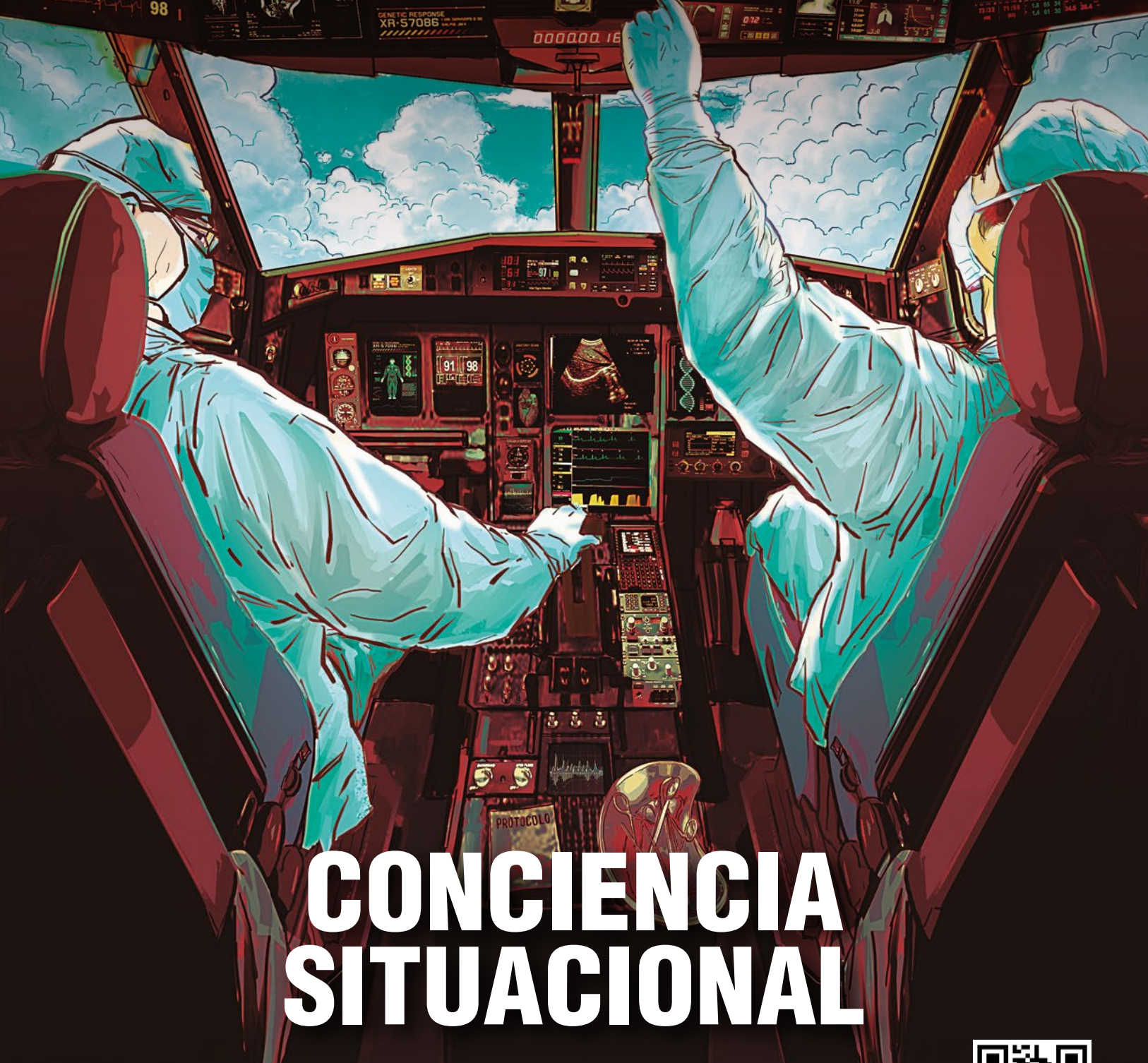


E D U C A
Falmed



FUNDACIÓN DE ASISTENCIA LEGAL DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE / AÑO 4 / N° 9 - 2016



CONCIENCIA SITUACIONAL

**AUTONOMÍA
DEL PACIENTE**

**COMITÉS DE ÉTICA
ASISTENCIAL**

**INTERLOCUCIÓN
CON FAMILIARES**



www.falmed.cl



Editorial: Sembrando Futuro	3
Cuando el paciente pone las reglas	4
Casos de vida o muerte a metros de un recinto asistencial	8
Conciencia situacional	12
Interlocución con la familia del paciente	16
Opinión: Comités de ética asistencial	20
Servicios y beneficios	22
Decálogo	24

Decisiones

Vida o muerte. Así de trascendentes y radicales pueden llegar a ser las consecuencias de las decisiones cuando se trata de abordar problemas de salud. Son, por supuesto, resoluciones que involucran al médico, al equipo, a los familiares y al paciente en cuestión. Sin duda, existe una responsabilidad compartida, pero dado que el médico es líder del equipo de salud, su opinión es gravitante en la información que todo el resto de los actores tendrá a la hora de decidir un curso de acción.

La información está en la base de cualquier decisión, y sin duda hoy habitamos un mundo colmado de ésta, la que no siempre es de primera fuente o sustentada en hechos comprobados científicamente. Hemos visto, por ejemplo, cómo en Chile se ha judicializado la administración de la única vacuna efectiva contra un tipo de cáncer, conflicto que radica en la multiplicación de reportes sobre presuntos efectos negativos de la vacuna que previene el VPH. De allí la enorme responsabilidad que, por ejemplo, periodistas y médicos compartimos a la hora de dar cuenta de la realidad que debemos interpretar y difundir.

Por ello, la información de calidad, la consulta de fuentes confiables y la permanente actualización en el conocimiento son factores de responsabilidad que es preciso siempre tener en cuenta a la hora de tomar decisiones. Por ello, en este número de Falmed Educa hemos querido abordar diversas problemáticas que tensionan la decisión del médico y el equipo de salud, recogiendo la opinión de los abogados especialistas de nuestra Fundación de Asistencia Legal, de las instancias éticas de Colegio Médico y de los dirigentes de la Orden. A todos quienes agradecemos profundamente el tiempo que han dedicado a abordar los problemas esbozados en esta revista.

Esperamos, a través de nuestra labor periodística, ser un aporte a vuestro quehacer profesional, y estamos siempre atentos a sus necesidades e inquietudes en nuestro correo electrónico comunicaciones@falmed.cl

Editorial:

Sembrando Futuro

Habitamos un mundo muy distinto al que conocimos hace 30 años. La hiperconectividad ha transformado el rostro de las sociedades alrededor del globo, instalando nuevas formas de estar en común. La interacción instantánea del WhatsApp es un fenómeno que sólo hace una década parecía impensable y hoy en Chile existen doce millones de conexiones móviles a Internet hablando entre sí. Asimismo, el ámbito de lo público se ha extendido sobre áreas de la vida que hace poco eran totalmente privadas, haciendo de Facebook una verdadera plaza pública de fotos familiares y momentos íntimos.

Instantaneidad y exposición han conjugado un nuevo modo de vida que caracteriza al período, y que se ha venido a sumar a los hábitos propuestos por una vida de consumo. Habitamos una época en que se cultiva el goce, se aspira al éxito instantáneo, se desdeña el sacrificio, y se tiene cero tolerancia a la frustración. De pronto todo parece ir más rápido, y vamos velozmente olvidando los hechos de ayer, del año pasado, de la última década. Como si sólo existiera el presente y el futuro no tuviera nada que ver con lo pasado. Contrario a este orden de ideas, asumir desafíos sociales –como nos proponemos en esta institución– implica poner en el trabajo diario una conciencia clara sobre la historia y un decidido ímpetu sobre el futuro que buscamos.

En sus manos usted sostiene el noveno número de Revista Falmed Educa, publicación en la que hemos querido plasmar el conocimiento que nuestra Fundación ha adquirido en veinte años combatiendo la judicialización de la medicina. Es decir, conociendo las complicaciones y conflictos que los médicos hemos tenido con nuestros pacientes. Así es como hemos aprendido que la excelencia en nuestro trabajo no sólo es una tarea inherente a nuestra profesión, sino un deber irrenunciable.

Nuestra publicación es uno más de los esfuerzos que hacemos por crear conciencia entre nuestros colegas sobre los problemas profesionales que enfrentamos en un mundo vertiginoso. A través de Pre Falmed estamos llegando a cientos de estudiantes de medicina con el curso de Responsabilidad Legal Médica centrado en la desjudicialización. El año pasado realizamos más de 180 charlas educativas a médicos y el Curso por una Medicina de Excelencia suma 15 ediciones en distintas ciudades del país. En esta tarea hemos visto resultados: la tasa de siniestralidad de Falmed bajó de un 3,6 en 2009, a un 1,4 en 2016.

Sin duda estos resultados nos alientan a seguir nuestra tarea con fuerza y convicción. Porque en una época agitada y vertiginosa, los principios éticos de nuestra profesión deben sostenerse implacables. A honrar el compromiso.



Dr. Sergio Rojas C.
Presidente de Falmed



Autonomía del paciente:

Cuando pone las reglas **quien recibe el tratamiento**

Mientras la atención de salud va evolucionando de un modelo paternalista a uno horizontal, surgen nuevos dilemas éticos y legales. ¿Hasta dónde llega el poder de decisión de quien se somete a un procedimiento?

Por: Pedro Soto



“ Son respetables los conflictos éticos del médico que considera que prescindir de la opción de transfusión de sangre pondría en peligro la vida del paciente. Agradecemos, cuando nos lo informa con franqueza, pues nos permite buscar otro médico”. Las palabras corresponden a Ilmary Tapia Silva, presidente del Comité de Enlace de los Hospitales (CEH) y Testigo de Jehová, quien actualmente lidera en el sector sur de la capital, a estos organismos dedicados a la difusión científica sobre técnicas que permitan tratar a pacientes de este credo

religioso sin ser transfundidos. A su juicio, esta valoración a las convicciones religiosas de los Testigos de Jehová permitió que el Hospital Clínico de la Universidad de Chile creara el Programa de Medicina y Cirugía sin Transfusión Sanguínea. El propulsor de esta iniciativa y académico Dr. Gonzalo Cardemil, señala que “gran parte de lo que se conoce de la fisiología de la anemia es razón de personas que no aceptaban la transfusión de sangre”. Para el Dr. Cardemil este respeto a la autonomía del paciente ha permitido un progreso científico-médico evidente.

ENTENDIENDO LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

“Darse a sí mismo o regirse por normas propias”. Así fue definido este concepto en la antigua Grecia. El filósofo Immanuel Kant propuso que el individuo se moldeaba a sí mismo ante las circunstancias para enfrentar su devenir. Acercándonos a nuestra legislación y a los términos legales entendidos en la actualidad, la autonomía de las personas emana de los derechos esenciales considerados parte de las normas supraconstitucionales. Es decir, nuestra Constitución

no puede desconocer su existencia, estableciendo que “debe contribuir a crear las condiciones sociales que permitan a todos y a cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual”.

Este reconocimiento de la autonomía o voluntad de las personas recaló en la medicina. La presidenta del Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile, Dra. Gladys Bórquez, plantea que en la década del 50 a nivel mundial, el desarrollo de nuevos medicamentos y tratamientos; el surgimiento de movimientos sociales que buscaron la igualdad de derechos y el cuestionamiento a la medicina como ciencia exacta; fueron factores que influyeron en que se comenzara a abandonar el modelo paternalista para impulsar uno más centrado en el paciente, respetando su decisión informada y competente ante el tratamiento propuesto por el médico.

“Tradicionalmente los principios que guiaban nuestro quehacer médico se ubicaban en lo que hoy en día se denomina el paternalismo, donde el principio de no maleficencia y beneficencia, superponían al principio la autonomía”, explica la Dra. Bórquez.

SOBERANÍA PERSONAL VS. CONSENTIMIENTO INFORMADO

¿Una sociedad democrática respeta la autonomía del paciente; el control que puede ejercer sobre propio cuerpo y las decisiones que conciernen a su integridad? La Ley 20.584 regula los deberes y derechos que tienen los pacientes en relación a sus acciones vinculadas a su atención en salud.

La abogada del Departamento Jurídico de la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico, Falmed, Carmen

Gloria Pierart, señala que el artículo 14 de este cuerpo legal precisa que “toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud”. El abogado jefe de Falmed, Juan Carlos Bello, explica que la normativa actual reconoce la autonomía como el principal derecho de las personas. En este escenario, recomienda que ante dicho escenario el médico “debe respetar su voluntad”.

Falmed precisa que la Ley al consagrar a las personas su voluntad de otorgar o denegar su aceptación para someterse a cualquier tratamiento médico, el ejercicio de este derecho es libre, voluntario, expreso e informado. “El médico le informa al paciente sobre la enfermedad que padece, qué síntomas demuestra y qué le ocurrirá con el tratamiento que le indica”, complementa la presidenta del Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile, Dra. Gladys Bórquez.

Lo descrito se denomina consentimiento informado. “Para que la autonomía de los pacientes se haga real, existe el consentimiento informado. El médico debe informar al paciente sobre su enfermedad y tratamiento para que éste consienta o rechace la voluntariedad. El paciente no debe estar sometido a manipulación o coerción”, argumenta la profesional.

La abogada de Falmed, Carmen Gloria Pierart, agrega que “dado que se trata de un consentimiento informado, por regla general, el proceso se efectuará en forma verbal, debe constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y

conocido para la salud del afectado. La recomendación legal es que siempre conste por escrito en la ficha clínica, con la firma del paciente”.

¿Pero qué ocurre cuando un médico no puede obtener el consentimiento del paciente o de un familiar? La Ley de Derechos y Deberes señala que no se requerirá su manifestación de voluntad en las siguientes situaciones: a) cuando se suponga un riesgo para la salud pública; b) cuando la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal; c) cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal.

CONFLICTO ÉTICO EN MÉDICOS

¿En qué circunstancias el médico puede tener un conflicto ético cuando aceptando la autonomía del paciente se puede llegar a enfrentar un escenario adverso? El vicepresidente de Falmed y experto en bioética, Dr. Fernando Heredia, indica que “se produce cuando el médico o la familia no aceptan que el paciente competente ejerza su autonomía y pueda rechazar un tratamiento que a juicio de él no quiere asumir”.

Ahora bien, ¿qué ocurre cuando un tratamiento médico prolonga la vida de un paciente por medios artificiales sin tener en cuenta su calidad? ¿Puede llegar a ser una acción degradante que viole los principios éticos y, por tanto, sea incompatible con el respe-

to a la dignidad humana? Ante este cuestionamiento, el equipo médico contando con el consentimiento de un paciente competente o con la autorización de su familia cuando esto no lo es, en general –precisa el Dr. Heredia– se toma la decisión de dejar de aplicar o suspender medidas terapéuticas desproporcionadas a quienes no tengan expectativas razonables de recuperación. Lo descrito, es conocido como la Limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET).

“La LET es una gran arma en la práctica médica diaria. En la medicina moderna y tecnológica en que existen tantísimas técnicas de tratamiento para tantas enfermedades debe necesariamente racionalizarse para quiénes están destinadas y qué se pretende obtener con ellas, evitando así el exceso de tratamiento y, por lo tanto, el denominado encarnizamiento o ensañamiento terapéutico”, asevera el Dr. Heredia.

En este contexto, los comités de ética

de los recintos asistenciales juegan un rol preponderante. “La enorme mayoría de los casos que solicitan análisis y opinión de los comités corresponden a dudas en la aplicación de LET. Por lo tanto, la formación de sus miembros hace que sus recomendaciones sean útiles y menos sesgadas que los equipos tratantes”, afirma el Dr. Heredia. “Son instancias muy adecuadas para ayudar a deliberar conflictos éticos que presente el médico”, finaliza la Dra. Bórquez. 

RECOMENDACIONES: CONTEXTO ADVERSO POR ACEPTAR LA VOLUNTAD DEL PACIENTE

¿Un médico puede enfrentar los tribunales de justicia por aceptar la autonomía del enfermo? “Dado que el paciente expresó su voluntad de no recibir el tratamiento, el médico no debería ser declarado culpable en caso de que el paciente fallezca, toda vez que al expresar su voluntad en ese sentido, se entiende que el paciente conoce los riesgos de no someterse al tratamiento y los acepta”, ejemplifican desde la Fundación.

¿Qué hacer en este escenario? Falmed explica que durante un juicio se deberá demostrar que el paciente expresó su voluntad en ese sentido y que se dio cumplimiento por parte del médico a lo establecido en la Ley, cuyo respecto hacia la voluntad del paciente no vulneró ninguna de las limitaciones o excepciones establecidas en la misma Ley. Es decir, que el rechazo al tratamiento no significa la aceleración artificial de la muerte, eutanasia o de auxilio al suicidio.

¿Cómo demostrar ante un escenario adverso que el médico respetó la voluntad del paciente? “Es necesario tener presente que nada impide que el médico sea demandado o denunciado, ya que ese es un derecho del paciente y su familia. Lo que el médico puede hacer es cumplir con lo establecido por la Ley dejando constancia escrita de ello, de modo de poder probar en un tribunal (en caso de ser demandado), al fiscal (en caso de existir una denuncia penal), ante el fiscal del sumario (en caso de un sumario administrativo) o ante sus pares (en un juicio de ética), que cumplió con su obligación de respetar la voluntad del paciente y que el paciente tomó su decisión con pleno conocimiento de los riesgos que eso implicaba, aceptándolos”, complementa la abogada Carmen Gloria Pierart.

¿Cómo enfrentar este escenario desde la perspectiva emocional? El psiquiatra e integrante del Centro de Estudios, Jurisprudencia y Educación, CEJEF, Dr. Roberto Verdugo, recomienda que para enfrentar los costos emocionales en este contexto, el tratante debe tener una buena comunicación con los pacientes y estar dispuesto a invertir parte tiempo y energía en ello. “Esta inversión devolverá al médico mayor satisfacción profesional y menos emociones negativas incluso en los casos de resultados inesperados o desfavorables. En resumen, una mejor comunicación transformará el rechazo del tratamiento en una oportunidad de negociación y encuentro”, plantea el profesional.

CASOS DE VIDA O MUERTE A METROS DE UN RECINTO ASISTENCIAL

Quando el médico se enfrenta al dilema de salir a atender una urgencia o permanecer en su puesto de trabajo.

Por: Paulo Muñoz

En marzo de 2015, distintos medios escritos y portales de noticias españoles dieron cobertura a un llamativo fallo judicial que condenaba a un médico del Consultorio de Ardales –Málaga–, a indemnizar a los familiares de un paciente fallecido, con el equivalente a más de 70 millones de pesos chilenos. Además, se inhabilitó al profesional durante seis meses

para ejercer la medicina. Los cargos que enfrentó el facultativo español no decían relación con un caso de presunta mala praxis médica o con el fallecimiento de un paciente en el quirófano. Más bien se le responsabilizó por el delito de omisión del deber de socorro. La investigación fiscal contra el profesional de la salud estableció que un hombre de 79 años se encontraba a

700 metros del mencionado recinto asistencial y sufrió una descompensación que lo dejó inconsciente. Uno de los testigos del hecho acudió al consultorio y le pidió al médico que abandonara su lugar de trabajo para dar los primeros auxilios al afectado, sin lograr una respuesta positiva del médico que estaba de turno, pero que en ese momento no atendía pacientes. Minutos más tarde, uno de



los hijos del afectado concurrió al consultorio logrando que el cuestionado facultativo y una enfermera lo acompañaran a asistir a su padre, quien sin embargo falleció esperando por atención.

Nuestro país no está ajeno a casos como el antes descrito y, si bien los especialistas coinciden en que sigue tratándose de situaciones aisladas, en ellos vemos que muchas veces

los médicos deben enfrentarse al conflicto ético-legal de, por un lado, responder al juramento hipocrático de asistir a quien lo necesita, más aún cuando está en riesgo la vida; y por otro, asumir las responsabilidades administrativas que implica abandonar su lugar de trabajo, saltándose los protocolos establecidos por el hospital o consultorio.

Para comprender en mejor medida

esta disyuntiva que deben enfrentar los profesionales de la salud hay que adentrarse en lo que precisa el Código Penal. Es así como el inciso 10 del artículo 494, que se refiere a las faltas, manifiesta que se penalizará "al médico, cirujano, farmacéutico, dentista o matrona que incurriere en el descuido culpable en el desempeño de su profesión, sin causar daño a las personas". En el inciso 11



Dr. Mauricio Cofré, presidente de la Agrupación Nacional de Médicos Generales de Zona.

“El principal conflicto ético se presenta en la elección de acudir a un traslado en circunstancias que se encuentra un solo médico de turno”.



Dr. Sergio Rojas, presidente de Falmed.

“Es cierto que uno tiene responsabilidad al interior del hospital. También hay un tema de criterio y humanidad que uno tiene que tener claro desde el momento en que ejerce la profesión”.

se agrega que se sancionará a los “mismos individuos expresados en el número anterior, que no prestaren los servicios de su profesión durante el turno que les señale la autoridad administrativa”. Estas situaciones, enmarcadas en los denominados cuasidelitos, también son recogidas en el artículo 491 del Código Penal que establece sanciones para “el médico, cirujano, farmacéutico, flebotomiano o matrona que causare mal a las personas por negligencia culpable en el desempeño de su profesión”.

El Dr. Mauricio Cofré, presidente de la Agrupación Nacional de Médicos Generales de Zona, explica que afortunadamente casos como estos no son frecuentes debido a la existencia de servicios especializados en coordinar la atención y socorro de estas situaciones, como el SAMU o la presencia de servicios de urgencia destinados a realizar la atención de los pacientes trasladados.

“Uno esperaría que tales situaciones se den en condiciones donde no se disponga de una adecuada cobertura de traslado de pacientes que permita acercar al enfermo a los centros de atención donde se desempeñan el o los médicos en los servicios de urgencia. De esta forma, la ocurrencia de estas eventualidades serían propias de centros asistenciales que no cuentan con una adecuada cobertura de traslado de pacientes”, afirma el Dr. Cofré.

El facultativo agrega que para analizar la complejidad de estos casos hay que entender que existen lecturas éticas y administrativas-contractuales. En relación a este último punto, sostiene que los médicos de servicios públicos deben responder a los establecimientos que los contratan por lo que “sin una orden jerárquica superior, citación o asignación de funciones, no hay resguardo

de un eventual abandono de funciones”.

Es justamente este el argumento que fue cuestionado por usuarios del Servicio de Atención Primaria de Urgencia del CESFAM Los Carrera de Osorno, quienes –a mediados de junio pasado– responsabilizaron a uno de los médicos del recinto de no dejar su lugar de trabajo para asistir a los heridos que dejó un accidente de tránsito ocurrido a metros del lugar. El profesional era el único médico del recinto y, por aquellos días, se hizo mención que los protocolos establecidos por la autoridad llevaron al médico a permanecer atendiendo pacientes del SAPU y evitar salir a auxiliar una emergencia.

“El principal conflicto ético se presenta en la elección de acudir a un traslado en circunstancias que se encuentra un solo médico de turno, que debe dar respuesta a las necesidades tanto en los servicios clínicos de hospitalizados como en el servicio de urgencia. Si sumamos a esto una inapropiada cobertura de servicio prehospitario de pacientes, resulta ser una situación muy compleja considerando todas funciones asignadas a un único médico de turno”, recalca el Dr. Cofré.

El jefe jurídico de Falmed, Juan Carlos Bello, indica que claramente hay una colisión de derechos. Por un lado, el deber administrativo de permanecer cumpliendo la función administrativa por el cual fue contratado el médico y, por otro, el deber de cuidado y posición de garante de la salud de las personas en su condición de médico cirujano.

En esta disyuntiva hay que ponderar las situaciones velando por procurar la atención de aquel paciente que requiera con mayor urgencia una atención médica. “Lo cierto es que si no estoy en ningún caso de complejidad o urgencia en el turno, yo



debiera procurar salvar la vida a la persona", ilustra Juan Carlos Bello. El abogado de la Pontificia Universidad Católica, José Manuel Godoy, quien abordó estos casos en memoria sobre muerte legal y muerte clínica, hace una interpretación distinta. Para Godoy, "el juramento hipocrático se pegó un cabezazo con el Código Penal". El jurista añade que "si bien el juramento los obliga y hay una norma en el Código Penal que sanciona la denegación de auxilio, ese mismo código también los sanciona en caso de que cometan algún error o provoquen algún daño". Godoy menciona que junto con responder a un estatuto administrativo, el médico sabe que al abandonar su lugar de trabajo y decidir, voluntariamente, asistir a pacientes en la vía pública sin contar con las condiciones de infraestructura y material para hacerlo, se expone a las consecuencias penales que conlleva.

RECOMENDACIONES

Pero qué sucede si el médico que decide asistir a un herido en la vía pública no cuenta con los medios

adecuados para lograr un resultado positivo, lo que podría terminar incluso con la vida de quien requiere atención. Según el jefe jurídico de Falmed, "el derecho parte de la premisa que nadie está obligado a lo imposible, por lo tanto, podrán y deberán hacer solo aquello que pueden y deben hacer en esa situación concreta. Si requiere un desfibrilador y no lo tiene a mano, si requiere una UCI pediátrica y no la tiene a mano, evidentemente nadie le podrá exigir por qué no la tenía. Se darán los auxilios pertinentes que están capacitados en ese momento y en esa circunstancia. Precisamente en eso consiste la *lex artis*, en la cual ellos podrían eventualmente ser enjuiciados". Más que establecer protocolos que normen la actuación de los profesionales de la salud en estos casos, el abogado Juan Carlos Bello asevera que "más que el protocolo, lo que importa es el criterio médico de urgencia vital. Yo creo que los médicos no requieren protocolizarlo, creo que son los únicos que realmente lo saben, si es necesario, hacer saber a los médicos esta circunstancia". Para el presidente de Falmed, Dr.

Sergio Rojas, el médico enfrentado a un requerimiento de atención fuera de su lugar de trabajo no debería enfrentar ningún tipo de contradicción y siempre debería primar el criterio de asistir a quien presente mayor urgencia.

"Uno tiene que hacer lo posible con lo que tiene. Obviamente, la ley es criteriosa en eso. No creo que a ningún médico lo vayan a condenar porque trató de hacer lo posible con lo que tenía. No hay contradicción en eso", puntualiza el Dr. Rojas.

El presidente de Falmed aclara que si bien "es cierto que uno tiene su responsabilidad al interior del hospital, también hay un tema de criterio y humanidad que uno tiene que tener claro desde el momento que ejerce la profesión". En ese sentido, sostiene que la recomendación, en caso de verse imposibilitado de salir de su lugar de trabajo, es asegurarse que se haga una primera evaluación, coordinando con el equipo de salud la presencia de algún funcionario y, si la complejidad del caso lo amerita, enviar un equipo entrenado que efectúe el traslado del paciente al recinto. **F**

Conciencia Situacional:

Las similitudes entre un quirófano y la cabina de un avión

La lucha por evitar eventos adversos vincula estrechamente pilotear una aeronave con realizar una operación de urgencia.

Por: Alejandra Moreira



El pasado 2 de septiembre se cumplieron 5 años desde la tragedia aérea ocurrida en el archipiélago de Juan Fernández. Un informe encargado por los familiares de las víctimas y realizado por el perito en seguridad de la FACH, Ronald Stanly, indicó que, además de las condiciones meteorológicas, se sumó la falta de preparación y control de una situación adversa por parte de pilotos de poca experiencia. Falló la conciencia situacional.

Conceptos básicos de la Fisiología de Aviación, según el Dr. Charles Cunliffe, retirado general de brigada aérea (S) de la FACH, son el factor humano y la conciencia si-

tuacional. Es evidente que las actividades aéreas no corresponden a tareas naturales del ser humano, por lo que se producen con cierta frecuencia manifestaciones de "error humano", que se mide en tasas de incidentes y accidentes de aviación.

Buscar posibles explicaciones de por qué se cometen fallas humanas tiene el propósito de adoptar medidas para identificarlas, protocolizarlas y, finalmente, reducirlas. Al analizar las estadísticas de accidentes de aviación Clase A (con víctimas mortales), se ha atribuido responsabilidad en éstos al error humano en un 80% a 90% en la aviación civil general; 65% a 75% en la aviación militar, y 50% a 60%

en aviación comercial de transporte de pasajeros, tasas que evidentemente son muy significativas.

En el marco de estas investigaciones, nació el concepto de Conciencia Situacional (Situation Awareness) en la Fuerza Aérea de Estados Unidos. Se define como la percepción de uno mismo y la aeronave en relación al ambiente dinámico del vuelo y las amenazas que pueda sufrir éste, poniendo de manifiesto la capacidad para pronosticar lo que ocurrirá. La Conciencia Situacional es el resultado de la comprensión, en un ambiente tridimensional, de lo que ha ocurrido, lo que está sucediendo y lo que podría llegar a suceder. Esto exige tener buena percepción



de la orientación verdadera, para poder pronosticar lo que va a suceder en un futuro próximo. Es evidente que este fenómeno exige que el ser humano esté muy atento a los hechos y tenga una capacidad intelectual para barajar distintas alternativas de lo que podría acontecer. Por lo mismo, se puede establecer que el proceso de Conciencia Situacional corresponde a un proceso exclusivamente consciente del ser humano.

TOMA DE DECISIONES DE VIDA O MUERTE

En el Centro de Medicina Aeroespacial de la Fuerza Aérea de Chile se señala que tanto los fenóme-

nos relacionados con la orientación espacial como la Conciencia Situacional, tienen un común denominador ubicado en la función pensante y atenta del nivel consciente del Sistema Nervioso Central (SNC).

Las funciones normales del SNC corresponden a la ejecución de respuestas basadas en los estímulos que recibe, las que desencadenan un proceso neuroeléctrico que culmina con una respuesta músculo-esquelética específica. Los estímulos deben ser primeramente "percibidos" por el SNC para luego, basado en esta percepción y asociado a información proveniente de la base de datos de la "memoria" o conocimientos;

se desencadene una toma de decisión, eligiendo la respuesta más adecuada que será ejecutada.

La experiencia que vive un facultativo en una sala de reanimación con un paciente grave, o en un quirófano durante una cirugía de urgencia, no dista demasiado de las situaciones anteriormente descritas al interior de la cabina de un avión en vuelo y con condiciones meteorológicas adversas.

Son múltiples factores los que hay que evaluar, sopesar y dimensionar en cada toma de decisiones. Los altos niveles de adrenalina que genera nuestro cuerpo ante situaciones de estrés hacen que nuestros sentidos se agudicen, pero también que nuestras res-



puestas a veces se vuelvan equívocas.

Para el Dr. Sergio Rojas, presidente de Falmed, “el médico nunca debe dejar de actuar como el líder del equipo de salud y, como tal, debe también asumir sus responsabilidades de supervisión y vigilancia durante todo el proceso de atención de un paciente”.

“Esto implica no sólo actuar desde el punto de vista del acto médico, sino además de todo lo que involucra, por ejemplo, la solicitud de un examen que implica usar a cinco personas, cinco personas que podrían –eventualmente– equivocarse. Si se equivocan ellos, finalmente el producto del proceso de la atención puede fallar. Es muy importante que el médico tenga conciencia del factor humano que involucra el ejercicio de nuestra profesión, que está siempre presente y a veces falla. Es una variable que no podemos dejar de lado”, advierte el Dr. Rojas.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

En la Fundación Ciencia & Vida, el biólogo y doctor en Biotecnología, Tomás Pérez-Acle, desarrolla un modelo matemático capaz de predecir el comportamiento humano ante grandes catástrofes, como enfermedades infecciosas a escala la producida por el virus del Ébola. El también director del Laboratorio de Biología Computacional (DLab) y profesor del Centro Interdisciplinario de Neurociencia de Valparaíso, sostiene que el principal objetivo del laboratorio es pro-

ducir modelos computacionales a multiescala para obtener ideas sobre la estructura fundamental y dinámica subyacente fenómenos biológicos complejos.

El proyecto, financiado por la Oficina de Investigación de la Fuerza Aérea de Estados Unidos, tiene una duración de 24 meses y se aboca a hacer simulaciones de personas llamados “actores”, que tienen distinto nivel intelectual, relacionado con un cierto nivel socioeconómico, que viven en distintas ciudades y que participan de su vida diaria, es decir, salen de sus casas; se mueven a sus trabajos; llevan a sus niños al colegio; etc. “Estas personas, tal como ocurre en la vida real, están expuestas a rumores que circulan en redes sociales o en el “boca a boca”. Una vez definidas a estas personas –llamadas agentes– que son autónomas en la simulación, y agregamos un escenario de situación catastrófica”, explica el investigador Pérez-Acle.

A la denominada situación de control, que es la de normalidad, se suma esta situación de caos “metiendo” la enfermedad aumentando con ello, la tasa de muerte de los agentes propio del contagio. “Para combatir la dispersión de la enfermedad y de esta situación que se ha salido de control, se incorpora el control de la conciencia situacional, para lo que introducimos rumores, a través de distintos canales –ilustra el doctor Pérez-Acle–, como redes sociales; TV; radio; diarios; enviando mensaje de información positiva: ‘quédese en la casa’; ‘hay cuarentena’; ‘lá-

vese las manos’. Asimismo, en la misma simulación incorporamos mensajes con información negativa como ‘la enfermedad es mentira’; ‘es un invento del gobierno’; ‘es una conspiración de países extranjeros’”.

“Una vez que analizo la situación a partir de los distintos escenarios, veo de qué manera, bajo una cierta condición puedo realizar una predicción dependiendo de la tasa de aceptación de mensajes positivos es posible. Si logro aquello sobre la población, voy a tener un efecto profiláctico y evitar que se disperse la enfermedad con mayor rapidez”, asevera Pérez-Acle.

Desde el punto de vista sociológico, la información que manejan las personas o la conciencia situacional, produce esta “adaptación de comportamiento” que está directamente relacionado con el nivel socioeconómico e intelectual que tenga la persona, por lo tanto, es muy importante que los mensajes que son transmitidos a la población sean en un lenguaje que sea capaz de ser asimilado por las distintas personas que están siendo objeto de determinado mensaje.

La conciencia situacional depende mucho de la calidad de mensaje y cuál es el sector que recibe el mensaje. “Nuestro estudio no pretende crear una predicción de lo que va a ocurrir, pero sí un abanico con las posibles respuestas esperadas ante determinadas situaciones”, indica el creador de este modelo, que aunque no funciona como una ecuación por el factor humano, ayuda a tener una aproximación de los desenlaces.



PILOTOS

Falmed Educa entrevistó al jefe de la Escuela de Vuelo del Club Aéreo Valparaíso y Viña del Mar, Edwin Alegría Farías, quien posee una vasta experiencia a lo largo de sus 33 años en el aire y las 2.050 horas de vuelo que tiene. Ha sido también instructor de vuelo en el Club Aeronaval y actualmente es director de la Federación Aérea de Chile, quien coincide plenamente que la Conciencia Situacional parte por una buena planificación del vuelo que se vaya a emprender.

Al igual que los médicos, hacer un checklist de las cosas que se deben ejecutar según un protocolo escrito y minuciosamente detallado, disminuye los niveles de riesgo de sufrir eventos adversos. “Tener una disciplina que a uno le permita seguir una línea de procedimientos que eviten cometer errores. Sin embargo, si por alguna razón uno tiene un olvido, ha repetido esta conducta de revisión tantas veces, que uno logra darse cuenta oportunamente del error. Es una disciplina que uno tiene que ejercitar”, recalca el piloto civil.

“Arriba volamos a 100 o 120 nudos –que equivalen a unos 200 km por hora– y hay que pensar y tomar decisiones a esa velocidad. Para tener una Conciencia Situacional hay que estar despejado, claro, descansado, limpio, preparado para el vuelo que uno va a desarrollar y además ser disciplinado en un montón de protocolos que exige la operación del avión –manifiesta Alegría–, de tal manera

que cuando uno comete un error, oportunamente lo detecte”.

“Los pilotos tenemos un montón de restricciones para volar: estar descansado; no haber ingerido bebidas alcohólicas por una cierta cantidad de horas; no estar enfermo; o cualquier cosa que a uno le inhiba la capacidad de estar atento o seguir un protocolo preestablecido”. Alegría añade que hay un refrán muy popular entre los pilotos: “Es preferible estar en tierra con ganas de estar volando, que estar volando, con ganas de estar en tierra”.

Hernán Santibáñez, piloto acrobático del mismo club aéreo, coincide que en este deporte, a diferencia de otros, “si uno está estresado no puede volar. Mientras más cansado tengas el cuerpo y la mente, las reacciones acertadas son menores y las tomas de decisiones se hacen más lentas, lo que constituye un peligro, no sólo para el piloto y el resto de la tripulación, sino también para el entorno donde eventualmente uno pueda tener un accidente”.

Cristián Otárola es piloto civil hace 17 años y paracaidista hace 15, y reconoce que el tiempo de reacción en el paracaidismo es muchísimo menor que dentro de un avión, “donde uno al menos tiene la posibilidad de planear o sobrevolar un sitio varias veces hasta encontrar una solución para un fallo. En un paracaídas uno va en caída libre a unos 200 km/h y cualquier error debe subsanarse en segundos. Por eso,

los niveles de seguridad como doblar el paracaídas; los instrumentos como el altímetro; la velocidad y dirección del viento, son vitales para tener claridad sobre la Conciencia Situacional”.

RECOMENDACIONES

El Dr. Sergio Rojas afirma que sin duda los protocolos o pautas de cotejo de una acción, son elementos fundamentales para evitar o minimizar los riesgos en la atención de un paciente, “justamente para no distraer tiempo en reaccionar, al estar seguros de un proceso que se revisó anteriormente, se ha cumplido en todas sus etapas, ganamos tiempo imprescindible, al igual que una ruta de vuelo”. Es fundamental cumplir con los estándares de calidad para ese paciente, para ese protocolo y para ese establecimiento específico, lo que se llama Lex Artis. El acto médico conlleva protocolos que traspasan la actividad del médico, “hay que ser rigurosos en cumplir lo rituales de la medicina que nos enseñaron nuestros profesores, el ritual de la anamnesis; el ritual del examen físico; el ritual de la evaluación con exámenes; llegar a la unidad diagnóstica; ser consecuente con el tratamiento; el seguimiento del paciente; el alta; no desprenderse del paciente y eso hay que volver a rescatarlo y reencantar a los facultativos con que el acto médico está inserto en un proceso más general y no en mera intervención puntual”, finaliza el Dr. Rojas. 

La familia:

¿Aliado u obstaculizador EN LA ENTREGA DE MALAS NOTICIAS?

Buscar entre los familiares un pariente facilitador de la información puede proteger la relación médico-paciente, por el contrario, hacerse parte de un pacto de silencio no sólo es negarle el derecho a la información del paciente, sino que puede aumentar los niveles de estrés tanto en el paciente como el médico.

Por: Mariela Fu

“ El paciente es dueño de la información sobre su persona y eso los médicos debemos respetarlo. No obstante, en la entrega de malas noticias, la familia puede ser un muy buen apoyo, por eso hay que conversar con el paciente considerando con él los pro y contra de incluirla pero sobre todo observando lo difícil que puede ser llevar una sobrecarga de ese tipo, en

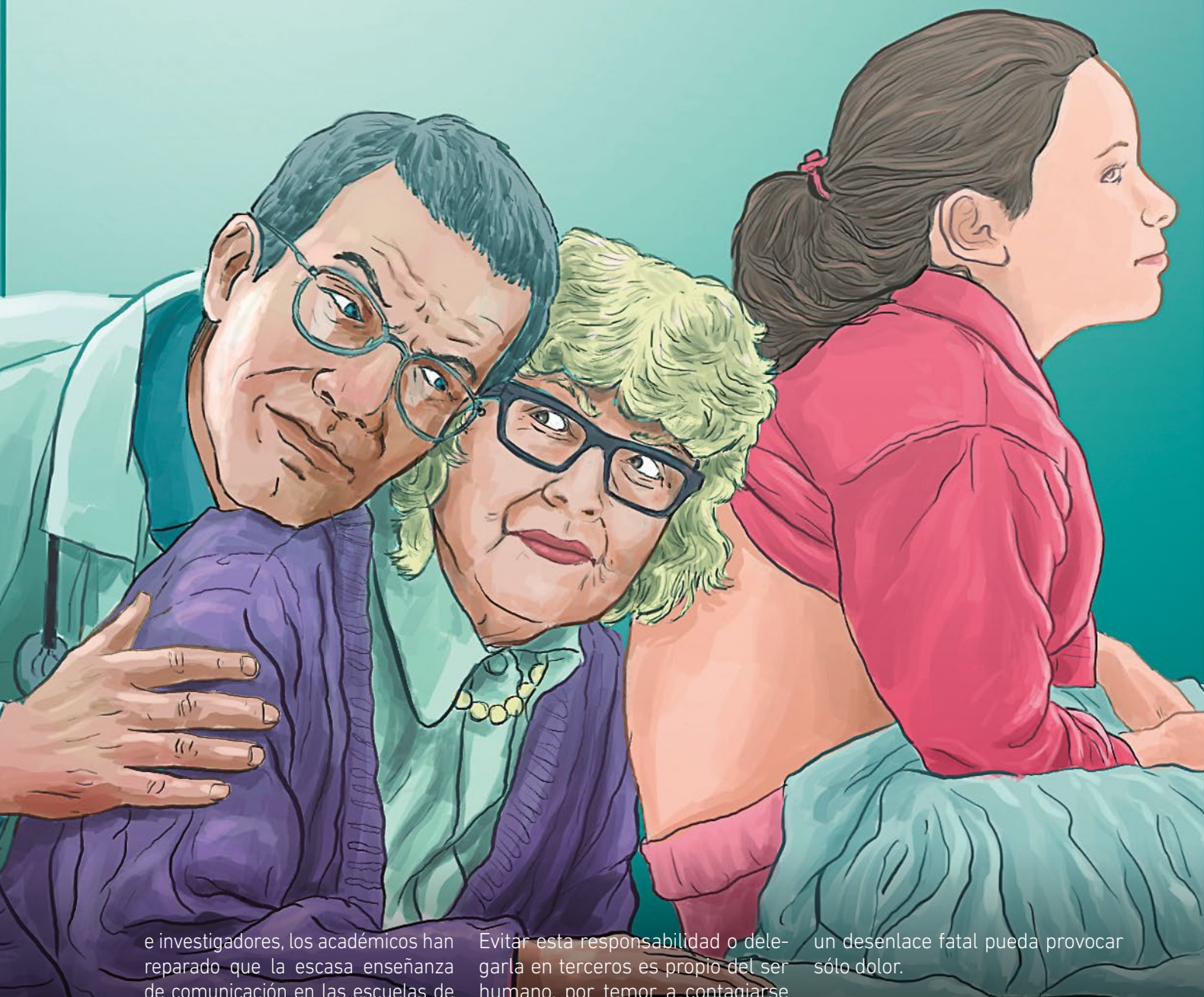
soledad, sumado al daño, emocional, económico o legal que a veces puede provocar no hacer una preparación ante una muerte inminente, hace indispensable hablar el tema”.

El Dr. Arturo Roizblatt Scherzer, subdirector del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile junto a la psicóloga María Luz Bascuñán del Departamento

de Bioética y Humanidades Médicas han explorado las estrategias de los profesionales para la entrega de malas noticias en salud. Recientemente, participó como docente del segundo curso de actualización “Manejo de situaciones difíciles y comunicación de malas noticias en salud: ¿cómo enfrentar lo inevitable?” del cual Bascuñán es directora.

Desde su experiencia como docentes





e investigadores, los académicos han reparado que la escasa enseñanza de comunicación en las escuelas de medicina tiende a limitarse a ciertas habilidades básicas para la entrevista clínica, descuidando la formación para la entrega de malas noticias, pese a ser una práctica frecuente cuyos efectos tienen consecuencias en la relación entre el equipo de salud y los pacientes y familiares.

Evitar esta responsabilidad o delegarla en terceros es propio del ser humano, por temor a contagiarse con las emociones del otro. En el caso del médico, se suma el hecho de haber recibido una formación profesional cuya misión principal era la de sanar enfermos y no la de dañarlos. Entonces, el profesional de la salud teme que entregar un diagnóstico difícil como lo es

un desenlace fatal pueda provocar sólo dolor.

CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO

Presión adicional provocan aquellas familias que piden al médico que oculte el diagnóstico y/o pronóstico de la enfermedad. Esto se da con mayor frecuencia con los pacientes terminales, por temor a los



Pedro Pablo Hansen,
abogado subjeфе Falmed

“Hay que incorporar a la familia cuando va en beneficio del propio paciente. Me comunico con tu pariente porque él va a colaborar con tu tratamiento, no porque él tenga el derecho a saber”.



Dr. Arturo Roizblatt Scherzer, subdirector
del Departamento de Psiquiatría y Salud
Mental Oriente, Universidad de Chile

“Podrá beneficiar al tratamiento que el médico indique la presencia de otras personas afectivamente significativas. Será el mismo paciente quien irá eligiendo de quién recibir ese apoyo”.

sentimientos que ello puede provocar o incluso por negación de la propia familia a aceptar un diagnóstico, con la esperanza de que algo positivo, como un milagro, ocurra.

“Existe evidencia considerable que dice que pacientes que reciben terapias paliativas frecuentemente no comprenden su pronóstico y/o los objetivos de las terapias, manteniendo esperanzas irreales de curación”, expresa la Dra. Alejandra Palma, de la Unidad de Cuidados Continuos y Paliativos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

La conspiración del silencio o la mentira piadosa tienen también otros efectos. Estudios indican que aquellos pacientes que sobrestiman su pronóstico vital tienen mayor probabilidad de someterse a terapias agresivas, afectando negativamente su calidad de vida, provocando costos excesivos al sistema de salud y sobrecargando a la familia innecesariamente.

Los especialistas reconocen este derecho legítimo a evitarle el dolor a un paciente, sin embargo, la realidad muestra que éste terminará dándose cuenta de lo que pasa. Entonces perderá la confianza con su equipo tratante y no tendrá con quien hablar sus emociones, pasando sus últimos días en una angustiante soledad.

EL ROL DE LA FAMILIA EN URGENCIAS

Existe más de un protocolo para la entrega de malas noticias (tema tratado en la Revista Falmed Educa N°8), pero en general incluyen 5 a 6 puntos: preparar la reunión, evaluar cuánto sabe el paciente, investigar cuánto desea conocer, entregar la información a su medida e ir clarificando, reconocer la emoción y expre-

sarlo con una respuesta empática y acordar un plan terapéutico. Estas recomendaciones dan cuenta de la importancia del vínculo emocional que se da tanto entre quien recibe la mala noticia como en quien la entrega.

Sin embargo, la realidad se muestra compleja y hay ocasiones en las cuales los médicos deben entregar la peor de las noticias a la familia: comunicar la muerte. Un fallecimiento repentino o inminente es una información que continuamente debe darse en los servicios de Urgencias. Para esta tarea, en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, HUAP, ex Posta Central, cuentan con el apoyo de un equipo de cuatro psicólogos que buscan ser ese enlace entre la familia y el médico que la presión del sistema asistencial dificulta.

El jefe del Servicio de Urgencias, Dr. José Miguel Figueroa, evalúa positivamente la experiencia de trabajar con esta unidad, la cual lleva el nombre de Psicología de Enlace.

“Uno como médico sabe que el tiempo que cuenta para entregar una mala noticia no es suficiente para la familia. Uno quisiera aclararles dudas, pero la familia aún está en shock. La psicóloga ahí los acompaña. Después uno pregunta a la psicóloga si entregó respetuosamente la información, y eso nos permite una retroalimentación respecto a cómo entregamos malas noticias e ir mejorando. Es una situación complicada, por muy bien formado que se sienta, se entra en una dimensión muy difícil, muy compleja, porque uno se involucra en el proceso”, estima el Dr. Figueroa.

Desde el punto de vista del médico, el apoyo estos profesionales ha sido fundamental, reduciendo el nivel de ansiedad tanto de las familias

como de los médicos, que saben que cuentan con su apoyo en caso de personas descompensadas emocionalmente. Actualmente, si bien dan apoyo a todo el hospital, se dividen en las zonas más complejas: Servicio de Urgencias, Quemados, Unidad del Paciente Crítico y Médico Quirúrgico Indiferenciado.

Claudia Pinto es la psicóloga de enlace del servicio de Urgencias. Le corresponde dar apoyo a las familias cuyos pacientes se encuentran en el Reanimador, vale decir, aquellos con riesgo vital inminente. Al lado, en la sala de Enlace, prepara el ambiente, contiene y gestiona información. Si bien es el médico quien entrega la información médica, los psicólogos la facilitan.

“Se va formando equipo con los médicos porque está demostrado que vincularse con la familia en un momento tan doloroso y acompañarlos hace que también se facilite el trabajo de ellos. Es tranquilizador para el médico saber que la familia va a estar acompañada porque no pudo quedarse todo el tiempo que quería porque hay otras urgencias”, observa la profesional.

Denisse Teillery es otra de las psicólogas del HUAP. Desde su mirada, es necesario reconocer que este tipo de noticias escapa a los protocolos, sin embargo acompañar a la familia en ese momento hace una gran diferencia.

“Creo que ahí hay una tarea que es entregarle respeto y dignidad a la persona que está consultando. La visión que tiene la familia respecto del hospital cambia completamente porque llega una persona que está dedicada especialmente a auxiliarla. A la familia también le sorprende. Se produce una relación genuina mutua”, manifiesta.

El Dr. Figueroa considera que la comunicación con la familia es un desafío continuo, que debe abordarse por el sistema de salud en su conjunto. Desde su experiencia, recuerda la importancia de recurrir a un pariente para la toma de decisiones más complejas.

“La comunicación con la familia es un reto que se agudiza en un contexto de un servicio de urgencias. Se hace necesario desarrollar la capacidad de empatía del médico y generar también la organización de la información. Con un paciente grave tienes que tomar decisiones claves y es importante identificar un familiar con capacidad para hacer de tutor para recibir las malas noticias”, precisa.

BUSCAR UN ALIADO O FACILITADOR EN LA FAMILIA

Según las cifras de Falmed, los familiares recurren a la justicia tanto como los propios pacientes. Según ha observado el abogado Pedro Pablo Hansen, subjefe del Departamento Jurídico, los parientes tienen un papel clave pues no sólo opinan durante una atención, sino también después y pueden alentar reclamos incluso cuando los pacientes no estén de acuerdo. “Pasa que los pacientes le explican al médico que ellos no tienen nada en su contra pero que la familia insiste en que esto no puede ser así. La familia se involucra”, sostiene.

Desde el punto de vista jurídico, quien es dueño de la información es el paciente. “De ahí vienen las excepciones, discapacidad intelectual, emocional, menores, los que están en una urgencia, ahí debe intervenir un tercero”. Añade: “hay que incorporar a la familia cuando va en beneficio del propio

paciente. Me comunico con tu pariente porque él va a colaborar con tu tratamiento, no porque él tenga el derecho a saber”.

La Ley de Derechos y Deberes es clara en que la información es un derecho del paciente. Es por eso que la sugerencia tanto desde lo ético como desde lo legal es que los médicos eviten la conspiración del silencio, explicando a la familia los costos de no decir la verdad.

“Parte importante de la recuperación de un paciente se puede ver beneficiada con la red de apoyo con que cuente y por lo mismo, generalmente podrá beneficiar al tratamiento que el médico indique la presencia de otras personas afectivamente significativas, que ayuden en ese sentido. Será el mismo paciente quien irá eligiendo de quién recibir ese apoyo”, asevera el Dr. Roizblatt.

Por su parte, el Dr. Eduardo Welch, director de Falmed, destaca la necesidad de buscar consensos con la familia. “El médico debe ser cauto, prudente y buen observador para establecer vínculos útiles con alguno o varios de los integrantes de la familia. Es difícil lograr el justo equilibrio, que la familia opine toda en la misma línea, pero debemos tratar de obtener sino el consenso, la mayor aceptación”, enfatiza.

La judicialización de la medicina provoca desconfianza entre médicos, pacientes y familiares. Incorporar la participación de la familia en la toma de decisiones debe ir en beneficio de los propios pacientes y puede ayudar a recuperar las confianzas, fortaleciendo la humanidad en el trato y construyendo vínculos más fuertes. **F**

COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

Por: Dr. Rodrigo Salinas Ríos, presidente del Tribunal Nacional de Ética del Colegio Médico de Chile A.G.

Junto al desarrollo tecnológico vertiginoso de la medicina que arranca desde la segunda mitad del siglo recién pasado, que mejoró las expectativas de vida de la población hasta límites previamente impensables, se hizo evidente a la profesión médica que de la mano del surgimiento de nuevas oportunidades terapéuticas que permitían intervenir sobre la reproducción humana, así como prolongar la vida artificialmente, aun a expensas de una pobre calidad de la misma, aparecían dilemas éticos que no habrían sido imaginables por colegas de las décadas inmediatamente anteriores.

Simultáneamente con el desarrollo tecnológico de la medicina adquirió importancia, además, el reconocimiento de los derechos de los pacientes en el contexto de la atención sanitaria, como un hecho sociológico globalmente aceptado, que obligaba a considerar la autonomía de la voluntad de estos últimos en decisiones que decían

relación con materias diagnósticas y terapéuticas, que hasta entonces eran de resorte preferente del profesional tratante. Estos cambios en el contexto de la atención médica configuraban un escenario que hicieron evidente la necesidad de contar con opiniones colegiadas que apoyasen la decisión clínica, ahí donde el espacio de incertidumbre no tenía que ver con materias susceptibles de verificación empírica, sino con la apreciación ponderada de valores y principios, particularmente en aquellos casos en que la opinión del profesional respecto de la conducta que era pertinente seguir entraba en contradicción con la apreciación del paciente o sus familiares.

Su primera expresión formal se encuentra en la propuesta de creación de comités de ética hospitalarios contenida en las recomendaciones sobre cuándo sus-

“Los comités de ética asistencial son un avance sustancial en la calidad de la atención de salud, que va en beneficio directo de nuestros pacientes”.

penden medidas de soporte vital, elaboradas por la Comisión Presidencial para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina, asesora del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, publicadas el año 1983, en que se asigna a estos cuerpos las siguientes funciones: (1) Revisar decisiones sobre tratamiento de pacientes terminales incapaces de tomar decisiones y de aquellos que encontrándose en condiciones de tomarlas requieran evaluación por el comité; (2) Revisar decisiones médicas que tengan implicancias éticas, a petición del paciente, de su familia, o del profesional tratante; y (3) Entregar consejería a cualquier paciente, familiar de éste, o profesional tratante, que lo requiera. El mismo documento entrega además, a los comités, la posibilidad facultativa de conducir actividades educativas y de establecer guías que puedan servir

a las organizaciones en las que se encuentran insertos.

La legislación chilena, que regula el modo como los pacientes ejercen sus derechos en el contexto de la atención sanitaria, consagra la existencia de los comités de ética en el artículo 17° de la Ley 20.584, donde señala textualmente que “En el caso de que el profesional tratante tenga dudas acerca de la competencia de la persona, o estime que la decisión manifestada por ésta o sus representantes legales la expone a graves daños a su salud o a riesgo de morir, que serían evitables prudencialmente siguiendo los tratamientos indicados, deberá solicitar la opinión del comité de ética del establecimiento o, en caso de no poseer uno, al que según el reglamento dispuesto en el artículo 20° le corresponda. Asimismo, si la insistencia en la indicación de los tratamientos o la limitación del esfuerzo terapéutico son rechazadas por la persona o por sus representantes legales, se podrá solicitar la opinión de dicho comité. En ambos casos, el pronunciamiento del comité tendrá sólo el carácter de recomendación y sus integrantes no tendrán responsabilidad civil o penal respecto de lo que ocurra en definitiva. En el caso de que la consulta diga relación con la atención a menores de edad, el comité deberá tener en cuenta especialmente el interés supe-

rior de estos últimos. Tanto la persona como cualquiera a su nombre podrán, si no se conformaren con la opinión del comité, solicitar a la Corte de Apelaciones del domicilio del actor la revisión del caso y la adopción de las medidas que estime necesarias.” En el artículo siguiente la Ley entrega al comité, asimismo, la responsabi-

lidad de opinar en aquellos casos en que se decida el alta forzosa de un paciente desde un establecimiento hospitalario. El modo de funcionamiento y constitución del comité de ética asistencial se encuentra regulado, por lo demás, de modo detallado, en el reglamento que con ese fin fue promulgado en octubre del año 2012, en que se reconoce a los comités, además, las funciones educativas y orientadoras a que se hacía alusión más arriba.

La redacción tanto del reglamen-

to como de la Ley, recoge el carácter de simple recomendación que tiene la opinión del comité, que como lo señala de modo explícito el primero de ellos en su artículo 9° no puede, en caso alguno “Reemplazar la decisión clínica del profesional tratante o asumir la responsabilidad de quien ha solicitado su asesoramiento”, eximiendo, así, de responsabilidad civil o penal a los miembros del comité que participen de la elaboración de la recomendación. Esta necesaria aclaración recoge lo que ya estaba señalado en las recomendaciones de la comisión asesora del gobierno norteamericano, señaladas con anterioridad, en que se especifica el carácter no mandatorio que tiene la recomendación de este cuerpo colegiado respecto a la decisión que finalmente se adopte con el paciente que motivó la consulta.

Los comités de ética asistencial, en resumen, son un avance sustancial en la calidad de la atención de salud, que va en beneficio directo de nuestros pacientes y cuya conformación obligatoria en todos los establecimientos asistencial es de tan evidente necesidad como la de contar con un moderno servicio de radiología o de equipos de cuidado crítico, que debemos ocupar juiciosamente toda vez que nuestro recto juicio clínico así lo requiera. 





FALMED

MUCHO

FALMED ENTREGA DEFENSA JURÍDICA EN PROCESOS VINCULADOS A PRESUNTA MALA PRAXIS MÉDICA, SEA EN MEDIACIONES, MATERIAS CIVILES, PENALES O ADMINISTRATIVAS.

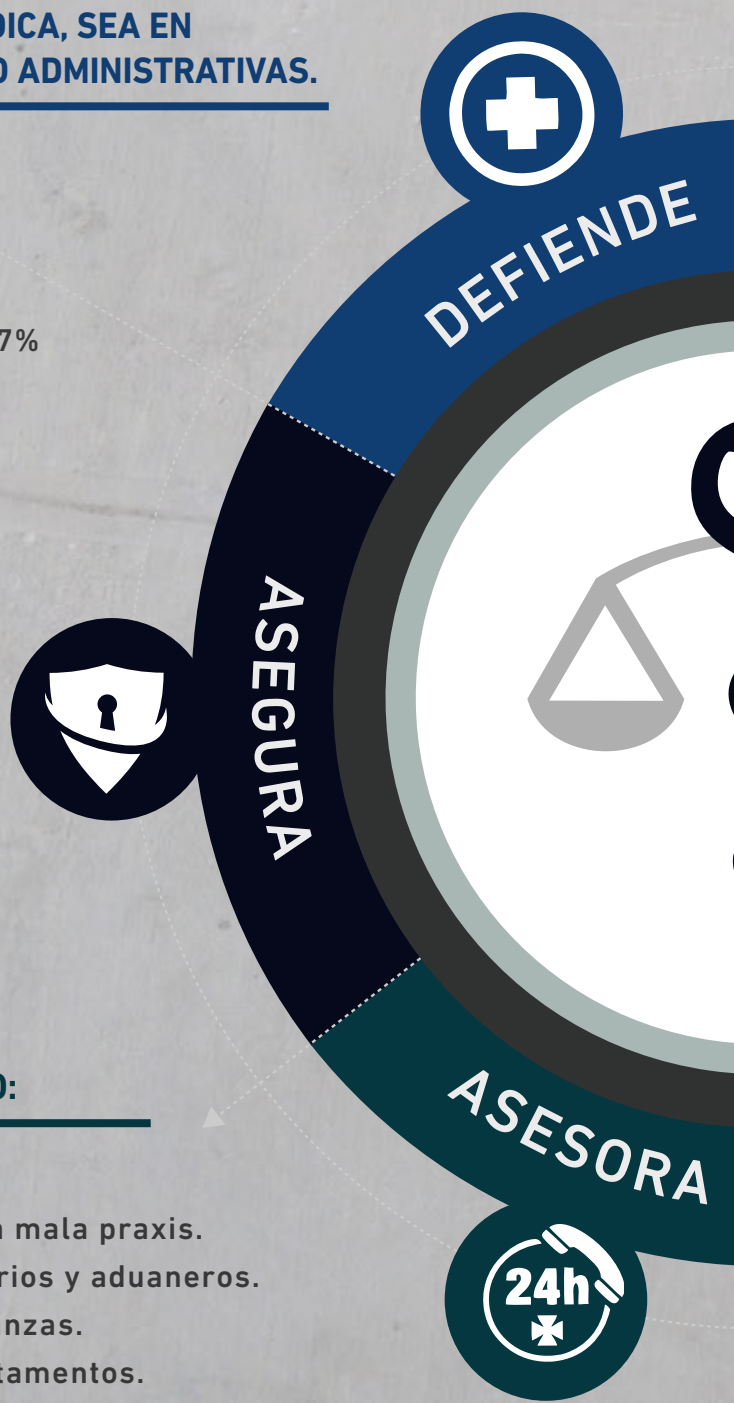
- ✓ 21 años de experiencia en responsabilidad profesional médica.
- ✓ 4.252 juicios en sede penal y civil, con un resultado favorable de 99%.
- ✓ 1.917 mediaciones en 10 años. Más de un 87% de éstas no se judicializa.

FALMED ASEGURA A TODOS LOS MÉDICOS DE LA FUNDACIÓN EN DEMANDAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL.

- ✓ El Seguro cubre a todos los médicos de la Fundación sin excepciones.
- ✓ El Seguro se renueva trianualmente y su valor está contenido en la cuota mensual.
- ✓ Su vigencia se activa desde las 00:00 hrs. del día posterior a la inscripción a Falmed.

FALMED ENTREGA ASESORÍA EN OTRAS MATERIAS VINCULADAS AL TRABAJO MÉDICO:

- ✓ Conformación de sociedades médicas.
- ✓ Materias penales no vinculadas a presunta mala praxis.
- ✓ Materias judiciales ante tribunales tributarios y aduaneros.
- ✓ Recuperación de pagos pendientes y cobranzas.
- ✓ Redacción de herencias y ejecución de testamentos.
- ✓ Materias laborales en gestión judicial y gremial.



ATENCIÓN TELEFÓNICA 24/7 600 8 FALMED (600 8 325633)

MÁS QUE UN SEGURO



FALMED SOLIDARIZA CON EL 30% DE SUS MÉDICOS Y ENTREGA DIVERSOS DESCUENTOS A LA CUOTA MENSUAL.

MEDIA CUOTA

- ✓ Médicos jóvenes en sus primeros 3 años desde la fecha de titulación.
- ✓ Médicos de Atención Primaria (deben estar al día en FSG en condición de APS media cuota).
- ✓ Médicos cursando estudios: Becas y doctorados.
- ✓ Médicos mayores de 70 años.
- ✓ Facultativas mayores de 65 años.

CUOTA LIBERADA

- ✓ Médicos mayores de 75 años.
- ✓ Facultativas mayores de 70 años.

FALMED BUSCA PREVENIR LOS EVENTOS ADVERSOS MEDIANTE LA ENTREGA DE EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN A SUS MÉDICOS AFILIADOS.

- ✓ Desde 2009 se registra una **caída en la tasa de siniestralidad** en un 40%.
- ✓ Pre Falmed protege y educa gratuitamente a **más de 1.600 estudiantes** de medicina.
- ✓ En 2015 circularon más de 35.000 ejemplares de **Revista Falmed Educa**.
- ✓ El curso **“Por una Medicina de Excelencia”** está a disposición de todos los médicos.
- ✓ Más de **180 charlas anuales**.

Decálogo Falmed

Por una Buena Praxis Médica

- **1 Lex Artis**

Actuar conforme a la Lex Artis médica, tanto en lo técnico como en lo ético.
- **2 Empatía**

Mantener una buena relación con el paciente y con su familia.
- **3 Claridad**

Explicar en términos sencillos el tratamiento que se realizará, con sus eventuales riesgos o complicaciones (consentimiento informado).
- **4 Excelencia**

Privilegiar la excelencia en cada una de las etapas del acto médico, por sobre la imposición de otro tipo de metas.
- **5 Responsabilidad**

Asegurarse de tener las condiciones de trabajo idóneas que le permitan realizar lo que la Lex Artis le indica y registrar y representar por escrito a las autoridades las falencias y/o deficiencias.
- **6 Criterio**

Actuar de acuerdo a la complejidad del centro asistencial. En caso de ser necesario, estabilizar y derivar al paciente.
- **7 Registro**

Usar correctamente la ficha clínica.
- **8 Orden**

Terminado el turno, hacer la entrega de manera completa y adecuada.
- **9 Prudencia**

Evitar comentarios sobre otros colegas. En caso de duda, confirmar con el propio colega u otros miembros del equipo sanitario.
- **10 ¡Contáctenos!**

Ante cualquier sospecha de posible denuncia, contactarse inmediatamente con Falmed, **600-8-325633** (atendemos las 24 horas).