dispongan) en la actualidad es posible sostener que las GES -garantías explícitas de acceso, calidad, oportunidad y costo- para el conjunto priorizado de prestaciones sanitarias predefinidas, constituyen el núcleo del derecho constitucional a la salud reconocido por la Carta Fundamental, y que dicho derecho debe además asegurarse sin discriminación.”.

denominado 'De la responsabilidad en Materia-Sanitaria'...'”², contemplándose la mediación como método de resolución de conflictos sanitarios, previo al inicio de una acción judicial ante los tribunales ordinarios de justicia.

El legislador, al momento de crear las Garantías Explícitas de Salud, temió por el aumento de juicios derivados de faltas de servicio en materia de salud. El detrimento económico tanto para el Estado como las partes involucradas, así como también la lentitud del sistema judicial chileno para obtener una reparación, incentivó la creación de una Mediación OBLIGATORIA, previo a una demanda por daño de salud para mitigar el efecto adverso señalado³. Incluso, “...al inicio del sistema, el monto total demandado por daños de salud ascendía a 40 mil millones de pesos, que de haberse acogido en juicio, podría haber puesto en peligro la implementación de las Garantías Explícitas de Salud”⁴.

La MEDIACIÓN, es una innovadora forma de resolución de conflictos, donde las partes por sí mismas, guiadas por un mediador, buscan su solución a través de un proceso comunicacional. Para ello, el mediador deberá generar un clima de confianza; abrir canales de comunicación que permitan el diálogo entre los involucrados; transitar de posiciones a intereses⁵; propiciar la incorporación de criterios objetivos; la evaluación de alternativas concretas; y la creación de opciones que satisfagan los intereses de las partes involucradas, resolviendo EFECTIVAMENTE el conflicto mediado.

Pero para hablar de este mecanismo de resolución, es fundamental determinar cuál es el conflicto⁶ sanitario que le da origen. Las personas que solicitan la realización de una mediación en salud, consideran que han sufrido un daño ocasionado en el otorgamiento de una prestación asistencial y por lo tanto sus principales “intereses” serán: la búsqueda de información o explicaciones concretas respecto de la experiencia de salud acaecida; la

² LAGOS (2016) p. 1.

³ CHILE. MINISTERIO DE SALUD (2004). Art. 43.

⁴ UNIDAD DE MEDIACIÓN CONSEJO DE DEFENSA DEL ESTADO. (2012) p.2.

⁵ HIGHTON – ÁLVAREZ (1996) p.43. “Los intereses constituyen sentimientos de las personas acerca de lo que es básicamente deseable, por lo que tienden a estar en el centro de los pensamientos y la acción de las personas, formando el núcleo de muchas de sus actitudes, metas e intenciones. Constituyen las necesidades prioritarias de cada una de las partes que deben satisfacerse para lograr un resultado equitativo y estable en las negociaciones. Aparecen dentro del concepto de intereses aspectos múltiples, pues no sólo se consideran las necesidades, sino también los deseos, preocupaciones y temores de las partes; y los intereses motivan a las personas y son el resorte silenciosos que subyace en el conflicto”.

⁶ REDORTA, JOSEP. (2004) p.28. Para este trabajo, entenderemos el concepto conflicto como “...la diferencia de intereses percibida, o una creencia (belief) que las partes en sus aspiraciones normales no pueden alcanzar simultáneamente”.

recuperación o restablecimiento de su salud y de su calidad de vida; el otorgamiento de disculpas en caso de existir un error, falta de diligencia o mal trato; advertencia a las autoridades respectivas sobre la atención recibida para que se adopten medidas necesarias, y así no vuelva a ocurrir lo sucedido; el deseo de justicia y/o sanciones; entre otras. Respecto a los prestadores de salud reclamados como Hospitales o Servicios de Salud, su “interés” al concurrir a un proceso de mediación se centra fundamentalmente en: lograr la recuperación de la confianza de sus pacientes y/o usuarios; detectar los errores y/o deficiencias en el otorgamiento de prestaciones de salud para prevenir su repetición; proteger el prestigio del establecimiento; contar con la oportunidad de explicar su versión sobre lo sucedido; eventualmente reconocer un error que produjo un daño y contribuir a repararlo, evitando un juicio. Estos intereses de las partes fijarán el conflicto sanitario, el cual es mucho más amplio y omnicompreensivo, que la sola lógica lineal de responsabilidad (causa-efecto-indemnización)⁷, ello porque en materia de salud no basta con aislar la causa que produjo el daño, para la determinación de responsabilidad (lo que es particularmente difícil tratándose de infracciones a la *lex artis*, ya que generalmente concurren diversas causas a la vez, es decir multicausalidad). Por ello, este mecanismo se aparta de la tradicional concepción sobre responsabilidad/reparación, pues no se agota exclusivamente en una indemnización pecuniaria, sino que genera diversas opciones de acuerdo que pueden satisfacer los intereses en juego ya mencionados. Así por ejemplo, los acuerdos consideran no solo indemnizaciones, sino además prestaciones de salud, explicaciones, disculpas, mejoras en la atención, etcétera. Muchas veces, compartiendo la opinión de Andrés Bordalí⁸, la justicia ordinaria no logra compatibilizar los intereses de las partes, sus pretensiones, con lo que el ordenamiento jurídico ofrece. La excesiva burocracia y formalismo; los elevados costos que implica un juicio (desde los honorarios de los abogados hasta la aún posibilidad de resultar vencedor y obtener la indemnización solicitada); el desgaste físico y emocional que implica para las partes estar

⁷ En este sentido, la doctrina civil utiliza el concepto de pérdida de chance en situaciones donde es difícil comprobar si la falta de servicio efectivamente causó el daño, pero sabemos que pudo haberse evitado, aminorando la causalidad directa y fijando así la responsabilidad.

⁸ BORDALÍ (2004) p.168. “Se escucha en ocasiones decir que la justicia ordinaria togada corre hoy en día el riesgo de quedar aplastada bajo el peso de una demanda de Justicia en constante progresión, sin contar con los otros inconvenientes que la afligen, comenzando por los excesos de formalismo y burocracia, para terminar con los elevados costos de la defensa técnica. Frente a ese cuadro algo desolar de la Justicia, habría que buscar caminos más veloces, más económicos, más simples, más cercanos a las necesidades y a los modos de sentir de los ciudadanos involucrados en una causa civil o penal, o de otro tipo; en definitiva, habría que huir de la Justicia estatal.”.

varios años en un juicio; y la impersonalidad de ser protagonista de su propia disputa al dejar en manos de técnicos del derecho el conflicto; hace que en definitiva, no se concilie la idea de acceso a la justicia, más participativa y democrática, ni de encontrar soluciones justas y acordes con los intereses de las partes.

Así, a más de 10 años del establecimiento de la Ley 19.966 (2005 -2016) se han logrado más de 1721 acuerdos (conforme a información oficial de la página de la Unidad de Mediación del CDE), que corresponden a 21,1% del total de mediaciones terminadas por decisión de las partes. Sin embargo, a la fecha no existe ningún estudio pormenorizado y sistemático de los acuerdos alcanzados en esta materia. Ello, sumado al deber de confidencialidad que constituye uno de los principios⁹ de mediación, como se establece en el artículo 51 de la ley 19966, ha dificultado verificar el desarrollo de este sistema de resolución de conflicto en torno a sus resultados.

En esta memoria estudiaremos las características y etapas del proceso de mediación por daños en salud y su vinculación con los diversos modelos de mediación (Tradicional Lineal de Harvard; Transformativo de Bush y Folger; y Circular Narrativo de Sara Cobb). Además, y con el propósito de cuantificar y evaluar el alcance de los acuerdos en el sector público, se analizarán¹⁰ los contratos de transacción celebrados ante el Consejo de Defensa del Estado, entre los años 2011 y 2015, ello a través de una muestra de 271 acuerdos, conforme a una matriz de llenado, que nos permitirá posteriormente cruzar variables predeterminadas y extraer información relevante para determinar: actores involucrados, tales como reclamante; reclamado; dañado; los daños por lo que se reclama; las formas de reparación, como indemnizaciones, prestaciones asistenciales, explicaciones, disculpas, y otras; a fin de evaluar los alcances e introducir mejoras en los procesos mismos.

⁹ El proceso de mediación contempla una serie de principios definidos en la Ley 19966 y su Reglamento en el artículo 4º los cuales iremos explicando a los largo de este trabajo. Estos son: Principio de Igualdad, Principio de Celeridad, Principio de Confidencialidad, Principio de Imparcialidad, Principio de Voluntariedad, Principio de Probidad.

¹⁰ En atención al principio de confidencialidad se celebró entre el memorista y la Unidad de Mediación del Consejo de Defensa del Estado, un acuerdo de confidencialidad, a fin de acceder a los contratos estudiados.

I PROCESO DE MEDIACIÓN

El artículo 43, inciso final, de la Ley 19.966 señala que “La mediación es un procedimiento no adversarial y tiene por objetivo propender a que mediante la comunicación directa entre las partes y con intervención de un mediador, ellas lleguen a una solución extrajudicial de la controversia.”¹¹. El mediador es designado por el Consejo de Defensa del Estado, cuando se trate de daños producidos en el otorgamiento de una prestación asistencial por prestadores institucionales públicos que forman parte de la red asistencial o sus funcionarios; en el caso de prestadores privados, la mediación se realiza ante un mediador de una nómina de la Superintendencia de Salud¹². Nuestro estudio estará enfocado sólo respecto a mediaciones y sus correspondientes acuerdos, en el sector público.

Así las cosas, el artículo 16 bis del Decreto Ley 2763, de 1979, señala que la Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio; los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio; y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenios con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2 de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

Por lo tanto, de acuerdo a dicha norma, se excluyen del proceso de mediación ante el Consejo de Defensa del Estado, varias instituciones públicas de salud, no contemplándose a su respecto la mediación, o bien debiendo realizarla ante un mediador privado de la Superintendencia de Salud. Entre ellas podemos mencionar:

- 1.- Médicos que atienden en hospitales públicos de forma particular, en virtud de un convenio con el Hospital, cuando los daños reclamados provienen de su actuar personal¹³.
- 2.- Consultorios dependientes de una corporación, pues se trataría de una persona jurídica de derecho privado.

¹¹ CHILE. MINISTERIO DE SALUD (2004). Art. 43.

¹² De acuerdo al artículo 43 inciso segundo de la Ley 19.966, la mediación respecto a prestadores privados, se somete a un procedimiento ante mediadores acreditados por la Superintendencia de Salud, el cual es designado de común acuerdo y remunerado por las partes. Más información en <http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-12844.html>

¹³ Estas excepciones en materia de competencia del Consejo de Defensa del Estado se abordan en el Manual de Procedimientos de Mediación por Daños en Salud Pública (documento interno de trabajo de dicho servicio).

Las personas que son atendidas en estos consultorios deberán iniciar un proceso de mediación privado, no obstante la mayoría de las personas que acuden a estos centros son de escasos recursos, siendo necesaria como propuesta de lege ferenda, la modificación de la normativa para no excluir a estos usuarios del sistema de mediación gratuito ante el Consejo de Defensa del Estado.

3.- Hospital Clínico de la Universidad de Chile (Dr. José Joaquín Aguirre), por cuanto no forma parte de la red asistencial definida en el artículo 16 bis del Decreto Ley 2.763 de 1979. Además, conforme a los estatutos de la Universidad de Chile, contenidos en el D.F.L. N° 3, de 2007, no se contempla expresamente la facultad de esta entidad para transigir extrajudicialmente y renunciar derechos y acciones, a través de alguno de sus órganos o de su representante legal, por lo que carece de capacidad para participar en mediación y alcanzar acuerdos jurídicamente vinculantes.

4.- Hospitales de las Fuerzas Armadas, de Orden y Penitenciarios, por no pertenecer a las redes asistenciales definidas en el artículo 16 bis del Decreto Ley 2763 de 1979. Este caso merece especial atención, debido a que estas instituciones no tienen personalidad jurídica propia, por lo que actúan representadas por el Fisco, que su vez es representado por el Consejo de Defensa del Estado, el cual no puede negociar antes del inicio de un proceso judicial, de acuerdo al artículo 7° de la Ley Orgánica Constitucional del Consejo de Defensa del Estado¹⁴. Sería interesante que para efectos de incluirlos dentro de una mediación por daño en salud, ampliáramos la interpretación del concepto “proceso”, establecido en el artículo 7° recién citado, al “proceso de mediación”, y no solamente como un actuar del Consejo de Defensa del Estado condicional al inicio de una acción judicial. Pero igualmente, se presentaría una

¹⁴ Conforme al Art. 7 D.F.L. N° 1, de 28 de Julio de 1993. “El Consejo de Defensa del Estado, con el voto de las tres cuartas partes de sus miembros en ejercicio y en sesión especialmente convocada con tal objeto, podrá acordar transacciones en los procesos en que intervenga. En el acta de la sesión en que se adopte el acuerdo de transigir deberá dejarse constancia de los fundamentos que se tuvieron para ello. Del mismo modo, podrá aprobar la celebración de acuerdos reparatorios en los procedimientos penales en que intervenga como querellante. Podrá también, con el voto de la mayoría de los miembros en ejercicio, aceptar el pago en cuotas de las deudas que le corresponda cobrar, aun en los casos que éstas consten en sentencias ejecutoriadas. El Consejo fijará el número de cuotas en que se dividirá la deuda y las épocas de pago y determinará, en el mismo acto, el reajuste y el interés con que aquélla deberá solucionarse, pudiendo eximir de intereses, sean éstos futuros o ya devengados, al obligado, si sus facultades económicas lo justificaren. Tratándose de asuntos que afecten a los gobiernos regionales, a las municipalidades, a los servicios descentralizados de la Administración del Estado o a los organismos privados en que el Estado o sus instituciones tengan aporte o participación mayoritarios o igualitarios, se requerirá además el consentimiento de la entidad respectiva. Los acuerdos a que se refieren los incisos anteriores, deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda cuando se trate de sumas superiores a tres mil unidades tributarias mensuales.”.

duplicidad de funciones (abogado representante y mediador), que podría atentar contra la legitimación del proceso de mediación.

5.- Reclamos por decisiones de carácter administrativo tales como licencias médicas; pensiones de invalidez; cobertura de prestaciones médicas; cheques en garantía; u otros temas similares; ya que no son prestadores de salud. Mencionamos como ejemplo a FONASA, ISAPRE, IPS, AFP, entre otras.

El INTERESADO¹⁵, es decir, toda persona que pretenda haber sufrido perjuicios con ocasión del otorgamiento de prestaciones asistenciales de salud por parte de un prestador institucional público o de sus funcionarios, según el artículo 3 del Reglamento¹⁶ puede acudir al Consejo de Defensa del Estado a presentar su reclamo con indicación de los datos necesarios que permitan su individualización, el motivo de su reclamo y las peticiones concretas, acompañando los antecedentes que estime conveniente.

Conforme al Manual de Procedimiento ya citado¹⁷, recibido los antecedentes y designado el mediador que llevará el proceso a cabo, se citará a las partes a una primera audiencia, la que se efectuará dentro de los 45 días de su designación, a través de carta certificada¹⁸.

El mediador en la primera audiencia solicitará a cada uno de los asistentes que se presenten, comenzando por el interesado que formuló el reclamo. Luego realiza un DISCURSO DE APERTURA, donde informa a las partes la naturaleza y objetivos de la mediación; su duración, esto es 60 días prorrogables de común acuerdo a 120 días; los principios del proceso¹⁹; sus etapas; el carácter voluntario de los acuerdos, el valor jurídico de ellos y la facultad que le asiste de proponer bases de acuerdo.

¹⁵ El interesado será reclamante cuando formule su solicitud de mediación, pero puede no ser el dañado directa o físicamente con el otorgamiento u omisión de la prestación de salud por la que se reclama, sino haber sufrido perjuicio moral.

¹⁶ Cada vez que se utilice la palabra Reglamento, se hará referencia al Decreto N°47 que establece el Reglamento de mediación por reclamos en contra de prestadores institucionales públicos de salud o sus funcionarios y prestadores privados de salud.

¹⁷ v.cit.13.

¹⁸ Incluso si el mediador advierte que pueden haber otras personas que podrían verse afectadas por los resultados del acuerdo, como lo sería el cónyuge en sociedad conyugal que deba aprobar el acuerdo; herederos en caso de un dañado que falleció; o personas que tuvieron participación en los hechos relatados, en el caso de funcionarios reclamado y no citados; o que puedan aportar antecedentes necesarios, se les deberá citar. Para ello, el mediador cuenta con acceso a la red familiar del Registro Civil. Así, en el proceso de mediación pueden ir aumentado el número de participantes, lo cual será importante si queremos iniciar alguna demanda judicial en el futuro, pues se evitará la paralización del juicio por faltar algún requisito que exige la ley al momento de deducir la demanda respecto al emplazamiento.

¹⁹ Especial importancia tiene la comunicación a las partes acerca del principio de confidencialidad, así como también el carácter secreto de sus declaraciones y de las actuaciones dentro de la mediación.

En este sentido se da importancia a los sujetos que intervienen en la mediación, procurándose la igualdad²⁰ entre las partes, a fin de que pueda generarse entre estas una instancia de negociación colaborativa. También se logra a través de este discurso crear un clima de confianza para el proceso comunicativo.

Luego, se procederá a oír la versión de los hechos de cada una de las partes, primero al reclamante y luego al reclamado, utilizando técnicas comunicativas como la escucha activa y parafraseo, para que de esta forma se sientan oídas, propiciando la comunicación y en definitiva el DIÁLOGO NECESARIO para un mecanismo de resolución de conflictos basado en la COLABORACIÓN. Una vez generado este clima de confianza, el mediador debe indagar acerca de los intereses de las partes, es decir ¿qué esperan del proceso de mediación? o ¿por qué están participando en él?, logrando el tránsito desde posiciones rígidas e irreconciliables a intereses.

El mediador debe INTERVENIR ESTE CONFLICTO y para ello utiliza diversos mecanismos: sesionar con los actores del proceso, en forma conjunta o separada (de lo cual deberá mantener informada a la otra parte); utilización de herramientas comunicacionales, fundamentalmente el lenguaje interrogativo (las preguntas), reformulaciones, empowerment o revalorización y reconocimiento; análisis de alternativas; incorporación de criterios objetivos; entre otras, para finalmente estimular a las partes a la creación de opciones de acuerdo que puedan satisfacer los intereses expuestos en la mesa de mediación. Por esta razón no es un mero espectador, ni juez que aplique la solución legal correcta en el sentido de dirimir, sino que el éxito del proceso estará dado, en gran medida, por su proactividad; las técnicas que utilice; y el manejo de las emociones de las partes.

Vemos entonces, varias diferencias entre el proceso de mediación y el proceso jurisdiccional contencioso, en cuanto a la forma de resolver un conflicto.

En primer lugar, la mediación es un método COLABORATIVO, lo que presupone que las partes previamente han escuchado sus intereses y por ello buscan soluciones posibles, lo que dependerá del éxito de la comunicación entre ambas, ayudadas o guiadas por este tercero imparcial. En cambio, la lógica del juicio es absolutamente CONFRONTACIONAL, de

²⁰ CHILE. MINISTERIO DE SALUD (2005). Art. 4: Principio de Igualdad: El mediador se cerciorará de que los participantes se encuentren en igualdad de condiciones para adoptar acuerdos. Si no fuese así, propondrá o adoptará, en su caso, las medidas necesarias para que se obtenga ese equilibrio.

manera tal, que todos los esfuerzos de las partes están destinados a desacreditar lo argumentado por la contraria. Sin controversia, no hay Litis.

En segundo lugar, la mediación y en general todos los mecanismos de resolución colaborativa, se basan en la comparecencia personal de los involucrados, por cuanto son ellos los que transmiten sus intereses y deciden en definitiva si son o no satisfechos, a través de las opciones de acuerdo que surgen. En cambio, en el proceso jurisdiccional, las partes comparecen siempre representadas²¹, desapareciendo para el proceso el representado. El representante, demandante o demandado es un mandatario judicial, que no está vinculado con los sentimientos, emociones, expectativas, y deseos, que configuran los intereses de su representado, por cuanto en el proceso contencioso, dicho concepto no tiene relevancia, ni asidero procesal alguno.

En tercer lugar, en el proceso de mediación el principio de igualdad, se traduce concretamente en el acceso a la información que tengan las partes y en especial, la comprensión de la misma, para que de esta manera ellas estén equiparadas sustancialmente y puedan tomar decisiones fundadas; a diferencia de la lógica confrontacional, en donde la igualdad es formal, y se sustenta en el principio de bilateralidad, esto es, que ambas partes tengan oportunidades procesales equivalentes para hacer efectivas sus alegaciones, independientemente de la calidad de la información y/o argumentación que cada una de ellas utilice en la práctica.

Por último, destacamos el principio y deber de confidencialidad de la mediación, que propiciará la creación de confianza, asegurando a las partes que la comunicación no se verá interferida por la amenaza de utilizar lo expresado en un procedimiento judicial posterior. En cambio, en el proceso judicial los expedientes, salvo casos excepcionales, son públicos, y pueden ser consultados por cualquier persona pues su objetivo es la confrontación de derechos, con la opción de que terceros interesados comparezcan al juicio y se hagan parte.

Si las partes llegan a un acuerdo, el artículo 53 de la Ley 19.966 indica que se levantará un acta firmada por ellas y el mediador. Se describirán los términos del acuerdo, las obligaciones

²¹ La Ley 18.120 que establece normas sobre comparecencia en juicio, señala en su artículo 2 excepciones a la obligatoriedad de comparecer a través del patrocinio de un abogado habilitado para el ejercicio de la profesión. “Artículo 2°.- Ninguna persona, salvo en los casos de excepción contemplados en este artículo, o cuando la ley exija la intervención personal de la parte, podrá comparecer en los asuntos y ante los tribunales a que se refiere el inciso primero del artículo anterior, sino representada por un abogado habilitado para el ejercicio de la profesión...”.

que asume cada una de las partes y la expresa renuncia del reclamante a todas las acciones judiciales correspondientes. El acta surtirá los efectos de un contrato de transacción.

II ANÁLISIS TEÓRICO DEL PROCEDIMIENTO DE MEDIACIÓN

La mediación²² es un proceso pues fluyen, de manera organizada y coordinada, una serie de principios y actividades que posibilitan una dinámica de acciones interrelacionadas, orientadas a obtener un resultado específico, el cual es la resolución de un conflicto de salud, independientemente de que este se plasme o no en un acuerdo/contrato de transacción²³. Este procedimiento es flexible, pero dentro de una secuencia de etapas, guiadas por el mediador, como son: las presentaciones de las partes, el discurso de apertura, los tiempos de intervención, etc., labor que ha sido desarrollada tanto en la Ley 19.966, su reglamento, y en particular en los instructivos internos del Consejo de Defensa del Estado en la materia.

La mediación presupone la existencia de un conflicto, ya que las partes acuden a este sistema para lograr su resolución, teniendo en especial consideración las visiones antagónicas que cada una de ellas tiene respecto al mismo. Ello técnicamente responde al concepto de POSICIONES, las cuales son rígidas y equivalen a la pretensión procesal del proceso jurisdiccional, la que se mantiene inalterable desde la interposición de la demanda hasta la dictación de la sentencia. En cambio, en la mediación se trata de transitar desde una pretensión resistida, es decir, la posición²⁴ inicial de las partes, a través de un camino de diálogo, que nos conduzca a la comprensión de sus reales INTERESES. El acuerdo no se logrará resistiendo una pretensión sobre otra, sino alcanzando una OPCIÓN que logre conciliar los intereses de ambos, sin que ésta tenga el carácter de ganar-perder.

²² V. cit. 11.

²³ A medida que se desarrolla el proceso de mediación, la satisfacción de los intereses de las partes no necesariamente finalizará en un contrato de transacción, pues es posible resolver un conflicto y no necesariamente llegar a acuerdo.

²⁴ FISHER – URY (1981) p.25. “Las negociaciones basadas en posiciones ponen la relación y la sustancia en conflicto. Enfocar una negociación como una lucha de voluntades por posiciones agudiza el proceso de confusión. Yo veo su posición como una declaración sobre cómo querría usted que terminara la negociación; desde mi punto de vista, me demuestra lo poco que a usted le importa nuestra relación. Si yo asumo una posición firme que usted considera poco racional, usted supone que yo también la considero como una posición extrema; es fácil concluir que yo no valoro mucho nuestra relación - o que no lo valoro a usted”.

Esto no significa que la mediación no incorpore el derecho formal y el análisis de las normativas vigentes, sino solo que estos elementos del conflicto son considerados como CRITERIOS OBJETIVOS²⁵, es decir, medidas o estándares independiente de la voluntad de las partes²⁶, que dan razonabilidad al análisis del caso mediado, que en el área de salud serían: topes indemnizatorios fijados por el Ministerio de Salud para el pago de indemnizaciones; autopsias realizadas por un órgano público como el Servicio Médico Legal; conceptos jurídicos vinculados a la participación de interesados como patria potestad, curaduría, herederos; ficha clínica, solo en cuanto a adquirido la calidad de un documento indubitado, desde la fecha que los reclamantes tengan copia de la misma, respecto a la efectividad de las anotaciones que en ella se registran, no así sobre la veracidad de lo señalado; los Protocolos del Ministerio de Salud; la misma Ley AUGE; documentos del Servicio Nacional de Registro Civil; Auditorías Clínicas; Jurisprudencia; entre otras.

La doctrina ha ampliado el concepto legal de Mediación y la ha definido como “...un procedimiento no adversarial en el cual un tercero neutral ayuda a las partes a negociar para llegar a un resultado mutuamente aceptable. Constituye un esfuerzo estructurado para facilitar la comunicación entre los contrarios, con lo que las partes pueden voluntariamente evitar el sometimiento a un largo proceso judicial -con el desgaste económico y emocional que este conlleva- pudiendo acordar una solución para su problema en forma rápida, económica y cordial...”²⁷. Así, el mediador propenderá al éxito de la comunicación derribando las barreras comunicacionales, tales como: el marco de referencia sobre el entorno, tanto físico como psicológico; juicios de valor; credibilidad de la fuente; problemas de semántica en cuanto al lenguaje digital; las diferencias culturales y de niveles de instrucción; presiones de tiempo y contexto, como también la sobrecarga de información.

Esta definición agrega el sentido voluntario de la mediación. Recordemos que la voluntariedad es un principio que rige el proceso, establecido en el artículo 4 del Reglamento. Dicho principio indica que las partes en todo momento pueden expresar su voluntad de no perseverar en el procedimiento, dando término a la mediación.

²⁵ Es importante hacer presente la diferencia entre informe pericial del sistema judicial como mecanismo de prueba y criterios objetivos. El primero constituye un medio probatorio de nuestra legislación, que tendrá como propósito corroborar lo sostenido por la parte que lo presenta, desacreditando los hechos esgrimidos por la contraria, es decir, exacerba las pretensiones. En cambio, los criterios objetivos como estándares imparciales, no buscan desacreditar los intereses del otros, sino que fijan parámetros que nos permitan evaluar las opciones.

²⁶ FISHER, R., URY, W., y PATTON, B. (1981) p.70.

²⁷ HIGHTON - ALVARES (1996) Op. Cit. p. 122.

“La voluntariedad tiene dos dimensiones. La primera comprende la etapa inicial del proceso – cuando la persona toma la decisión de acogerse a él – siendo obligatoria la instancia para poder impetrar acciones judiciales en los tribunales ordinarios de justicia; y la segunda comprende la facultad de retirarse de este proceso en cualquier momento sin necesidad de justificar los motivos. Basta la expresión de la voluntad de una de las partes en orden a no continuar para que el mediador deba poner término al proceso.”²⁸.

La jurisprudencia nacional ha abordado este tópico y en un fallo de la Corte de Apelaciones de Concepción se señaló que “...la obligación de someterse a la mediación no puede considerarse atentatoria contra los derechos de los interesados, porque tal procedimiento tiene su plazo acotado de sesenta días, prorrogable hasta completar ciento veinte, lo que permitiría recurrir en última instancia ante los Tribunales de Justicia una vez vencido el plazo de la Mediación, el que puede verse disminuido por decisión de cualquiera de las partes. Y, en segundo lugar, tampoco se verían vulnerados los derechos de los interesados porque mientras dura el procedimiento de Mediación, la prescripción de las acciones civiles y penales se suspende...”²⁹.

A continuación analizaremos los modelos de mediación³⁰, para comprender cuál sería más afín o utilizado en los procesos de mediación por daños en salud, o qué elementos de cada uno de ellos se recogen en su realización:

1. Modelo Tradicional - Lineal (Harvard): Las personas a diario negocian, pero inicialmente muestran sus posiciones, pues sus reales intereses permanecen ocultos. Por ello, el mediador de forma imparcial, ayuda a las partes, a través de un proceso comunicacional a descubrir sus verdaderos intereses, disminuyendo sus diferencias, aumentando sus semejanzas, y consiguiendo transparentar sus verdaderas intenciones. El mediador apoya el uso de criterios objetivos y la evaluación de las alternativas de cada una de las partes, a fin de obtener un acuerdo en que se satisfagan los intereses de ambas.
2. Modelo Transformativo de Bush y Folger: Este modelo explica que si logramos mejorar las relaciones entre las partes, ellas podrán resolver su conflicto (sin ser esencial el acuerdo), lo cual se logra a través de la utilización de dos conceptos fundamentales: el “*empowerment* o

²⁸ VARGAS (2008) p.191.

²⁹ GUTIÉRREZ (2008) (8) op. Cit. p. 133. n. Sentencia Corte de Apelaciones de Concepción, Rol 2903-2005, de fecha 8 de octubre de 2007, caratulada “Montes Espinoza con Servicio de Salud de Concepción”.

³⁰ V.a. SUARES (2005) Op.cit. p.60-63.

revalorización” y el “reconocimiento”. El primero de ellos, “...es entendido como potenciamiento del protagonismo, o sea como algo que se da dentro de una relación, por lo cual las personas potencian aquellos recursos que les permiten ser un agente, un protagonista, de su vida, al mismo tiempo que se 'hacen cargo', responsables de sus acciones. Y el 'reconocimiento' del otro como parte del conflicto, es decir, el reconocimiento del co-protagonismo del otro...”³¹.

3. El Modelo Circular - Narrativo (Sara Cobb): Este tercer modelo de mediación se centra en la comunicación circular, entendida ésta como un todo. Su método nos dice que cada parte es legítima frente a la otra. Busca manifestar y aumentar sus diferencias, generando una situación de caos al romper sus posiciones. Cada una de las partes, de acuerdo a su propia narrativa, tendrá una versión de lo sucedido, por ello el mediador intentará o trabajará con ellas la construcción de una tercera historia alternativa, que les permita mirar el conflicto desde diferentes ángulos, y así resolverlo.

Si observamos las mediaciones que se realizan en el Consejo de Defensa del Estado conforme a la Ley 19.966, podremos apreciar que se recogen elementos de los distintos modelos mencionados, no adscribiendo sólo a uno de ellos. De esta forma, las partes al iniciar la mediación, se encuentran en un plano de rigidez respecto a sus posiciones y la labor del mediador, de acuerdo al modelo de Harvard, será transparentar los intereses reales de cada una de ellas. Además, instará la utilización de criterios objetivos, para la evaluación de las alternativas de cada una de las partes, estimulando la creación de opciones que satisfagan los intereses de todos los involucrados. Sin embargo, dada la pérdida de confianza entre la parte reclamante (paciente y sus familiares) y la parte reclamada (establecimiento de salud y sus funcionarios), cuando se presenta una solicitud de mediación luego de un incidente de salud que provoca daño, se hace necesario restablecer la relación, por lo que el mediador deberá lograr el “*empowerment*” y el “reconocimiento” entre ellas (herramientas del modelo transformativo), de manera tal que se genere un clima que permita el diálogo y la colaboración para trabajar el caso de falta de servicio. Por último, también recibe aplicación el modelo circular narrativo, por cuanto al inicio del proceso, cada una de las partes traerá “su versión acerca de la forma en que acaecieron los hechos”, sin embargo, el mediador interviniendo el

³¹ V.a. SUÁRES (2005) Op.cit. p.63.

conflicto, por ejemplo a través de preguntas circulares, logrará que las partes construyan y visualicen una nueva historia alternativa.

En conclusión, el proceso de mediación por daños en salud no tiene como objetivo único la obtención de un acuerdo, sino más bien apunta a la resolución del conflicto, lo que no necesariamente implica la suscripción de un contrato de transacción y la renuncia de acciones respectiva. Para ello, toma elementos de los distintos modelos de mediación, logrando una fisonomía propia, que busca fundamentalmente restablecer la confianza entre el usuario y el establecimiento, y permita la creación de un espacio de diálogo respetuoso en el que sea posible abordar técnicamente la atención recibida.

III ACUERDO EN MEDIACIÓN POR DAÑOS EN SALUD

El contrato de transacción es el instrumento que eligió el legislador para resolver extrajudicialmente los conflictos por daños en salud. Así lo plantea el artículo 53 de la Ley 19.966 que establece: “En caso de llegar a acuerdo, se levantará un acta firmada por las partes y el mediador. En ella se describirán los términos del acuerdo, las obligaciones que asume cada una de las partes y la expresa renuncia del reclamante a todas las acciones judiciales correspondientes. El acta surtirá los efectos de un contrato de transacción.”³².

De esta forma el acuerdo de mediación en cuanto contrato, se estructura de la siguiente forma:

1.- COMPARECENCIA DE LAS PARTES: Ciudad, fecha y lugar donde se firma el contrato.

La individualización de la parte reclamante y reclamada, así como la calidad jurídica con que actúa, si correspondiese, por ejemplo que los padres actúan en representación de los hijos en ejercicio de la patria potestad; un abogado en representación de un reclamante en virtud de mandato; o un Director de un centro hospitalario cuyo nombramiento fue por Resolución Exenta, entre otros.

2.- RELACIÓN DE LOS HECHOS: Luego comienza la relación de los hechos que dieron motivo a la mediación, partiendo con la fecha del reclamo, la individualización del o los reclamantes y contra quién se dirigió el reclamo, así como la individualización de la persona

³² CHILE. MINISTERIO DE SALUD (2004). Art. 53.

dañada (paciente), la cual no necesariamente será el reclamante³³, y finalmente el relato de los hechos según la versión del reclamante. Posteriormente se señala la Resolución Exenta que declara admisible el reclamo y designa al mediador. También se expresa el tipo de daño que origina la mediación según la Resolución n° 142 conjunta de los Ministerios de Salud y Hacienda sobre Topes Indemnizatorios, de fecha 29 de marzo de 2005, publicada en el Diario Oficial de 8 de abril de 2005 (muerte; gran invalidez; invalidez total; invalidez parcial; y otros daños); el número de audiencias realizadas y si hubo prórroga o no del plazo de mediación, para garantizar de esta forma que se arribó el acuerdo dentro del plazo establecido por la ley.

3.- **TRANSACCIÓN:** A continuación se describe el acuerdo de transacción propiamente tal, señalando el propósito de precaver un juicio y solucionar extrajudicialmente la controversia materia del reclamo. Así, las partes acuerdan cómo se resolverá el conflicto.

Respecto a las obligaciones que más habitualmente contraen los reclamados encontramos:

3.1.- Prestaciones de salud.

3.2.- Indemnización monetaria. Tratándose de montos superiores a las 1000 UF, deberán estos acuerdos ser aprobados por el Consejo del Consejo de Defensa del Estado, según lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 7° del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, del Ministerio de Hacienda, de 1993. Si se trata de sumas superiores a las 3000 UF, el contrato de transacción, además deberá ser aprobado por el Ministerio de Hacienda.

3.3.- Otros acuerdos no monetarios, tales como disculpas, explicaciones, traslados a centros hospitalarios para algún tratamiento médico, el inicio de sumarios administrativos, acuerdos reparatorios, prioridad en atención de salud, charlas informativas, cambios o mejoras de protocolos, nuevas medidas de seguridad, entre otros.

4.- **RATIFICACIÓN DEL ACUERDO Y RENUNCIA DE ACCIONES:** Las partes individualizadas en la comparecencia, declaran que el acuerdo adoptado satisface íntegramente sus pretensiones de reparación con relación a los hechos materia del reclamo, renunciando a todas las acciones judiciales que pudieren corresponder con motivos de los hechos que dieron origen a la mediación, con la sola excepción de las acciones necesarias para obtener el cumplimiento de la transacción.

³³ Es importante reiterar la distinción entre reclamante y dañado (paciente), por cuanto no necesariamente el paciente dañado formulará el reclamo, sino que lo harán sus familiares o cercanos, sin perjuicio de que el dañado deberá comparecer al acuerdo de mediación.

5.- CONSTANCIAS: Se incluyen, entre otras, las cláusulas relativas a mandatos y acción de reembolso. En virtud de esta última, la parte reclamante declara que no existen otras personas afectadas por los hechos del reclamo, y se obliga a reembolsar al reclamado cualquier suma que éste deba pagar en cumplimiento de una sentencia judicial con motivo de los mismo hechos; y

6.- FIRMAS DE LOS COMPARECIENTES.

En términos generales, el contrato de transacción se define en el artículo 2446 del Código Civil como un contrato en que las partes terminan extrajudicialmente un litigio pendiente, o precaven un litigio eventual. No es transacción el acto que sólo consiste en la renuncia de un derecho que no se disputa. La doctrina lo define como “contrato mediante el cual las partes, haciéndose recíprocas concesiones, ponen fin a un litigio ya comenzado o previenen un litigio que puede surgir entre ellas”³⁴. Así los elementos esenciales y característicos del contrato de transacción son tres:

1.- “Una relación incierta, o como dicen otros, un derecho litigioso, es decir que se está discutiendo en un pleito o que puede dar margen a esa discusión, al menos en la subjetiva opinión de las partes...”³⁵.

En mediación por daños en salud, el derecho litigioso que puede dar margen a la discusión versa sobre la falta de servicio por parte del prestador público de salud, entendida esta como “...una mala organización o funcionamiento defectuoso de la Administración, ambas nociones apreciadas objetivamente y referidas a lo que puede exigirse de un servicio público moderno, y lo que debe ser su comportamiento normal...”³⁶; y la eventual reparación del daño causado por tal motivo.

También, asiste a la parte reclamante, respecto del funcionario involucrado en los hechos la posibilidad de denuncia y/o querrela por cuasidelito de lesiones ante el Ministerio Público, dándose origen al proceso penal respectivo. Cabe mencionar, que el proceso de mediación muchas veces da lugar al inicio de sumarios administrativos, respecto de los funcionarios reclamados.

³⁴ VODANOVIC (1993) p.10.

³⁵ op. cit. p.10.

³⁶ PIERRY (2002) p.2.

2.- “La intención de las partes dirigidas a sustituir la relación incierta o derecho litigioso por una relación o derechos ciertos e indiscutibles”³⁷.

En este sentido, la intención de las partes de sustituir este derecho litigioso a ser reparado por el daño causado por la falta de servicio por parte del prestador público de salud, queda plasmada en el acuerdo en la siguiente cláusula: “...En virtud de los antecedentes conocidos con ocasión del procedimiento de mediación, las partes, ya individualizadas, convienen en solucionar extrajudicialmente la controversia que es materia del reclamo y en precaver un litigio eventual en la forma y condiciones que se expresan a continuación...”³⁸. Así, son las partes de común acuerdo quienes sin reconocer responsabilidad alguna sobre los hechos motivo del reclamo, sustituyen esta relación incierta por obligaciones a las que se comprometen y que se traducen a su vez en un derecho en favor de quién se contrae el compromiso.

3.- “Una recíproca concesión de los contratantes, de manera que cada uno dando, prometiendo o reteniendo haga algún sacrificio respecto a sus pretensiones...”³⁹. En los acuerdos de mediación las concesiones recíprocas se configuran de manera tal que el reclamante renuncia a su derecho de iniciar una acción judicial por los hechos motivo de su reclamo. El reclamado, a su vez, concederá al reclamante la satisfacción de su interés a través de prestaciones de salud gratuitas; otorgamiento de horas de atención; indemnización en dinero; disculpas; explicaciones; u otros beneficios como hemos visto.

En consecuencia, el acuerdo de mediación como contrato de transacción contiene los siguientes elementos esenciales:

- Es un contrato, ya que es un acto jurídico que crea obligaciones, lo que se condice con el artículo 1438 del Código Civil.
- Además es bilateral, ya que ambas partes resultan obligadas en virtud de recíprocas concesiones y también es oneroso, ya que cada uno se grava en beneficio del otro.
- Es conmutativo, por cuanto las partes pueden evaluar, apreciar y ponderar los sacrificios y ventajas que el contrato acarrea (a diferencia de lo aleatorio, que se visualiza como una contingencia incierta de ganancia o pérdida). Es importante clarificar que el carácter conmutativo de la obligación atiende al beneficio de cada una de las partes, que se mira como

³⁷ VODANOVIC (1993) p.11.

³⁸ Ver Anexo: Modelo de Contrato de Transacción de acuerdo a la Ley 19.966.

³⁹ VODANOVIC (1993) p.11.

equivalente al gravamen que soporta, lo que no debemos confundir, en el caso de compromisos de prestaciones de salud, con el resultado efectivo de las mismas, por cuanto en el ámbito sanitario las obligaciones son de medio y no de resultados (salvo excepciones discutibles, como en materia estética). Así, podemos mencionar como ejemplo los casos en que el reclamado se obliga a evaluar médicamente al dañado, y a costear los gastos de operaciones y exámenes en caso de ser necesaria una intervención quirúrgica, pero no garantiza un resultado unívoco exitoso.

- Es solemne, ya que las formalidades para su perfeccionamiento se estipulan en el artículo 53 de la Ley 19.966, que establece que el acuerdo que surte los efectos de un contrato de transacción, debe ser consignado en un acta firmada por las partes y el mediador. Además, el inciso segundo señala que en caso de prestadores institucionales públicos, los contratos de transacción deben ser aprobados por el Consejo de Defensa del Estado cuando se trate de sumas superiores a las 1000 UF; y de ser sumas superiores a 3.000 UF, serán aprobadas además por el Ministerio de Hacienda.

- Es principal, pues subsiste por sí mismo sin necesidad de otra convención de acuerdo al artículo 1442 del Código Civil.

- Por último, es *intuitu personae*, por cuanto “...presume la ley que el aceptante de una transacción la ha celebrado por consideración de la persona con quien transige...”⁴⁰.

El objeto del contrato de transacción en los acuerdos de mediación será esta relación incierta o derecho litigioso que puede dar origen a un proceso judicial, en torno a la falta de servicio por parte del prestador de salud público, respecto a la atención brindada al dañado, por la cual el reclamante desea la reparación del daño causado, en suma, la acción civil que tiene el reclamante por la falta de servicio del reclamado.

Dicho esto, podríamos presuponer que la causa para la celebración de este tipo de acuerdos se vincula a la posibilidad de precaver un litigio eventual, sin embargo, considerando la naturaleza del proceso de mediación y el concepto interés, que es propio y personalísimo de cada parte que comparece en un acuerdo, adquiere relevancia la “Causa Motivo”, la cual es subjetiva y propia de cada sujeto, para la celebración del acto. Así por ejemplo, un reclamante puede querer celebrar un acuerdo de mediación, fundamentalmente para cerrar su proceso de

⁴⁰ op. Cit. p. 29.

duelo respecto de un ser querido y no necesariamente para evitar la iniciación de un proceso jurisdiccional de lato conocimiento.

El contrato de transacción en nuestra legislación presenta una dualidad, ya que, además de contrato, es un equivalente jurisdiccional, produciendo efecto de cosa juzgada, es decir, acción y excepción, en la medida que se haya celebrado por escritura pública, conforme al artículo 434 del Código de Procedimiento Civil. Sin embargo, los acuerdos alcanzados en mediación son escrituras privadas (acta celebrada ante el mediador), y por ello debiese considerarse (propuesta de lege ferenda) a estos contratos de mediación, como títulos ejecutivos perfectos, directamente exigibles, sin que sea necesaria gestión preparatoria alguna (como confesión de deuda o reconocimiento de firma).

IV RESULTADOS DE TABULACIÓN DE MUESTRA DE ACUERDOS DE MEDIACIÓN ENTRE LOS AÑOS 2011-2015

Nuestro estudio se focalizó en un total de 271 acuerdos de mediación por daños en salud en el sector público, celebrados desde enero de 2011 a diciembre de 2015, respecto de la comuna de Santiago (146 acuerdos, que corresponden al 53,9% del total de la muestra); de la comuna de Concepción (70 acuerdos, que corresponden al 25,8% del total de la muestra); de la comuna de Valparaíso (49 acuerdos, que corresponden al 18,1% del total de la muestra); de la comuna de San Miguel (5 acuerdos, que corresponden al 1,8% del total de la muestra); y por último un acuerdo conjunto realizado en las comunas de Valparaíso – Santiago (0,4%)⁴¹.

Una vez seleccionados los acuerdos, se confeccionó una pauta para tabular y extraer información acerca de los contratos analizados, la que luego fue cruzada, obteniéndose los siguientes resultados⁴².

⁴¹ Este último caso refleja la utilización de medios tecnológicos con que cuenta el Consejo de Defensa del Estado, para poder realizar mediaciones conjuntas vía video conferencia, cuando los reclamantes y reclamados se encuentran en ciudades distantes. Por ende, la distancia no es impedimento para el proceso de mediación, ni tampoco queda éste radicado exclusivamente en un solo lugar, reforzando la idea de un proceso expedito, a diferencia de la competencia de un tribunal, y la comunicación entre éstos a través de exhortos.

⁴² Este estudio tiene un 5,0 % de error muestral y un 95% de confiabilidad.

1.- ¿Quiénes formulan una solicitud de mediación?

Para dar inicio al proceso de mediación, se debe presentar ante el Consejo de Defensa del Estado, una solicitud que se denomina “reclamo”, y a la persona que lo formula “reclamante”. Pueden ser reclamantes todos quienes consideren haber sufrido un “daño” (no se limita a daño físico, también puede ser moral o de otro tipo) con ocasión de la prestación de salud, por lo tanto comprende no solo el paciente, sino además a sus familiares cercanos.

Por lo tanto, es posible que el reclamo no lo formule el paciente, sino un familiar. También puede suceder que no todos los reclamantes logren un acuerdo generándose “acuerdos parciales”, es decir, solo con alguna de las partes involucradas.

En los contratos de transacción que se analizaron, se consignan los reclamantes en el acápite vinculado a la relación de los hechos (I).⁴³

En los 271 acuerdos estudiados (equivalentes a igual número de reclamos), figuran 457 personas como reclamantes.

Considerando el total de los reclamos, el 60% de los reclamantes lo hizo personalmente; el 22% personalmente, pero asistido; y solo un 18 % representado.

TABLA 1: Calidad del reclamante

Calidad reclamante	N°	% Respuestas
Personalmente	275	60%
Personalmente asistido	100	22%
Representado	82	18%
Total respuestas	457	100,0%
Total casos	271*	

*El porcentaje es superior al 100% porque cada mediación puede tener más de un reclamante (en este caso, cada mediación tiene en promedio 1,7 respuestas).

En un 93% de los casos quien asiste al reclamante que comparece personalmente es un abogado.

⁴³ Ver Anexo: Modelo de Contrato de Transacción de acuerdo a la Ley 19.966.

TABLA 2: Calidad de la persona que asiste al reclamante que comparece personalmente

¿Quién lo asiste?	N°	% Respuestas
Abogado	93	93,0%
Amigo/cercano	1	1,0%
Familiar	6	6,0%
Total respuestas	100	100,0%
Total casos	57	

En cuanto a los reclamantes que comparecen representados, un 74,5% es representado por un familiar.

TABLA 3: Calidad del representante del reclamante

¿Quién lo representa?	N°	% Respuestas
Abogado	21	25,6%
Familiar	61	74,4%
Total	82	100,0%

2.- ¿Quiénes comparecen suscribiendo el acuerdo de mediación (contrato)?

Como señalamos precedentemente, no todos los que formularon un reclamo necesariamente deben suscribir el acuerdo, sin embargo revisados el total de acuerdos alcanzados, por la parte reclamante comparecieron 463 personas suscribiendo el acuerdo, es decir, solo hay 6 personas que no obstante no haber comparecido a formular el reclamo, se incorporan con posterioridad al proceso de mediación y suscriben en definitiva el acuerdo. La cantidad de comparecientes en cada acuerdo varía desde una personas hasta 8. De ellos, 277 son mujeres, 186 son hombres.

TABLA 4: Cantidad de comparecientes por acuerdo

N° de reclamantes que comparecen	N°	%
1	157	57,9%
2	69	25,5%
3	26	9,6%
4	10	3,7%
5	6	2,2%
6	2	0,7%
8	1	0,4%
Total casos	271	100,0%
Total Respuestas	463	

Considerando el total acuerdos alcanzados, el 73,8% de los casos el comparecientes lo hizo personalmente; el 21,0% personalmente, pero asistido; y solo un 5,2% representado.

TABLA 5: Calidad del compareciente reclamante en el acuerdo

Calidad del compareciente reclamante en el acuerdo	N°	%
Personalmente	200	73,8%
Personalmente asistido	57	21,0%
Representado	14	5,2%
Total casos*	271	100,0%

El porcentaje señalado dice relación con el total de casos analizados, no se refiere al total de respuestas.

En un 87,7% de los casos quien asiste al compareciente por la parte reclamante cuando lo hace personalmente, es un abogado.

TABLA 6: Calidad de la persona que asiste al compareciente reclamante que acude al contrato personalmente

¿Quién lo asiste?	N°	%
Abogado	50	87,7%
Amigo/cercano	1	1,8%
Familiar	6	10,5%
Total casos*	57	100,0%

El porcentaje señalado dice relación con el total de casos analizados, no en referencia al total de respuestas.

En cuanto a los comparecientes reclamantes representados en el acuerdo, un 50% es representado por un abogado.

TABLA 7: Calidad del representante del compareciente reclamante en el acuerdo

¿Quién lo representa?	N°	%
Abogado	7	50,0%
Familiar	4	28,6%
Otro	1	7,1%
Sin información	2	14,3%
Total casos*	14	100,0%

El porcentaje señalado dice relación con el total de casos analizados, no en referencia al total de respuestas.

En los acuerdos de mediación comparecen representados por sus padres en el ejercicio de la patria potestad, o por el tutor o curador designado por el tribunal cuando corresponda, menores de edad, en un 11,8% de los casos estudiados, en un rango de edad que varía desde los 0 a 18 años.

TABLA 8: Menores de edad que comparecen en el acuerdo debidamente representados

¿Comparece menor de edad?	N°	%
NO	239	88,2%
Sí, entre 7 y 14 años	3	1,1%
Si, menor de 7 años	4	1,5%
SI, NO SEÑALA EDAD	25	9,2%
Total casos*	271	100,0%

El porcentaje señalado dice relación con el total de casos analizados, no en referencia al total de respuestas.

3.- ¿Comparece el paciente que recibió la atención?

En los proceso de mediación, el paciente dañado formulará su reclamo en el 54,6% de los casos, existiendo un amplio porcentaje de casos en los que un familiar o persona cercana formulará el reclamo por los daños que se le ocasionaron.

TABLA 9: Persona que formula el reclamo y relación de parentesco con el paciente.

	N°	%
Mismo/a paciente	153	54,6%
Hijo(a)	48	17,1%
Madre/padre	35	12,5%
Cónyuge	22	7,9%
Hermano/a	4	1,4%
Abuela/abuelo	3	1,1%
Madre/padre y cónyuge	2	0,7%
Otro	6	2,1%
S/I	7	2,5%
Total	280*	100,0%

*En una mediación excepcionalmente puede haber más de un dañado, fundamentalmente cuando se trata del binomio madre/hijo. En esta muestra se han contabilizado 9 mediaciones en que existe un segundo dañado, por eso tenemos 280 pacientes (271 + 9).

En consecuencia, existe un total de 120 pacientes dañados que no formulan el reclamo inicial pero comparecerán en el acuerdo.

TABLA 10: Número de pacientes que formulan reclamo y que concurren al acuerdo

¿Figura el paciente formulando él reclamo de mediación?	N°	%
Sí	153	54,6%
No	120	42,9%
S/I	7	2,5%
Total	280	100,0%

El paciente por el que se formula el reclamo en su mayoría es de sexo femenino (57,1%) y mayor de edad (83,9%).

TABLA 11: Sexo del paciente

Sexo Dañado Total		
Femenino	160	57,1%
Masculino	116	41,4%
s/i	4	1,4%
Total	280	100,0%

TABLA 12: Edad del paciente

Dañado(a) es mayor o menor de edad		
Mayor de edad	235	83,9%
Menor de edad	36	12,9%
s/i	9	3,2%
Total	280	100,0%

4.- ¿Contra quienes se formula el reclamo?

Al iniciarse un proceso de mediación, el reclamante debe señalar el prestador de salud público contra el cual se dirige su reclamo. Serán reclamados los Hospitales, Servicios de Salud, funcionarios, etc., que se consignan en la solicitud de mediación.

Así nuestro estudio indica que en los 271 acuerdos revisados, se reclamó en contra de 406 instituciones, siendo mayor esta cifra por cuanto hay 26 acuerdos en los que no se pudo obtener esta información (y para su cuantificación se entendió que cada caso de los 26 equivalía a un prestador).

TABLA 13: Cantidad de reclamados que se consigna en la solicitud de mediación

N° de reclamados en el reclamo	
1	132
2	81
3	17
4	7
5	4
6	1
7	1
s/i	26
Total	432

5.- ¿Cuántos reclamados comparecen en el acuerdo de mediación (contrato)?

Como vimos en la tabla anterior, el total de reclamados en la solicitud de mediación es de 432 instituciones aproximadamente, pero se llegó a acuerdo sólo con 407 de ellas (acuerdos parciales). Entre quienes comparecen se cuentan: Hospitales o Complejos Asistenciales (58,7%), Servicios de Salud (21,4%), Médicos (12%), Instituciones de Salud Primaria, esto es, CESFAM, Centro de Referencia, Sapu o Consultorio (3,9%), Municipalidad (2,2%); Otros profesionales de la salud (0,7%); y Otros (1%).

TABLA 14: Reclamados que comparecen al acuerdo

		% con respecto al total de respuestas	% con respecto al total casos
Hospitales/Complejos Asistenciales	239	58,7%	88,2%
Servicio de Salud	87	21,4%	32,1%
Médico	49	12,0%	18,1%
Salud Primaria: CESFAM/ Centro de Referencia/ SAPU/ Consultorio	16	3,9%	5,9%
Municipalidad	9	2,2%	3,3%
Otros profesionales de la salud	3	0,7%	1,1%
Otro	4	1,0%	1,5%
Total Respuestas	407	100,0%	150,2%
Total Casos	271		

*El porcentaje es superior al 100% (con respecto al total de casos) porque cada mediación puede tener más de un reclamado, cada mediación por lo tanto tiene en promedio 1,5 reclamados.

Los reclamados, sean establecimientos de salud⁴⁴ o médicos, comparecen personalmente en el 22% de los casos; lo harán personalmente pero asistidos en el 29% de los casos; y en un 49% representados. Interesante resulta la comparecencia de los médicos cuando acuden representados al acuerdo, pues se da en el 25% de los casos, a diferencia de los establecimientos de salud cuyo porcentaje aumenta a 52%.

TABLA 15: Calidad del reclamado

	Médico		Establecimientos		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Personalmente	17	43%	72	20%	89	22%
Personalmente asistido	13	33%	105	29%	118	29%
Representado	10	25%	190	52%	200	49%
Total respuestas	40	100%	367	100%	407	100%

Del total de prestadores de salud públicos que comparecen representados, el 91% lo hace a través de abogados.

TABLA 16: Calidad de representante del reclamado

Quien lo representa	Médico		Establecimientos		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Abogado	10	100%	172	91%	182	91%
Otro profesional		0%	17	9%	17	9%
S/I		0%	1	1%	1	1%
Total	10	100%	190	100%	200	100%

También hay médicos y establecimientos que concurren asistidos al proceso de mediación (29%), en un 94% por abogados y solamente 3% por otro profesional.

⁴⁴ Nos referimos a la participación personal del establecimiento de salud (hospital, servicio de salud, recintos de salud primaria, etc.) en el acuerdo de mediación cuando comparece su Director, en su calidad de tal (como representante de persona jurídica).

TABLA 17: Calidad de la persona que asiste al reclamante que comparece personalmente

¿Quién lo asiste?	Médico		Establecimientos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Abogado	13	100%	99	94%	112	94%
Abogado y otro profesional		0%	3	3%	3	3%
Otro profesional		0%	3	3%	3	3%
Total Respuestas	13	100%	105	100%	118	100%

6.- ¿Cuáles son los hechos motivo del reclamo? ¿qué incidentes de salud generan el conflicto sanitario?

La Unidad de Mediación del Consejo de Defensa del Estado, desde el año 2011 categorizó los incidentes de salud por los que las personas reclaman, a fin de proveer y retroalimentar a los usuarios del servicio de mediación, fundamentalmente parte reclamada, de información acerca de los motivos o áreas donde acaecen los hechos que generan responsabilidad, con el objeto de que se tomen medidas concretas, evitando su nueva ocurrencia. De esta manera la resolución del conflicto jurídico permite un círculo virtuoso que se traduce en la creación de buenas prácticas.

La información proporcionada por los relatos de los 271 acuerdos tabulados, es la siguiente:

TABLA 18: Categorización de incidentes de salud reclamados

ERRORES O INCIDENTES DE SALUD	Nº	%
ERRORES EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y / O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	201	28,5%
Procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas inadecuadamente realizados	57	
Complicaciones de procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas tardías	56	
Reintervenciones quirúrgicas	45	
Complicaciones de procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas inmediatas	43	
ERRORES DE DIAGNÓSTICO MÉDICO	134	19,0%
Error de diagnóstico de la enfermedad o condición de salud	90	
Alta precoz en paciente hospitalizado sin condiciones para ello	16	
Errores en la indicación de intervención quirúrgica	9	
Errores de interpretación de exámenes de imagenología	8	
Errores en indicación de procedimiento diagnóstico y/o terapéutico	8	
Otros (abierta)	2	
Error de interpretación de exámenes de laboratorio clínico	1	
RETARDOS EN LA ATENCIÓN	89	12,6%

Intervención quirúrgica	37	
Agrava situación del paciente por retardo	20	
Consulta especialidad médica	13	
Realización de exámenes de laboratorio y / o imagenología u otros	9	
Procedimiento diagnóstico y/o terapéutico	8	
Entrega prótesis u ortesis	2	
DEFICIENCIA EN LA ATENCIÓN DE URGENCIA	51	7,2%
Consulta repetida en servicio urgencia (2 o más)	27	
Se agrava condición de salud del paciente luego de atención de urgencia	14	
Retraso en la atención de urgencia	7	
Paciente no se deriva a otro establecimiento de salud teniendo indicación para ello	2	
Paciente no se hospitaliza teniendo indicación médica de hospitalización	1	
ERRORES EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA	47	6,7%
Errores atención obstétrica de la madre infección	7	
Errores atención obstétrica en la madre: hemorragia	6	
Errores atención obstétrica de la madre: muerte	2	
Errores atención obstétrica en la madre: atención del parto indigna y/o irrespetuosa	2	
Errores atención obstétrica en la madre: otros	9	
Errores atención obstétrica del hijo: muerte	9	
Errores en la atención obstétrica del hijo: asfixia intrauterina, neonatal y/o encefalopatía hipóxico-isquémica	3	
Errores en la atención obstétrica del hijo: parálisis braquial	1	
Errores en la atención obstétrica del hijo: otros	6	
Errores en la atención obstétrica: otros general	2	
INFORMACIÓN ENTREGADA AL PACIENTE Y/O FAMILIARES AUSENTE O INSUFICIENTE	45	6,4%
Información ausente o insuficiente acerca del estado de salud del paciente	20	
Información ausente o insuficiente respecto a tratamientos e indicaciones médicas	11	
Errores en la entrega de documentación clínica, resultados de exámenes de laboratorio, imagenología u otros	7	
Consentimiento informado /no firmado, no explicado, no comprendido	4	
Eventos adversos ocurridos durante la atención de salud no informados al paciente o familiares	3	
INCUMPLIMIENTO LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES	33	4,7%
Derecho a que el equipo de salud cumpla con normas y protocolos de seguridad, calidad de atención, prevención de infecciones asociadas a la atención	17	
Derecho a tener un trato digno y respetuoso en materia de salud durante su hospitalización	9	
Derecho a ser informado de la ocurrencia de eventos adversos durante su atención	6	
Derecho a la compañía y asistencia espiritual durante su hospitalización	1	
ERRORES EN LA UTILIZACIÓN, ADMINISTRACIÓN O ENTREGA DE MEDICAMENTOS	31	4,4%
Errores de medicación: reacciones adversas a medicamentos recibidos	15	
Errores de medicación: dosis del medicamento incorrecta	3	
Retraso o no entrega de medicamentos prescritos	3	

Errores de medicación: medicamento incorrecto	2	
Errores de medicación: horario de administración del medicamento incorrecto	1	
Otros (abierta)	7	
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO	27	3,8%
Infecciones asociadas a la atención de salud	13	
Infraestructura inadecuada/insegura del establecimiento asistencial	10	
Caídas de pacientes desde camas, camillas u otros	3	
Errores en la identificación de pacientes	1	
ERRORES EN PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA, MATRONA U OTRO PROFESIONAL NO MÉDICO	22	3,1%
Error en la instalación, manejo, retiro de sondas, catéteres, vías venosas u otros	11	
Falta de registros de procedimientos o atenciones efectuadas	8	
Error en la administración de medicamentos o fluidos en cualquier vía	3	
ESPECIALIZACIÓN,CAPACITACIÓN Y CONTINUIDAD DEL PERSONAL QUE ENTREGA LA ATENCIÓN DE SALUD	9	1,3%
Intervención en la prestación de salud de alumnos de carreras de la salud	5	
Rotación de médicos tratantes afecta la atención recibida por el paciente	2	
Entrega de la atención de salud por personal que no corresponde según su función	1	
Médicos no especialistas entregan atención de especialidad	1	
SEGURIDAD Y OPORTUNIDAD EN DERIVACIONES Y TRASLADOS DE PACIENTES	8	1,1%
Retraso en la derivación de pacientes teniendo indicación de traslado	8	
OTROS	8	1,1%
Negación de atención de salud	8	
TOTAL	705	100,0%

*cada caso o acuerdo reporta más de un incidente, por ello el total son 705 incidentes de salud en 271 acuerdos.

La categoría que lidera es “Errores en la realización de procedimientos y / o intervenciones quirúrgicas” (28,5%), la que es seguida por “Error de diagnóstico médico.” (19,0%).

7.- Proximidad del hecho que ocasionó el daño y el acuerdo.

En el 53,9% de los casos, existe un tiempo menor de un año entre el hecho que origina el daño y la fecha del acuerdo.

TABLA 19: Tiempo transcurrido entre la ocurrencia de los hechos y firma de acuerdo

Tiempo transcurrido entre la ocurrencia de los hechos y firma de acuerdo	N°	%
Menos de un año	146	53,9%
Entre un año y menos de 3 años	78	28,8%
Entre 3 y 5 años	22	8,1%
Más de 5 años	15	5,5%
S/I en fecha de daño	10	3,7%
Total	271	100,0%

8.- Duración del proceso de mediación y número de sesiones.

Si bien la ley nos dice que el proceso dura 60 días prorrogables por las partes hasta 120 días, es importante destacar que los acuerdos alcanzados se logran en un promedio de 2,8 audiencias.

TABLA 20: Número y promedio de audiencias que se alcanza el acuerdo

N° de audiencias	N° de casos
1	16
2	88
3	84
4	45
5	17
6	3
8	2
s/i	16
Promedio de audiencias en que se logra el acuerdo	2,8

9.- Formas de resolución del conflicto sanitario.

Analizados los acuerdos encontramos las siguientes formas de acuerdo: Indemnizaciones pecuniarias, prestaciones de salud, explicaciones y/o disculpas, y otras.

Es importante destacar que en general van de manera combinadas, por ejemplo indemnización, más explicación.

TABLA 21: Tipos de acuerdos logrados en el proceso de mediación

Tipo de acuerdo	N°	%	% Del Total
Indemnización	85	31,4%	48,3%
Indemnización + prestación	27	10,0%	
Indemnización + explicaciones	7	2,6%	
Indemnización + disculpas	4	1,5%	
Indemnización + explicaciones y disculpas	3	1,1%	
Indemnización + prestación + explicaciones	2	0,7%	
Indemnización + prestación + explicaciones y disculpas	2	0,7%	
Indemnización + prestación + disculpas	1	0,4%	
Prestación	50	18,5%	28,4%
Prestación + explicaciones	22	8,1%	
Prestación + explicaciones y disculpas	4	1,5%	
Prestación + disculpas	1	0,4%	
Explicaciones	43	15,9%	20,3%
Disculpas	2	0,7%	
Explicaciones y disculpas	10	3,7%	
Otro	8	3,0%	3,0%
Total casos	271	100,0%	100,0%

9.1. Indemnizaciones en dinero.

Los Hospitales y Servicios de Salud, son los principales reclamados que pagan indemnizaciones de perjuicios, cubriendo el 81% del total. Los Hospitales pagan el 56% de las indemnizaciones por montos superiores a 1.000 UF.

Los médicos solo asumen el 5% del total de las indemnizaciones, concentrándose la mayor parte de estos acuerdos en el tramo de menos de \$500.000.-, es decir las de menor monto.

TABLA 22: Indemnizaciones pagadas según prestador público de salud reclamado y sus montos

Montos según tipo de pagador	Hospital		Servicio de salud		Hospital y SS		Médico		Municipio		Otros*		Total	
Menos de 500.000	10	40%	6	24%	1	4%	4	16%	3	12%	1	4%	25	100%
Entre 500.000 y 1.000.000	6	55%	4	36%		0%	1	9%		0%	0	0%	11	100%
Entre 1.000.000 y 5.000.000	29	64%	9	20%	4	9%	2	4%		0%	1	2%	45	100%
Entre 5.000.000 y 10.000.000	13	59%	6	27%	2	9%		0%		0%	1	5%	22	100%
Entre 10.000.000 y 26.300.000 (1000 UF)	8	42%	7	37%	1	5%		0%		0%	3	16%	19	100%
Más de 26.300.000 (1.000 UF)	5	56%	3	33%		0%		0%		0%	1	11%	9	100%
Total	71	54%	35	27%	8	6%	7	5%	3	2%	7	5%	131	100%

*Otros: Pagadores combinados, como "Hospital, Servicio de Salud y médicos", "Servicio de salud y médicos", "Hospital y médico", "Municipalidad y médico"

En un 89% de los acuerdos concurre un solo reclamado asumiendo el monto total indemnizatorio, y solo en un 11% dos o más entidades pagadoras.

TABLA 23: Número de entidades que concurren al pago

Montos según N° de pagadores	Un pagador		Dos pagadores		Total	
Menos de 500.000	23	92%	2	8%	25	100%
Entre 500.000 y 1.000.000	11	100%	0	0%	11	100%
Entre 1.000.000 y 5.000.000	40	89%	5	11%	45	100%
Entre 5.000.000 y 10.000.000	19	86%	3	14%	22	100%
Entre 10.000.000 y 26.300.000 (1000 UF)	15	79%	4	21%	19	100%
Más de 26.300.000 (1.000 UF)	8	89%	1	11%	9	100%
Total	116	89%	15	11%	131	100%

El mayor porcentaje de indemnizaciones se otorgan a personas del sexo femenino mayores de edad. De los acuerdos analizados solo 131 personas fueron beneficiarias de una indemnización de perjuicios, que puede ser el paciente mismo o sus familiares cercanos.

TABLA 24: Indemnizaciones pagadas según sexo del beneficiario

Montos según sexo del beneficiario	Femenino		Masculino		Total	
Menos de 500.000	15	60%	10	40%	25	100%
Entre 500.000 y 1.000.000	6	55%	5	45%	11	100%
Entre 1.000.000 y 5.000.000	26	58%	19	42%	45	100%
Entre 5.000.000 y 10.000.000	11	50%	11	50%	22	100%
Entre 10.000.000 y 26.300.000 (1000 UF)	12	63%	7	37%	19	100%
Más de 26.300.000 (1.000 UF)	5	56%	4	44%	9	100%
Total	75	57%	56	43%	131	100%

TABLA 25: Montos indemnizatorios pagados según edad del beneficiario

Montos según edad del beneficiario	Mayor de edad		Menor de edad*		S/I		Total	
Menos de 500.000	21	84%	3	12%	1	4%	25	100%
Entre 500.000 y 1.000.000	7	64%	4	36%		0%	11	100%
Entre 1.000.000 y 5.000.000	40	89%	4	9%	1	2%	45	100%
Entre 5.000.000 y 10.000.000	18	82%	4	18%		0%	22	100%
Entre 10.000.000 y 26.300.000 (1000 UF)	15	79%	3	16%	1	5%	19	100%
Más de 26.300.000 (1.000 UF)	7	78%	2	22%		0%	9	100%
Total	108	82%	20	15%	3	2%	131	100%

*Los menores de comparecen representados por sus padres en el ejercicio de la patria potestad o por el tutor o curador designado por el tribunal cuando corresponda.

Los que reciben estas indemnizaciones, en la mayoría de los casos son los mismos pacientes (52%), pero también sus familiares (hijos, padres, cónyuge, otro). Además, el monto que reciben los pacientes en la mayoría de los casos comprenden cifras entre \$1.000.000 y \$5.000.000.

TABLA 26: Montos indemnizatorios pagados al paciente reclamante o familiares dañados

Montos según relación de parentesco del Dañado respecto del reclamante	Mismo/a		Hijo/a		Madre/padre		Cónyuge		Otros*		Total	
Menos de 500.000	17	68%	5	20%		0%	2	8%	1	4%	25	100%
Entre 500.000 y 1.000.000	5	45%	5	45%	1	9%		0%	0	0%	11	100%
Entre 1.000.000 y 5.000.000	24	53%	5	11%	9	20%	3	7%	4	9%	45	100%
Entre 5.000.000 y 10.000.000	12	55%	4	18%	3	14%	2	9%	1	5%	22	100%
Entre 10.000.000 y 26.300.000 (1000 UF)	9	47%	4	21%	2	11%		0%	4	21%	19	100%
Más de 26.300.000 (1.000 UF)	1	11%	2	22%	3	33%	2	22%	1	11%	9	100%
Total	68	52%	25	19%	18	14%	9	7%	11	8%	131	100%

*Otros: "abuelo/a" y "hermano/a" o combinaciones si hay más de un reclamante "hijo y hermano", "madre, suegra, abuela", "madre/padre, cónyuge".

Los daños de salud por lo que más se pagan indemnizaciones son daño psicológico (33%) e invalidez parcial (31%).

TABLA 27: Montos Indemnizatorios pagados según tipo de daño.

Montos según tipo de daño	Muerte		Invalidez total		Invalidez parcial		Daño psicológico		Gastos provocados por el daño		Otros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 500.000	1	4%		0%	11	44%	12	48%	1	4%		0%	25	100%
Entre 500.000 y 1.000.000		0%		0%	4	36%	6	55%	1	9%		0%	11	100%
Entre 1.000.000 y 5.000.000	6	13%	2	4%	18	40%	15	33%	2	4%	2	4%	45	100%
Entre 5.000.000 y 10.000.000	5	23%	4	18%	5	23%	7	32%	1	5%		0%	22	100%
Entre 10.000.000 y 26.300.000 (1000 UF)	12	63%	1	5%	2	11%	3	16%		0%	1	5%	19	100%
Más de 26.300.000 (1.000 UF)	6	67%	2	22%	1	11%		0%		0%		0%	9	100%
Total	30	23%	9	7%	41	31%	43	33%	5	4%	3	2%	131	100%

9.2 Prestaciones de Salud.

Otra forma de solución del conflicto sanitario se verifica por el otorgamiento de prestaciones de salud por parte del reclamado.

En primer lugar, del total de acuerdos estudiados, en un 40,2% se otorgan prestaciones de salud. Dentro de ese total, en un 48,6% se brinda una única prestación y en el 51,4% restante entre 1 y 4, otorgándose un total de 183 prestaciones.

TABLA 28: Casos en que es otorgada una prestaciones de salud

Tuvo Prestaciones	Nº	%
SI	109	40,2%
NO	162	59,8%
Total Casos	271	100,0%

TABLA 29: Número de prestaciones de salud recibidas

Nº de prestaciones*	Nº	%
1	53	48,6%
2	42	38,5%
3	10	9,2%
4	4	3,7%
Total Casos	109	100,0%

*El promedio de prestaciones recibidas, considerando el total de casos, es de 1,7 prestaciones por persona.

En un 69,5% de los casos en que se recibe una prestación es el paciente propiamente tal, sin embargo también se otorgan prestaciones a miembros de su núcleo familiar, como se ve a continuación:

TABLA 30: Beneficiarios de la prestación de salud

El dañado es:	N°	%
Mismo/a	82	69,5%
Hermano/a	1	0,8%
Hijo(a)	15	12,7%
Madre/padre	8	6,8%
Cónyuge	8	6,8%
Otro familiar	1	0,8%
S/I	3	2,5%
Total casos que reciben prestaciones	118	100,0%

Las prestaciones de salud ofrecidas las categorizamos de la siguiente forma, en orden decreciente según su otorgamiento:

TABLA 31: Categoría y número de prestaciones de salud ofrecidas

Prestaciones Ofrecidas	N°	%
Consulta médica de especialidad	38	20,8%
Intervención quirúrgica	37	20,2%
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos	29	15,8%
Psiquiatría y/o psicología clínica	17	9,3%
Kinesiología y/o fisioterapia	15	8,2%
Prótesis y/u órtesis	12	6,6%
Traslados a otro establecimiento asistencial	11	6,0%
Exámenes de laboratorio clínico	8	4,4%
Atenciones integrales de otros profesionales de la salud	5	2,7%
Exámenes de imagenología	5	2,7%
Otras prestaciones	6	3,3%
Total respuestas	183	100,0%
Total casos	109	167,9%

Los incidentes de salud por los que más se otorgan prestaciones son los Errores en la realización de procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas (38,7%). Luego le siguen Errores de diagnóstico médico (15,4%) y Retardos en la atención (14,7%).

TABLA 32: Otorgamiento de prestaciones según incidente de salud*

ERRORES EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y / O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	103	38,7%
Procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas inadecuadamente realizados	31	
Complicaciones de procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas tardías	29	
Complicaciones de procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas inmediatas	22	
Reintervenciones quirúrgicas	21	
ERRORES DE DIAGNÓSTICO MÉDICO	41	15,4%
Error de diagnóstico de la enfermedad o condición de salud	28	
Errores de interpretación de exámenes de imagenología	4	
Errores en la indicación de intervención quirúrgica	4	
Errores en indicación de procedimiento diagnóstico y/o terapéutico	3	
Alta precoz en paciente hospitalizado sin condiciones para ello	2	
RETARDOS EN LA ATENCIÓN	39	14,7%
Intervención quirúrgica	19	
Agrava situación del paciente por retardo	7	
Consulta especialidad médica	6	
Realización de exámenes de laboratorio y/o imagenología u otros	3	
Entrega prótesis u órtesis	2	
Procedimiento diagnóstico y/o terapéutico	2	
INFORMACIÓN ENTREGADA AL PACIENTE Y/O FAMILIARES AUSENTE O INSUFICIENTE	15	5,6%
Información ausente o insuficiente acerca del estado de salud del paciente	6	
Información ausente o insuficiente respecto a tratamientos e indicaciones médicas	6	
Consentimiento informado/no firmado, no explicado, no comprendido	2	
Errores en entrega documentación clínica, resultados exámenes laboratorio, imagenología u otros	1	
ERRORES EN LA UTILIZACIÓN, ADMINISTRACIÓN O ENTREGA DE MEDICAMENTOS	13	4,9%
Errores de medicación: reacciones adversas a medicamentos recibidos	6	
Otros	4	
Retraso o no entrega de medicamentos prescritos	2	
Errores de medicación: dosis del medicamento incorrecta	1	
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO	13	4,9%
Infecciones asociadas a la atención de salud	6	
Infraestructura inadecuada/insegura del establecimiento asistencial	6	
Caídas de pacientes desde camas, camillas u otros	1	
ERRORES EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA	12	4,5%
En la madre: hemorragia	2	
En la madre: otros	2	
En la madre: infección	3	
Del hijo: muerte	2	
Del hijo: asfixia intrauterina, neonatal y/o encefalopatía hipóxico-isquémica	1	
Del hijo: otros	1	
Otros errores en la atención obstétrica	1	
DEFICIENCIA EN LA ATENCIÓN DE URGENCIA	11	4,1%
Consulta repetida en servicio urgencia (2 o más)	7	

Se agrava condición de salud del paciente luego de atención de urgencia	3	
Retraso en la atención de urgencia	1	

*Cada persona que obtiene prestación, ha señalado en promedio 2,4 incidentes de salud.

De los reclamados, son los Hospitales quienes otorgan el 83,5%, del total de las prestaciones.

TABLA 33: Comparecientes reclamados que otorgan prestación de salud

PRESTADORES	N°	%
Hospital	91	83,5%
Servicio de Salud	9	8,3%
Hospital y Servicio de Salud	5	4,6%
CESFAM	2	1,8%
Médico	1	0,9%
Municipalidad	1	0,9%
Total Casos	109	100,0%

Se beneficia con prestaciones de salud en mayor cantidad a las personas del sexo femenino, en un 57,6% de los casos. Además corresponden a personas mayores de edad (88,1%).

TABLA 34: Sexo del beneficiario de la prestación de salud

	N°	%
Femenino	68	57,6%
Masculino	48	40,7%
S/I	2	1,7%
Total casos que reciben prestaciones	118	100%

TABLA 35: Edad del beneficiario de la prestación de salud

	N°	%
Mayor de edad	104	88,1%
Menor de edad	11	9,3%
S/I	3	2,5%
Total casos que reciben prestaciones	118	100,0%

El daño por el cual más se otorgan prestaciones es Invalidez Parcial (53,4%) y Daños Psicológicos (33,9%).

TABLA 36: Prestación otorgada según categorización del tipo de daño

Daño principal Categorizado (por el que se recibe prestación)	N°	%
Muerte	6	5,1%
Invalidez total	8	6,8%
Invalidez parcial	63	53,4%
Daño psicológico	40	33,9%
Otros	1	0,8%
Total casos que reciben prestaciones	118	100,0%

En cuanto a las prestaciones ofrecidas, en su mayoría se inicia el otorgamiento en un plazo menor de 30 días (45,9%).

TABLA 37: Plazo de inicio de otorgamiento de la prestación

	N°	%
Menos de 30 días	84	45,9%
30-60 días	5	2,7%
61-90 días	12	6,6%
Más de 90 días	39	21,3%
S/I	42	23,0%
Según disponibilidad física del establecimiento	1	0,5%
Total respuestas	183	100,0%

Existen prestaciones de salud que requieren un seguimiento, lo cual se da en el 67,2% de los casos, es decir, no se satisface en un única oportunidad.

TABLA 38: Casos en los que se acuerda seguimiento de la prestación ofrecida

Seguimiento prestación	N°	%
SI	123	67,2%
NO	39	21,3%
S/I	21	11,5%
Total respuestas	183	100,0%

Las prestaciones ofrecidas pueden ser de ejecución instantánea o diferida, en atención a si su otorgamiento se agota en un sola oportunidad, como por ejemplo la entrega de una silla de ruedas, o si éstas se van desarrollando en el tiempo, como sería una evaluación médica para

eventual intervención quirúrgica posterior. En el 61,7% de los casos la ejecución de la prestación es diferida.

TABLA 39: Forma de ejecución de la prestación: instantánea o diferida

Prestación de ejecución instantánea o diferida	N°	%
Ejecución instantánea	54	29,5%
Ejecución diferida	113	61,7%
S/I	16	8,7%
Total respuestas	183	100,0%

Cuando se trata de prestaciones que se otorgan en forma diferida, se establecen cláusulas que delimitan el lapso de tiempo en el que se ejecutará la obligación.

TABLA 40: Límite de tiempo para el otorgamiento de la prestación

	N°	%
Hasta que le den el alta médica/ hasta que la recuperación sea completa	22	15,3%
Prestación con tiempo específico de duración (fecha- periodo puntual)	16	11,1%
Sujeta a evaluación médica, a disponibilidad del establecimiento	15	10,4%
Por el tiempo que el(los) medico(s) estime(n) necesario	14	9,7%
A largo plazo (anual, semestral, permanente, hasta cumplir 18 años)	5	3,5%
Ya fue realizada	3	2,1%
Otro	2	1,4%
S/I	67	46,5%
Total respuestas	144	100,0%
Total casos	113	127,4%

Es importante señalar, que también en algunos casos de otorgamiento de prestación (62,4%) además se fijan condiciones para que pueda otorgarse la prestación.

TABLA 41: Condiciones para el otorgamiento de la prestación.

¿Se especifican condiciones para el otorgamiento de la prestación?	N°	%
Si	68	62,4%
NO	41	37,6%
Total casos	109	100,0%

Estas condiciones de salud se categorizan en la siguiente forma:

TABLA 42: Detalle de las condiciones especificadas para el otorgamiento de la prestación

¿Cuáles condiciones?*	N° de casos
A) que el paciente cumpla con todas las indicaciones señaladas al momento de realizarse las evaluaciones y tratamientos respectivos.	68
B) que el paciente concorra en las fechas y horas que se le cite.	68
C) que el beneficiario de la prestación se mantenga en FONASA tramo A o B.	1
D) otorgar consentimiento informado previo a cada una de las cirugías.	1

*Un caso puede especificar más de una condición. A y B estaban en todos los casos que comprendían el otorgamiento de prestaciones.

Por último, es importante destacar que en el 6,4% de los casos estudiados se detectaron cláusulas referentes a la “priorización en la atención de salud”, respecto a la prestación acordada y/o en otras prestaciones.

TABLA 43: Priorización en la atención de salud (mención explícita en el contrato)

¿Hubo priorización en la atención de salud?	N°	%
No	98	89,9%
Si	7	6,4%
S/i	4	3,7%
Total casos	109	100,0%

TABLA 44: Priorización en prestaciones acordadas o en otras

¿La priorización fue en las prestaciones acordadas o en otras?	N°
Prestaciones relacionadas con la(as) prestación(es) acordada(s)	5
En otras prestaciones no relacionadas a la prestación(es) acordada (s)	1
Ambas	1
Total casos	7

9.3 Explicaciones y/o disculpas.

Otra forma de solución al conflicto sanitario son las explicaciones y/o disculpas brindadas por la parte reclamada. Este tipo de acuerdo se da en el 20,3% de los casos estudiados⁴⁵. En total

⁴⁵ Ver tabla 18. Es importante señalar que si bien existe un 20,3% de casos donde se otorgan explicaciones y/o disculpas, la tabla señalada incluye este tipo de acuerdo en combinación con otras formas de solución al conflicto, tales como indemnizaciones en dinero y prestaciones de salud.

hubo 101 acuerdos donde se estipuló este tipo de acuerdo. El 73,3% corresponden a explicaciones, dadas en su gran mayoría por los Hospitales o por su Director en representación de dicho establecimiento de salud (57%). Respecto a las disculpas, éstas se ofrecen en el 7,9% de los casos, existiendo un porcentaje del 18,8% donde se ofrecen tanto disculpas como explicaciones.

TABLA 45: Cantidad de acuerdos donde se otorgan explicaciones y/o disculpas

	N°	%
Sólo explicaciones	74	73,3%
Sólo disculpas	8	7,9%
Explicaciones y disculpas	19	18,8%
Total casos	101	100,0%

TABLA 46: Comparecientes reclamados que ofrecen explicaciones

	N°	%
Hospital o Director(a)	53	57,0%
Hospital (Jefe Unidad determinada)	3	3,2%
Hospital y médico(s)	5	5,4%
Hospital y Servicio de Salud	3	3,2%
Hospital, médico y centro de salud familiar	1	1,1%
Médico(s)	17	18,3%
Salud Primaria: CESFAM/ Centro de Referencia/ SAPU/ Consultorio	4	4,3%
Servicio de Salud	2	2,2%
Abogado(a) reclamado	5	5,4%
Total casos	93	100,0%

Respecto a las disculpas, estas son ofrecidas en un 40,7% por los Hospitales o su Director.

TABLA 47: Comparecientes reclamados que ofrecen disculpas

	N°	%
Hospital o Director(a)	11	40,7%
Hospital y Servicio de Salud	5	18,5%
Abogado(a) reclamado	4	14,8%
Servicio de Salud	3	11,1%
Médico(s)	2	7,4%
Hospital y médico(s)	1	3,7%
Salud Primaria: CESFAM/ Centro de Referencia/ SAPU/ Consultorio	1	3,7%
Total casos	27	100,0%

En cuanto al sexo de los dañados que reciben la disculpa y/o explicación un 54,4% corresponde a mujeres y un 44,5% a hombres, fundamentalmente mayores de edad (82,7%).

TABLA 48: Sexo de la persona dañado(a) que recibe disculpas y/o explicaciones

	N°	%
Femenino	60	54,5%
Masculino	49	44,5%
S/I	1	0,9%
Total casos que recibe disculpas y/o explicaciones*	110*	100,0%

*101 primer dañado y 9 segundo dañado

TABLA 49: Edad dañado(a) que recibe disculpas y/o explicaciones

	N°	%
Mayor de edad	91	82,7%
Menor de edad	16	14,5%
S/I	3	2,7%
Total casos	110*	100,0%

*101 primer dañado y 9 segundo dañado

En la mitad de los casos será el mismo paciente dañado quien reciba la disculpa o explicación (50%), extendiéndose este acuerdo a sus familiares o cercanos en el mismo porcentaje.

TABLA 50: Persona que recibe y acepta disculpas y/o explicaciones

	N°	%
Paciente	55	50,0%
Hijo(a)	20	18,2%
Madre/padre	16	14,5%
Cónyuge	10	9,1%
Hermano(a)	2	1,8%
Abuelo(a)	1	0,9%
Otro familiar	4	3,6%
S/I	2	1,8%
Total casos	110*	100,0%

*101 primer dañado y 9 segundo dañado

Los daños por los que se otorga este tipo de acuerdo, corresponden mayormente a Invalidez Parcial (42,7%), Daño Psicológico (30%), y Muerte (20,9%).

TABLA 51: Daño principal categorizado entre quienes recibieron y aceptaron disculpas y/o explicaciones

	N°	%
Muerte	23	20,9%
Invalidez total	3	2,7%
Invalidez parcial	47	42,7%
Daño psicológico	33	30,0%
Gastos provocados por el daño	3	2,7%
Otros	1	0,9%
Total casos	110	100,0%

Los incidentes de salud por lo que se ofrecen las disculpas y explicaciones son mayormente “Errores en la realización de procedimientos y / o intervenciones quirúrgicas”, en el 29,2% de los casos.

TABLA 52: Especificación de incidentes en los acuerdos terminados por explicaciones y/o disculpas

	Disculpas		Explicaciones		Explicaciones y disculpas		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ERRORES EN REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y/O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	6	24,0%	63	34,1%	7	14,0%	76	29,2%
Complicaciones de procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas tardías	2		18		2		22	
Procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas inadecuadamente realizados	1		19		1		21	
Reintervenciones quirúrgicas	2		14		4		20	
Complicaciones de procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas inmediatas	1		12				13	
ERRORES DE DIAGNÓSTICO MÉDICO	3	12,0%	35	18,9%	12	24,0%	50	19,2%
Error de diagnóstico de la enfermedad o condición de salud	2		26		9		37	
Alta precoz en paciente hospitalizado sin condiciones para ello			3		1		4	
Errores en indicación de procedimiento diagnóstico y/o terapéutico			3				3	
Errores en la indicación de intervención quirúrgica			2		1		3	
Errores de interpretación de exámenes de imagenología			1		1		2	
Error de interpretación de exámenes de laboratorio clínico	1						1	
RETARDOS EN LA ATENCIÓN	3	12,0%	24	13,0%	8	16,0%	35	13,5%
Intervención quirúrgica			11		5		16	
Agrava situación del paciente por retardo	1		4		2		7	
Consulta especialidad médica	1		4				5	
Procedimiento diagnóstico y/o terapéutico	1		1		1		3	

Realización de exámenes de laboratorio y/o imagenología u otros			3				3	
Entrega prótesis u ortesis			1				1	
DEFICIENCIA EN LA ATENCIÓN DE URGENCIA		0,0%	11	5,9%	9	18,0%	20	7,7%
Consulta repetida en servicio urgencia (2 o más)			5		2		7	
Se agrava condición de salud del paciente luego de atención de urgencia			4		3		7	
Retraso en la atención de urgencia			2		3		5	
Paciente no se deriva a otro establecimiento de salud teniendo indicación para ello					1		1	

9.4. Otras formas de acuerdo.

Los contratos estudiados contienen otras cláusulas como forma de acuerdo además de las vistas anteriormente (indemnización, prestación, explicación y/o disculpas), las cuales se presentan en forma paralela con ellas, y se verifican en el 28% de los casos analizados.

TABLA 53: Acuerdos que contienen otras formas de acuerdos

¿Tienen otras cláusulas?	N°	%
SI	76	28,0%
NO	195	72,0%
Total casos	271	100,0%

Categorizamos estos acuerdos alcanzados por las partes de la siguiente manera:

TABLA 54: Detalle de otras formas de acuerdo

Otras formas de acuerdo	N°*	%
Garantías o Seguridad respecto a indemnizaciones y/o prestaciones ofrecidas	31	40,8%
Especificaciones entrega Prestaciones	17	
Forma en que se pagará	7	
Especificaciones Traslado/ reembolso traslado	7	
Declaraciones vinculadas a procesos jurisdiccionales (acuerdos reparatorios, desistimientos, etc.) y/o administrativos	24	31,6%
Medidas de Mejora de Gestión hospitalarias	18	23,7%
Condonaciones; reembolsos y/o condiciones de pago	11	14,5%
Ayudas/ apoyos sociales	3	3,9%
Otros	2	2,6%
Total Respuestas	89	
Total Casos	76	117,1%

*En un caso, en promedio hay 1,2 cláusulas adicionales.

Se destacan las “Medidas de Mejora de Gestión Hospitalaria” en el 23,7% de los casos y “Ayudas/ apoyos sociales” con un porcentaje del 3,9% de los casos.

10.- Renuncia de acciones y cláusula de reembolso.

Las últimas cláusulas del contrato de transacción versan sobre la renuncia de acciones judiciales que hace la parte reclamante respecto a los reclamados, como parte fundamental de la existencia del contrato de transacción. La totalidad de los acuerdos estudiados expresa la renuncia de acciones judiciales, y beneficia mayormente a Hospitales y/o Establecimientos de Atención Primaria y Servicio de Salud (o Municipio cuando corresponda) en un 63,1% de los casos.

TABLA 55: Renuncia de acciones legales

¿Hubo renuncia de acciones?	Nº
SI	270
S/I	1

TABLA 56: Prestador de salud público al que favorece la renuncia de acciones legales

¿A quiénes favorece la renuncia de acciones?	Nº	%
Hospital y/o Establecimiento de Atención Primaria	47	17,3%
Hospital y/o Establecimientos de Atención Primaria + Servicio de Salud (o Municipio cuando corresponda)	171	63,1%
Hospital y/o establecimientos de Salud Primaria + Médicos	2	0,7%
Hospital y/o Establecimiento Salud Primaria + Servicio de Salud (o Municipio cuando corresponde) + Médico	35	12,9%
Médico	8	3,0%
Servicio de Salud	4	1,5%
Medico + Servicio de Salud (o municipio cuando corresponde)	2	0,7%
Sin Información	2	0,7%
Total casos	271	100,0%

Al momento de iniciar un reclamo, algunos prestadores de salud públicos no comparecieron al acuerdo, no obstante, resultaron favorecidos por la renuncia de acciones. Sólo en 6 casos se excluyó expresamente de esta renuncia a un reclamado.

TABLA 57: Favorecidos con la renuncia de acciones según comparecencia*

¿Está identificado en la comparecencia?	Nº	%
Servicio de Salud NO	118	57,8%
Servicio de Salud SI	86	42,2%
TOTAL SERVICIO DE SALUD favorecidos por la renuncia de acciones	204	
Hospital NO	8	3,3%
Hospital SI	236	96,7%
TOTAL HOSPITAL favorecidos por la renuncia de acciones	244	

Salud Primaria NO	3	25,0%
Salud Primaria SI	9	75,0%
TOTAL SALUD PRIMARIA favorecidos por la renuncia de acciones	12	
Médico NO	11	23,4%
Médico SI	36	76,6%
TOTAL MÉDICO favorecidos por la renuncia de acciones	47	
Municipio NO	3	30,0%
Municipio SI	7	70,0%
TOTAL MUNICIPIO favorecidos por la renuncia de acciones	10	
Fisco NO	7	100%
TOTAL FISCO favorecidos por la renuncia de acciones	7	

*Nota: Cuadro que explica por cada entidad favorecida, su comparecencia, por lo tanto estos son los favorecidos con la renuncia de acciones según comparecencia. Se lee: Del total de 47 médicos que fueron favorecidos con la renuncia de acciones, sólo 36 comparecieron

TABLA 58: Casos en que un prestador de salud público se excluye de la renuncia de acciones en el acuerdo

¿Alguien se excluye de la renuncia de acciones?	N°	%
NO	263	97,0%
SI	6	2,2%
S/I	2	0,7%
Total casos	271	100%

Finalmente, la cláusula de reembolso se especifica en el contrato en un 72,7% de los acuerdos (ya sea hasta el valor de lo recibido efectivamente como indemnización de perjuicios o hasta el monto que puedan alcanzar las prestaciones otorgadas en caso de ser evaluadas). Como analizamos anteriormente, esto se debe a que no todos los acuerdos logrados se pueden apreciar pecuniariamente sus obligaciones, como en caso que se otorguen disculpas y/o explicaciones, el cual recordemos que representa el 20,3% del total de acuerdos, no justificándose en ese caso una posibilidad de reembolso.

TABLA 59: Casos de acuerdos donde se establece cláusula de reembolso

¿Cláusula de reembolso?	N°	%
SI	197	72,7%
NO	72	26,6%
S/I	2	0,7%
Total casos	271	100,0%

CONCLUSIONES

- El proceso de mediación regulado en la Ley 19.966 le da un rol protagónico a las personas que sufren daño con ocasión de la falta de servicio en materia de salud, debido a la comparecencia personal de quien formula el reclamo y de quien comparece como reclamante en el acuerdo.
- Además, la familia del reclamante es partícipe como dañado en el proceso, abarcándolos en el acuerdo y otorgándoles indemnizaciones en dinero; prestaciones de salud; disculpas y/o explicaciones; como otros acuerdos. Ellos también representan o asisten al paciente, quien por su condición de salud, la proximidad del daño y la fecha del reclamo, se le dificulta dar inicio al proceso.
- Cuando el compareciente parte reclamante acude asistido, lo hará la mayoría de los casos por un abogado. Esto tiene sentido si pensamos que el acuerdo se instrumentaliza en un contrato de transacción, cuya forma y contenido genera la necesidad en las personas legos, de acudir a la opinión de un letrado, sin perjuicio del deber del mediador de asegurar que las partes entiendan la información y el acuerdo alcanzado.
- Por otro lado, los prestadores públicos de salud más reclamados en mediación son los Hospitales, Servicios de Salud y personal médico. Los dos primeros comparecerán representados la mayoría de la veces por abogados, por cuanto se tratan de instituciones. Pero en el caso de los médicos acudirán en su mayoría personalmente al acuerdo, lo cual es razonable si están directamente involucrados en la mayor ocurrencia de errores o eventos adversos, esto es, errores en la realización de procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas y errores de diagnóstico.
- Respecto a los reclamados, se da un efecto restrictivo en cuanto a la formulación del reclamo en su contra y la comparecencia en el acuerdo, es decir es mayor el número de reclamados que los que efectivamente comparecen.

- En cuanto a la renuncia de acciones, ésta se verifica en la totalidad de los acuerdos, cumpliendo uno de los requisitos del contrato de transacción. En términos generales se favorece a Establecimientos de Salud y funcionarios dependientes de ellos, que no necesariamente comparecen en el acuerdo. Por lo tanto, en este sentido el acuerdo de mediación tiene un efecto expansivo, al repercutir la renuncia de acciones a otras personas que no acudieron a la suscripción del acuerdo.

- Respecto a la exclusión de personas de la renuncia de acciones, sólo en un 2,2% de los casos se verifica, por lo que su bajo porcentaje coincide con el efecto expansivo del contrato de transacción respecto a los reclamados, en este ámbito.

- Más del 50% de los acuerdos alcanzados no implican el pago de una suma indemnizatoria, sino que el otorgamiento de prestaciones de salud, disculpas y/o explicaciones, y otros acuerdos. En cuanto a las indemnizaciones, son los Hospitales y Servicios de Salud los principales reclamados que pagan estas, las cuales no benefician únicamente al paciente dañado, sino también a sus familiares.

- Las prestaciones de salud otorgadas como forma de resolución del conflicto sanitario se otorgan al paciente dañado y a sus familiares. Los Hospitales son los reclamados que principalmente otorgan este tipo de acuerdo.

- Otro punto a destacar del estudio son los tiempos de duración de las prestaciones de salud otorgadas. Estas prestaciones utilizan plazos y condiciones para fijar el término de la obligación, ya que en la mayoría de los casos las prestaciones ofrecidas son de ejecución diferida, siendo la Intervención Quirúrgica la prestación más otorgada, lo cual implica trámites anteriores, exámenes médicos previos, controles y varias visitas al especialista.

. En los acuerdos, los recintos de salud otorgan explicaciones más que disculpas, siendo los Hospitales o su Director quien las ofrece, mayormente en casos de invalidez parcial y por errores en la realización de procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas.

- Hay una relación importante entre la fecha del daño, la fecha del reclamo y la fecha de la firma el acuerdo. Así, en los contratos de transacción se estipula expresamente la fecha del daño, que bien sabemos no necesariamente coincide con la fecha del hecho (importante para la prescripción en materia de responsabilidad civil).

- Las consecuencias jurídicas derivadas de los acuerdos en materia sanitaria, tienen ribetes civiles, penales, administrativos. Así las partes pueden darle el carácter acuerdo reparatorio al contrato de transacción suscrito ante la Unidad de Mediación, constituyendo una salida alternativa del proceso penal.

- Los otros acuerdos alcanzados (Medidas de Mejora de Gestión Hospitalarias y ayudas/apoyos sociales, etc.) nos indican que los intereses de las personas también se vinculan al bienestar social, por cuanto se va más allá de la sola parcela de las partes involucradas en el conflicto. Así, el contrato de transacción como contrato privado, en los casos de mediación por daños en salud, tiene un efecto social importante a la hora de planificar y mejorar políticas públicas, demostrándonos el aporte de valor intangible de los acuerdos adoptados a través de procesos colaborativos, que redundan finalmente en evitar nuevas faltas de servicio en el área de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. BARRÍA GUTIÉRREZ, PEDRO. 2005. Mediación por daños en salud del CDE: Aporte a la cultura de la Paz. Revista de Derecho. Consejo de Defensa del Estado. No. 14. pp. 105-189 [en línea] <<https://www.cde.cl/wps/wcm/connect/34248580-e99f-4e47-8b5a-dd7146291af1/7.pdf?MOD=AJPERES>> [consulta: 15 de junio de 2016].
2. BORDALÍ SALAMANCA, ANDRÉS. 2004. Justicia Privada. Valdivia. Revista de Derecho. Vol. XVI. pp. 165-186 [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-09502004000100008&script=sci_arttext> [consulta: 03 de junio de 2016].
3. CHILE. Ministerio de Salud. 2004. Establece un régimen de garantías en salud. Ley 19.966.
4. CHILE. Decreto N° 47. Ministerio de Salud. 2005. Reglamento de mediación por reclamos en contra de prestadores institucionales públicos de salud o sus funcionarios y prestadores privados de salud.
5. CONSEJO DE DEFENSA DEL ESTADO. 2014. Manual de Procedimientos de Mediación por Daños en Salud Pública. 50 pp.
6. COUTURE, EDUARDO J. 1993. Fundamentos del Derecho Procesal Civil. De Palma. Buenos Aires. 524 pp.
7. FISHER, R., URY, W., y PATTON, B. 1981. Sí... ¡de acuerdo! Como negociar sin ceder. 5ed. Grupo Editorial Norma. Colombia. 123 pp.
8. GUTIÉRREZ ARAQUE, MARÍA JOSÉ. 2008. La mediación en salud y el acceso a la justicia. En Revista de Derecho, Consejo de Defensa del Estado. Vol. 20. Santiago. 120 pp. [en línea] <<https://www.cde.cl/wps/wcm/connect/a7654fb1-b031-4cd3-b2dc->

[0bc8b7f779e1/rev_20_08+la+mediacion+en+salud.pdf?MOD=AJPERES](https://www.cde.cl/wps/wcm/connect/bd5cef7b-c2fe-45db-9a61-a3e6648a6db2/Rev_1_%2B2LA%2BRESPONSABILIDAD%2BEXTRACONTRACTUAL.pdf?MOD=AJPERES)> [consulta: 15 de junio de 2016].

9. HIGHTON, ELENA I., ÁLVAREZ, GLADYS S. 1996. Mediación para resolver conflictos. Ediciones Ad Hoc. Buenos Aires, Argentina. 436 pp.
10. HOYOS HENRECHSON, FRANCISCO. 1987. Temas Fundamentales del derecho Procesal. Santiago de Chile. Ed. Jurídica de Chile, Primera edición. 247 pp .
11. LAGOS OCHOA, MARIA SOLEDAD. 2016. Experiencia de la mediación por daños en salud y conveniencia de su extensión en el ámbito público. En: XXI CONGRESO internacional del CLAD (Centro latinoamericano de administración para el desarrollo). Chile. 22 pp.
12. PIERRY ARRAU, PEDRO. 2002. La responsabilidad extracontractual del Estado por falta de servicio. Revista de Derecho del CDE. Año 1 N°1. 41 pp. [en línea] <https://www.cde.cl/wps/wcm/connect/bd5cef7b-c2fe-45db-9a61-a3e6648a6db2/Rev_1_%2B2LA%2BRESPONSABILIDAD%2BEXTRACONTRACTUAL.pdf?MOD=AJPERES> [consulta: 1 de marzo de 2017].
13. REDORTA, JOSEP. 2004. Cómo analizar los conflictos. La tipología de conflictos como herramienta de mediación. Barcelona, España. Editorial Paidós Ibérica S.A. 348 pp.
14. SUÁRES, MARINÉS. 2005. Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas. Buenos Aires. Editorial Paidós. 309p p.
15. UNIDAD DE MEDIACIÓN CONSEJO DE DEFENSA DEL ESTADO. Mediación y desjudicialización en el Consejo de Defensa del Estado (CDE). 2011. [en línea] <<https://www.cde.cl/wps/wcm/connect/88070669-6e24-4095-9e30->

dc43fcf98d42/ESTUDIO+DESJUDICIALIZACION+version+definitiva+nov+2011.pdf?MOD=AJPERES> [consulta: 12 de mayo de 2016].

16. URY, WILLIAM L., BRETT, JEANNE M. Y GOLDBERG, STEPHEN B., GETTING DISPUTE RESOLVED. Designing Systems to Cut the Costs of Conflict. 1988. San Francisco, California, USA. Jossey-Bass Publishers. (hay traducción al castellano a cargo de Fundación Libra, al cuidado de Elena I. Highton, Gladys S. Álvarez y Graciela Tapia, 1995. Cómo resolver las disputas – Diseño de sistemas para reducir los costos del conflicto. Buenos Aires, Ed. Rubinzal – Culzoni.) 231 pp.
17. VARGAS PAVEZ, MACARENA. 2008. Mediación obligatoria: algunas razones para justificar su incorporación. Valdivia, Chile. Rev. Derecho. Vol.21, no.2. pp.183-202. [en línea] <http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09502008000200008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-0950. [consulta: 25 Septiembre 2016].
18. VODANOVIC H., ANTONIO. 1993. Contrato de transacción. Tercera Edición. Santiago de Chile. Editorial Jurídica Conosur Ltda. 208 pp.
19. ZÚÑIGA FAJURI, ALEJANDRA. 2011. El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud en la constitución: una relación necesaria. Estudios constitucionales. pp.37-64. [en línea] <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002011000100003> [consulta: 24 febrero 2017].

**ANEXO: MODELO DE CONTRATO DE TRANSACCIÓN DE ACUERDO A LA LEY
19.966**

ACTA DE ACUERDO EN MEDIACION

(Artículo 53 Ley 19.966)

En la ciudad de Santiago, a __ de ____ de 201_, siendo las 15:30 horas, en las oficinas de la Procuraduría Fiscal de Santiago del Consejo de Defensa del Estado, ubicadas en calle _____ N° XXXX, ante la mediadora doña _____, en Reclamo Rol STGO-201X-XXXX, COMPARECEN: Por la parte reclamante, doña _____, Cédula Nacional de Identidad N°XXXXXXXX-X soltera, dueña de casa, domiciliada en _____, Santiago, Región Metropolitana, asistida por doña _____, Cédula Nacional de Identidad N°XXXXXXXX-X, abogada, domiciliada _____, Comuna de Santiago, Región Metropolitana. Por la parte reclamada: el SERVICIO DE SALUD _____, representado por Director don _____, Cédula Nacional de Identidad N°XXXXXXXX-X, médico, domiciliado en _____, Comuna de Santiago, Región Metropolitana, según consta en Resolución Exenta N°XXXX de fecha XX-XX-XXXX, emanada de la Dirección de dicho servicio, y que se encuentra archivada en la Procuraduría Fiscal de Santiago; y el CONSULTORIO _____, dependiente del Servicio de Salud ya mencionado, representado por su Directora doña _____, Cédula de Identidad N°XXXXXXXXXX-X, _____, psicóloga, domiciliada en _____, Santiago, Región Metropolitana, según consta de Resolución Exenta N°XXX de XX-XX-XXXX, y que se encuentra archivada en la Unidad de Mediación de Santiago, todos chilenos y mayores de edad, quienes exponen:

I.- RELACION DE LOS HECHOS

Con fecha XX-XX-XXXX, doña _____ presentó ante el Consejo de Defensa del Estado una solicitud de mediación respecto del Consultorio _____ dependiente del Servicio de Salud _____ y de su funcionaria la matrona Sra. _____, por los daños que le habrían ocasionado a su persona. Señala la reclamante que _____.

Por Resolución Ex. N° XXXX MED, de XX-XX-XXXX, se declaró admisible el reclamo para mediación, asignándosele el Rol STGO-201X-XXXX, designándose como mediadora a doña _____.

Que se realizaron X sesiones de mediación, y que habiendo las partes prorrogado el plazo de mediación este se extendió hasta el _____.

En virtud de los antecedentes conocidos con ocasión del procedimiento de mediación, las partes ya individualizadas, convienen en solucionar extrajudicialmente la controversia que es materia del reclamo y en precaver un litigio eventual en la forma y condiciones que se expresan a continuación:

II.- TRANSACCION

Que sobre la base de lo expuesto en las sesiones de mediación, sin que implique aceptación de los fundamentos del reclamo y, con la única finalidad de atender al detrimento que afecta a la reclamante, las partes ya individualizadas en la comparecencia llegan al siguiente acuerdo:

1.- El Servicio de Salud _____ pagará a la parte reclamante a título de indemnización la suma única y total de \$XXXXXXX.-

El monto indemnizatorio acordado se pagará en su valor nominal indicado en pesos, sin reajustes ni intereses, dentro del plazo de 30 días corridos, contado desde la fecha en que los comparecientes firmen la presente acta de acuerdo.

Para el exclusivo efecto de la resolución N°142 sobre Topes Indemnizatorios, conjunta de los Ministerios de Salud y Hacienda de 29 de marzo de 2005, publicada en el Diario Oficial de 8 de abril del mismo, las partes concuerdan que el daño que originó esta mediación corresponde a “Otros Daños”, dejándose constancia que la suma antes indicada es equivalente a XX UF, correspondientes al valor de dicha unidad a la fecha del presente acuerdo.

2.- Además de la obligación asumida en el punto precedente, el Servicio de Salud _____ se obliga a evaluar por el neurólogo Dr. _____, gratuitamente a la reclamante. En el evento de que se determinara que la necesidad de una terapia, ésta también será otorgada gratuitamente por el Servicio de Salud _____ .

2.2.- Se deja constancia que las prestaciones acordadas no son susceptibles de ser evaluadas económicamente en este momento, por no encontrarse actualmente determinado el diagnóstico a que darán lugar la evaluación ya mencionada. No obstante lo anterior, se deja constancia que, si con posterioridad se hace necesario conocer el valor de las atenciones y prestaciones que en definitiva se otorgaron, ellas deberán ser valoradas de acuerdo el arancel FONASA correspondiente a cada una de ellas.

2.3.- Es condición para el otorgamiento de las prestaciones señaladas, que la paciente cumpla con todas las indicaciones entregadas, y concurra en las fechas y horas en que se le cite.

3.- La parte reclamada se compromete a informar a la reclamante el resultado del sumario administrativo iniciado a raíz de los hechos descritos, a través de carta certificada remitida al domicilio de los reclamantes que se consigna en el presente acuerdo.

III.- RATIFICACION DEL ACUERDO Y RENUNCIA DE ACCIONES

La parte reclamante, ya individualizada en la comparecencia, declara que el acuerdo adoptado satisface íntegramente sus pretensiones de reparación con relación a los hechos materia del presente reclamo y que, en consecuencia, nada le adeuda el Servicio de Salud _____, ni el Consultorio _____, como persona natural alguna dependiente de dicho organismo, otorgándole el más amplio, total, absoluto y definitivo finiquito, renunciando desde ya a todas las acciones judiciales que pudieren corresponderle con motivo de los hechos que motivaron el presente reclamo, habida excepción, únicamente, de las acciones necesarias para obtener el cumplimiento de esta transacción. La parte reclamante agrega que, aparte de los hechos referidos, no existe otro motivo de queja respecto de los prestadores indicados.

IV.- CONSTANCIAS

1.- Se deja constancia que en la primera sesión de mediación, en cumplimiento de lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 47 de la Ley 19.966, la mediadora informó a las partes acerca de la naturaleza, objetivos, duración y etapas de la mediación y del carácter voluntario de los acuerdos que se adoptaren, así como de su valor jurídico.

2.- Por este acto, la parte reclamante, ya individualizada, declara que no existen otras personas afectadas por los hechos materia del reclamo y que, desde ya, se obliga a reembolsar al Servicio de Salud _____ y/o al Fisco de Chile, cualquier suma que éstos deban pagar en cumplimiento de una sentencia judicial con motivo de los mismos hechos, responsabilidad que se extiende hasta el monto de lo recibido por concepto de indemnización y al que en su oportunidad, pueda alcanzar el avalúo de las prestaciones recibidas en virtud de éste acuerdo de mediación.

3.- Se deja constancia que la presente Acta de Acuerdo se suscribe en cuatro ejemplares, quedando uno en poder de cada compareciente y otro en poder del mediador.

Reclamante

Aboga asesora reclamante

Director del Servicio de Salud

Directora Consultorio

Mediador CDE

