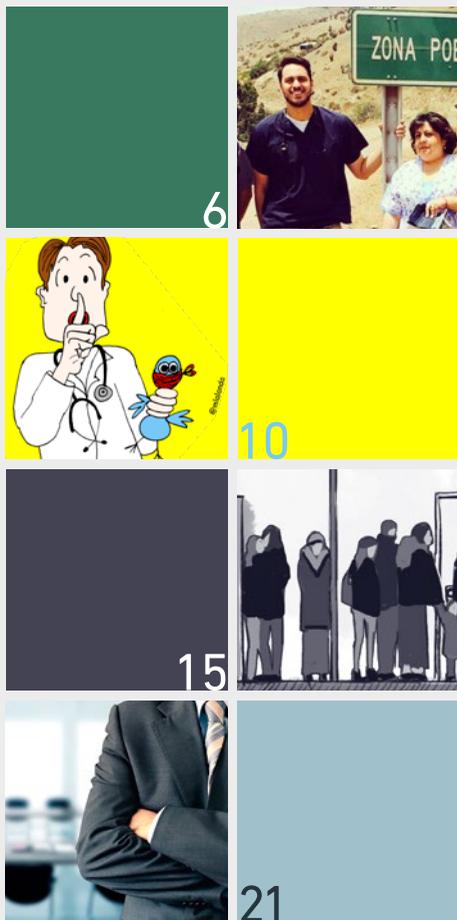




# CONTENIDOS

EDICIÓN AGOSTO / NOVIEMBRE 2015



Editorial: La verdad de los médicos	3
Breves	4
Médicos Generales de Zona	6
Sobredosis de información	10
Salud en lista de espera	15
Representación de falencias	19
El desafío de ser fiscal	21
Decálogo de la derivación	22

Falmed Educa es una publicación oficial de la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico de Chile, Dr. Kléber Monlezun Soto.  
Esmeralda 670 – Santiago de Chile

**Presidente y Representante Legal**  
Dr. Sergio Rojas C.

**Jefe de Comunicaciones**  
Juan Pablo Muñoz

**Editor Periodístico**  
Pablo Arce

**Equipo Periodístico**  
Patricio Alegre  
Andrés Palacios  
Mariela Fu  
Marcela Barros  
Pedro Soto

Las opiniones son de exclusiva responsabilidad de quienes las emiten, la redacción se reserva el derecho de editar los artículos. Derechos reservados. Prohibida cualquier reproducción total o parcial de textos, imágenes y diseños sin la expresa autorización de Falmed.

**Revista de circulación gratuita**  
Año 3 / N° 7

**Comentarios y sugerencias a:**  
[comunicaciones@falmed.cl](mailto:comunicaciones@falmed.cl)

**Diseño y Producción**  
**PALCO** | Comunicaciones  
[contacto@palco.cl](mailto:contacto@palco.cl)

**Impresión**  
QuadGraphics



[www.facebook.com/  
FundacionAsistenciaLegalColegioMedico](http://www.facebook.com/FundacionAsistenciaLegalColegioMedico)



[@falmedchile](https://twitter.com/falmedchile)



[www.youtube.com/FALMEDTV](http://www.youtube.com/FALMEDTV)



**FALMED**  
MÁS QUE UN SEGURO

Editorial:

# La verdad de los médicos

Este 2015 la Fundación de Asistencia Legal de Colegio del Médico de Chile completa 20 años de trabajo. Cuando el Dr. Kléber Monlezun visualizó el escenario en aumento de la judicialización de la medicina en 1993, lo hizo con la claridad de que el fenómeno puede tocarle a cualquier médico. Hoy sabemos, gracias a nuestras estadísticas, que cada día en Falmed tenemos que lamentar el ingreso de un nuevo juicio. Lo lamentamos porque cada juicio representa el final de una dolorosa cadena en que fracasó la relación médico-paciente y porque es el inicio de un extenso litigio que nos enfrenta a los pacientes y a sus familiares, estigmatiza nuestro trabajo y afecta la confianza.

Sabemos también que la mayor parte de las demandas tiene una resolución que refuta la negligencia acusada. En Falmed, un 99% de los juicios tiene dicho resultado. Esto es importante, no sólo porque demuestra la excelente labor de nuestros abogados, sino porque indica que muchas demandas tienen un fundamento ajeno a la presunta labor negligente del facultativo. A los médicos muchas veces nos toca ser rostro de las deficiencias del sistema y la importancia de representar las carencias ante las autoridades es un asunto que tratamos en el presente número de Revista Falmed Educa. Pero hay otros factores que nos preocupa atender.

Tenemos claro que los medios de comunicación participan activamente del problema de la negligencia. Gracias a la estadística de Falmed, sabemos que cada día se publican, en promedio, dos noticias relacionadas con mala praxis. Nuestros equipos de análisis han identificado que estas noticias son magnetos de otras noticias sobre negligencia. Es lo que llamamos "climas de opinión" desfavorables al trabajo médico. Es una materia que

nos preocupa sobremanera porque allí se engendra la desconfianza que luego deriva en judicialización. Es perfectamente posible que una situación que no pasa de ser un reclamo, gracias al efecto magnificador de los medios, se convierta en un conflicto digno de ser llevado a tribunales.

Nos interesa este asunto por una razón muy simple. En un conflicto que se judicializa, los tribunales aseguran una serie de garantías fundamentales, como presunción de inocencia, derecho a defensa y al debido proceso. Pero en los medios de comunicación la única garantía de imparcialidad que existe es el derecho a réplica y éste se encuentra a merced de la ética del equipo periodístico que realiza una investigación. Y, dado que los medios de comunicación se mueven con criterios mercantiles, la gran mayoría de las veces la historia que más vende es la que se publica. No la historia más ponderada desde el punto de vista de la ética periodística, ni la versión más completa que presenta ajustadamente ambas partes del conflicto.

En Falmed, por mandato del Colegio Médico de Chile, entregamos asesoría y representación legal a los médicos en toda clase de materias relacionadas con el quehacer profesional. Además, entregamos asesoría comunicacional ante cualquier problema ligado a las materias atendidas por Falmed. Lo hacemos porque todo ciudadano del país tiene derecho constitucional a la legítima defensa, pero también porque todos los médicos estamos expuestos a un proceso judicial en tribunales o a un juicio público auspiciado por los medios de comunicación. En esa materia, no perdemos de vista nuestra labor diaria, ni nos desorientamos por las historias presentadas en los medios. En Falmed siempre atendemos primero la verdad de los médicos.



Lectura Mobile

**Dr. Sergio Rojas C.**  
Presidente de Falmed



Lectura Mobile

# APUNTES MÉDICO-LEGALES

## ¿PUEDE LA LEY RICARTE SOTO DESINCENTIVAR LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA?



*Especialistas de distintas áreas debatieron en la U. de Chile sobre el impacto de la nueva ley.*

El principal anuncio en el área salud presentado el 21 de mayo, la Ley 20.850, conocida como Ley Ricarte Soto, trae una serie de exigencias para el desarrollo de investigación. La nueva normativa preocupa al sector científico, pues contiene disposiciones que exigen obtener una “autorización especial” del Instituto de Salud Pública (ISP) para cada investigación y la tenencia de un seguro de responsabilidad civil; y en caso de acreditar un daño al paciente, se presumirá que éste se ha producido con ocasión de la investigación.

Si bien no hay claridad de por qué se incluyó un área relacionada con la investigación clínica en la ley, los es-

pecialistas coinciden en que la complejidad técnica de estos cambios requería de mayor discusión.

Sobre estas disposiciones y otras relacionadas, expuso el abogado jefe de Falmed, Juan Carlos Bello, el pasado 10 de agosto en el seminario: “Ley Ricarte Soto, ¿un obstáculo para la investigación científica?” realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. El Departamento Jurídico de Falmed desarrolló un informe referido a la ley, que se encuentra en revisión del Directorio.

Para ver más detalles, visitar [www.falmed.cl](http://www.falmed.cl)

## ESTUDIO UNAB: 66% DE LOS CHILENOS NO CONFÍA EN HOSPITALES PÚBLICOS

Preocupantes cifras de credibilidad del sistema de salud reveló el “Estudio Nacional de Salud 2015: Credibilidad y Confianza en nuestro Sistema de Salud”, desarrollado por el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello.

Ante la pregunta ¿cuánta confianza le merece a usted las siguientes instituciones? Un 66% respondió que los Hospitales Públicos no le “generan ninguna confianza”, lo mismo ocurre con los Centros de Atención Primaria (56%), Minsal (57%) y Compin (68%), entre otros.

Los resultados sobre las posibles mejoras al sistema son categóricos. Si el 2014, el 34% de los chilenos no tenía ninguna confianza de que el gobierno y la cartera de salud pudieran resolver sus necesidades en esta materia, actualmente este porcentaje se elevó a un 74%.

Asimismo, un 72% de los encuestados cree que no se concretará el Plan 20-20-20 (entregar 20 hospitales, comenzar a construir otros 20 y dejar licitados 20) entre el 2014 y 2017. Del mismo modo, un 70% cree que la formación de 4 mil especialistas (en el mismo periodo) no se concretará.

Por último, un 36% de los consultados dice que “no se ha hecho nada” en relación a la creación de un Fondo Nacional de Medicamentos.

Desde el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello, explicaron que definitivamente “hoy existe un bajo nivel de confianza de que el Gobierno va a resolver los problemas de atención en salud. El nivel de confianza de que las medidas gubernamentales se van a cumplir se mueve en un rango que solo va desde un 7,8% hasta un 16,3%”.

El estudio se aplicó a 1.199 encuestados en Santiago, Valparaíso y Concepción. Su margen de error es de un 2,8%.

## PREOCUPACIÓN POR DETENCIONES A MÉDICOS



Diversos conflictos en los servicios de urgencia se han suscitado por la exigencia de las fuerzas del orden a médicos respecto a la emisión de informes periciales, constatación de lesiones y alcoholemias.

Falmed ha representado distintos casos a lo largo del país, en que

los médicos han sido detenidos por las autoridades policiales ante la postergación de dichos procedimientos en favor de la alta demanda asistencial de los servicios de urgencia.

En reunión sostenida con la ministra de Justicia, la Mesa Directiva

Nacional de Colegio Médico manifestó su preocupación por estos casos y propuso la implementación de turnos en el Servicio Médico Legal y en los SAPU especialmente dedicados a este tipo de atenciones. El tema está en conversaciones para su resolución.

## 57% DE LOS PACIENTES DESCONOCE LEY DE DERECHOS Y DEBERES

La Superintendencia de Salud reveló un estudio de investigación referido a la percepción y conocimiento de los pacientes respecto de la Ley de Derechos y Deberes.

Lo más llamativo es que el 52% de los entrevistados declara no saber si sus derechos y deberes están protegidos por ley. A ellos se suma un 5% que afirma que definitivamente no están contemplados en legislación alguna. Del 43% que conoce la existencia de la ley, la mitad declara haberse informado mediante los afiches publicados en los centros de salud y sólo un 4% señala que se informó a través de su médico.

Otro aspecto interesante es que un 62% de los entrevistados indica que sabe lo que es un consentimiento informado, sin embargo un 77% indica que no ha firmado dicho documento en los últimos doce meses. Entre los que sí firmaron, un 40% señala que hizo el trámite junto al médico, mientras que un 57% indica que el consentimiento lo firmó junto a la enfermera o el personal administrativo.

Del mismo universo de los que sí firmaron un consentimiento informado en el últi-



mo año, un 48% declara que el consentimiento le hace sentir empoderado, es decir, que puede decidir y confiar en los médicos. Un 26% se sintió definitivamente confiado en la opinión del médico. En el otro extremo, un 15% se declaró temeroso ante la posibilidad de decidir, mientras que un 11% se definió resignado e inseguro en las manos del médico.

Frente a la pregunta abierta "¿Qué derechos cree usted que debiera tener usted cuando busca atención de salud?", un 70% se-

ñala el respeto a la hora, atención puntual u oportuna. En cuanto a la pregunta "¿Qué deberes cree que tiene usted cuando busca atención de salud?", un 50% de los encuestados considera respetar al personal y a los médicos.

El estudio se realizó a nivel nacional con una muestra de 1180 entrevistas de usuarios Fonasa e isapres en Santiago, Antofagasta, La Serena, Puerto Montt, Coyhaique, Valparaíso y Concepción. Su margen de error es de un 4,4%.

Médicos Generales de Zona cumplen 60 años

# Ímpetu, vocación y solidaridad

Cuando la agrupación cumple seis décadas de existencia, estos son los principales valores que mantienen “arriba” a estos jóvenes que se alejan de sus hogares para entregar lo que saben: salud.

Marcela Barros y Andrés Palacios

**U**nos 300 kilómetros separan a la Dra. Amelia Benavente de su hogar, lo que se acrecienta con los difíciles caminos, esos que sólo en seis horas la llevan hasta su casa familiar. Oriunda de Santiago y recién titulada de la Universidad Mayor, hace dos meses ejerce como MGZ en la posta de Llico, una caleta de pescadores ubicada en la desembocadura del río del mismo nombre en la Región del Maule. Además, tiene a su cargo dos territorios con postas rurales y una estación de médico rural. La historia de la Carmela de la obra de teatro “La Pérgola de las Flores” funciona como símil inverso en este caso.

La llegada de la ciudad al campo es un verdadero “aterrizaje

forzoso” para los Médicos Generales de Zona (MGZ). “No tengo electrocardiograma, desfibriladores, no tengo monitores, nada. O sea, hay postas que ni siquiera tienen saturómetro, ni hemoglucotest. No hay conectividad. Cuento con lo básico, camillas, en las postas hay medicamentos, aparatos de toma de presión, fichas, pero más allá no. En la más grande, que es la de Llico, hay saturómetro, pero más avanzado no hay mucho”, comenta la Dra. Benavente.

“Pero más allá de lo que falta, ha sido una buena experiencia porque si bien no vivo donde trabajo, he podido conocer a la mayoría de la gente y sus familias. Hay pocas familias en una zona. Me ha pasado que veo a un paciente y le

pregunto por la suegra, la abuelita y la tía. Me encuentro con ellos en la calle. Ha sido súper familiar”, señala con entusiasmo.

## DE TRES A SEIS AÑOS

La creación del Generalato de Zona se produce el 22 de julio de 1955 con el objetivo de reducir la brecha de estos profesionales en las zonas más alejadas, carenciadas y rurales de un país largo y complejo geográficamente. Actualmente, el programa consiste en la destinación en una localidad determinada por un período de tres a seis años, en donde se desempeñan labores asistenciales y administrativas, además de actividades comunitarias, gene-



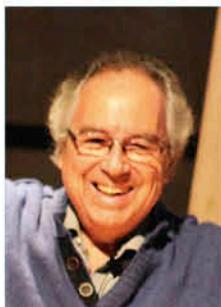
rándose un estrecho vínculo con la comunidad.

El Dr. Pablo Salinas, neurólogo y profesor asistente de Neurología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, explica que los orígenes del programa, hace seis décadas, se justifican como una de las principales estrategias para poder captar y mantener al recurso humano médico ligado al Estado de Chile a través, en esa época, del Servicio Nacional de Salud, SNS. "Es el sistema que ha permitido mejorar, entre otras cosas, los indicadores de salud del país al poner al acceso de toda la población a médicos de alta calidad técnica formados en las mejores universidades del país y que van a los distintos rincones de nuestra

geografía, a ejercer la medicina de la mejor manera posible, y así poder dar equidad en la atención a todos nuestros compatriotas, independientemente de sus condiciones de vulnerabilidad social.", destaca.

El Dr. Eduardo Welch, actual director de comunicaciones de Falmed, ejerció su generalato entre 1966 y 1970 en Colina. "En este punto –explica el directivo–, alguien podría decir 'bueno, eso está al lado de Santiago', pero en ese tiempo no existía la conectividad de hoy en día. Era muy difícil acceder a esa comuna. El consultorio no tenía teléfono ni ambulancia, y el trabajo era arduo. En la mañana cargábamos el 4x4 con leche y medicamentos en el hospital Roberto del Río y de ahí partía-

mos. Al llegar veía aproximadamente 50 pacientes, un ritmo agotador, pero lo hacía con la firme convicción que tuve desde el principio. Asimismo, hacía rondas en las escuelas, de parasitosis, educación sexual, etc. Este trabajo me llevó a formar en el consultorio un grupo de voluntarias de la población adyacente, donde les enseñé a hacer curaciones, poner inyecciones, entre otras actividades, lo que fue bastante útil. Con mucho cariño recuerdo esas rondas, porque además del cariño de la gente, con frecuencia nos llegaban de regalo pan amasado, huevos frescos, lechugas recién cortadas y otros presentes que agradecí mucho. El tiempo fue pasando y llegó el momento de partir a mi beca de Pediatría en el



Dr. Eduardo Welch, director de Falmed.

“Cuando me tocó dejar de ser MGZ en Colina y anuncié que partía al Hospital Roberto del Río, la gente se tomó el consultorio”.



Dr. Pablo Salinas, ex presidente de la agrupación de MGZ.

“El programa MGZ ha sido una de las principales estrategias para captar y mantener a los médicos ligados al Estado de Chile”.

Hospital Roberto del Río. Cuando me tocó partir y lo anuncié, la gente se tomó el consultorio para que no me fuera, pero como había plazos que cumplir tuve que hacerlo no más, iniciándose de esta manera un nuevo capítulo en mi vida. En este sentido debo decir que creo firmemente que la familia del médico es su faro y su sostén”, reflexiona el directivo.

### CARENCIAS

Sin embargo, más allá de las buenas intenciones, la progresiva mercantilización de la salud en Chile y los insuficientes recursos destinados –cabe destacar que, según cifras de la OCDE, se destinan sólo 3,5% del PIB a este ítem, cuando lo ‘aconsejable’ es el 7% al menos- ha redundado en que actualmente exista una suerte de precariedad laboral en la mayoría de los centros de salud del país, alejados de los centros urbanos. El Generalato de Zona está marcado por una constante precariedad.

A juicio de la Dra. Javiera Mardones, médico de la Universidad de Chile y que se desempeña actualmente en el Cesfam de la comuna de San Ignacio, Provincia de Ñuble, no existen “las herramientas necesarias, aún falta mucho por avanzar tanto en infraestructura, recursos físicos y humanos. Creo que en la mayoría de las comunas rurales faltan recursos financieros, lo que se traduce en falta de acceso a cierto tipo de exámenes, medicamentos y también recurso humano”, denuncia.

Coincide en el punto el Dr. Eduardo Neira, médico general de zona hace dos años en Molina, comuna ubicada 20 minutos al sur de Curicó. El Dr. Neira lo tiene claro: “Es como un balde de agua fría. Uno llega a un hospital mucho más básico, con menos recursos, los exámenes son escasos. Hay que manejarse sólo

con lo más elemental, como exámenes de sangre, rayos en una máquina que es del año 1985. Ha sido un gran cambio enfrentarse a esta escasez, a esta falta de recursos. Como agente de salud, querer entregar lo mejor y que no se pueda, produce mucha frustración. Uno lo siente cuando los pacientes quieren que sus enfermedades sean mejor investigadas, quieren tener exámenes de mejor confianza y desgraciadamente no se les puede ofrecer. O tiene que recurrir a un sistema que es engorroso de larga espera que es a través de las interconsultas”, lamenta.

En este escenario de precariedad, es atingente preguntar si los médicos sienten temor a enfrentar una demanda debido a la creciente judicialización de la medicina. “Por supuesto –afirma el Dr. Neira-. Mientras menos recursos tenga uno, más aumenta la demanda por asistencia de los pacientes. Por ejemplo, en los servicios de urgencia y policlínicos, los pacientes se van frustrando, van manifestando su disconformidad y cada vez lo manifiestan con mayor agresividad. La verdad es que uno ha tenido que ponerse a la defensiva y evitar conflictos, porque han llegado a golpes, colegas que han sido agredidos por familiares y pacientes, y agresiones verbales, que es algo a lo que uno se ha ido acostumbrando. Respecto a la judicialización, uno trata de cuidar que el paciente tenga claro qué se le está haciendo para que no se creen conflictos y lo manifieste a través de demandas, quejas, en vez de preguntarlo al profesional”.

Por su parte, la Dra. Benavente explica que si bien considera que la formación académica abordó positivamente este aspecto, de igual modo corre riesgos. “En mi comuna hay un déficit de medicamentos porque no cuento con el arsenal básico. Me pone en una situación complica-



El sistema MGZ permite llevar salud a todos los rincones del país.

da porque no tengo los recursos y finalmente la gente a quien le va a echar la culpa es a mí”, puntualiza.

En la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico hay un análisis claro sobre el fenómeno. Según el Dr. Welch, “muchas veces a los médicos nos toca ser el rostro de los problemas del sistema de salud y eso es muy complejo porque es caldo de cultivo para las demandas”, asegura el directivo. Frente a este problema, Falmed recomienda la representación por escrito de las carencias, tema abordado en detalle más adelante en este número de Revista Falmed Educa.

### “UNA VEZ MGZ, SIEMPRE MGZ”

Una característica constante que se aprecia en los MGZ es su enriquecimiento en el aspecto humano, el que consideran como su mejor nivel de satisfacción. “La interacción

con la gente local es muy variada – indica el Dr. Sebastián Vega, quien se desempeña en el consultorio de Chañaral Alto, comuna de Monte Patria, además de ser el presidente regional de la agrupación en la Región de Coquimbo. Uno como general de zona tiene la posibilidad de acercarse a la población de una manera única y que dista mucho de lo que podría imaginarse en una ciudad. Los pacientes son más cercanos y agradecidos con los médicos. Se les realizan capacitaciones, charlas, actividades en la comunidad, llevan regalos a los médicos. Uno termina siendo una autoridad en el pueblo, y por lo mismo un ejemplo para la gente. Por esto, hay que llevar el cargo de médico con la responsabilidad y madurez suficiente para cumplir las expectativas de la gente que uno atiende. Y ahí viene la frase: *Una vez MGZ, siempre MGZ*”.

Coincide con su colega el Dr. Alfonso Galleguillos, director del

Hospital de Andacollo, quien describe que “mi día a día en general es grato, actualmente con muchas funciones administrativas. He desarrollado lazos con la comunidad y con diversas agrupaciones teniendo una buena relación y trabajando en conjunto por la salud. Siento que la gente me estima, reconoce mi trabajo y esto se ve reflejado en las palabras de apoyo que me expresan, las felicitaciones que dejan plasmadas, sus obsequios, entre otros”.

El Dr. Welch coincide en el valor de la experiencia que el generalato dejó en su vida. “He de señalar que mi estadía como médico general de zona ha sido la más significativa de mi vida, tanto en lo humano como en lo profesional, con alegría y sinsabores, pero con un saldo inmensamente gratificante. Y si pudiese volver atrás, lo haría nuevamente con toda alegría”, finaliza con orgullo. 

Oportunidades y amenazas de la irrupción tecnológica

# El nuevo paradigma de la relación médico-paciente

Por: Pedro Soto y Juan Pablo Muñoz

De acuerdo a cifras oficiales de la Subtel, en marzo de 2015 operaban en Chile más de veintitrés millones de teléfonos celulares. En el mismo período se produjeron más de diez millones de conexiones a Internet móvil. A la fecha, más de once millones de chilenos tiene una cuenta en Facebook. Estos números son expresivos de un fenómeno en aumento. La penetración de Internet en nuestras vidas es una realidad que ha multiplicado las vías de comunicación y ha posibilitado un acceso ilimitado a la información.

El campo de la medicina no ha quedado exento de las transformaciones que este fenómeno ha introducido en la manera en que los seres humanos nos relacionamos. Según cifras de Google, una de cada veinte búsquedas en su motor refiere a un problema de salud. Por su parte, la enciclopedia online Wikipedia incluyó en sus temas médicos una advertencia indicando que su información "no puede sustituir el consejo de un médico".

La Dra. Mónica Lalanda, urgencista española, es una activa usuaria del ecosistema de la información digital y se dedica a diario a pensar la medicina desde los cambios que inducen estas nuevas plataformas. Desde España comenta a Revista Falmed Educa su manera de mirar el problema: "La medicina ha evolucionado de forma progresiva y lenta a lo largo de la historia y, de vez en cuando, ha habido avances tremendos que han







aportado muchísimo en el cuidado de los pacientes y el manejo de la enfermedad. Internet es en el siglo XXI a la medicina lo que en otras épocas han sido la anestesia, los antibióticos o los rayos X. Las nuevas tecnologías de la información suponen un enorme salto”, indica la facultativa.

¿De qué se tratan estos cambios? Según la Dra. Lalanda, “la relación médico-paciente –hasta hace poco circunscrita a las consultas, las camas de hospital o la casa del propio paciente– cambia, evoluciona, se abre. La medicina sale a la calle dando lugar a una nueva era, a un nuevo paradigma”, explica.

El Dr. Roberto Verdugo, psiquiatra integrante del Centro de Estudios de Jurisprudencia y Educación de Falmed, coincide en que estamos viviendo cambios paradigmáticos en la relación médico-paciente. “Si teníamos por cierto un modelo en que el médico controla los temas, hace preguntas cerradas, espera adherencia del paciente y determina diagnóstico y tratamiento, ahora transitamos hacia un paradigma en que el paciente maneja mayor información, espera mayor empatía y quiere ser partícipe de las decisiones. Este escenario es altamente complejo porque se genera una ambivalencia: por un lado tenemos un paciente que quiere participar de las decisiones, pero que entrega toda la responsabilidad al médico en caso de un problema. Por otro lado tenemos a un médico que espera compartir las responsabilidades, aunque está poco dispuesto a ceder espacio en las decisiones. Son dos paradigmas que conviven y tenemos que aprender a navegar entre ellos”, señala el especialista.

## LOS AVATARES DEL DR. GOOGLE

Al tiempo que se multiplican las posibilidades de acceso a Internet, crecen también las probabilidades de que los pacientes lleguen con información previa a la consulta, o que comparen las indicaciones médicas a posteriori con lo que encuentren en la red. Los expertos coinciden en apuntar que esta realidad trae tanto oportunidades como amenazas para la relación médico-paciente.

En cuanto a las oportunidades, el Dr. Mario Hitsdchfeld, uno de los autores del manual de redes sociales de Colegio Médico de Chile, comenta que “siempre parto de la premisa que un paciente bien informado es un buen paciente. Entonces, cualquier medio que permita educar mejor al paciente y a la población en general, es bienvenido”.

Para el Dr. Jorge Cuevas, también coautor del manual de redes sociales de Colmed, un paciente más informado es un paciente “en el que uno puede delegar más la responsabilidad y el tratamiento a seguir y que ésta sea una decisión informada. También considero que es una oportunidad porque nos obliga a mantenernos actualizados en los temas en medicina, la cual está en constante cambio”, indica el facultativo.

Sin embargo, la calidad de la información disponible, o las posibilidades que tiene un paciente sin formación médica de ponderarla, juegan en contra de esta oportunidad de mayor información. La Dra. Lalanda comenta que “para el paciente que accede a buscar sus síntomas

en Google, la cantidad de información es tanta y tan desorganizada –y a menudo mezclando la fiable con la peligrosa– que puede confundirle e incluso dañarle”.

Para el Dr. Hitsdchfeld el punto también es crítico. “Internet posee muchos sitios que entregan información equivocada. Esto es lo que genera resquemor en muchos médicos. Pero sentirse amenazado por ello es un error, es negarse a una realidad: el paciente busca información en internet. La conducta recomendada es educar al paciente sobre qué sitios son los correctos para consultar, y las instituciones de salud debiesen tener sitios educativos patrocinados por ellas para facilitarle esta tarea al médico y al paciente”, destaca el facultativo.

El Dr. Cuevas añade que “la medicina no es una receta de cocina que se puede aplicar un mismo tratamiento para una misma persona, cada persona es completamente distinta a otra”, razón por la cual es insustituible el rol del médico en el tratamiento de la enfermedad.

El Dr. Verdugo, especialista en temas de comunicación efectiva en Falmed, recomienda “utilizar a su favor la información previa que trae el paciente. No la descarte a priori, sino que indague sobre ella. Puede que el paciente tenga información, pero no está formado ni es su responsabilidad poner en perspectiva, contextualizar y ponderar dichos datos. Es el médico quien sabe cómo jerarquizar y evaluar, por lo que recomiendo poner la información de su lado y sacarle partido con el conocimiento médico”, puntualiza el Dr. Verdugo.

## MÉDICO DE LAS REDES

"Todas las Redes Sociales llegaron para quedarse, uno no puede mantenerse al margen y es mejor tomar el sartén por el mango, que estar dentro del sartén", plantea el Dr. Cuevas, uno de los autores del manual "Social Media para Médicos", publicación pionera a nivel hispanoamericano que sentó las primeras bases sobre cómo los médicos deben interactuar en las redes sociales.

La publicación, realizada al alero del Colegio Médico de Chile, fue lanzada en 2012 y contó con la participación de los Dres. Mario J. Hitschfeld, José Luis Contreras, Camilo Erazo, Christian García, Rubén Gennero y Jorge Cuevas.

El Dr. Cuevas comenta las particularidades del proceso: "Hace tres años, cuando nos juntamos a crear el manual, los Social Media no eran un tema de vanguardia, sino herramientas del día a día para personas comunes y corrientes. Y nos dimos cuenta que no existía conciencia de que estas herramientas estaban permeando fuertemente otros ámbitos más allá de la vida privada, tales como, en el caso de los médicos, el modo de interactuar con el paciente o la información a la que ellos tienen acceso. Así que, como primer objetivo, el manual cumplió un rol difusor", recalca.

El manual chileno fue un referente para la Dra. Lalanda, que en España hizo de coordinadora en la elaboración del "Manual de estilo para médicos y estudiantes de medicina sobre el buen uso de Redes Sociales". Según la urgencista, "hay siete zonas de posible conflicto en las cuales el médico debe ser particularmente cauto. La más importante es, sin

pacientes reconocibles. Aconsejamos redirigir preguntas y consultas a páginas de contenido claro y fiable o redirigir a su propio médico", advierte categóricamente.

En un segundo aspecto, la Dra. Lalanda observa que "los médicos debemos mantenernos cautos en la huella digital que vamos dejando como profesionales. La imagen de nuestra profesión, ahora mucho más visible, debe mantenerse siempre merecedora del respeto y sobre todo la confianza social de la sociedad a la que servimos. Comentarios soeces, fotos inadecuadas, dan una cara de la profesión que no es apropiada. Si uno decide presentarse en redes sociales como médico, debe hacer honor a nuestra profesión. Ojo que no hablo de corporativismo, sino de confianza social", declara.

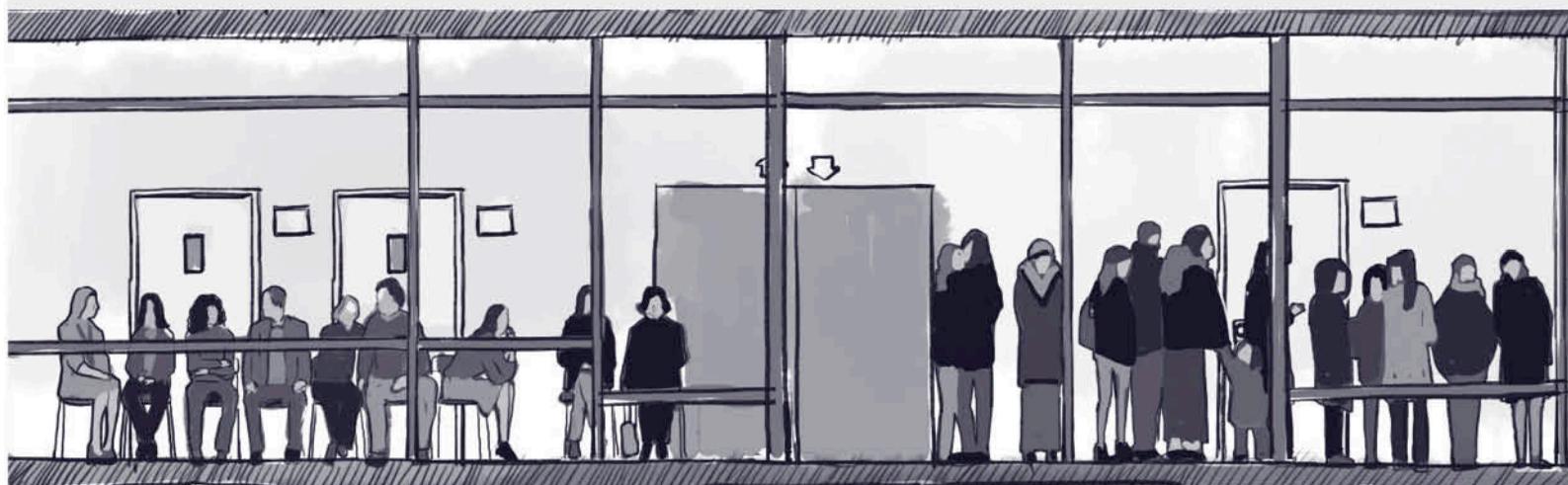
"Y en tercer lugar, debemos ser cuidadosos en no usar las redes como campo de batalla para solucionar conflictos que

en su mayoría vienen de lejos. Por ejemplo, los problemas entre médicos especialistas en el hospital y médicos especialistas en Atención Primaria. Las redes sociales nos dan una herramienta fantástica para trabajar juntos y así deberíamos usarlas", finaliza la Dra. Lalanda, quien además de médico es ilustradora, como muestra la imagen que acompaña esta página. 



Ilustración Dra. Mónica Lalanda.

duda, la confidencialidad del paciente. El secreto médico constituye uno de los pilares de la medicina y la razón primera por la que el paciente se viene fiando de nosotros desde tiempos hipocráticos. El médico puede caer en la tentación, por un espíritu altruista (o en su defecto, comercial) o científico de responder a consultas médicas 'en abierto' o de comentar datos o colgar fotos o información de



Claves de una crisis endémica



Lectura Mobile

# SALUD EN LISTA DE ESPERA

La crisis de la salud en Chile se ha convertido en un estado permanente en las últimas tres décadas, sin embargo el crecimiento de las listas de espera, el retraso en la ejecución de proyectos de infraestructura y las innumerables carencias de recursos humanos y técnicos han profundizado el malestar de médicos y pacientes. Acá una revisión a los principales problemas que hoy tienen al sistema de salud en lista de espera por soluciones.

Por Patricio Alegre y Juan Pablo Muñoz



Más de 156 mil millones de pesos suma la deuda hospitalaria en Chile. La enorme cifra es expresiva de los problemas financieros que enfrenta el sistema. Si bien los recursos disponibles para salud exceden las necesidades concretas en todos los países del mundo, en Chile hay una serie de particularidades que vale la pena analizar.

De acuerdo al estudio "Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014" publicado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, "en la mayoría de los países de la OCDE, el sector público es la principal fuente de financiamiento del gasto en salud, con la excepción de Chile y los Estados Unidos. En Chile, el 49% del gasto en salud fue financiado por fuentes públicas en 2012, una proporción muy por debajo del promedio de 72% en los países de la OCDE", señala el informe.

El mismo estudio indica que parte importante del financiamiento de la salud recae en las familias. "Casi una tercera parte del gasto en salud en Chile es pagado directamente por los hogares, comparado con menos de un 20% en promedio entre los países de la OCDE", demuestra el documento. En otro informe publicado por

la misma organización -"Panorama de la Salud" de 2013- Chile lideró el gasto "de bolsillo" con un 4,6% de carga al presupuesto familiar en el ítem salud.

A esta realidad en que los costos de la salud son absorbidos en parte importante por las familias, hay que sumar una serie de problemas en la ejecución de los gastos. Según reconoce el propio ministerio del ramo en la cuenta que entregó ante la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados en junio pasado, "la estructura de precios del modelo de financiamiento del Programa de Prestaciones Valoradas y Programa de Prestaciones Institucionales ha demostrado ser insuficiente, toda vez que los estudios de costos de prestaciones no guardan relación con los precios que se paga a los establecimientos hospitalarios".

Esta deficiencia ha sido reconocida por la autoridad de Salud en el Congreso, por cuanto "se ha hecho permanente la asignación de recursos para el pago de deuda todos los años, demostrando con ello los problemas del modelo de financiamiento hospitalario".

Ante esto, el presidente del Colegio Médico de Chile, Dr. Enrique

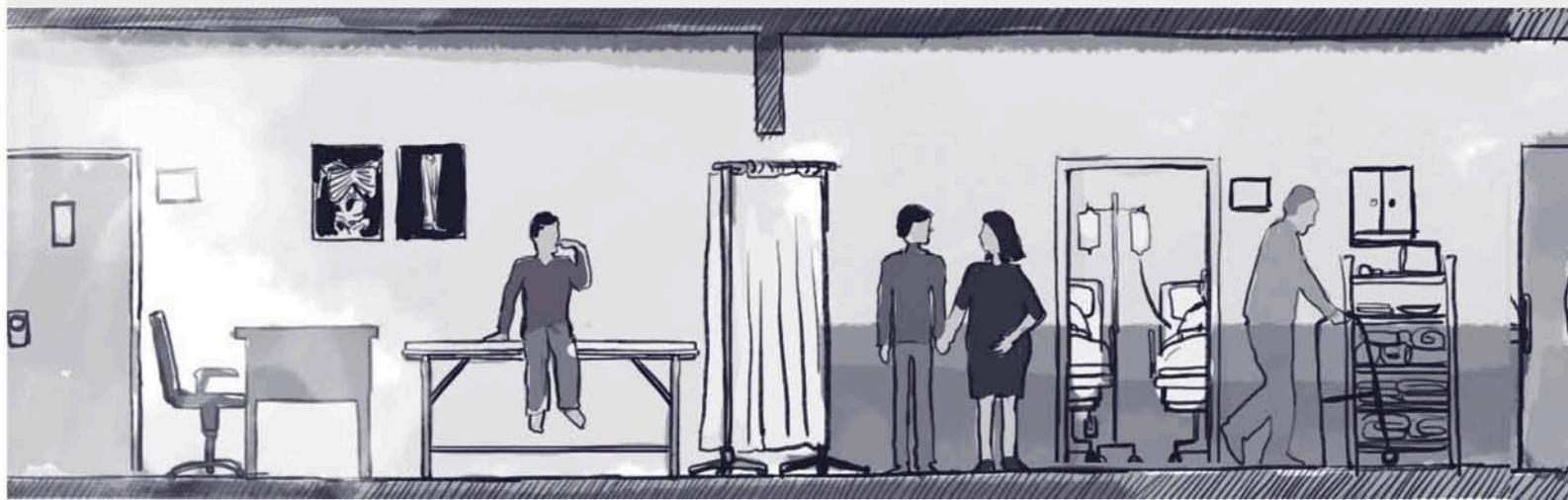
Paris, manifiesta que "estamos ante un problema serio y estructural de escaso financiamiento para la salud pública en el país, que como Colegio Médico hemos venido denunciando y que hoy mantiene en alerta a todos nuestros colegas médicos a lo largo y ancho de Chile".

Por su parte, el presidente de Falmed, Dr. Sergio Rojas, añade que "es urgente que el Ministerio de Salud reconozca que hoy a nivel de la salud pública, a lo largo del país, existe en general una mala planificación financiera y del recurso humano médico, para hacer frente a la demanda asistencial de la población". El Dr. Rojas agrega que "para ello es necesario que las autoridades analicen con calma el problema y busquen soluciones técnicas efectivas para evitar una catástrofe mayor que la que estamos viviendo".

## ETERNA ESPERA

"Jamás se va a acabar la lista de espera", sentenció la ministra de Salud, Carmen Castillo, ante la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

De acuerdo a datos oficiales, a marzo de 2015 la lista de espera de pacientes que aguardan una consulta



*Dr. Aliro Bolados, presidente  
Consejo Regional Antofagasta*

**“El Minsal abordó la salud pública con una mirada de corto plazo y no se hizo cargo adecuadamente de la formación de especialistas”.**



*Dr. Miguel Ángel Sepúlveda, presidente  
Consejo Regional Los Ángeles.*

**“Chile tiene un porcentaje muy alto de pacientes públicos, lo que no se condice con la cantidad de oferta del sector para poder brindar soluciones”.**

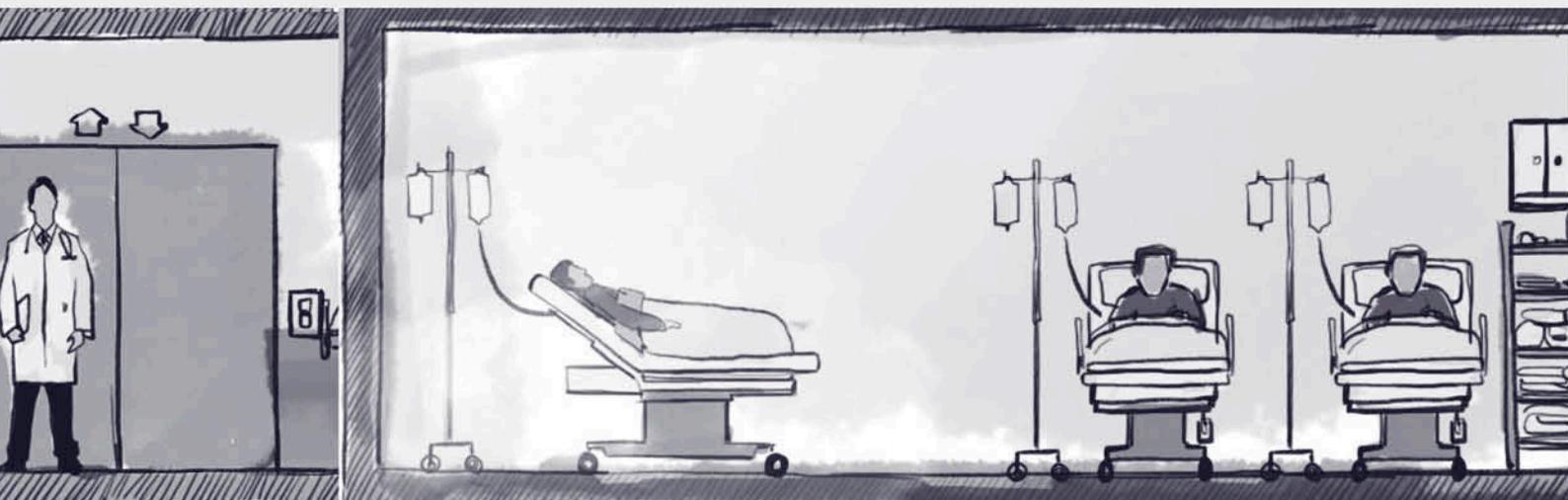
de especialidad suma más de un millón y medio de personas. De éstas, un 41% se encuentra en lista de espera desde antes del año 2014, cifra que el gobierno espera reducir a un 6% a fines del 2015. En tanto, a marzo de 2015, unas doscientas treinta mil personas esperan por una cirugía.

La dura declaración de la ministra Carmen Castillo puso en el tapete un tema de fondo que persistentemente han denunciado el Colegio Médico de Chile y Falmed: la grave crisis de la salud pública. La emergencia está presente hoy en los hospitales de todo Chile, donde se vive la angustia de miles de pacientes, médicos y funcionarios de salud que esperan meses, incluso años poder recibir o brindar una atención oportuna y de calidad, ante las notorias carencias de recursos económicos, físicos y humanos.

El presidente del Colegio Médico de Chile, Dr. Enrique Paris, califica como “verdaderas” las declaraciones de la secretaria de Estado, lo que reafirma la fuerte inquietud del gremio médico. La máxima autoridad de la Orden declara que “llegó el momento de incorporar en la agenda de prioridades un mayor financiamiento global al sector salud, para que los pacientes que a diario esperan por una atención reciban una solución a sus necesidades”.

El presidente del Consejo Regional Antofagasta y coordinador financiero del Colegio Médico en la zona norte, Dr. Aliro Bolados, coincide en que la crisis de la salud pública y la enorme lista de espera tiene un carácter multicausal, por lo que a su juicio se requiere un cambio estructural. “Esta situación parte por el escaso financiamiento total para hacer salud pública en Chile. Por ello, se necesita con urgencia dotar correctamente de recursos a los hospitales, con estudios de costos adecuados en sus prestaciones”, sostiene.

El presidente del Consejo Regional Antofagasta considera que la falta de especialistas y las carencias de infraestructura son factores gravitantes en el problema de las listas de espera, a las que se suma el mal manejo de la deuda hospitalaria global en el país. “Desde que el Ministerio de Salud dejó de construir hospitales y abordó la problemática de la salud pública con una mirada de corto plazo, favoreciendo excesivamente a las isapres, y no se hizo cargo adecuadamente de la formación de especialistas, se produjo un escenario dantesco, que provoca hoy una espera excesiva de pacientes en la red asistencial, carencias de especialistas, el empobrecimiento del sector salud y el enorme



endeudamiento de los hospitales”, reconoce el dirigente nortino.

## FALENCIAS

Ante el evidente problema de infraestructura sanitaria, el gobierno impulsa un ambicioso programa sobre el que ha tenido que reconocer varios retrasos. Emblemático es el caso del nuevo Hospital de Calama, obra que suma dos años completamente detenida y en que la autoridad sanitaria mantiene un litigio con la constructora. Recientemente se ha anunciado una nueva licitación que casi duplica los costos originalmente presupuestados. A las obras detenidas en Calama se suma el Cesfam para Illapel, el Hospital de Salamanca, y los Cesfam para Dalcahue, Juan Fernández y Chonchi.

En el caso de las obras sin presupuesto para ser concluidas o con atrasos considerables se cuentan los Cesfam de Calama y Antofagasta, además de los Hospitales Gustavo Fricke (Viña del Mar), Exequiel González Cortés (San Miguel), Talca, Rancagua, Pitrufquén y Puerto Montt. Respecto de las obras con retraso en su ejecución, se consideran el Hospital de Alto Hospicio, que presentaba graves problemas de diseño; el Hos-

pital de San Antonio, que fue objeto de un rediseño producto de un cambio en normativas ministeriales; el Hospital de Casablanca, que fue originalmente contemplado en un terreno no apto; el Hospital de Angol, que está en diseño; el Hospital de Padre de Las Casas, contemplado para 2018; y el Hospital de Quellón, estimado para iniciar sus obras en 2016.

Al tiempo que se producen estos problemas en la ejecución de las obras, las necesidades se siguen multiplicando. De acuerdo al Dr. Miguel Ángel Sepúlveda, presidente del Consejo Regional Los Ángeles de Colegio Médico, “Chile tiene una distribución de pacientes públicos muy alta, que no se condice con la cantidad de oferta que entrega el sector público para brindar una solución a esos pacientes. En la mayoría de los hospitales del país, los pabellones no dan abasto para el requerimiento de salud de las personas”, asevera.

El facultativo ejemplifica que, en Los Ángeles, se necesita el doble de pabellones del que existen actualmente, requerimiento que se repite también a nivel de cirugía ambulatoria. “Requerimos, a lo menos, de un hospital de mediana complejidad en nuestra ciudad, para sacar adelante

a nuestros pacientes y aumentar la oferta quirúrgica de nuestro servicio”, recalca el dirigente.

Del mismo modo, el Dr. Sepúlveda detalla que existe hoy una fuerte presión asistencial por controles, consultas de especialidades y procedimientos de imágenes y cirugías menores. “Hay falta de infraestructura y eso es generalizado en todo el país, faltan muchas cosas y es necesario que eso lo entiendan las autoridades”.

El dirigente asegura que en Los Ángeles se diseñó un proyecto y programa de aumento de cantidad de especialistas, lo que no tuvo un buen final. “Se formaron durante tres años 100 médicos en convenio con universidades, pero cuando retornan no tienen donde atender, con policlínicos y box copados, produciéndose nudos en el sistema para los especialistas”. Asimismo, menciona la falta de incentivos para retener a estos profesionales en la red pública. “Es un desafío para el sector público que los médicos especialistas se desarrollen con tecnología de punta en los hospitales de regiones, en un entorno laboral adecuado y también con ciudades con buena calidad de vida, sin contaminación, para que los médicos y sus familias se realicen plenamente”, finaliza el Dr. Sepúlveda. **F**



# La importancia de representar debidamente las falencias del sistema

La carta de representación es un derecho y un deber que tienen los funcionarios públicos para manifestar la ausencia de condiciones mínimas para el desarrollo de las funciones sanitarias y, consecuentemente, traspasar la responsabilidad a las autoridades administrativas.

**A** diario los médicos, de cara a los pacientes, son el rostro visible del sistema de salud. Y cuando el sistema público de salud está cruzado por una severa crisis, los facultativos protagonizan toda clase de situaciones en las que se vuelven vulnerables a estas carencias. Desde agresiones de pacientes, malos tratos de las autoridades, carencia de instrumental básico para la atención y toda clase de situaciones que afectan el ejercicio profesional e incrementan el riesgo jurídico de sus labores.

El presidente de Falmed, Dr. Sergio Rojas, comenta que “estamos viviendo una situación de crisis en el ámbito de la salud pública que es producto de la mala planificación como Estado hacia los requerimientos que tiene el país hoy por hoy”.

En la experiencia de Falmed, la representación de las falencias y las carencias de los recintos de salud ha sido una herramienta eficaz para atribuir debidamente las responsabilidades a quien corresponda y es, de hecho, la actitud más responsable de los médicos ante problemas que no pueden resolver de otra manera. Este acto es un antece-

dente importante en caso de que el médico se enfrente a una situación judicial por una actuación determinada, ya que la debida representación de las falencias será considerada por los tribunales de justicia.

## ¿QUÉ ES LA REPRESENTACIÓN DE FALENCIAS?

Según explica el abogado jefe de Falmed, Juan Carlos Bello, “los médicos del sector público se rigen supletoriamente por el Estatuto Administrativo, sin perjuicio de leyes especiales. Según se indica en el Artículo 61 de esta ley, todos los funcionarios públicos tienen obligación de cumplir las órdenes de su superior. Así también, en el Artículo 62, letra F, se señala que los funcionarios deberán representar por escrito a la autoridad cuando estimen que reciben una orden ilegal”.

Es fundamental, indica el experto jurídico de la Fundación, tener en cuenta que según el Artículo 64 del Estatuto Administrativo, “las autoridades y jefaturas tienen el deber de desempeñar sus funciones con ecuanimidad y de acuerdo a instrucciones claras y objetivas de general aplicación, velando permanente-

mente para que las condiciones de trabajo permitan una actuación eficiente de los funcionarios”.

De acuerdo a Juan Carlos Bello, la representación “es un derecho y un deber que tienen los funcionarios públicos para manifestar la ausencia de condiciones mínimas para el desarrollo de las funciones sanitarias y, consecuentemente, traspasar la responsabilidad a las autoridades administrativas”.

Según el abogado jefe, para hacer un acto de representación “se deben objetivar las falencias utilizando cifras oficiales y dando cuenta específica de lo que se tiene, versus lo que se debe tener”. Para la realización de este tipo de procedimientos, el abogado Bello destaca la disponibilidad de los expertos de Falmed, quienes cuentan con la experiencia y un modelo debidamente confeccionado para posibilitar estas representaciones.

Para Juan Carlos Bello, es muy importante “resguardar la integridad jurídica de los médicos. Es un interés genuino y oportuno, ya que existe la necesidad de contar con mejores medios técnicos y humanos para hacer mejor medicina para los pacientes, y ese es el interés final”. 



Estatuto Administrativo:

# EL DESAFÍO DE SER FISCAL

Conocer las implicancias que pueden tener las acciones de un funcionario público al ser designado fiscal en un Sumario Administrativo es de suma relevancia, sobre todo al tener en cuenta que un proceso como éste puede generar hasta el despido de un funcionario.

**S**er fiscal es una tarea que cualquier funcionario público puede tener que asumir en alguna oportunidad, incluso los médicos.

Según el Estatuto Administrativo, Ley 18.834 que rige a todos los funcionarios públicos, el sumario “será ordenado por el jefe superior de la institución, el Secretario Regional Ministerial o el Director Regional de servicios nacionales desconcentrados, según corresponda, mediante resolución, en la cual designará al fiscal que estará a cargo del mismo”. El fiscal debe tener igual o mayor jerarquía que el funcionario involucrado en los hechos.

Designado el fiscal, éste nombrará un actuario: un funcionario de cualquier institución del Estado que será ministro de

fe y certificará las actuaciones del sumario. Este proceso busca evitar hechos que podrían representar contravenciones al ordenamiento jurídico administrativo.

Un fiscal cuenta con amplias facultades y los funcionarios estarán obligados a prestar colaboración. Más aún, en el curso de un sumario el fiscal puede suspender de sus funciones o destinar transitoriamente a otro cargo dentro de la misma institución y ciudad, a él o los inculpadados como medida preventiva.

El fiscal debe considerar los plazos establecidos. Esto porque el paso del tiempo desvirtúa el objeto de la investigación. “Un procedimiento expedito contribuye a la rapidez en la determinación de los hechos, de eventuales responsabilidades y

a aplicar las medidas disciplinarias que correspondan”, señala el abogado y profesor de la Universidad de Concepción, Marcelo San Martín, en “Sumario Administrativo regulado por el Estatuto Administrativo contemplado en la Ley N° 18.834”.

Importante es que el sumario administrativo debe constar por escrito. Más aún, toda actuación debe llevar la firma del fiscal y del actuario. También relevante es que su contenido debe ser secreto hasta la formulación de cargos, cuando pasa a ser público para el afectado.

## **ESTABLECER RESPONSABILIDADES**

Durante el sumario (que debe realizarse en 20 días) el



fiscal ponderará conductas específicas de los inculpados. Al analizar debe considerar las eventuales circunstancias que impidan que se genere responsabilidad o que la atenúen o agraven, lo que es esencial para el resultado de la investigación.

Existen 3 tipos de responsabilidades a establecer: la civil o pecuniaria (daño patrimonial); responsabilidad administrativa (infracción a los deberes, prohibiciones y/o incompatibilidades); y responsabilidad penal (delito).

## RESOLUCIÓN

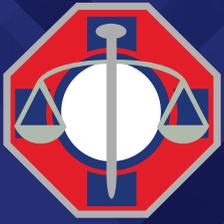
Cuando el fiscal cierra la investigación, emite un dictamen en el que propone la absolución o sanción que corresponda aplicar. Dicho dictamen debe contener la individualización del o los inculpados; la relación de los hechos y la forma como se ha llegado a comprobarlos; la participación y grado de culpabilidad de los sumariados; las circunstancias atenuantes o agravantes, y la proposición de

las sanciones o absolución que estima aplicar.

De estar ante la posible existencia de un delito, el dictamen deberá además contener la petición de que se remitan los antecedentes a Tribunales, sin perjuicio de que ya se haya hecho en la oportunidad debida.

Emitido el dictamen, el fiscal elevará los antecedentes al superior jerárquico de la institución según corresponda, el Secretario Regional Ministerial o el Director Regional de servicios nacionales, quien resolverá en el plazo de 5 días, dictando una resolución que absolverá al inculpado o aplicará la medida disciplinaria o destitución.

No obstante, la autoridad correspondiente podrá ordenar la realización de nuevas diligencias o la corrección de vicios de procedimientos, fijando un plazo para tales efectos. Si de estas diligencias resultaren nuevos cargos, se notificarán sin más trámite al afectado, quien tendrá plazo de 3 días para hacer observaciones. **F**



# FALMED

## 20 años junto a los médicos

Una atención integral... El respaldo que necesitabas



Sumarios Sanitarios



Contratos de Compraventa



Juicios Laborales



Juicios Civiles por Cobranza



Conformación de Sociedades



Juicios Tributarios



Representación de Sociedades



[www.facebook.com/  
FundacionAsistenciaLegalColegioMedico](https://www.facebook.com/FundacionAsistenciaLegalColegioMedico)



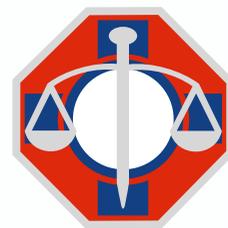
[@falmedchile](https://twitter.com/falmedchile)

Atención 24 Horas

600 8 FALMED / 600 8 325633

[falmed@falmed.cl](mailto:falmed@falmed.cl) / [www.falmed.cl](http://www.falmed.cl)

# Una Gran Red de Servicios



FALMED  
MÁS QUE UN SEGURO

## Zonal Norte Grande

☎ 55 - 224 91 69 / 55 - 224 83 54

Travesía del Mirador 03018, Jardines del Sur, Antofagasta.  
falmedantofagasta@gmail.com

## Zonal Norte Chico/Consejo Regional La Serena

☎ 051 - 267 2452

Cienfuegos 475, Of.365, La Serena.  
falmed.cuartaregion@gmail.com

## Zonal Quinta Región/Consejo Regional Valparaíso

☎ 32 - 267 9507

Los Acacios 2324, Miraflores Bajo, Viña del Mar  
red.valparaiso@gmail.com

## Zonal Intermedio

☎ 71 - 222 2870

5 Norte 1347, Talca.  
maule.falmed@gmail.com

## Zonal Sur/Consejo Regional Concepción

☎ 41 - 221 0492

Diagonal Pedro Aguirre Cerda 1180, Of.401, Concepción.  
concepcion@falmed.cl

## Santiago

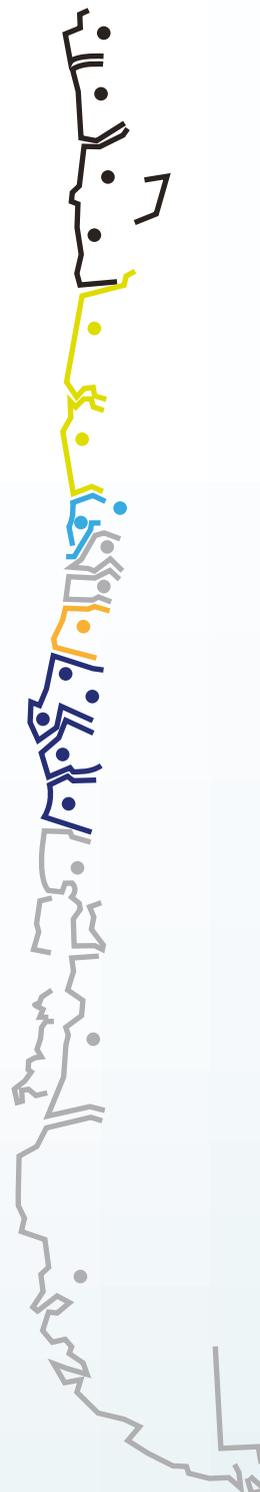
Fono Atención 24 Horas ☎ 600-832 56 33

**Of. Administración:** Esmeralda 670, Santiago - ☎ 2664 1295

**Of. Jurídica:** Huérfanos 669 Of. 307, Santiago - ☎ 2770 8800

**Of. Oriente:** Av. Las Condes 9460 Of. 1002, Las Condes - ☎ 2745 9367 / 2745 9366

**Of. Comunicaciones:** Esmeralda 678, Santiago - ☎ 2429 4095



Para estar cada día más cerca de los médicos de Chile, Falmed está desarrollando un proceso de descentralización que ha llevado lo mejor de sus profesionales a las distintas regiones del país.

## Acceso Virtual

- ✉ [comunicaciones@falmed.cl](mailto:comunicaciones@falmed.cl)
- 🌐 [www.falmed.cl](http://www.falmed.cl)
- 🐦 [www.twitter.com/falmedchile](https://www.twitter.com/falmedchile)
- 📘 [www.facebook.com/FundacionAsistenciaLegalColegioMedico](https://www.facebook.com/FundacionAsistenciaLegalColegioMedico)

# Decálogo

Por una Buena Praxis Médica  
en la derivación de pacientes

1



## Prioridad

Recuerde que lo primero es el bienestar del paciente. Las variables financieras, previsionales o de otra naturaleza deben estar supeditadas al interés superior de éste.

2



## Calidad

Explique con sencillez las razones que motivan el traslado de su paciente. Despeje dudas.

3



## Empatía

Mantenga la cercanía con el paciente, acompañantes, colegas y resto del equipo.

4



## Normas de Traslado

Solicite a su servicio un procedimiento de derivación normado y conocido por todos los participantes, así como los medios para una adecuada atención durante el traslado.

5



## Consentimiento Informado

Solicite un consentimiento informado de traslados.

6



## Información

Sea cauto en el manejo de la información, evite comentarios indebidos frente a los pacientes, acompañantes y otros miembros del equipo de salud.

7



## Trabajo en Equipo

Comuníquese con el colega que recibe al paciente.

8



## Responsabilidad

Preocúpese de que su paciente sea recepcionado por el centro asistencial al cual fue derivado.

9



## Oportunidad

Asegúrese de trasladar a tiempo. Evalúe siempre la posibilidad de diferir traslado y estabilizar versus los riesgos de no trasladar.

10



## Condiciones de Trabajo

Considere las mejores condiciones disponibles y el medio de transporte adecuado para realizar el traslado.