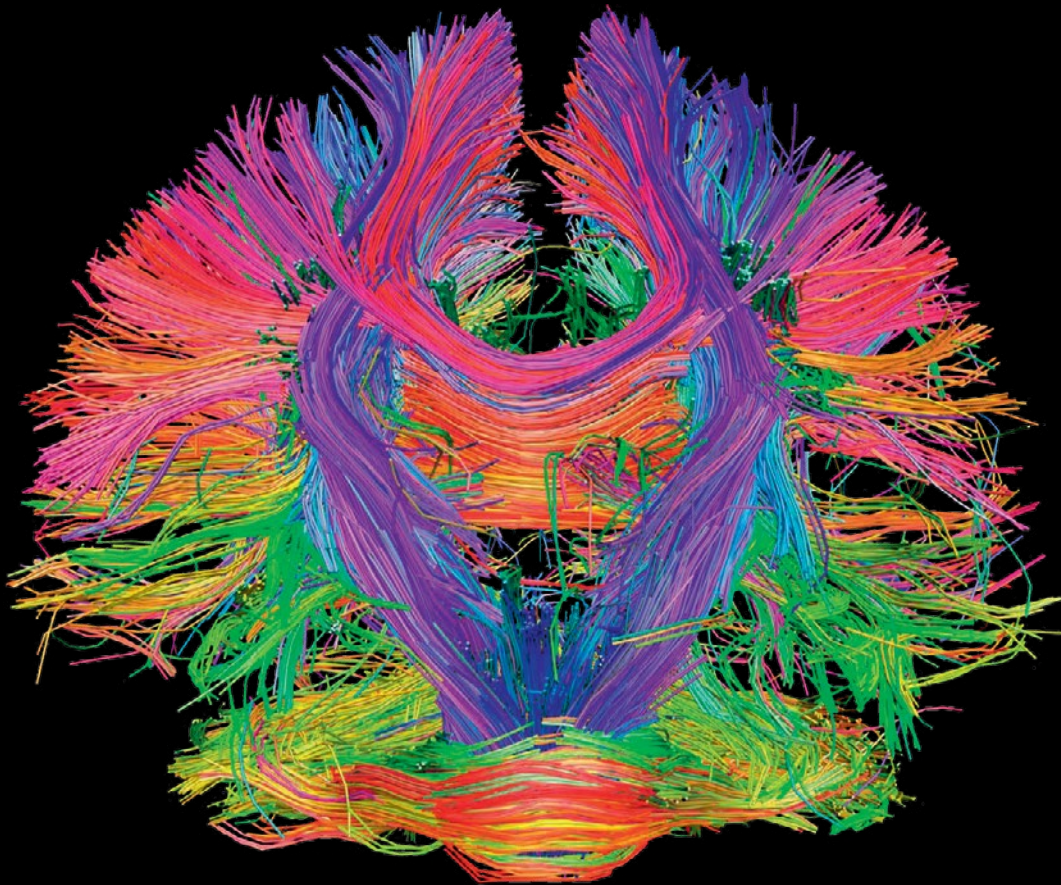




E D U C A Falmed



FUNDACIÓN DE ASISTENCIA LEGAL DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE / AÑO 3 / EDICIÓN ESPECIAL 2015

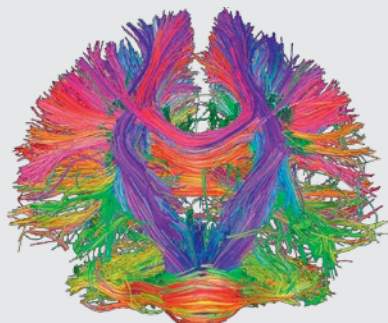


EDICIÓN ESPECIAL 2015

**APLICACIONES MÓVILES DE SALUD / ATENCIÓN MÉDICA TELEFÓNICA /
NUEVO PARADIGMA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE / MEDICINA PRIVADA / CRISIS EN SALUD PÚBLICA /
DETENCIONES EN EL PUESTO DE TRABAJO / AGRESIONES A MÉDICOS / DERIVACIÓN DE
PACIENTES / MEDIACIONES EN SALUD / PREVENCIÓN DE LA JUDICIALIZACIÓN /
derecho administrativo / DOCUMENTOS E INSTRUCTIVOS**

CONTENIDOS

EDICIÓN ESPECIAL 2015



Editorial	3
Sobredosis de información	4
La importancia de decir aló	8
Nuevas aplicaciones móviles	12
Decálogo para el uso de redes sociales	16
Crisis en la salud pública	18
Representación de falencias	22
Detenciones a médicos	24
Crisis de impaciencia	28
Instructivo en caso de agresiones	32
Complejidades en la derivación	34
Instructivo para la derivación de pacientes	38
Diez años de mediaciones	40
El factor dinero	44
Derecho administrativo	48
El desafío de ser fiscal	52
Ética entre colegas	54
Relación médico-paciente	56
Una mirada bioética	58
Correo del lector	59
Instructivo sobre libre competencia	60
Red de servicios y beneficios Falmed	66

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.

Director de Comunicaciones
Dr. Eduardo Welch

Jefe de Comunicaciones
Juan Pablo Muñoz

Editor Periodístico
Pablo Arce

Equipo Periodístico
Patricio Alegre
Andrés Palacios
Mariela Fu
Marcela Barros
Pedro Soto
Yovely Díaz
Carla Gutiérrez
Paulo Muñoz

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 / Edición Especial

Comentarios y sugerencias a:
comunicaciones@falmed.cl

Diseño y Producción
PALCO | Comunicaciones
contacto@palco.cl

Impresión
RR Donnelley /



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



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



www.youtube.com/FALMEDTV





Editorial

La relación médico-paciente está cambiando. Lo percibimos en los hospitales y en las clínicas. Lo vemos en redes sociales y medios de comunicación. Lo apreciamos con certeza en los reclamos, mediaciones y juicios que nos toca atender.

Estamos ante un paciente más consciente de sus derechos, mucho más demandante, con mucho mayor acceso a la información que antes. Es un paciente que opina más, que quiere ser parte de las resoluciones, pero que siempre va a delegar la responsabilidad de las decisiones tomadas ante un resultado desfavorable. Hemos visto que algunos incluso se empiezan a ver a sí mismos como consumidores ante una prestación de salud y ya no como pacientes. Otros han perdido la paciencia y para canalizar su frustración recurren a las agresiones y amenazas contra los colegas.

Vemos también un generalizado clima de desconfianza que afecta a las instituciones en nuestro país. Pareciera que de pronto todo está bajo sospecha, favoreciendo reportajes y programas de televisión con mayor interés en el *rating* que en la certeza de sus denuncias. Cuando esto ocurre se montan verdaderos juicios públicos que afectan a los médicos involucrados, pero que también lesionan la imagen del gremio, con la negativa consecuencia que esto trae en la relación con nuestros pacientes.

Esto ocurre en el contexto de un sistema de salud en una crisis, a estas alturas, permanente. Los problemas del sistema van desde su desfinanciamiento hasta una enorme y creciente lista de espera. Pasando entre medio por problemas de infraestructura, de recursos humanos, de tecnología y un sinfín de temas. Los médicos hemos pagado las consecuencias de estas carencias ejerciendo la medicina en condiciones muy inferiores al estándar de calidad que nuestros pacientes merecen. E incluso hemos visto casos de facultativos detenidos en sus puestos de trabajo, cuando la policía no ha comprendido que no se puede realizar una alcoholemia o una constatación de lesiones en medio de la vorágine de una urgencia repleta.

Sabemos por el estudio que hemos hecho de los casos que llegan hasta nuestra Fundación, que muchos de

estos factores inciden en la judicialización de la medicina. Muy frecuentemente los médicos nos vemos expuestos a ser rostro de las deficiencias del sistema, a no ser capaces de comprender las nuevas características de algunos pacientes e incluso a convertirnos en acusados en llamativos juicios públicos auspiciados por los medios.

Este es un escenario ante el cual hemos volcado toda nuestra reflexión para que el trabajo de Falmed no sólo proporcione a nuestros médicos la mejor defensa jurídica del país, sino también para prevenir efectivamente los problemas allí justamente donde estos ocurren. Esta edición especial de Revista Falmed Educa es reflejo del trabajo y la reflexión que hemos tenido a con los equipos multidisciplinarios de la Fundación para una profilaxis efectiva en la judicialización de la medicina en los temas contingentes que afectan nuestro trabajo.

Sabemos, por el 99% de resultados favorables que obtenemos en tribunales, y porque conocemos de cerca el fenómeno de la judicialización, que el trabajo de los médicos de nuestro país se caracteriza por sus altos niveles de calidad. Nos interesa promover un estándar de excelencia que vaya en directo beneficio de nuestros pacientes, por eso esperamos que este número especial de Revista Falmed Educa sea un aporte en dicho objetivo y sea de utilidad para que usted, querido lector, conozca el punto de vista que nuestra experiencia de estos veinte años tiene sobre estos temas.

Mientras tanto, nosotros seguimos trabajando para fortalecer nuestra institución; para dar la mejor defensa en materia de responsabilidad profesional; para ofrecer asesoría jurídica en toda clase de temas relacionados con el ejercicio de la medicina; para asesorar a los colegas expuestos en los medios de comunicación; para formar y representar a los estudiantes de medicina; para abordar de modo específico y especializado los temas laborales. En definitiva, seguimos trabajando para hacer de Falmed mucho más que un seguro.

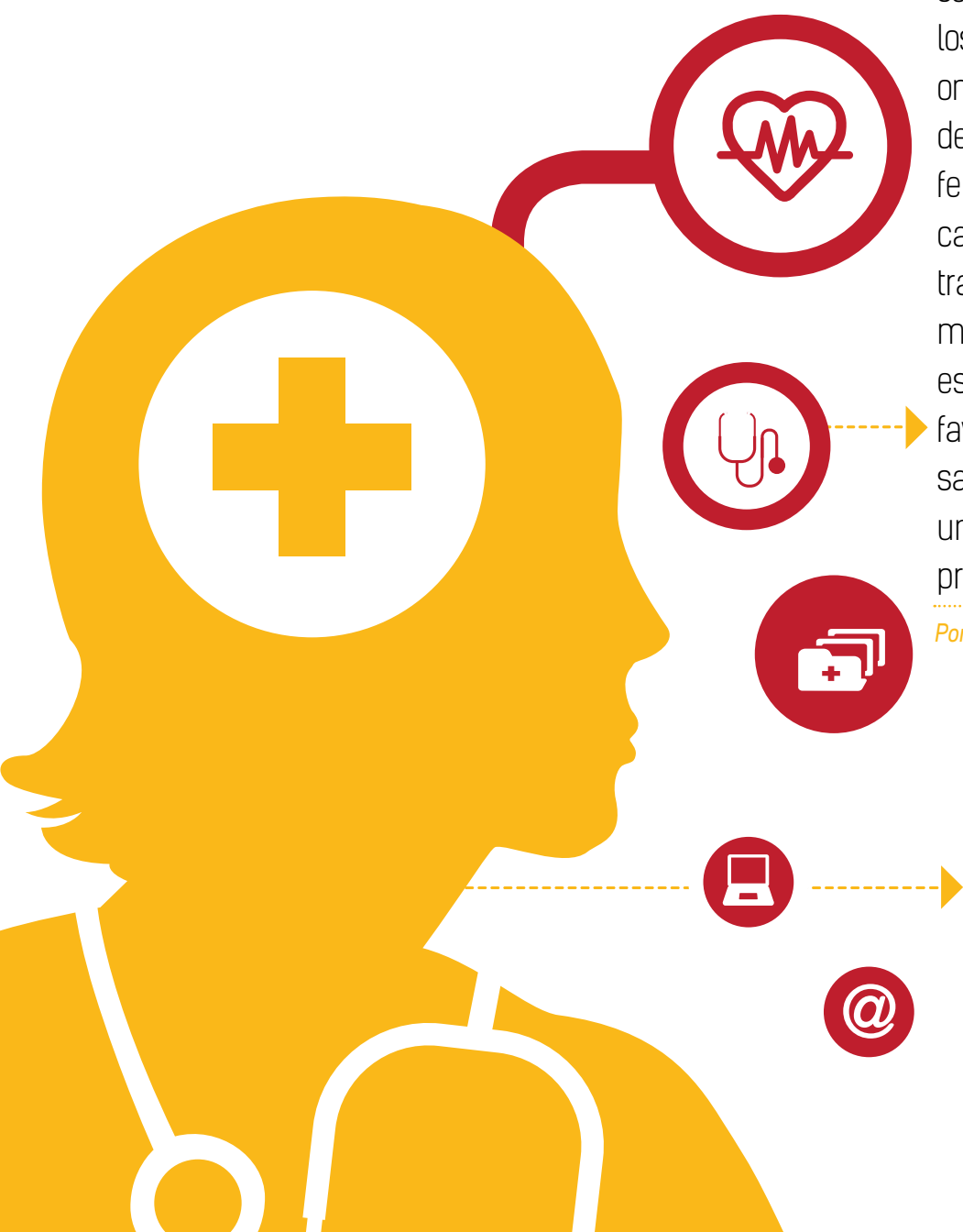
Dr. Sergio Rojas C.
Presidente de Falmed

Oportunidades y amenazas de la irrupción tecnológica

El nuevo paradigma de la relación médico-paciente

La arremetida de las redes sociales, la masificación de los aparatos móviles y la omnipresente disponibilidad del **Dr. Google** son fenómenos que están cambiando la concepción tradicional de atención médica. Si algunos de estos cambios pueden favorecer el proceso de sanación, otros pueden ser una amenaza de la que es preciso estar atentos.

Por: Pedro Soto y Juan Pablo Muñoz





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, Jurisprudencia y Educación de Falmed, CEJEF, 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 Hitschfeld, 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 confundirte e incluso dañarte”.

Para el Dr. Hitschfeld 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




Ilustración Dra. Mónica Lalanda.

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 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 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. 

Atención Médica Telefónica:

LA RESPONSABILIDAD DE DECIR ALÓ

Legalmente, las atenciones telefónicas no son recomendables. Éticamente, sólo con quienes existe una relación médico-paciente y con pacientes crónicos. ¿Protocolos? No existen. La recomendación es evitarlas y nunca realizar un diagnóstico.

Por: *Marcela Barros*

El avance de las comunicaciones le ha quitado un terreno importante al cara a cara. Reemplazar palabras por emoticones es tan frecuente como saludar a un amigo por chat, Twitter o un mensaje por Facebook en vez de visitarlo. El objetivo está cumplido.

La oferta de atenciones médicas telefónicas que existe en el mercado es amplia. Isapres, Chile Atiende, empresas de electricidad, clínicas, entre otras instituciones, hoy ofrecen el servicio de atención médica telefónica 24 horas, 365 días al año. ¿Será que la tecnología está superando la capacidad de percibir, escuchar, observar de las personas?

MIRADA ÉTICA Y LEGAL

“La prestación de servicios por medio de teléfono deja a los médicos muy expuestos a eventuales complicaciones médico-legales. Cada vez con mayor frecuencia los tribunales de justicia han entendido que dichas prestaciones no reúnen completamente los requisitos básicos que debe tener una atención”, explica el abogado jefe de Falmed, Juan Carlos Bello.

Agrega el jurista que en las etapas de una atención “el examen físico resulta fundamental para establecer o dar luces respecto de un determinado diagnóstico o tratamiento a seguir. Al atender telefónicamente se omite ese paso, lo

que es suplido con información del paciente mismo: («¿cómo te sientes?», «¿cómo te ves?») o mediante un pariente: («¿cómo ves a tu hijo?»); o mediante otro profesional, por ejemplo, que la enfermera diga cómo ve a un paciente. Lo cierto es que desde el punto de vista legal es un peso que recae en el médico. Como abogado, el «no estar ahí» no puedo utilizarlo como excusa para decir «por eso se equivocó». Eso no es una atenuante, sino una agravante”, precisa quien lidera el equipo de abogados de la Fundación.

La mirada ética del Colegio Médico también es restrictiva. Aun cuando no existe un pronunciamiento al respecto y reconociendo que es una tarea pendiente a realizar,

la presidenta del Departamento de Ética de la entidad gremial, Dra. Gladys Bórquez, sostiene que una atención médica telefónica se puede entregar cuando existe una relación médico-paciente o a un paciente crónico. "La consulta requiere generar un espacio de confianza, una comunicación verbal y no verbal. El estar juntos requiere desarrollar habilidades sociales y comunicacionales, lo que no puede hacerse a través de una línea telefónica. Por eso le digo que tenemos que hacer un espacio, discutir y establecer directrices éticas para cuándo podría ser legítima una consulta (telefónica)".

El presidente de Falmed, Dr. Sergio Rojas, la recomienda sólo en casos extremos. "Yo creo que no son convenientes. Es claro que una atención telefónica impide un acto

médico completo. Porque no permite ni la observación, ni el examen físico, ni la buena empatía, ni menos establecer el vínculo con el paciente. Es riesgosa desde el punto de vista clínico y legal. La atención telefónica hay que dejarla para un extremo, en que si yo no tengo nada cercano, se pueda usar como una orientación", sostiene el presidente de Falmed.

SERVICIOS AL TELÉFONO

Al ingresar la frase "atención médica telefónica" en cualquier buscador de internet, cientos de páginas se despliegan con información: especialistas, 24 horas, todos los días del año y líneas gratuitas, entre otras

bondades. Es atractivo para cualquier usuario, pero ¿cuál es el límite? Para la Dra. Bórquez es "complejo desde el punto de vista ético, porque (el servicio) es una consulta propiamente tal".

Una de las isapres pioneras en este ámbito es Colmena Golden Cross. "Este es un servicio de orientación telefónica básica. La gran mayoría de nuestras consultas tienen relación con pediatría. En el caso de que los profesionales de la salud detecten que se trata de algo que requiere atención médica, derivan al afiliado a un servicio de urgencia o le indican con cuál especialista agendar una cita", explica Marisol



Lagos, subgerente de Servicio al Cliente de la isapre.

El presidente del Colegio Médico de Chile, Dr. Enrique Paris, apunta a la necesidad de generar procedimientos claros. "Para eso debieran haber protocolos que ojalá estén consensuados con las sociedades científicas. Que sean bien hechos, bien preparados, porque, si no, se pueden cometer errores", puntualiza agregando que el mayor estándar que se puede exigir a un médico es que este diga "si es o no grave, si es urgente o no, o si tiene que ir de inmediato al hospital, cosas así, muy

generales, pero no involucrarse en un diagnóstico. Jamás por vía telefónica. Hay que ser prudentes al máximo".

TELEMEDICINA

El uso de tecnologías de información y comunicación al ámbito de la salud es lo que comúnmente se conoce como telemedicina. De acuerdo a información publicada en el portal del Ministerio de Salud, en Chile se han desarrollado las categorías de telerradiología, teleasistencia, teledermatología y teleelectrocardiografía.

En 2000, dicha secretaría



de Estado dio a conocer el Plan de Salud Digital. Entre sus prioridades estaban las de llegar con salud pública a los sectores más apartados de Chile, reconociendo los esfuerzos de desplazamiento de los habitantes de zonas aisladas.

En diciembre de 2014 la Presidenta Michelle Bachelet anunció el servicio de telemedicina en más de 200 centros de salud pública para fines de 2015. "La idea es contar con atención de especialistas médicos a distancia, poniendo al servicio de esta atención toda la tecnología que existe y que permite entrevistar al paciente, a la familia, o intercambiar opiniones con los especialistas, recibir exámenes de laboratorio o imágenes de radiología a distancia", declaró la Mandataria a los medios de comunicación a fines de 2014.

Algunas de las bondades promovidas de este sistema es que permite comparar diagnósticos, desarrolla métodos de colaboración a distancia y ayuda a ampliar la cobertura nacional de salud.


La Asociación Médica

Mundial aconseja que el paciente no acceda a una consulta por telemedicina, salvo las siguientes condiciones: "que el paciente y el médico dispongan de elementos de identificación recíproca fiables; que exista una previa relación profesional médico-paciente; y que el médico tenga un conocimiento suficiente del problema en cuestión de modo que pueda ejercer un juicio apropiado y justificable. Queda al margen el escenario de urgencia, donde el médico tiene que basar su juicio en observaciones incompletas debiendo estar constituido, en estos casos, el factor determinante de su opinión por la naturaleza de la urgencia".

Para el presidente de Falmed, Dr. Sergio Rojas, "lo que pasa es que en Chile las soluciones transitorias suelen convertirse en situaciones permanentes. Eso es peligroso porque todavía las políticas para resolver el déficit de especialistas son insuficientes. Por ningún motivo este tema de la telemedicina lo pondría por delante ya que puede afectar lo más importante que es la calidad

de la atención".

El estudio "Análisis médico-legal de la consulta médica telefónica: riesgos legales profesionales y seguridad", elaborado por la Universidad Complutense de Madrid, analizó cerca de 14 mil consultas telefónicas registradas en 2008 en el sistema de salud español. Detectó que un factor común de los errores es que "ocurren cuando los pacientes y sus médicos, y los profesionales entre sí, tienen problemas de comunicación, derivados de la mala transmisión y pérdida de información relevante para el diagnóstico".

Tal parece que aunque avancen las comunicaciones, aunque las compañías intenten crear cada vez sistemas más efectivos, la relación cara a cara resulta imposible de reemplazar. A la luz de los antecedentes, la percepción que un médico se forma al ver, percibir, escuchar, dialogar con un paciente, nunca será sustituida por tecnología alguna. El llamado, entonces, es a la prudencia. 



Dr. Enrique Paris

PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE

"La recomendación es jamás involucrarse con un diagnóstico por vía telefónica. Hay que ser prudentes al máximo".



Dra. Gladys Bórquez

PRESIDENTA DEL DEPARTAMENTO DE ÉTICA DEL COLEGIO MÉDICO

"La consulta requiere generar un espacio de confianza, una comunicación verbal y no verbal. El estar juntos requiere desarrollar habilidades sociales y comunicacionales, lo que no puede hacerse a través de una línea telefónica".



La cifra da cuenta de un gran potencial, pero también de un gran riesgo: hoy en el mundo existen 500 millones de usuarios que utilizan aplicaciones móviles de salud, algo así como las poblaciones de Estados Unidos y Brasil juntas. El dato lo arrojó el estudio *“Mobile Health Market Report 2013-2017: The commercialization of mHealth applications”* y grafica el impacto que la tecnología móvil tiene y tendrá en los pacientes. ¿Las Apps son buenas, malas, seguras, inseguras?

Un primer impacto de la avalancha de este tipo de herramientas tiene que ver con el involucramiento de los pacientes en su salud.

“La medicina ya no se ejerce desde una perspectiva paternalista, sino que en la actualidad el paciente está más empoderado para tomar decisiones sobre su salud”, dice el Dr. Jaime de los Hoyos, subdirector de Informática Clínica de la Red de Salud UC-Christus.

En ese contexto, las aplicaciones pueden ser una muy buena herramienta, acorde con el tipo de medicina que se viene, pero su uso debe considerarse importantes matices. Tres investigaciones vinculadas a la revista inglesa BMC

Medicine cuestionaron la seguridad y la calidad de algunas aplicaciones destinadas a calcular la dosis de insulina y recibir información sobre asma. También objetaron la acreditación de apps ante el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS, por sus siglas en inglés).

La publicación determinó que el 91% de las calculadoras de dosis de insulina carecen de validación para comprobar la calidad de los datos de ingreso del usuario y el 67% corría el riesgo de hacer una recomendación de dosis inadecuada.

El tercer estudio (*Unaddressed privacy and security risks in accredited health and wellness apps: lessons from a cross-sectional systematic assessment*), describió la manera en que las aplicaciones se acreditaban ante la NHS. Los autores encontraron inconsistencia y falta de disciplina en el proceso, ya que los datos médicos de los pacientes podían ser interceptados y extraviados. Eso, además de políticas de privacidad muy variables.

¿Cómo debe resguardarse la información? El Dr. Camilo Erazo, magíster en Gestión para la Globalización y MBA Universidad de Melbourne,

y consultor en eHealth en *viralizando.cl*, indica que las aplicaciones y dispositivos electrónicos deben seguir las orientaciones establecidas por la institución gubernamental de EE.UU., Agencia de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) y otros organismos regulatorios para cualquier dispositivo médico.

“Hoy no existen buenas herramientas que permitan a los profesionales de salud recomendar apps en general”, sostiene. Agrega que lo anterior “demuestra la enorme dificultad en evaluar, con los mecanismos tradicionales, la seguridad y confiabilidad de una aplicación móvil. Por ahora, los profesionales e instituciones tienen que revisar cuidadosamente las apps que están usando sus pacientes para hacer una recomendación”, indica.

El Dr. Jaime de los Hoyos explica que para asegurar la tranquilidad de los pacientes, en relación a la utilización de sus datos, estas herramientas deben cumplir al menos tres características.

“Debe existir una autenticación de los usuarios cuando las utilicen mediante el registro de password o



claves biométricas. En segundo lugar, tiene que haber una trazabilidad de los accesos. Es decir, donde un administrador de la plataforma o aplicación móvil pueda chequear que los usuarios están debidamente inscritos y a qué registros ingresan. Por último, los datos de los pacientes deben estar encriptados”.

Diagnóstico de seguridad con el que concuerda el creador de la aplicación Teamscope, Diego Menchaca. “En caso de robo del móvil, la plataforma debe asegurar que tras un periodo breve de inactividad, se bloquee”.

LA LEGISLACIÓN EN CHILE

La Ley sobre Protección de la Vida Privada (N°19.628) dice expresamente que los estados de salud físicos y psíquicos; las recetas, sus contenidos, los exámenes clínicos y servicios prestados serán reservados y considerados datos sensibles.

Otro cuerpo legal que resguarda la integridad de los pacientes es la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes (N° 20.584), donde se señala que el paciente tiene asegurada la reserva de la información contenida en la ficha clínica y que

será considerada como información sensible de acuerdo al Artículo 2 de la Ley N° 19.628.

“Hay tres tipos de personas que pueden acceder a la ficha clínica. El propio paciente, una persona que él designe a través de un poder notarial y los tribunales de justicia cuando se trate de un proceso judicial”, explica el abogado de la Fundación de Asistencia Legal, Gabriel Nieto.

MEDICINA A DISTANCIA


Otra herramienta nueva, con alcances y consideraciones éticas y legales parecidas a las de las aplicaciones móviles, es la Telemedicina. Su potencial de acercamiento de la atención de salud a poblaciones de lugares apartados o donde no hay disposición de especialistas, también expone a los pacientes. En el tema, en Chile, han proliferado principalmente cuatro especialidades: telerradiología, teleasistencia, teledermatología y teleelectrocardiografía.

Al respecto, el Dr. Jaime de los Hoyos enfatiza que la utilización de estas herramientas depende mucho del contexto, donde se debe considerar que el “diagnóstico es un acto médico y como tal es realizado

por médicos y no por un sistema. Deben verse sólo como medios de apoyo”, aclara.

El facultativo comenta que hay “especialidades que soportan mejor la telemedicina” como el teleelectrocardiograma implementado el 2005 en Chile. “Funciona de manera excelente, así lo ha demostrado la experiencia en el país”, asegura.

Por su parte, el Dr. Juan Contreras, creador de la aplicación RetiDiag, estima que la telemedicina debe responder a una necesidad. Es decir, para el facultativo este sistema expresa ventajas cuando es una propuesta “bien estudiada y que no genere información errónea tanto para el médico y paciente. Tiene que ser un proceso de mejora continua”.

El Dr. Erazo señala que se espera que el Ministerio de Salud implemente un centro especializado en esta materia cuya función será la elaboración de estándares y certificación de sistemas de información involucrados en la práctica de la telemedicina en nuestro país. “Esto debería facilitar la adopción de nuevas tecnologías de información para extender la acción de los profesionales de salud a quienes más lo necesitan”, puntualiza. 

MADE IN CHILE

En Chile existen varios casos de desarrollo de aplicaciones móviles. Uno es RetiDiag, plataforma que en 2014 chequeó a 13 mil pacientes de todo el país con el objetivo de detectar de manera precoz la retinopatía diabética. Su creador, el Dr. Juan Contreras, dice que cuando finalizó su Doctorado de Ciencias Biomédicas en la Universidad de Chile, se percató de que no existían herramientas para identificar la enfermedad en la atención primaria.

“Esta plataforma responde a una necesidad que presentan los centros de atención primaria. Por consiguiente, conectamos dos situaciones: la necesidad de los pacientes diabéticos, con la disponibilidad de periodos no productivos de los oftalmólogos”. Estas situaciones inspiraron el desarrollo del proyecto.

Teamscope es otro ejemplo, aplicación móvil desarrollada por el ingeniero comercial, Diego Menchaca. Fue creada en 2013 para suplir la ausencia de un instrumento que recolectara datos clínicos de los pacientes para investigaciones colaborativas. ¿Cómo funciona? Un médico crea una cuenta en la plataforma. Luego ingresa al sistema y completa el cuestionario que se usó para la recolección de datos del paciente. Después el facultativo invita a colegas a trabajar en el estudio de manera conjunta. “Tienes bastantes atributos y herramientas de trabajo colaborativo como por ejemplo Google Docs. Está enfocado en la investigación clínica”, recalca Menchaca.

MIRADA ÉTICA

La presidenta del Departamento de Ética del Colegio Médico, Dra. Gladys Bórquez, declara que las plataformas virtuales o aplicaciones no pueden remplazar una consulta clínica, donde el médico establece una relación cercana con el paciente. “No es concebible que las consultas no pasen por una relación médico-paciente”.

Agrega que “no podríamos imaginar que se inicie y se mantenga una relación clínica a través de medios virtuales”.

El presidente del Colegio Médico de Chile, Dr. Enrique Paris, expresa que tanto pacientes como facultativos deben tomar todos los resguardos necesarios ante empresas que puedan suplantar el trabajo médico “de los tipos de sistemas que puedan producir falsas expectativas en la población”.

“La consulta médica online permite resolver situaciones puntuales, pero también hay que considerar los aspectos de seguridad y privacidad de los pacientes. Por lo tanto, no es recomendable que se remplace la atención médica presencial. El acto médico no sólo significa conversar, sino que examinar y esto no siempre se puede hacer online”.



DECÁLOGO

Por una Buena Praxis Médica en las Redes Sociales

Desde hace más una década, los servicios de redes sociales en internet han experimentado un crecimiento exponencial. Su consolidación, reforzada por una cada vez más alta conectividad y el mayor acceso a dispositivos móviles, ha traído como consecuencia un impacto propio de los medios de comunicación masivos. Plataformas como Facebook y Twitter, entre otras, han establecido nuevas formas de interacción que inciden directamente en la relación médico-paciente.

A través del desarrollo de comunidades virtuales, cada vez más personas publican, comentan y comparten sus emociones y actividades cotidianas. Además, es habitual que los posteos de los usuarios sean integrados en las secciones de comentarios de los artículos de los sitios web de noticias. Esta forma de comunicarse implica un carácter multidireccional y conlleva oportunidades y riesgos. Por ejemplo, cuando los usuarios comentan cómo los atendió un médico no hay escala de grises. O alaban su excelente actuar o denuncian el eventual trato negligente del facultativo en cuestión.

¿Cómo desenvolverse de manera óptima en las redes sociales? ¿Qué hacer frente a denuncias de pacientes en estos espacios virtuales? Falmed Educa elaboró un decálogo a partir del manual "Social Media para Médicos" publicado por el Colegio Médico de Chile, con el objetivo de responder a las inquietudes de los afiliados. Puede revisar el manual completo en: www.colegiomedico.cl



1

Si ha sido mencionado en las redes sociales y presenta alguna duda o inquietud, contáctese con los equipos jurídico y de comunicaciones de la Fundación de Asistencia Legal para recibir asesoría especializada.



2

Mantenga la calma ante un comentario difamatorio. No se deje llevar por las emociones del momento para evitar entrar en una dinámica contestataria o agresiva.



3

Confidencialidad: Bajo ninguna circunstancia se debe revelar la información de sus pacientes a través de comunidades virtuales, aún cuando se establezca una discusión profesional y académica sobre una determinada patología.



4

No realice comentarios sobre la práctica médica de colegas o un centro asistencial que puedan afectar su reputación profesional.



5

Delimite el acceso de pacientes a grupos o vínculos virtuales en redes sociales debido a que podría afectar la relación médico-paciente.



6

Se recomienda no utilizar las redes sociales en reemplazo de una consulta médica presencial. En caso de concretarse una interacción, obtenga el consentimiento del paciente. La comunicación debe delimitarse estrictamente a aclarar dudas que no requieran de una consulta médica.



7

Si opta por difundir recomendaciones médicas, no se refiera a pacientes específicos (resguarde siempre su privacidad). Considere sólo aspectos generales. También sea claro y conciso al difundir la información y recuerde que lo publicado por usted –idealmente– debe ser incluido en medios o plataformas especializadas en salud.



8

No mantenga un prejuicio predeterminado hacia la utilización de redes sociales. Son de carácter colaborativo y dependen de la utilización que usted como profesional les asigne. Usted es visible a la comunidad mundial a través de estas redes, sea responsable!



9

Es recomendable, de acuerdo con su grado de manejo de ellas, que incorpore plataformas de tiempo real (Twitter, WhatsApp y Facebook) a su dispositivo móvil para utilizarlas en un contexto de emergencia. Por ejemplo, conozca los perfiles en Twitter de las agencias de respuesta a emergencias como ONEMI, para obtener y transmitir información oficial.



10

La columna vertebral de las redes sociales es su carácter colaborativo. Desarrolle esta práctica y, de paso, infórmese de los criterios que tiene la organización en la que usted trabaja sobre la utilización de redes sociales. También, a partir de su experiencia, realice sugerencias e incorpore nuevas prácticas al protocolo desarrollado por su institución.

Claves de una crisis endémica

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



Más de 243 mil millones de pesos sumaba la deuda hospitalaria en Chile a septiembre de 2015. 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".

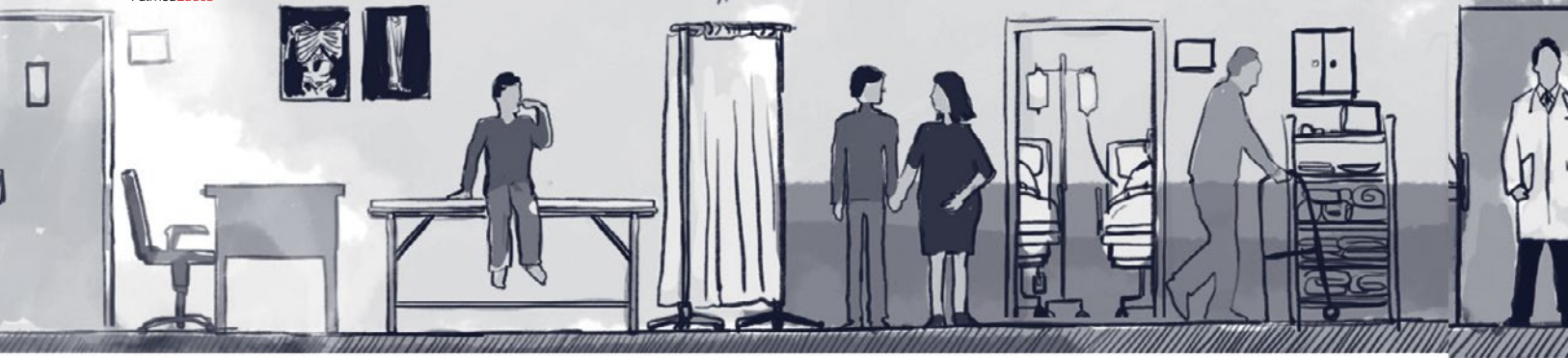
Por su parte, el presidente de Falmed, Dr. Sergio Rojas, añade que "es urgente que el Ministerio de Salud reconozca que hoy a nivel de la salud pública, a lo largo del país, existe en general una mala planificación financiera y del recurso humano médico, para hacer frente a la demanda asistencial de 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 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



Dr. Miguel Ángel Sepúlveda

PRESIDENTE CONSEJO REGIONAL LOS ÁNGELES

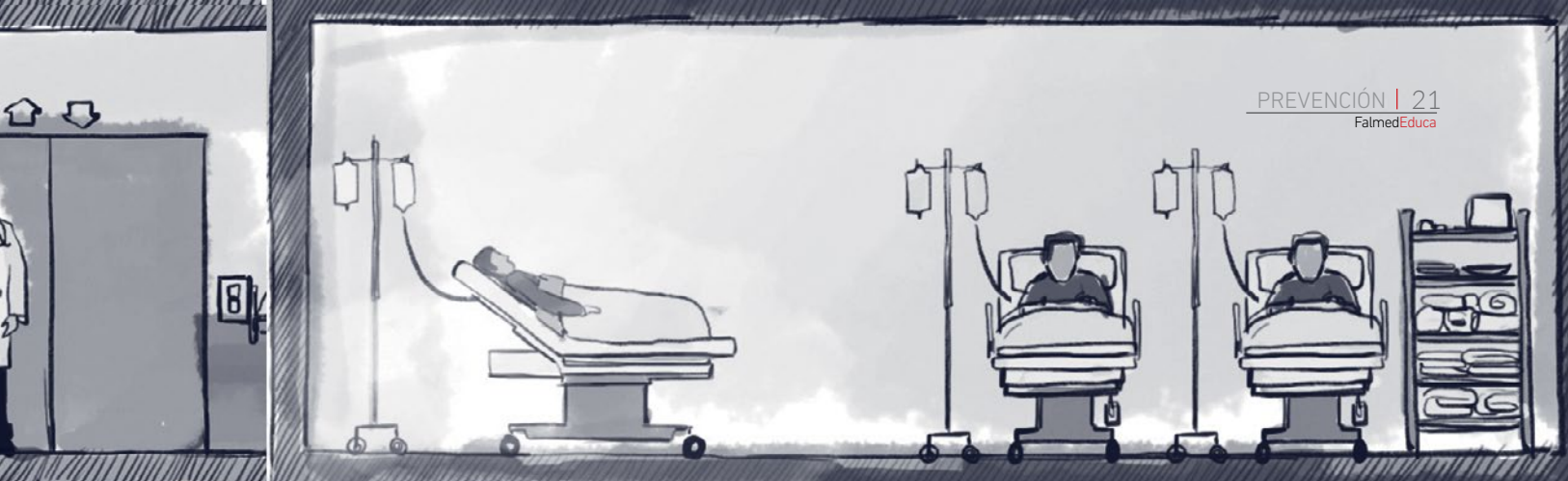
“Chile tiene un porcentaje muy alto de pacientes públicos, lo que no se condice con la cantidad de oferta del sector para poder brindar soluciones”.



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”.



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 Hospital 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 antecedente

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

permanentemente 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”. 

¿En qué casos la policía puede detener a un MÉDICO EN SU TRABAJO?

Si bien son hechos de baja ocurrencia, son eventos que generan gran impacto en la comunidad hospitalaria y captan inmediatamente la atención de los medios de comunicación. La detención por parte de Carabineros de un médico en su lugar de trabajo, a su vez despierta grandes dudas entre los facultativos respecto de las atribuciones que tiene la autoridad policial para

efectuar esta clase de procedimientos. El Departamento Jurídico pone a disposición un completo informe que permite comprender las siete circunstancias en que un hecho de estas características puede ocurrir. Sin duda la recomendación básica es contactar al abogado de Falmed mediante 600 8 325633 y no olvidar que tiene derecho a guardar silencio.

Por: Departamento Jurídico de Falmed

1 DETENCIÓN EN CASO DE COMISIÓN DE DELITO FLAGRANTE

Esta norma no solo permite sino que ordena a cualquier policía detener a cualquier médico que se encuentre cometiendo un delito en cualquier recinto sanitario o cualquier otro lugar, lo que queda a la apreciación del funcionario policial, sin perjuicio de las responsabilidades.

Carabineros ha interpretado que esta norma se aplica al cuasidelito de negligencia médica (art. 491 inciso 1° del Código Penal) lo que no parece ajustado a Derecho, debido a que este ilícito contiene elementos que no pueden apreciarse por los sentidos simplemente.

ARTÍCULO 129, INCISO 2° DEL CÓDIGO PROCESAL PENAL

“Los agentes policiales estarán obligados a detener a quienes sorprendieren in fraganti en la comisión de un delito.”

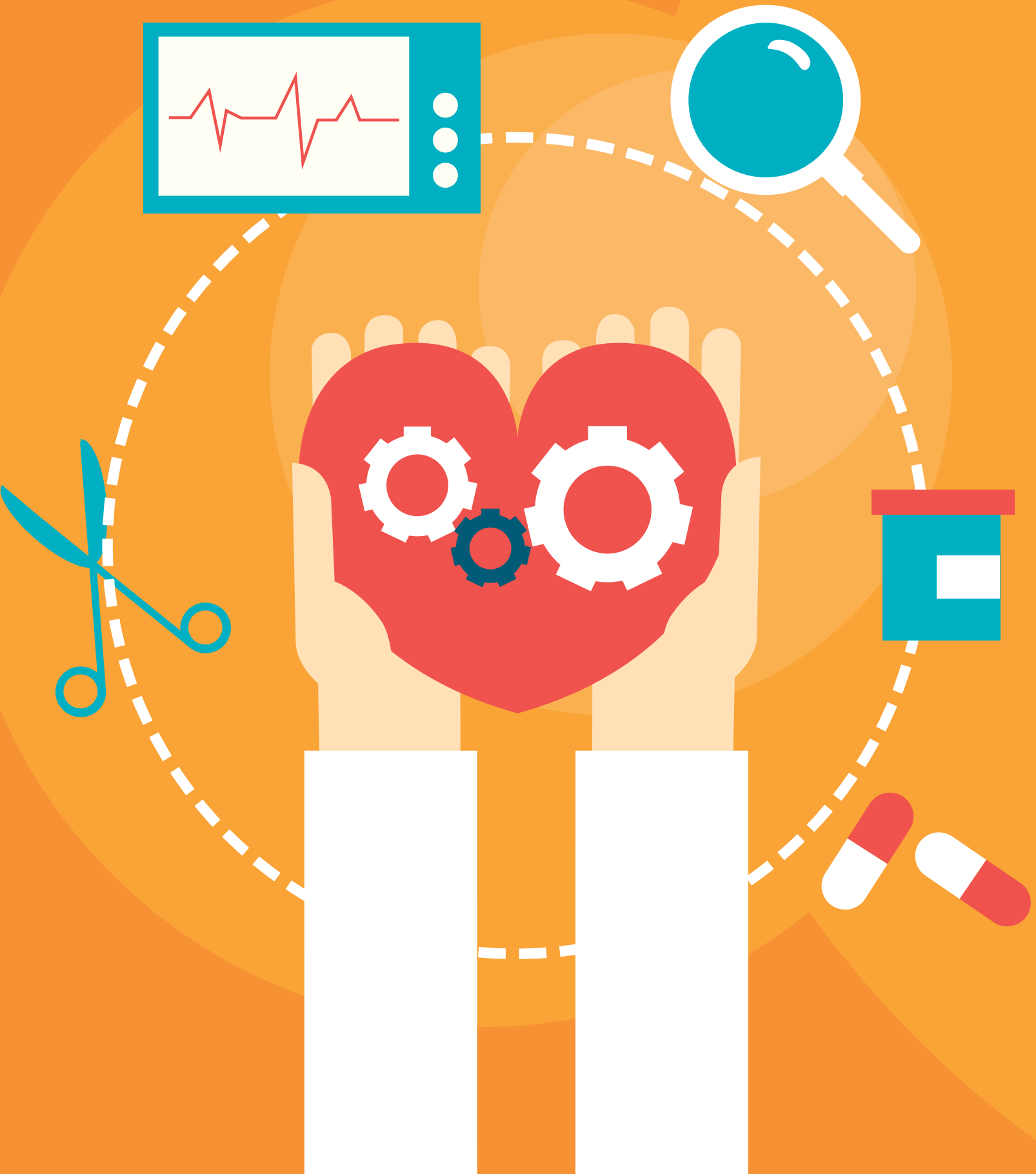
2 DETENCIÓN POR FALTA DE AUXILIO A LA AUTORIDAD

Esta norma ha sido aplicada por la Policía, la Fiscalía del Ministerio Público y los Tribunales cuando los médicos de hospitales públicos o consultorios municipales no colaboran con los procedimientos policiales o judiciales que implican actos médicos, como la constatación de lesiones (la policía tiene 24 horas desde la detención

para llevar al imputado ante el juez, art. 131 del Código Procesal Penal), realización de peritajes o la suspensión del procedimiento y la aplicación de medidas de seguridad en el caso de enajenados mentales, como sicópatas, esquizofrénicos, alcohólicos crónicos, etc. (arts. 455 y siguientes del Código Procesal Penal).

ART. 253 INC. 1° DEL CÓDIGO PENAL.

“El empleado público del orden civil o militar que requerido por autoridad competente, no prestare, en el ejercicio de su ministerio, la debida cooperación para la administración de justicia u otro servicio público, será penado con suspensión del empleo en sus grados mínimo a medio y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales.”



3 DETENCIÓN POR DELITO DE “DESACATO” O DESOBEDIENCIA GRAVE AL JUEZ

Los propios Tribunales han resuelto que la desobediencia es grave cuando se refiere a una orden judicial prohibitiva (“quebrantar lo ordenado cumplir”), con la finalidad de desprestigiar la autoridad de los Tribunales de Justicia, sin perjuicio que existan otras formas legales de sanción a la desobediencia, como el arresto y las multas.

ART. 240 DEL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL.

“Cumplida una resolución, el tribunal tendrá facultad para decretar las medidas tendientes a dejar sin efecto todo lo que se haga en contravención a lo ejecutado.

El que quebrante lo ordenado cumplir será sancionado con reclusión menor en su grado medio a máximo.”(De un año y medio a cinco años de cárcel).

4 DETENCIÓN POR OBSTRUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

Se consuma con la presentación ante el Ministerio Público, a sabiendas, por parte de algún testigo o perito -la doctrina y la jurisprudencia estiman que este delito no es aplicable al propio imputado- de prueba

falsa (declaración o presentación de documentos, ficha médica, por ej.) en una investigación criminal en curso, que tenga la aptitud para provocar una obstrucción grave en el esclarecimiento de un hecho punible o la determinación de sus responsables. Puede bastar la sola mentira para que el Ministerio Público formalice (procese) por este delito.

ART. 269 BIS INC. 1° DEL CÓDIGO PENAL, EX OBSTRUCCIÓN A LA JUSTICIA.

“El que, a sabiendas, obstaculice gravemente el esclarecimiento de un hecho punible o la determinación de sus responsables, mediante la aportación de antecedentes falsos que condujeren al Ministerio Público a realizar u omitir actuaciones de la investigación, será sancionado con la pena de presidio menor en su grado mínimo y multa de dos a doce unidades tributarias mensuales.”(De dos meses a un año y medio de cárcel).

5 DETENCIÓN POR EL DELITO DE EJERCICIO ILEGAL DE LA PROFESIÓN MÉDICA

Se pena al que engaña al paciente haciéndole creer que es médico, cuando no está titulado.

Los médicos que hayan



obtenido su título en el extranjero y deseen ejercer la profesión en Chile, deben solicitar el reconocimiento de su título, la revalidación del mismo, o la autorización respectiva del Secretario Regional Ministerial (SEREMI) de Salud, esta última, sólo para ejercer en el sector público, incluso sin el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM), por lo menos durante un tiempo determinado; de lo contrario podría estar cometiendo el ilícito de ejercicio ilegal de la profesión.

ART. 313 A) DEL CÓDIGO PENAL.

“El que, careciendo de título profesional competente o de la autorización legalmente exigible para el ejercicio profesional, ejerciere actos propios de la respectiva profesión de médico-cirujano, dentista, químico-farmacéutico, bioquímico u



otra de características análogas, relativas a la ciencia y arte de prevenir y curar las enfermedades del cuerpo humano, aunque sea a título gratuito, será penado con presidio menor en grado medio y multa de seis a veinte unidades tributarias mensuales.”(De un año y medio a tres años de cárcel).

Para estos efectos se entenderá que ejercen actos propios de dichas profesiones:

1. El que se atribuya la respectiva calidad;
2. El que ofrezca tales servicios públicamente por cualquier medio

de propaganda o publicidad;

3. El que habitualmente realizare diagnósticos, prescribiere tratamientos o llevare a cabo operaciones o intervenciones curativas de aquellas cuya ejecución exige los conocimientos o las técnicas propios de tales profesiones.

Las disposiciones de este artículo no se aplicarán en ningún caso a quienes prestaren auxilio cuando no fuere posible obtener oportuna atención profesional.

En las mismas penas incurrirá el que prestare su nombre para amparar el ejercicio profesional de un tercero no autorizado para el mismo.”

6 CITACIONES


Si son por escrito y “bajo apercibimiento de arresto o detención” son obligatorias y el

médico puede ser arrestado o detenido si es que no concurre ante el Fiscal o el Juez.

Si no tienen estas características, son meras solicitudes de colaboración con una investigación policial en curso, y es plenamente voluntario para el facultativo concurrir al llamado policial o no.

En todo caso es pertinente y necesario una vez recibida cualquier citación contactar inmediatamente al abogado Falmed antes de concurrir a cualquier citación.

7 OTRAS SITUACIONES. MÉDICOS EXTRANJEROS

Durante una investigación criminal por supuesta negligencia médica u otro ilícito pudiera develarse alguna supuesta infracción a la “Ley de Extranjería” (Decreto Ley 1094 del Ministerio del Interior, 1975), lo que eventualmente podría generar detenciones en caso de “rebeldía” del médico. 

- Ante un hecho de estas características, contacte sin duda a su abogado de confianza, o al número telefónico 24/7 de Falmed: 600 8 325633.
- No olvide su derecho constitucional a guardar silencio. Cualquier declaración es mejor en compañía de su representante legal.



Agresiones a médicos:

Crisis de IMPACIENCIA

Las agresiones contra el equipo de salud, y en particular contra los médicos, se han convertido en una lamentable realidad cotidiana. Comprender las razones detrás de esta crisis, actuar con cero tolerancia a las agresiones e informar a los médicos sobre sus derechos en este asunto son las claves de Falmed para enfrentar un complejo escenario de violencia.

Por: Equipo de Comunicaciones Falmed

Noviembre de 2013: el traumatólogo Dr. Hugo Hernández cumplía uno de sus turnos de noche en el servicio de urgencia del Hospital San Pablo de Coquimbo. Repentinamente, su labor se vio interrumpida por los golpes que le propinó un paciente, molesto porque se le dio prioridad a la víctima de un grave accidente automovilístico. Producto del ataque, el médico sufrió la desviación de su tabique nasal y una severa hemorragia. El agresor, un herido de bala, había recibido la atención de rigor por parte del Dr. Hernández, quien determinó que estaba fuera de riesgo vital. Carabineros y personal de seguridad del recinto retuvieron al paciente, que además de

proferir violentos insultos, causó destrozos en el pabellón.

“La situación de violencia de los pacientes es algo que viene en aumento. Yo recibí golpes de puño en mi rostro, por lo cual presenté una denuncia. Estas situaciones no se pueden repetir, pues los perjudicados somos directamente nosotros y propician que los médicos no quieran trabajar en estos lugares”, reflexiona el Dr. Hernández.

La querrela, presentada por el Zonal Norte Chico de Falmed, finalmente terminó en una condena de 541 días de presidio efectivo contra el agresor del Dr. Hernández por el delito de lesiones graves. El abogado Pablo Martínez explica que “se logró acreditar que el paciente agredió con un golpe de puño al

médico, que le fracturó la nariz y que las lesiones fueron graves, es decir, con un tiempo de sanación de más de 30 días. Nuestro alegato fue muy relevante, pues el Ministerio Público en la réplica se adhirió expresamente a nuestra argumentación, referente al concepto de «enfermedad» del tipo penal en cuestión, y la cita a la doctrina efectuada por el abogado suscrito”, señala el jefe de la oficina zonal.

El caso del Dr. Hernández en La Serena está lejos de ser único. El estudio “Percepción de seguridad y agresiones a MGZ y personal de salud en establecimientos de baja complejidad”, realizado por la Agrupación Nacional de Médicos Generales de Zona da cuenta de una realidad patente. Según el estudio,

un 64% de los médicos encuestados declara haber sido víctima de agresiones verbales, un 2% de agresiones físicas y un 10% de agresiones de ambos tipos. Sólo un 23% señaló no haber estado involucrado en situaciones de agresión.

Frente a esta realidad, explica el Dr. Sergio Rojas presidente de Falmed, "hemos tomado la determinación de tomar acciones legales en todos los casos en que se nos reporte una agresión. Además hemos publicado un instructivo que entrega recomendaciones claras para el enfrentamiento inmediato de este tipo de situaciones. Estas instrucciones se las hemos entregado a todos los consejeros del Colegio Médico de Chile y, además, van íntegramente publicadas en este número especial. Nos interesa que la mayor parte de los médicos sepan qué hacer ante situaciones que son, derechamente, accidentes laborales".

EXPECTATIVAS SOBREDIMENSIONADAS

Según el vicepresidente de Falmed, Dr. Fernando Heredia, "la agresividad se da en un contexto nacional de conflictividad y progresivo empoderamiento de las personas orientadas a conseguir todo lo que estiman son sus derechos. En el caso particular de la medicina, esto se relaciona principalmente con las excesivas expectativas que los ciudadanos se hacen considerando que todo es posible con la medicina moderna, negándose a aceptar y asumir que hay enfermedades o situaciones que no tienen solución ni tratamiento, tolerando de muy mala forma los malos resultados".

El Dr. Heredia agrega que "otro elemento a tener en cuenta es que, dada la alta exigencia asistencial, en general nuestros hospitales no dan abasto para la atención de los pacientes y estos deben sufrir grandes esperas, lo

que lógicamente provoca que los pacientes descarguen su ira muchas veces contra los médicos, que son la cara visible del sistema".

Frente a estas circunstancias, el vicepresidente de Falmed recomienda a los médicos "extremar el esfuerzo por establecer una muy buena relación clínica con los pacientes y tratar de neutralizar la agresividad e indignación con diálogo y explicaciones pacíficas sobre la contingencia en discusión. Es uno quien debe conducir la relación y poseer la formación para entenderse pacíficamente con los pacientes".

En tanto, el Dr. Eduardo Welch, director de Falmed, apunta a aspectos de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes: "Hay cosas adecuadas, como hacer una buena epicrisis, pero al leerla con calma se ve que hay problemas, como la exigencia de un lugar reservado para hablar con los parientes. Son muy pocos los



Dr. Fernando Heredia

VICEPRESIDENTE DE FALMED

"Es el médico quien debe conducir la relación y poseer la información para entenderse pacíficamente con los pacientes".



Dr. Jaime Bastidas

PRESIDENTE REGIONAL LA SERENA COLEGIO MÉDICO Y SECRETARIO DE FALMED

"Exigimos a la autoridad tomar los recaudos para mejorar la seguridad no sólo de los médicos, sino de todo el personal que trabaja en los hospitales y consultorios de la red pública".

En acción contra las agresiones

- Quintero: En febrero de este año, el Dr. Maximiliano Mertens se preparaba para entregar su turno de urgencia de 24 horas en el Hospital de Quintero. De improviso, un hombre y una mujer accedieron al box de atención, cerrando la puerta tras ellos y arrinconando al facultativo. Ante esto, el médico les solicitó salir del lugar, pero en ese instante las destempladas amenazas dieron lugar a múltiples golpes en su rostro. Según explica la abogada jefa del Zonal Valparaíso, Isabel Salas: "En este caso nos querellamos por lesiones leves. Los dos agresores fueron formalizados y luego llegamos a un acuerdo reparatorio por disculpas públicas dadas en audiencia, además de un pago más bien simbólico".
- En junio del presente en Ovalle, el cónyuge de una paciente amenazó a un médico pediatra y al día siguiente lo golpeó directamente en su consulta. En octubre el Juzgado de Garantía condenó al agresor a pena de 41 días por el delito de lesiones menos graves y otros 41 días por el delito de amenazas no condicionales. Según el abogado Pablo Martínez, "el hecho es de relevancia pues fue noticia en Ovalle y además se trata de un familiar que ataca, a vista y paciencia de sus pacientes, a un médico en su propia consulta. Es gravísimo".

lugares que cuentan con un espacio así. Normalmente se conversa en un pasillo y eso crea molestia de los familiares con el equipo de salud".


En La Serena, el Dr. Jaime Bastidas, presidente regional del Colegio Médico y directivo de Falmed, junto con repudiar una agresión ocurrida en el Hospital San Pablo, demanda un gesto de parte de las autoridades. "Exigimos tomar los recaudos para mejorar la seguridad no sólo de los médicos, sino de todo el personal que trabaja en los hospitales y consultorios de la red pública de nuestra región", remarca.

Para la presidenta del Consejo Regional del Maule del

Colegio Médico, Dra. Zunilda Gambetta, el fácil acceso a series de televisión que muestran realidades a veces ficticias, afecta el ambiente que se vive en hospitales y consultorios. "Allí los pacientes nunca sufren, nunca mueren, nunca faltan medicamentos, lo que no es nuestra realidad", sostiene. Agrega que trabajar en recintos públicos significa enfrentar precariedades. "Las condiciones de trabajo son paupérrimas. Y en eso creo que los médicos hemos pecado en no sincerar esas condiciones".

"Se ha dado una publicidad extraordinaria a los derechos que los pacientes tienen, pero no se ha dado la misma

a los deberes", finaliza la Dra. Gambetta. Una opinión similar tiene el Dr. Eduardo Welch. "La gente ha creído con la ley que siempre va a tener atención expedita. Estamos de acuerdo en que es lo ideal, pero tenemos que ser realistas con los recursos que tenemos".

Para el abogado jefe de Falmed en Talca, Ignacio Uribe, el problema reside en una falta de comprensión. "La gente piensa que sólo tiene derechos, pero no obligaciones. Y una obligación esencial es el respeto al equipo de salud. Esto incluso está en la Ley de Derechos y Deberes. Es una cuestión fundamental a respetar". 

- Las expectativas de los pacientes suelen sobrepasar las posibilidades de atención que entrega el recinto o la medicina misma.
- Los pacientes perciben a los médicos como rostro visible de los establecimientos de salud y con ello, muchas veces, se convierten en depositarios del malestar con la institución.
- La mejor profilaxis ante las agresiones es que los médicos conduzcan adecuadamente la relación con los pacientes.

INSTRUCCIONES ANTE AMENAZAS O AGRESIONES

Recordar siempre que la agresión es una escalada de violencia que generalmente empieza con una agresión verbal y termina en una agresión física.

Por: Unidad de Defensa Laboral del Médico, UDELAM

CASO 1

AGRESIÓN VERBAL

1. No contestar la agresión.
2. Retirarse del lugar.
3. Activar timbre de emergencia.
4. Informar a Seguridad del Hospital.
5. Informar al Jefe de Servicio o de Unidad para que concurra al lugar.
6. Reportar la agresión verbal como accidente laboral en documento ad hoc (Ley N° 16.744).
7. Eventualmente informar a Carabineros de Chile o a la fuerza pública.



CASO 2

INTENTO O AGRESIÓN FÍSICA EFECTIVA DE PARIENTE



1. No contestar la agresión.
2. Retirarse del lugar.
3. Activar timbre de emergencia.
4. Informar inmediatamente a Seguridad del Hospital.
5. Llamar a Carabineros de Chile, a la fuerza pública o llamar al 133.
6. Certificar lesiones sufridas y pedir que sean reportadas como accidente laboral (Ley N°16.744).
7. Confeccionar D.A.U. y evaluar eventual traslado a mutual o institución afín.
8. Hospitalizar al médico o funcionario agredido, calificándolo como C2.
9. Suspender la atención de pacientes hasta que se garantice la seguridad del personal.
10. Realizar relato de la agresión inmediatamente e incorporarlo al D.A.U. del funcionario y al libro de novedades.
11. Consignar nombre, RUT y domicilio de testigos de la agresión.
12. Contactar abogado del Hospital y a Falmed al **600-8-FALMED** (600 8 325633).
13. Contactar al Director del Hospital.
14. Una vez hecho lo anterior, presentar denuncia o querrela con abogado del Hospital y Falmed.
15. Solicitar proceso administrativo.

**CASO 3**

INTENTO O AGRESIÓN FÍSICA EFECTIVA SECUNDARIA A LA PATOLOGÍA DEL PACIENTE

1. No contestar la agresión.
2. Tomar medidas de contención o aislamiento, previa indicación médica (Artículo 26 Ley N° 20.584).
3. Certificar lesiones sufridas y pedir que sean reportadas como accidente laboral (Ley N° 16.744).
4. Confeccionar D.A.U. del funcionario y evaluar eventual traslado a mutual o institución afín.
5. Informar al tratante o al Jefe de Turno.
6. Consignar el hecho en la ficha clínica del paciente.
7. No se hará denuncia ni querrela.

CASO 4

INTENTO O AGRESIÓN FÍSICA EFECTIVA NO SECUNDARIA A LA PATOLOGÍA DEL PACIENTE

1. No contestar la agresión.
2. Retirarse del lugar.
3. Activar timbre de emergencia.
4. Avisar inmediatamente a Seguridad del Hospital.
5. Llamar a Carabineros de Chile, a la fuerza pública o al 133.
6. Informar al Jefe del Servicio para que este proceda a dar el alta disciplinaria (siempre que no ponga en riesgo la vida o salud del paciente (Artículo 35 Ley N° 20.584).
7. Certificar lesiones sufridas y pedir que sean reportadas como accidente laboral (Ley N° 16.744).
8. Confeccionar D.A.U. y evaluar eventual traslado a mutual o institución afín.
9. Hospitalizar al médico o funcionario agredido, calificándolo como C2.
10. Suspender la atención de pacientes hasta que se garantice la seguridad del personal.
11. Realizar relato de la agresión inmediatamente e incorporarlo al D.A.U. del funcionario y al libro de novedades.
12. Consignar nombre, RUT y domicilio de testigos de la agresión.
13. Contactar abogado del Hospital y a Falmed al **600-8-FALMED** (600 8 325633).
14. Contactar al Director del Hospital.
15. Una vez hecho lo anterior, presentar denuncia o querrela con abogado del Hospital y Falmed.
16. Solicitar proceso administrativo.





Derivaciones

Enfrentando seguros la complejidad de un traslado

Registrar todo en la ficha, tratar con prudencia a los parientes del paciente y transparentar las condiciones en que se trabaja, son algunas de las sugerencias de Falmed para minimizar el riesgo de eventos adversos.

Por Marcela Barros

Ciento cincuenta kilómetros de la Ruta 5 Norte es el territorio que cubre la posta de la Tirana, ubicada a 60 km de Iquique, un recinto de salud dotado de un médico, tres paramédicos, una camilla de reanimación, fármacos básicos, oxígeno, suero fisiológico, un monitor y lo necesario para el

manejo avanzado de la vía aérea.

Allí es habitual recibir politraumatizados con fracturas en la base del cráneo y otras lesiones de automovilistas que se accidentan en la ruta o en las quebradas aledañas donde no hay señal de radio, ni de celular. "Muy poco se puede hacer con ellos en la posta de la Tirana",

explica el Dr. Rodrigo Gurrea.

"Todo lo complica el tiempo de traslado. A veces una ambulancia SAMU se puede retrasar una o dos horas y, mientras tanto, hay que tener al paciente complejo en un centro que no está preparado", añade el Dr. Gurrea.

En ese contexto, riesgo de daño permanente en el paciente

o su fallecimiento, existe. Muchas veces esos desenlaces son interpretados por los familiares del paciente como una negligencia médica, llevando el caso a la justicia y sometiendo a los médicos a un engorroso proceso judicial, al estrés propio de enfrentarlo y a la difusión mediática del caso, con el consiguiente desprestigio que nadie repara, aunque el profesional sea sobreesfuerzo o absuelto.

Para el presidente de la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico, Falmed, Dr. Sergio Rojas, las recomendaciones al momento de derivar son claras. "Trasparentar las condiciones y las capacidades es lo mejor que se puede hacer, incluso hay estudios norteamericanos que indican que en que los pacientes dicen que si se les hubiera dado toda la información, no habrían demandado. Muchas veces el médico tiene pudor u oculta, por algún grado de lealtad con los servicios públicos donde trabaja, que no tiene las condiciones para atender a un paciente, encubriendo las falencias del sistema. Decir la verdad es lo mejor

que se puede hacer", asegura.

El presidente de los Médicos Generales de Zona, MGZ, Dr. Felipe Cayupi, estima entre el 80% y el 90% de las atenciones se resuelven en la salud primaria o en centros menos complejos, "pero hay un porcentaje que debe ser derivado para un diagnóstico más preciso o para recibir el tratamiento de un especialista, con herramientas con las cuales no se cuenta en los hospitales. Y eso es una realidad. No va a cambiar".

El director del Hospital Comunitario de Los Lagos, Dr. Andrés Salas, explica que en ese recinto tienen 3 ambulancias que son básicas. "Bases SAMU no tenemos en la comuna de Los Lagos. Sí hay en Lanco, en el extremo norte de la Región de Los Ríos, a 45 minutos de acá, las que se usan para el traslado de pacientes graves. También hay una central en La Unión, al sur de la región y ahora hay otra en Paillaco, a 20 minutos de acá, lo que ha facilitado las cosas". Reconoce, sin embargo, que una derivación siempre es compleja. "Nuestras derivaciones son a

Valdivia, que es el hospital de alta complejidad de la Región. Como recibe todo, a veces colapsa".

Claro está que ese colapso no es sólo patrimonio de Valdivia. Es la experiencia constante que vive la mayoría de los centros de referencia.

El jefe de Urgencia del Hospital Regional de Talca, Dr. Patricio Ibáñez, explica que la principal dificultad que enfrentan al momento de recibir una derivación es la permanente sobresaturación de la urgencia.

El Hospital de Constitución deriva al de Talca. La subdirectora médica de este recinto, Dra. Nicole Hunt, dice que las derivaciones de urgencia obedecen a la necesidad de "exámenes imagenológicos para descartar patologías quirúrgicas; manejos intermedio o de unidad crítica, así como cualquier paciente objeto de una reanimación avanzada; infartos al miocardio; politraumatizados; pacientes con alto riesgo obstétrico en trabajo de parto, entre otros cuadros. Cualquiera de estos escenarios implica gestionar una ambulancia SAMU. De



Dr. Rodrigo Gurrea

POSTA DE LA TIRANA.

"Todo lo complica el tiempo de traslado. Una ambulancia SAMU se puede retrasar una o dos horas".



Dra. Nicole Hunt

SUBDIRECTORA MÉDICA HOSPITAL DE CONSTITUCIÓN.

"De no haber SAMU disponible, se 'medicaliza' una ambulancia básica de nuestro hospital".

no haber alguna disponible, se 'medicaliza' una ambulancia básica del Hospital de Constitución", para asistir profesionalmente al paciente en algún punto en los 110 kilómetros que separan ambas comunas.

En los cientos de causas que Falmed ha representado en tribunales, "hemos tenido casos de ambulancias que se han quedado en *panne* de bencina, que se han quedado sin oxígeno o ambulancias que no tienen claro los protocolos ni tampoco las personas adecuadas para hacer un traslado", explica el Dr. Rojas.

Consciente de esta necesidad, el Ministerio de Salud contempló en su Plan Nacional de Inversiones 2014-2018 la adquisición de 1900 ambulancias. En el año 2014 fueron adquiridas 64 (M\$ 5.023.330) y para el año 2015 se encuentran en proceso de adquisición 219 más (M\$ 13.078.286). Además, actualmente está en la Dirección de Presupuestos la solicitud de decreto para la compra de 142 ambulancias más y 5 lanchas-ambulancias. En 2016, en tanto, se espera comprar al menos 433. Para tal efecto, se está trabajando con jefaturas SAMU y de los Servicios de Salud en definiciones técnicas específicas para la distribución de los

vehículos, según variables demográficas, sanitarias y geográficas, informó la Subsecretaría de Redes Asistenciales de Salud.

EL PUNTO DE VISTA LEGAL

La derivación es un acto 100% médico. Es una decisión que toma el médico "con criterio de *lex artis*, respecto a un paciente en concreto, en las condiciones que hay en ese recinto de salud y el lugar donde será derivado", explica el abogado jefe de Falmed, Juan Carlos Bello. Agrega que el médico que traslada debe estar en permanente conocimiento de lo que va ocurriendo con el paciente durante el viaje.

Aquí es cuando la comunicación juega un rol crucial. Los centros de referencia siempre esperan recibir información del paciente trasladado, con el objetivo de entregar una mejor atención.

El jefe de urgencia del Hospital de Talca, Dr. Patricio Ibáñez, explica que siempre se espera que el médico derivador "tenga un contacto telefónico con los médicos de turno, para tener los antecedentes del paciente, datos personales, patologías de historial médico y la enfermedad actual por la cual consulta. Además, los exámenes

que localmente se hayan realizado y la sospecha diagnóstica e, idealmente, algún grado de conducta terapéutica, de tal modo que el médico que recibe al paciente tenga alguna información elaborada".

Similar situación ocurre en la ex Posta Central de Santiago, que desde 1969 es un centro de referencia nacional de quemados. Su director, Dr. Mario Henríquez, detalla la información básica que necesitan para recibir a un paciente: "Explicación del accidente que sufrió, en qué condiciones se quemó, fecha y hora del accidente, condiciones fisiológicas. Si el paciente está respondiendo espontáneamente, si está con compromiso ventilatorio y si tuvieron que intubarlo; si va a ser trasladado con personal de enfermería que viene a cargo de la reanimación del paciente, etc. La condición fisiológica también tiene que ver con lo hemodinámico. Un paciente que se encuentra todavía inestable en una condición muy crítica tiene el riesgo de morir durante el traslado".

Pero el médico que recibe al paciente tiene un importante rol que cumplir, no sólo desde el punto de vista médico, sino también del legal y comunicacional. Un detalle, por ejemplo, son los gestos de



Dr. Patricio Ibáñez

JEFE DE URGENCIA HOSPITAL DE TALCA

"El médico derivador debe comunicarse con los médicos de turno para aportar los antecedentes del paciente".



desaprobación que se pueden hacer delante de los familiares del paciente. Estos son el origen del 70% de los casos que Falmed representa en tribunales. “Se sugiere a los médicos que eviten comentarios descalificadores o peyorativos o incluso dudosos sobre la derivación y sus fundamentos. Es decir, que en caso que exista duda sobre la hipótesis o la razón de la derivación, las conversen directamente con el médico derivador y no con la familia”, recomienda el abogado Bello. “Muchas veces son comentarios muy ligeros que no contextualizan la atención en las condiciones en que se trabaja o en las del médico que derivó al paciente. Eso provoca una predisposición

a judicializar el tema”, agrega el Dr. Rojas.

Es allí cuando destacan las experiencias de algunos Servicios de Salud del país que realizan pasantías de los MGZ que se distribuirán por la región. “Que conozcan cómo funciona la urgencia y a sus colegas; que generen contactos, lazos; que conozcan al cirujano y al internista. Esos buenos vínculos pueden facilitar una derivación, hacerla más expedita y empática”, sostiene el Dr. Felipe Cayupi.

El asunto, por cierto, no debe quedar sólo en sugerir prudencia. Falmed está trabajando en la materia. La Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes exige que el médico informe y deje

por escrito cualquier procedimiento invasivo en un documento llamado “Formulario de Consentimiento Informado”. “En el caso de las derivaciones, no lo exige –explica el Dr. Sergio Rojas– pero Falmed, como institución líder en la defensa legal de los médicos, recomienda seguir esa línea de trabajo cuando se realizan derivaciones”.

Mientras no exista ese documento, la recomendación es dejar todo escrito en la ficha clínica, porque es el documento que reviste plena prueba en un juicio. Allí también se debe consignar el motivo del traslado, las condiciones de éste y explicar claramente por qué es la mejor opción para el paciente, resume el presidente de la Fundación. **F**



Dr. Mario Henriquez

DIRECTOR HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA, EX POSTA CENTRAL

El facultativo detalla los antecedentes básicos que se deben comunicar sobre el paciente que será ingresado en condición crítica.

DERIVACIÓN DE PACIENTES

RECOMENDACIONES

Por: Departamento Jurídico Falmed



El traslado de un paciente es un acto médico, que como tal debe siempre estar sujeto al criterio profesional de la Lex Artis, siendo el bienestar del paciente el fin primero y último de dicho procedimiento.

01



En el traslado de un paciente intervienen al menos 3 estamentos de la atención sanitaria, cuya coordinación es vital para el éxito de dicha gestión. Los estamentos involucrados son el centro derivador, el equipo de transporte y el centro receptor.

02



La coordinación y conocimiento previo de todos los involucrados es fundamental para un traslado correcto.

03

04

La comunicación eficaz con el paciente (y/o pariente) tanto antes como durante y después del traslado es vital para que este se realice de manera efectiva.



05

Es recomendable que los médicos conozcan y participen en la elaboración de los respectivos protocolos de traslado. En caso que no existan dichos protocolos, se sugiere solicitar su confección y la elaboración de eventuales *check list* de transporte, implementación del mismo, en lo técnico y en lo humano.



DURANTE LA DERIVACIÓN



1. Conozca previamente y domine las normas de traslado de su recinto hospitalario, tanto como centro derivador como en calidad de centro receptor.
2. Recuerde que la prioridad es el bienestar del enfermo. Las variables financieras, previsionales o de otra naturaleza deben estar supeditadas al interés superior de su paciente.
3. Pondere de manera exhaustiva la ecuación entre el riesgo que incluye el traslado y el riesgo de actuar sobre el paciente en el recinto. Evalúe y compare la complejidad del recinto clínico versus el procedimiento a realizar. Asegúrese de trasladar a tiempo. Calcule siempre la posibilidad de estabilizar y diferir el traslado versus los riesgos de no trasladar.
4. Explique al propio paciente y/o a sus parientes, en términos entendibles por aquellos, las razones que motivan el traslado. Despeje dudas. Mantenga la empatía con el paciente, acompañantes, colegas y resto del equipo.
5. Solicite consentimiento informado para traslado. Asegúrese que la información de la historia clínica esté disponible, completa y clara para quien recibe.
6. Comuníquese siempre y previamente con el colega que recibirá al paciente.
7. Recuerde que su responsabilidad se prolonga hasta la debida recepción del paciente por el médico y el centro que lo recepcionará.
8. Considere las mejores condiciones disponibles y el medio de transporte adecuado para realizar el traslado.
9. Consigne en la ficha clínica el estado en el que se encuentra al momento de enviar/recibir al paciente.
10. Active el protocolo de traslado, deje constancia de cada una de sus acciones, colabore en la celeridad del proceso.

DURANTE EL TRASLADO



1. Realice las gestiones y acciones necesarias para que el traslado se produzca con el menor riesgo posible, estabilizando al paciente, monitoreando constantemente sus signos, verificando la complejidad de la ambulancia, etc.
2. Mantenga contacto con el encargado del transporte del paciente.
3. Informe al médico-centro receptor la hora del traslado y las condiciones del paciente.
4. Asegúrese que la información clínica del paciente es remitida junto al propio paciente en el traslado.

DURANTE LA RECEPCIÓN



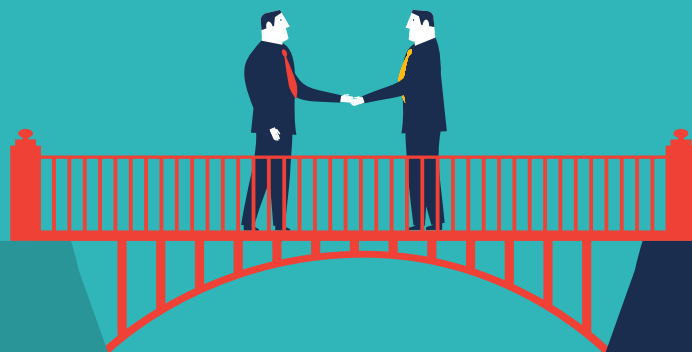
1. Una vez recibida la información que le será trasladado un paciente, adopte todas las medidas pertinentes para su adecuada recepción (cama, requerimientos de oxígeno, etc.).
2. Comuníquese con el colega que envía al paciente, aclare sus dudas y criterios de tratamiento.
3. De ser posible, mantenga comunicación con el encargado del transporte del paciente.
4. Una vez recepcionado el paciente sea cauto en el manejo de información. Evite comentarios indebidos frente a los parientes, acompañantes y otros miembros del equipo de salud.
5. En caso de dudas sobre los tratamientos indicados o criterios de traslado, consulte personal y privadamente con el médico que indicó el traslado. Jamás desestime públicamente las decisiones tomadas.

Balance de una década

Mediación: Un freno efectivo que requiere de ajuste

Se trata de una herramienta que ha resultado útil para contener el aumento de la judicialización de la medicina. A 10 años de su implementación, la mediación por daños en salud se ha consolidado como una instancia eficaz que, sin embargo, requiere de perfeccionamientos para incentivar su uso y eficiencia.

Por: Mariela Fu



“El médico no entendía por qué estaba citado a una mediación, pues el procedimiento de amputarle la pierna de la rodilla hacia abajo era lo recomendable, dado el cuadro clínico. Cuando se le dio la palabra, el doctor explicó el diagnóstico y por qué fue necesario realizar dicha intervención quirúrgica. De ello subyacía la idea de que se le había salvado la vida. Tras su explicación, el paciente, sin enojo, dijo: «Doctor, y eso, ¿le costaba mucho explicármelo?». Ya emocionado, le explicó que lo único que quería era su explicación personal. El médico le pidió disculpas, y su voz se le quebró. Se dieron un abrazo y se disculparon. Todos los presentes quedamos callados”.

El abogado de Falmed en Puerto Montt, Ernesto González, aún recuerda el momento en que un reputado médico y un paciente pudieron reencontrarse en una mediación. Según sus impresiones, no sólo el paciente quedó satisfecho de haber recibido la explicación que faltó, sino que el facultativo consideró que había sido una oportunidad para reparar algo que él no había hecho. Y eso era haberle dado un poco más de tiempo para una explicación.

La Mediación por Daños en Salud nació con la Ley N° 19.966 sobre Garantías Explícitas en Salud (GES). Su propósito fue desjudicializar los conflictos sanitarios, estableciendo que

antes de iniciar un juicio indemnizatorio civil por daños en salud, fuese necesario pasar por la mediación. El proceso abrió la oportunidad para que los involucrados conversaran y buscaran en conjunto una solución. Para ello, son ayudados por un mediador, quien en un plazo de 60 días, prorrogables hasta 120, guía las audiencias hacia un acuerdo, el que puede ser una disculpa o explicación, prestaciones asistenciales, una indemnización, o bien, la combinación de todo lo anterior. Si las partes llegan a un acuerdo, firman un acta que tiene el valor jurídico de un contrato de transacción, que indica las condiciones y su modalidad de cumplimiento.

Tras diez años de funcionamiento del sistema de mediación, el porcentaje de acuerdos obtenidos no es mayoritario. Sin embargo, los números muestran que sí desincentiva los juicios, pues sólo uno de cada diez casos llega a tribunales, según muestran los datos de la Fundación.

VÍAS DISTINTAS

Cuando los hechos reclamados ocurren en establecimientos públicos, la ley previó que la mediación se desarrolle ante el Consejo de Defensa del Estado (CDE). En el caso de reclamos en contra de establecimientos de salud privados, el proceso se desarrolla ante mediadores acreditados por la

Superintendencia de Salud y designados de común acuerdo por las partes en conflicto, quienes deben pagar los honorarios de los mediadores que elijan.

Desde su implementación, se han realizado poco más de 10 mil mediaciones en el CDE y cerca de 5 mil en la Superintendencia de Salud. En esta última, no se encuentran satisfechos con el número de acuerdos, que alcanzan al 10,4%. “Nuestra impresión es que la mediación no ha logrado tener el impacto que hubiéramos esperado de solución de controversias, de éxito en los conflictos. Tiene una tasa baja de acuerdos, tanto en el sistema público y, especialmente, en el privado”, sostiene Sebastián Pavlovic, superintendente de Salud.

Reconoce que el hecho de que no exista un sistema integrado de mediación, o que en uno de esos sistemas se cobre, son aspectos que deben revisarse. “Pero en la lógica de cómo mejorar un modelo que ha demostrado ser el camino adecuado para destensionar y desjudicializar el sistema de salud”, puntualiza.

La experiencia en el Consejo de Defensa del Estado es distinta. En 2004, crearon la Unidad de Mediación, que depende del presidente del CDE y está compuesta por abogados, asistentes sociales, médicos y sociólogos. En Chile no había experiencia en la materia, por lo que buscaron capacitación desde

Argentina. Hoy suman 72 personas dedicadas a estas labores.

“Habíamos estado históricamente muy anclados a la idea de las soluciones judiciales. Para el CDE significó un avance muy importante en estos mecanismos alternativos y colaborativos de solución de controversias, y que muchas veces ofrecen soluciones que el sistema judicial no es capaz de ofrecer. No queda sino seguir esperando que lo vayamos incorporando progresiva y paulatinamente a mayores instancias de distintos conflictos de distinta naturaleza, tanto en el ámbito civil como eventualmente penal”, señala el presidente del CDE, Juan Ignacio Piña.

HERRAMIENTA EFECTIVA

Las cifras del CDE indican que los acuerdos entre 2005 y junio 2015 alcanzaron a 20,9%. Entre enero y agosto de este año, el porcentaje ha aumentado a 25,9%. Sin embargo, destacan que los acuerdos no son el único resultado positivo de la mediación. “También lo es la

desjudicialización, modificación de procedimientos, prevención de riesgos clínicos y medidas de acogida a pacientes y familiares”, observa el abogado Pedro Barría, jefe de la Unidad de Mediación del CDE. De hecho, el 19,2% de los acuerdos alcanzados no son monetarios, sino explicaciones o disculpas, combinadas con medidas hospitalarias de mejoramiento.

Para ello, ejemplifica con un hospital cuya política era autorizar solamente al esposo para acompañar a la paciente en el parto. Pero tras una dolorosa mediación con una mujer que perdió a su bebé en el vientre, amplió la compañía en el parto a cualquier persona que la madre designara.

Juan Carlos Bello, abogado jefe de Falmed, explica que la Fundación es parte activa de la mediación desde sus orígenes. “No sabemos cómo habría avanzado la judicialización si no existiera la mediación, pero sabemos dos cosas: los últimos cinco años los juicios por mala praxis se han mantenido en un estándar más o menos elevado pero estable. Pero, además, de las mediaciones

que no llegan a acuerdo sólo el 10% se judicializa”.

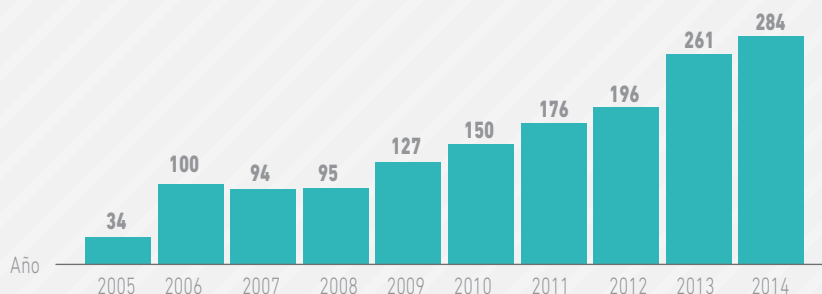
A la hora de hacer un balance, el jurista considera que hay temas relevantes para mejorar el sistema y que aún no se han tocado, como son incluir a los hospitales institucionales (FF. AA. , Carabineros y U. de Chile) y trabajar en perfeccionar la imparcialidad de los mediadores.

“Es un tema puntual pero que es conveniente decirlo, hemos tenido problemas con algunos mediadores. Creemos que la imparcialidad del acto del mediador en la mediación es fundamental no sólo para los casos concretos sino para legitimar el sistema”, indica el abogado. En ese caso puntual, el directorio de Falmed envió al Consejo de Defensa del Estado una carta explicando lo sucedido y solicitando medidas para evitar que se repita.

LA MEDIACIÓN COMO OPORTUNIDAD

Al interior de Falmed, es la Unidad de Mediación la preocupada por asesorar a

CASUÍSTICA NACIONAL HISTÓRICA MEDIACIONES FALMED



Total
1.517

los médicos en este mecanismo de resolución de conflictos. Carmen Gloria Pierart, abogada que lidera este equipo, llama a los médicos a perderle el miedo a la mediación. "El médico puede ir y Falmed siempre lo va a acompañar. La mediación es voluntaria, por tanto tenemos la posibilidad de no continuar la conversación si no se realiza en los términos de respeto entre las partes".

"Para nosotros como Falmed, más allá de que si bien lo ideal es llegar a un acuerdo por la seguridad jurídica que te da, de que no va a pasar nada más, y que el conflicto llegó hasta allí, lo que buscamos en la mediación es desincentivar la demanda. Para eso le explicamos al reclamante lo mejor que podemos. Si el médico decide ir a explicar con claridad, mejor. Y la mediación es una oportunidad para que lo haga", precisa Pierart.

La abogada María Soledad Lagos es mediadora del CDE, y subraya la importancia que tiene el rol del profesional que lleva adelante la

mediación. "La mediación tiene que desarrollarse en un ambiente de respeto. Si no hay respeto, no puede haber mediación y los mediadores están capacitados para manejar la emocionalidad de las partes".

¿En qué ha mejorado o cambiado la mediación, tras 10 años? La abogada del CDE considera que el sistema se ha ido perfeccionando. "Los usuarios de mediación saben más de este mecanismo y tienen hoy más herramientas para colaborar con el proceso. Los establecimientos se han ido legitimando al asistir a las mediaciones y dan explicaciones después de un análisis objetivo de los hechos. Puede que yo no llegue a acuerdo pero se me dio una respuesta a mi inquietud. Eso de inmediato baja todos los prejuicios o clichés de que los médicos se cuidan entre sí, o de que el hospital nunca va a dar una versión real de los hechos", destaca.

Para Juan Carlos Bello, el balance en mediación es positivo, y legitimarlo abre la vía para

explorar otros mecanismos de resolución de conflictos. Entre ellos, destaca la posibilidad de utilizar las instancias éticas del Colegio Médico. "La sanción ética de sus pares es de gran relevancia para los médicos, por eso queremos apostar a que pudieran sustanciarse en los tribunales de ética", adelanta.

Todo indica que la mediación es una instancia valorada por los especialistas. Y cómo no, si ha sido exitosa incluso en conflictos internacionales, y hoy se está abriendo a otros campos, como los conflictos laborales o vecinales, permitiendo a las partes encontrar su propia solución a sus diferencias.

Otro dato invita a que los médicos le pierdan el temor a la mediación. Según dos encuestas del CDE, más del 80% de los reclamantes quedó "muy satisfecho" o "satisfecho" con el proceso de mediación. Lo mismo ocurrió con el 100% de los reclamados. En definitiva, nadie que haya pasado por un juicio podría recomendarlo. Pero sí una mediación. **F**



Relación médico-paciente en la salud privada

EL FACTOR DINERO

La medicina privada se está expandiendo. Su oferta concilia calidad, complejidad y múltiples opciones oportunas. Más de la mitad de los médicos trabaja exclusivamente en el ámbito privado y buena parte de los facultativos con jornada pública tiene una consulta en las tardes. En tanto, los pacientes tienen otras expectativas cuando pagan. ¿Cómo incide esto en la relación médico paciente? Aquí lo analizamos.

*Por: Equipo de Comunicaciones
Falmed*



METÁFORAS DE LOS PACIENTES

En 2013 la Superintendencia de Salud publicó los resultados de una investigación dedicada a explorar las percepciones de los pacientes en relación al sistema sanitario de nuestro país. En el estudio "Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria", se detalla un interesante método para aproximarse a un aspecto fundamental del problema: la relación médico-paciente. Los investigadores centraron su análisis en el discurso de los participantes del *focus group*, con particular interés en las metáforas.

Las metáforas son recursos retóricos fundamentales para el pensamiento. Son capaces de establecer puentes entre las funciones cognitivas y el lenguaje. Están, de hecho, en la base de un modelo comunicativo basado en la común interpretación de signos. Las metáforas son representaciones cotidianamente instaladas en nuestras palabras. Las usamos

a diario. De allí que se convierten en evidencia de la comunicación sobre la que es posible interpretar tendencias, valoraciones y sentidos.

Un primer aspecto a destacar son las metáforas positivas para caracterizar a los médicos. Por un lado se denota una asociación a vínculos familiares o amistosos. Cercanos: "Me trató como un amigo", "Me trató como un familiar", "Lo siento como un papá", "Me dijo tranquila hija", "El nos ve como hijos". Por otro lado se aprecian valoraciones de virtud religiosa, representadas en sentido de la protección y el cuidado: "Él es un ángel", "Es un santo".

Otro aspecto interesante son las diferencias perceptivas que se pueden constatar al comparar las metáforas utilizadas por pacientes del sector público en relación a quienes se atienden en el sector privado. En el caso del ámbito público, los pacientes más frecuentemente recurren a la "metáfora del padre", en una relación que perciben como asimétrica. En el

caso de los pacientes del sector privado, las ideas se pueden sintetizar en la "metáfora del amigo", lo que es coherente con otros resultados del mismo estudio que apuntan a una tendencia en los pacientes del ámbito privado a buscar una relación permanente con un médico conocido. En este caso se constata una valoración por la simetría en el vínculo entre médico y paciente.

Sobre las valoraciones negativas, el estudio de la Superintendencia indica la recurrencia de "expresiones de connotación negativa que sugieren sentimientos y pensamientos respecto del médico, que les provocan situaciones conflictivas de rabia, impotencia e insatisfacción". En este caso aparece una metáfora popularizada: "el diostor". Esta idea aparece transversalmente entre los entrevistados y se asocia a "sentido de ser supremo inalcanzable, no cercano, frío, dueño de la verdad absoluta", según el estudio. Otro punto negativo es la metáfora del médico comerciante, quien



METÁFORA DEL AMIGO

Se alude a la idea de una relación más simétrica que se sostiene sobre una base de afecto y confianza.

Esta metáfora tiene mayor vinculación a los usuarios que se atienden en **clínicas privadas o en hospitales universitarios**.

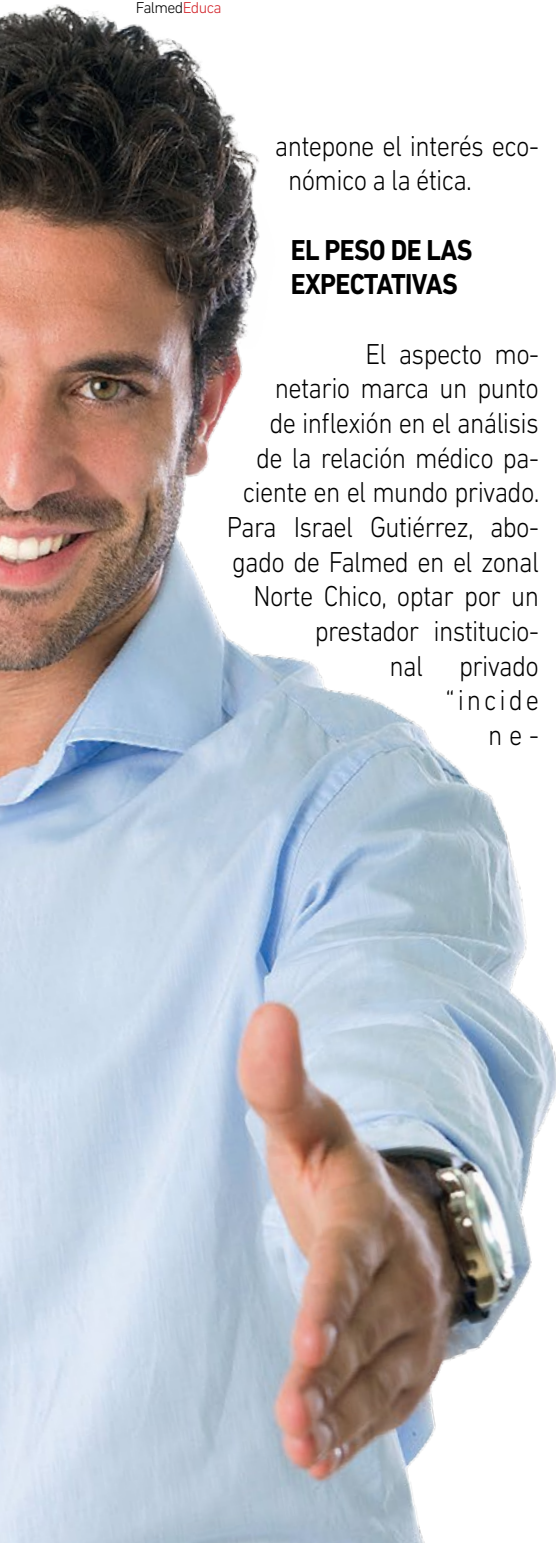


METÁFORA DEL PADRE

Se asocia, según los entrevistados, a la idea de protección y cuidado.

Se vincula más a usuarios de hospitales públicos donde la relación de empatía surge en un contexto de responsabilidad que él tiene para proteger y cuidar como lo hace un padre.

Alude a un momento familiar protector



antepone el interés económico a la ética.

EL PESO DE LAS EXPECTATIVAS

El aspecto monetario marca un punto de inflexión en el análisis de la relación médico paciente en el mundo privado. Para Israel Gutiérrez, abogado de Falmed en el zonal Norte Chico, optar por un prestador institucional privado "incide n e -

cesariamente, en la creación de mayores expectativas en el paciente y su núcleo familiar, principalmente por el hecho de estar pagando y por el descrédito del que ha sido objeto la salud pública. Por lo tanto, la tolerancia a los eventos adversos es menor, sobre todo considerando que es precisamente en estas clínicas en donde se realizan intervenciones programadas que, como sabemos en Falmed, tienen una mayor incidencia estadística en la judicialización", señala.

El abogado de la Fundación agrega que "creo que los criterios económicos en la medicina son más identificables en este tipo de prestadores en razón de su estructura organizativa y los fines que persiguen".

El médico cirujano e integrante del Centro de Estudios, Jurisprudencia y Educación de Falmed, CEJEF, Dr. Miguel Umaña, adiciona un dato relevante: "Es probable que las expectativas de las personas de mayor nivel socioeconómico sean mayores e incluyan aspectos más amplios del servicio de salud que están pagando: mayores grados de seguridad, certezas en los resultados, entornos sofisticados, ausencias de complicaciones, trato amable, tiempos adecuados en la atención y múltiples opciones oportunas a la hora de elegir a sus prestadores".

Para la gerenta de Clínicas Chile A.G., Ana María Albornoz, en la actualidad los pacientes demandan altos estándares médicos y de

servicio. Dice que para ello hay una inversión constante en infraestructura y en tecnología. Agrega que "los pacientes valoran en el sector privado el acceso a una atención oportuna y de calidad. Además, los chilenos han demostrado que valoran la libertad de elección y el sector privado ofrece esa libertad. Hoy, los pacientes se sienten empoderados para demandar altos estándares médicos y en nuestras clínicas los encuentran. Hay que tener en cuenta que las personas acuden al médico por necesidad y deben hacerlo donde se sientan más seguras", apunta.

Sobre el asunto, el superintendente de Salud, Sebastián Pavlovic, tiene una mirada: "Nosotros tenemos la impresión de que cuando las personas definen qué es lo que esperan de una atención de salud, sea en el sector público o privado, en general hay una crítica de falta de información, muchas veces no se sienten tratados con la dignidad que corresponde, que hay poca transparencia, que no hay una vinculación o trato humano que les permita sentirse sujetos de derecho. Es evidente que hay diferencias con la apreciación de hotelería e infraestructura disponible, pero lo que esperan del trato es bastante coincidente en el sector público y en el privado. Ahora bien, sin duda el usuario del sector privado, por el hecho de estar pagando, se siente más empoderado para exigir", analiza la autoridad.

El presidente de Falmed



Sergio Rojas

PRESIDENTE DE FALMED

"Como médicos tenemos que velar siempre por la calidad de la atención".

valora que los pacientes se sientan más empoderados, ya que eso los empuja a demandar mayor calidad. El Dr. Sergio Rojas señala que “como médicos tenemos que velar siempre por la calidad de la atención y en esto hemos dicho: siempre hay que advertir al paciente de las cosas que puedan impedir una buena atención y no hacerse cargo o echarse a la espalda los déficits que pueda tener la medicina, porque en el sector privado también hay déficits”.

Si bien en Santiago las clínicas del sector privado son reconocidas en complejidad y calidad de sus prestaciones, en regiones no necesariamente ocurre lo mismo. Según el abogado de Falmed en La Serena, sede del Zonal Norte Chico, Israel Gutiérrez: “Muchos prestadores institucionales privados adolecen de falta de resolutiveidad en situaciones complejas, bien por no contar con infraestructura suficiente o personal idóneo al efecto. No es extraño que un paciente que acude a Urgencia de una clínica privada sea derivado a un prestador institucional público, como ocurre, por ejemplo, ante la ausencia de un especialista ad hoc o por la inexistencia de una Unidad de Cuidados Intensivos”, indica el abogado Jurista.

MÉDICOS EN EL SECTOR PRIVADO

Si bien un porcentaje mayoritario de la población se atiende en el sector público, la gran parte de los

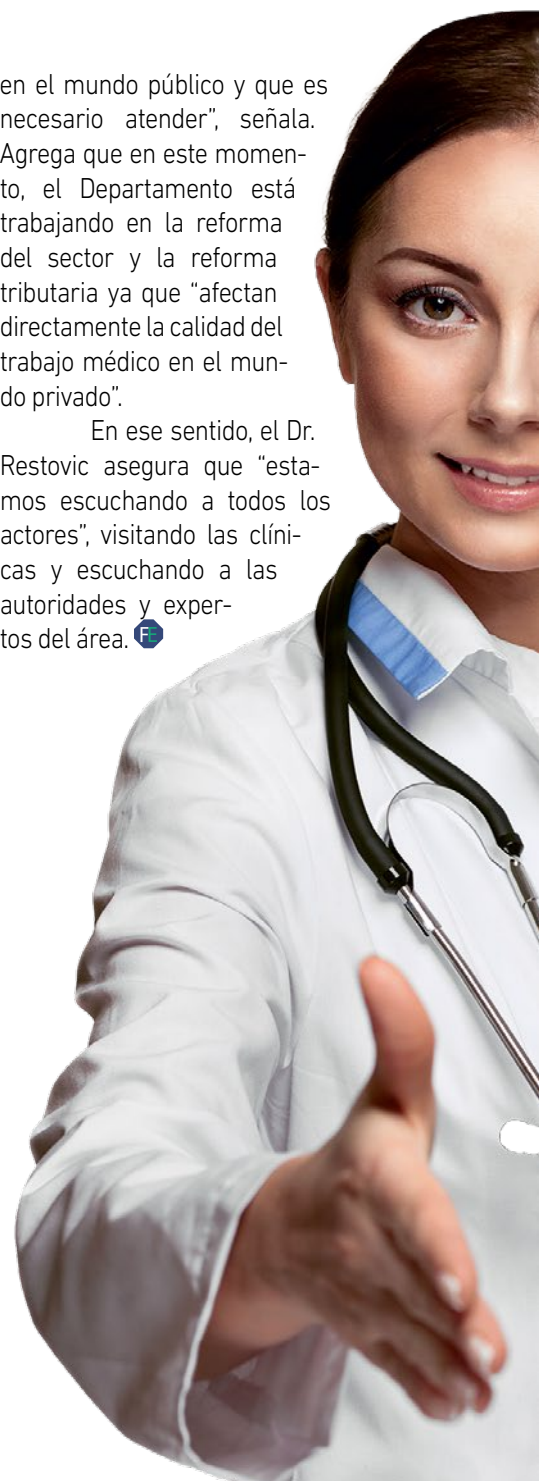
médicos labora en el ámbito privado. De acuerdo al Dr. Juan Restovic “en este momento, aproximadamente un 55% de los médicos trabaja en el sector privado de forma exclusiva. Otro porcentaje grande del sistema público también tiene un pie en las clínicas, en sus consultas en las tardes”.

Para el presidente del Colegio Médico, Dr. Enrique Paris, esta es una buena razón para hacerse cargo de las particularidades del sector. Según la máxima autoridad de la Orden, “la medicina privada es una fuente de trabajo y por lo tanto tenemos que cuidarla y mantenerla”. Agrega que “hemos detectado que en ese grupo de médicos hay falencias importantes que solucionar: muchos no tienen contrato, muchos no tienen previsión, muchos no tienen un plan de retiro programado. Por lo tanto tenemos que trabajar fuertemente con ellos y además mandar una señal de que estamos preocupados de los médicos de medicina privada a nivel regional, sabemos que para ellos es más difícil su trabajo”.

A partir de esto, desde 2014 sesiona el Departamento de Medicina Privada de la Orden, encabezado por el Dr. Juan Restovic. De acuerdo al facultativo, “el Colegio se preocupa de estos temas porque hay cosas que no están solucionadas en el mundo privado: hay problemas en los planes de retiro, en las jubilaciones, en el tipo de contrato de trabajo. Tenemos una serie de problemáticas que no existe

en el mundo público y que es necesario atender”, señala. Agrega que en este momento, el Departamento está trabajando en la reforma del sector y la reforma tributaria ya que “afectan directamente la calidad del trabajo médico en el mundo privado”.

En ese sentido, el Dr. Restovic asegura que “estamos escuchando a todos los actores”, visitando las clínicas y escuchando a las autoridades y expertos del área. **F**



Sebastián Pavlovic
SUPERINTENDENTE DE SALUD

“Sin duda el usuario del sector privado, por el hecho de estar pagando, se siente más empoderado para exigir”.

Derecho administrativo:

Conocer las normas PREVIENE ENREDOS

Para trabajar en el sistema público, resulta esencial conocer las reglas que lo rigen. Desatenderlas puede generar más de algún problema. En esta edición especial de Revista Falmed Educa le entregamos algunas claves fundamentales.

Por: Comunicaciones Falmed

Los médicos que se desempeñan en el sistema nacional de salud pública están reglados, entre otros textos legales, por el Estatuto Administrativo y deben cumplir ante todo los deberes funcionarios contemplados en sus preceptos. Su inobservancia configurará responsabilidad administrativa y podría ser sancionada.

Ahora bien, en nuestro país todas las personas tienen el derecho, protegido constitucionalmente, a un debido proceso. De esa manera, la aplicación de una sanción administrativa a un determinado funcionario se materializa a través de un acto administrativo, al cual, debe preceder un procedimiento racional y justo. Este procedimiento es precisamente el sumario administrativo, el cual, se encuentra reglado por la ley. Asimismo, el funcionario puede verse enfrentado a una investigación

sumaria, igualmente regulada por el Legislador.

Según la experiencia de los profesionales de la Fundación, muchos médicos desconocen las responsabilidades que emanan del trabajo público. Por este motivo, Revista Falmed Educa contactó al abogado jefe de la Fundación, Juan Carlos Bello, y al abogado de la institución especializado en derecho administrativo, Gabriel Nieto. Ambos profesionales advirtieron que todo médico debe tener calma y, a la vez, mucho cuidado al verse envuelto en este tipo de situaciones. En todos estos casos, el procedimiento es comunicarse de inmediato con Falmed.

REGULACIONES

El trabajo médico se encuentra regulado a través de distintas leyes, siendo las medulares, la 15.076 y

la 19.664. En ambos cuerpos legales se contienen las normas específicas que rigen a los profesionales funcionarios que se desempeñan en los establecimientos de Salud Pública. En el caso de quienes trabajan en el sector público, aplica el Estatuto Administrativo como norma general y supletoria. Entre quienes se desempeñan en el ámbito municipal, rige el Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.

Las responsabilidades de los trabajadores del sector público, descritas en el Estatuto Administrativo, implican una exposición a investigaciones y sumarios que es preciso tener en cuenta. El abogado jefe de Falmed, Juan Carlos Bello, advierte que, pese a la tranquilidad y actuar prudente que debe



mantenerse ante un caso de esta clase, en las situaciones más graves, un sumario administrativo puede llevar a la destitución y dejar inhabilitado a un médico para ejercer un cargo público por un periodo de cinco años. "Esto puede generar una fuerte complicación si el afectado es un médico joven, que está recién iniciando su carrera en la Administración del Estado", indicó el abogado.

Así también, Bello resaltó que los sumarios administrativos, o las investigaciones sumarias, no son procesos informales o inocuos. "Cada vez con mayor frecuencia los antecedentes de los sumarios son tenidos a la vida en los juicios ordinarios contra médicos", explica.

Asimismo, el abogado jefe de Falmed sugirió tener cuidado con el mal uso que se está dando a las auditorías. "Otro problema que estamos observando es que muchos fiscales designados al interior de los organismos públicos están mal utilizando las auditorías para perseguir las responsabilidades contra los médicos, lo que revela un cierto desconocimiento de los verdaderos alcances de la medida", revela.

Bello argumenta que en todos estos casos la Fundación está siempre

dispuesta a atender las solicitudes de los médicos investigados y también cuando los facultativos son nombrados fiscales, o actuarios en los sumarios administrativos. "En todos esos casos podemos orientarlos sobre el marco legal y para que comprendan las reales implicancias de su participación en estas materias", indica.

Finalmente, Juan Carlos Bello manifiesta que en un juicio es bueno que los médicos tengan presente que incluso un juez puede estimar que las meras conclusiones de un sumario podrían considerarse una evaluación del acto médico por parte de los propios pares, lo que es muy relevante y hace la defensa –en caso de sanción administrativa– más compleja. "La idea es que cuando se realice un sumario administrativo, éste se haga con todas las garantías y derechos que amparan al sumariado y con conocimiento de causa de las implicancias, incluso más allá del sumario mismo", destaca el líder del equipo jurídico de la Fundación.

FUNCIONES

En tanto, para el abogado dedicado al derecho administrativo de Falmed, Gabriel Nieto Muñoz, los profesionales funcionarios de la Etapa de Destinación y Formación



(siempre que no se encuentren cursando un programa de formación en calidad de becarios), cualquiera que sea la forma a la que ingresan a la Red Asistencial de Salud y, en general, los médicos que se desempeñan en la atención primaria municipal, como también aquellos que ya se encuentran en la etapa de planta superior pueden verse enfrentados a una investigación o sumario administrativo.

A todos ellos les son aplicables las normas del Decreto con Fuerza de Ley N° 29 que fija el Texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley 18.834 y en tal sentido, deben observar estrictamente en su quehacer profesional los deberes que asisten a todos los funcionarios de la administración del Estado. Nieto declara que “aquellos médicos que se encuentran cursando un programa de especialización en conformidad con lo dispuesto en los artículos 11 de la ley 19.664 y 43 de la ley 15.076, y que tienen la calidad de becarios, no se ven enfrentados

a estos procedimientos sancionatorios de la administración del Estado, pues, el Decreto Supremo N° 507 del año 1991 establece expresamente que a ellos no les son aplicables las prescripciones del Estatuto mencionado anteriormente. Sin perjuicio de ello, tal circunstancia no los aleja del cumplimiento de los deberes que, ante todo, son de carácter ético, moral y la responsabilidad de sus actos puede perseguirse por vía civil o penal, pues, estas son independientes de la administrativa”.

Algo similar ocurre con aquellos funcionarios que prestan servicios en el sistema público “a honorarios”. En tal contexto, es recomendable a todos los médicos que puedan ser inculcados en procedimientos administrativos originados en base al incumplimiento de sus obligaciones funcionarias, en todo orden de cosas, se comunique directamente con Falmed, pues, son procedimientos complejos y de gran relevancia ya que podrían determinar el destino de una carrera

en el ámbito de la administración del Estado. “Se les solicita a los profesionales encarecidamente que no actúen por sí mismos ni presenten antecedentes ni mucho menos descargos sin la supervisión de un abogado”, destaca el abogado Nieto.

SANCIONES

En cuanto a los tipos de procesos administrativos, el abogado especialista en temas administrativos y laborales de Falmed detalla sus diferencias. “Respecto de los procesos administrativos sancionatorios, existe la investigación sumaria, cuyos plazos procesales son muy breves y tiene por objeto ser una etapa preliminar para dar lugar a un sumario cuando del resultado de la investigación resultan hechos de gran gravedad para la administración. Además, es dable destacar que, la investigación no da lugar a la sanción de destitución; salvo los casos especialmente tratados en la ley”.



Juan Carlos Bello

ABOGADO JEFE FALMED

“Cada vez con mayor frecuencia los antecedentes de los sumarios son tenidos a la vista en los juicios ordinarios contra médicos”.



Gabriel Nieto

ABOGADO FALMED

“Se les solicita a los profesionales encarecidamente que no actúen por sí mismos ni presenten antecedentes ni mucho menos descargos sin la supervisión de un abogado”.

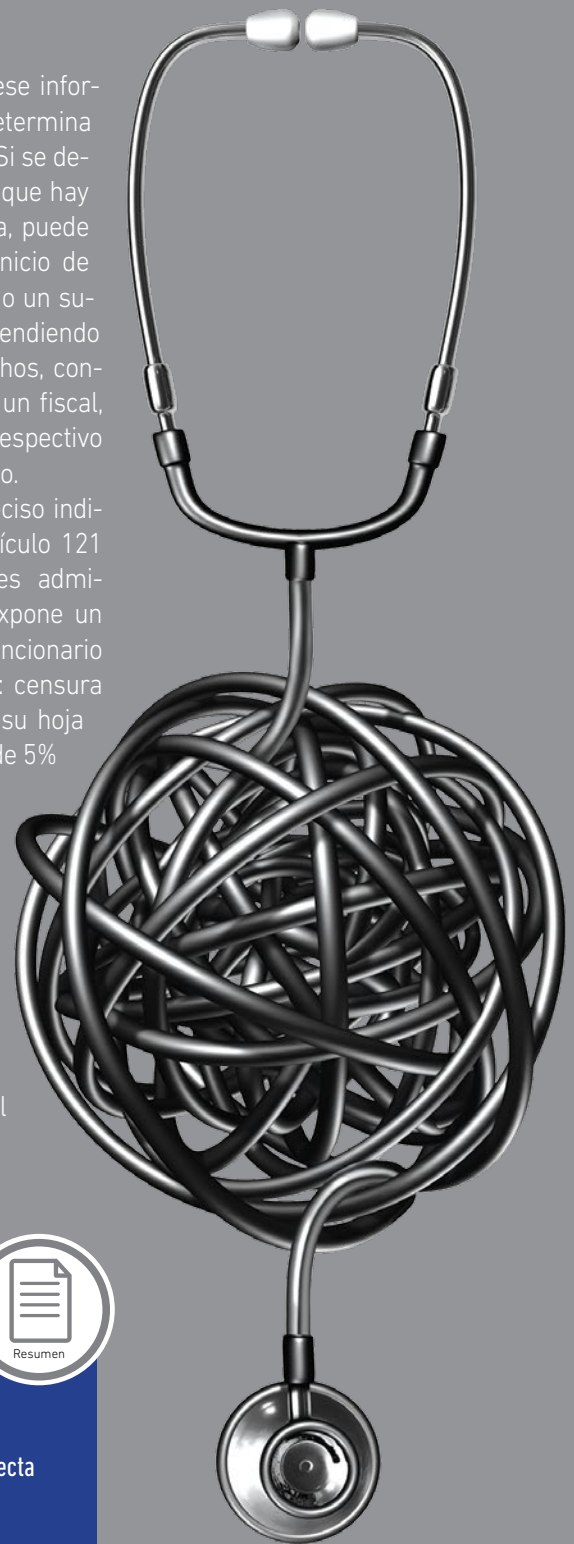
Luego destaca el sumario administrativo, "que es de lato conocimiento y de mayor duración procedimental. En su etapa inicial es secreto. Sin embargo, una vez que el Fiscal notifica los cargos al inculpado, este último en ese momento, podrá acceder a los antecedentes del proceso, presentar descargos, puede darse lugar a un término probatorio, cuando sea necesario y, se procede a dictar contra el médico afectado alguna sanción administrativa, siendo las más gravosas, la inhabilidad y la destitución", explica Nieto.

De igual modo, el especialista aclara el alcance de las auditorías, que representan procesos administrativos no sancionatorios contra médicos. "Las auditorías no conllevan una sanción, sino que en ellas se realiza un proceso retrospectivo, para conocer cuáles fueron los elementos y las funciones que fallaron". Nieto igualmente advierte que hoy, debido al peligroso desconocimiento de quienes instruyen auditorías, se sabe cómo parten pero no cómo terminan. "En un comienzo el jefe del servicio le pide al médico que haga un informe, preguntándole qué fue lo

que sucedió. Y luego con ese informe, el superior directo determina si hace una auditoría o no. Si se demuestra con esa auditoría que hay un problema en el sistema, puede perfectamente decidir el inicio de una investigación sumaria o un sumario administrativo, dependiendo de la gravedad de los hechos, contra el facultativo, designar un fiscal, un actuario y dar inicio al respectivo procedimiento", señala Nieto.

Finalmente, es preciso indicar que de acuerdo al Artículo 121 del DFL 29, las sanciones administrativas a las que se expone un médico en su calidad de funcionario público son las siguientes: censura (demérito de 2 puntos en su hoja de vida), multa (no menos de 5% ni más de 20% de sus remuneraciones), suspensión (de 30 días a tres meses) y, en los casos más graves, la destitución del servicio.

Ante cualquier situación de este tipo, la recomendación es llamar directamente a Falmed al 600 8 325 633. 



- Es fundamental que todos los médicos conozcan las responsabilidades de su labor como funcionarios públicos.
- El Departamento Jurídico de Falmed recomienda tomar contacto con la Fundación ante cualquier tipo de investigación para una correcta orientación sobre el proceso.
- Un sumario administrativo contempla una serie de garantías y derechos para el sumariado que se deben respetar.



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.

Ser 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 aun, 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 inculpados 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 aun, 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**

Mis colegas, nuestros pacientes, *los comentarios...*

Por motivos diversos, relacionados en forma directa o indirecta con nuestra profesión, el ejercicio de la medicina ha variado durante los últimos años. Éste ha cambiado en diversos aspectos: aproximación diagnóstica, terapéutica, relación médico-paciente, influencia de los seguros de salud, irrupción de los grandes prestadores corporativos, pérdida de la independencia de los médicos como profesionales liberales, relación entre colegas, influencia de la industria farmacéutica y judicialización de la medicina, entre otros.

Por otro lado, a los médicos nos atrae la idea de poder cuantificar aquellos fenómenos con los que nos relacionamos, particularmente en relación a las enfermedades y sus tratamientos. Sin embargo, existen aspectos en los cuales es algo más difícil realizar aquello y por lo tanto son abordados de manera cualitativa, o bien, ante la carencia de estudios serios, caen en el anaquel de las verdades compartidas a modo de secretos a voces, sin respaldos objetivos pero como hechos incuestionables.

Pocos de nosotros podríamos negar que los comentarios

negativos que realizamos acerca del desempeño de un colega en el ejercicio de la profesión pueden tener consecuencias deletéreas para ese colega en los más diversos planos: profesional, personal y judicial. Sin embargo, poder determinar cuánto de un evento adverso, siniestro jurídico, reclamo, o cualquiera sea la denominación de un proceso en nuestra contra se debe a un mal comentario emitido por un colega, es una tarea algo más difícil.

Sabemos que los códigos de ética en forma más o menos generalizada aluden a evitar los malos comentarios entre colegas y el de nuestro Colegio Médico alude al marco de respeto, lealtad y

consideración sobre el que deben descansar las relaciones entre los médicos. Además sabemos que en el ejercicio de la medicina nos encontraremos inevitablemente en el rol de tratante, interconsultor o médico referente en más de alguna oportunidad y, sin embargo, incurrimos en esta práctica, más allá de la denuncia de actividades fraudulentas o criminales, a veces con el objetivo de validarnos con nuestro nuevo paciente, otras con el de además demostrar nuestra superioridad profesional.

Los médicos vemos a nuestros pacientes desde distintas posiciones, algunos interpretan las imágenes radiológicas, los tejidos o frotis celulares a través de los sistemas microscópicos, alguien es el tratante, otros son interconsultores, algunos intervendrán colateralmente y, eventualmente, alguien recibirá esa posta en forma permanente o transitoria, todos con un mismo objetivo. Y, si tomamos distancia, cualquiera sea nuestra posición en ese caso particular, tendremos la posibilidad de observar y observarnos como actores de esa secuencia terapéutica que cooperativamente construyen un buen resultado.

Los pacientes y sus enfermedades nunca son evaluados



Dr. Miguel Umaña Fernández

CENTRO DE ESTUDIOS, JURISPRUDENCIA Y
EDUCACIÓN DE FALMED, CEJEF

bajo la misma óptica por distintos colegas, por ser éstos de distintas especialidades o bien de la misma pero en otra situación y momento de la evolución del proceso patológico o porque las experiencias y los conocimientos son distintos, los antecedentes y calidad de exámenes complementarios son otros.

No debiésemos perder nunca de vista que la relación con mi colega debe ser respetuosa, mal que mal si el paciente nos fue derivado, mi colega está reconociendo a mi medicina y mí como médico. Debiese, en lo posible, comunicarme con él cuando el problema se solucionó para compartir mis puntos de vista.

Al dejar nuevas indicaciones o emprender un tratamiento distinto, no debiésemos dejar de tener en cuenta que la situación en el momento en que vio a nuestro paciente mi colega era distinta y los antecedentes que ambos tuvimos también lo son. Si al realizar este cambio, no los explicamos en forma adecuada, no avisamos a nuestro colega y agregamos un comentario peyorativo, lo estaremos dejando como despreocupado e ignorante. El paciente desde luego no volverá a ver a su antiguo doctor y lo habremos "robado". El modelo de atención moderno deliberativo, que exige un diálogo amistoso con el paciente, en búsqueda de la mejor alternativa para él, no debiera dejar como efectos colaterales el prestigio y/o la confianza que previamente se establecieron con otro colega. En

último término, esto no ayudará terapéuticamente al paciente y sembrará eventualmente la semilla para que seamos nosotros los cuestionados en el futuro, ¿o es que yo nunca me equivooco?

Considerando que existen varios factores emergentes que influyen en el aumento de la judicialización de la medicina, resulta paradójal que uno de los que depende enteramente de nosotros, los más interesados, siga apareciendo en forma recurrente en las bitácoras de los procesos judiciales, las mediaciones y los sumarios administrativos.


relación armoniosa entre colegas que permita un intercambio de ideas por cursos formales y evitar la emisión de comentarios inadecuados. Lamentablemente, lo contrario ocurre con más frecuencia que lo deseable y los testimonios quedan registrados en forma permanente en la memoria de los pacientes y/o sus familiares o acompañantes.

Si existen confiables testimonios de gestos solidarios entre colegas médicos que estaban adscritos a bandos enemigos en el frente oriental durante la Batalla de Stalingrado en la Segunda

“Los comentarios negativos que realizamos acerca del desempeño de un colega en el ejercicio de la profesión pueden tener consecuencias deletéreas para ese colega en los más diversos planos, profesional, personal y judicial”.

Existen siempre los canales formales para hacer llegar las observaciones o denuncias sobre diferencias en el tratamiento de los pacientes, sin recurrir al menoscabo de los colegas y protegiendo la integridad de nuestros pacientes, sin perjuicio del rol de peritos o testigos en instancias de litigio, en las cuales los médicos tenemos la responsabilidad legal de entregar información objetiva de actos médicos cuestionados.

Falmed se ha ido formando una clara idea en torno a este controversial tema y fomenta una

Guerra Mundial, demostrando que incluso en las peores condiciones se pueden preservar las relaciones especiales entre los médicos, desde luego me parece que no es una aspiración ambiciosa imaginar una mejor relación entre nosotros, con mayor generosidad y respeto, sin olvidar el bien superior de nuestros pacientes, comunicándonos más y mejor para mantener esa relación única entre colegas que le dan a nuestra noble profesión ese carácter especial y exclusivo que merece ser conservado. 

Bibliografía:

Soto Obrador, Santiago. *Mi Querido Doctor*. Santiago, Chile. Ed. Asociación Chilena de Seguridad. 1991.

Beevor, Antony. *Stalingrado*. Barcelona, España. Crítica, 2000.

Carvallo V, Aurelio. *Médicos y profesionalismo. Pacientes e Información*. Rev. Méd. Chile 2005; 133.

Heifetz Ronald A., Linsky Marty. *Leadership on the Line*. Harvard Business School, Boston, Massachusetts. 2002.

Relación *médico-paciente*

Contemplada desde fuera, la relación entre el médico y el enfermo adopta en el mundo actual formas muy distintas, como el consultorio privado, la sala del hospital, el consultorio público de una institución asistencial socializada, el campo de batalla, y tantas más. El enfermo por otra parte, puede haber elegido libremente el médico o ser atendido por el que le haya asignado la organización política, administrativa o laboral a que pertenece. Por debajo de tales diferencias, ¿posee aquella relación un fundamento común? Yo creo que sí, puesto que ya sea personalista o socialista el modo de entenderla, hállese regida por el libre contrato entre dos personas o por las ordenanzas de una organización asistencial, la vinculación entre el médico y el paciente tiene como fundamento, cuando es correcta, la amistad entre ellos, más precisamente un modo de amistad, “la amistad médica”, en el cual uno de los amigos, el médico pone su voluntad de ayuda técnica, y el otro, el enfermo, su confianza en la medicina y en el médico que le atiende.

Mas esta relación entre el médico y el enfermo es un proceso simple y a la vez complejo. Simple porque lo que quiere el enfermo es recuperar la salud y el médico hacer efectiva su vocación terapéutica; pero es a la

vez complejo porque esta relación tiene componentes de conocimiento, afectivos, operativos y éticos. Lo primero que ocurre en este encuentro es que ambos, médico y enfermo, se miran entre sí, lo que es en su esencia un conato de objetivación recíproca, una pugna entre dos libertades en la cual cada una trata de convertir a la otra en puro objeto de observación. La mirada del enfermo se hace entonces exigente, objetivante y hasta retardadora, pero no siempre es así. Cuando el enfermo confía en el médico, suele acercarse a él con una mirada de petición, viendo en él una realidad capaz de ayuda y de esperanza. Por su parte, la mirada del buen médico suele expresar tres intenciones: una envolvente, que procura un ámbito de refugio a la existencia menesterosa del paciente, que debe ser sentida por

éste como una mirada-regazo. La segunda intención es inquisitiva, dirigida tanto al conjunto y a los detalles del cuerpo del enfermo, a través de los signos expresivos de éste, tanto como al interior de su alma, al mundo invisible de sus pensamientos y sus intenciones conscientes e inconscientes. La tercera es de carácter objetivante, percibiendo la realidad objetiva del enfermo y dando algo a la persona que tiene al frente, un mirar que no sea sólo la inspección semiológica y que tenga en cuenta la condición humana y personal de la realidad por él mirada.

Pero además de mirarse, el enfermo y el médico se hablan entre sí y este diálogo es siempre y a la vez diagnóstico y terapéutico, separando la anamnesis que tiene intención diagnóstica y la psicoterapia que es el tratamiento de la condición mental en que se encuentra el paciente que ha perdido lo único valioso que posee, la salud. Tan valiosa como las palabras es la expresión paraverbal como los suspiros, respiraciones profundas, exclamaciones reprimidas, arrastre de consonantes, nasalización de ciertas sílabas, interrupciones y otras que pueden ser traducidas de manera muy diversa o malinterpretadas por quien está escuchando ansiosamente a su médico tratante.

Por ello, el médico debe



Dr. Hernán Sudy Pinto

VICEPRESIDENTE DEL CONSEJO
REGIONAL ARICA.



Callando ante las palabras del enfermo, oyéndolo con atención y benevolencia, el médico conoce y cura, porque sólo en el silencio se descubre plenamente el sentido de las palabras dichas u oídas y... sobre todo, nada alivia tanto como el regazo de un silencio abierto por la persona que calla a la persona que habla.

limitar al máximo las expresiones paraverbales involuntarias, hacer tenues las de carácter voluntario, sean sonoras o gestuales, y elegir aquellas inflexiones y cadencias de la voz y las pausas, que hagan patente su voluntad de ofrecer un ámbito de refugio al menester del enfermo. Con sus palabras cumplirá ante todo las cuatro funciones activas del lenguaje: vocativa, notificadora, nominativa y persuasiva, y a través de ellas, interrogando, indicando y orientando suave y discretamente, gobernará su coloquio con el enfermo. Pero

además el médico ha de saber callar. Callando ante las palabras del enfermo, oyéndolo con atención y benevolencia, el médico conoce y cura, porque sólo en el silencio se descubre plenamente el sentido de las palabras dichas u oídas y... sobre todo, nada alivia tanto como el regazo de un silencio abierto por la persona que calla a la persona que habla. El buen clínico sabe evitar la digresión inútil del paciente y nunca olvida esta doble y útil función del buen oír.

El modo propio de la convivencia entre el médico

y el enfermo consiste, en la adecuada combinación de las operaciones objetivante y las operaciones coejecutivas que en cada caso hagan necesarias el diagnóstico y tratamiento. El médico debe convivir con el paciente completando metódicamente la objetivación con la coejecución y la coejecución con la objetivación.

Un par de minutos gastados en el buen diálogo médico paciente, recupera con creces las horas que se perderán en una mediación o los días gastados en un juicio penal o civil. **F**

Ley de Derechos y Deberes:

Una Mirada Bioética

Estimados colegas, futuros colegas y equipos de salud:

Considero prudente y necesario, dado el actual escenario en que se desenvuelve la salud, recordar los principios de la bioética como líneas directrices de reflexión frente al enfermo y su entorno. Sin entrar en profundidades ni múltiples discusiones sin destino ni final, los invito a que vayamos en forma simple a lo que nos está pasando día a día en la práctica.

PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA:

1) **Justicia:** Refirámoslo más bien a la equidad distributiva de recursos, a la atención digna, con respeto, considerando la vulnerabilidad del enfermo. Concedamos que observarlo no es un asunto fácil, pues está al acecho una mezcla de diversos intereses: comerciales, políticos y económicos, entre otros.

2) **No maleficencia:** No realizar intencionalmente acciones temerarias, injustificadas o que dañen en cualquier circunstancia de la atención, salvo situaciones muy puntuales e inevitables, como por ejemplo, las secuelas.

3) **Autonomía:** El paciente en su sano juicio, "capacitado", sin presiones externas y entendiendo la situación, expresa su voluntad frente a la situación de salud y las decisiones a tomar. Debemos tener en cuenta las limitaciones de este principio, como los casos de urgencia o que impliquen riesgo vital.

4) **Beneficencia:** Es el fondo del quehacer médico, el deber primordial de "hacer el bien", entregando lo mejor para ese ser que sufre. No entraremos acá a discutir sobre paternalismo, sino que les propongo que pensemos siempre en ofrecer lo óptimo en cada caso.

Tengamos presentes estos cuatro principios en la diaria reflexión frente al enfermo. Enmarcados en la LEX ARTIS,


deben ser idealmente los pilares de apoyo de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, para beneficio real y honesto de la sociedad toda. En la búsqueda de su cumplimiento, debemos aclarar asimismo aquellos artículos confusos que llevan eventualmente a generar falsas expectativas o demandas a veces no justificadas.

Estimo necesario educar integralmente a todos los participantes, beneficiarios y equipos de salud, con una mirada humana, ética, legal, técnica y práctica, con el objeto de cumplir con el enfoque biopsicosocial que debemos ofrecer al enfermo.

Luchemos por entregar lo mejor de nosotros, pues "lo que doy, recibo".

Fomentemos el respeto recíproco, brindando calidad y calidez en la atención, considerando "lo que debo", "lo que tengo", "lo que puedo", en un marco criterioso de legalidad y humanidad. No descuidemos la importancia de "ponerse en el lugar del otro", miremos al enfermo a los ojos.

Hagamos énfasis en la buena relación médico-paciente-parientes evita muchos problemas. Luchemos también por la equidad en deberes y derechos, para quien solicita y para quien entrega la atención.

Es tarea de toda la sociedad. Manos a la obra. 

«Fomentemos el respeto recíproco, brindando calidad y calidez en la atención, considerando "lo que debo", "lo que tengo", "lo que puedo"».



Dr. Eduardo Welch Waldemar
MÉDICO PEDIATRA, ACADÉMICO
Y EXPERTO EN BIOÉTICA.

Carta:



Hace un mes visité a un cardiólogo por ciertas molestias. Al entrar a su despacho, me saluda y me ofrece asiento. Sin más palabras se sienta al otro lado del escritorio, se acerca al computador y sin quitar la vista del monitor comienza a consultarme el motivo de la visita y los síntomas. Mientras le explico, él escribe en el computador. Varias veces tuve que detenerme a esperar que digitara mi relato.

El facultativo mira atento la pantalla, escribe la anamnesis, selecciona los medicamentos, indica los exámenes que prescribirá e imprime la receta. En ningún momento se da el tiempo suficiente para escuchar, mirar a su paciente a los ojos. Le falta empatía, pensé.

Cada vez que un paciente visita un médico espera tres cosas; que lo escuche, que lo mire y que lo diagnostique. Sin embargo y como efecto de los avances tecnológicos, la relación con el paciente se hace cada vez más fría y menos empática.

Al referirme a la empatía, trato de señalar que el médico debe poner atención, no sólo a los síntomas que acusa el paciente sino a la comunicación no verbal. El paciente quiere ser escuchado, quiere confiar en su médico. Cuando se establece esta relación de confianza el paciente es capaz de expresar su problema con

claridad y seguridad. El médico a su vez puede comprender que su paciente no sólo requiere ayuda especializada, sino que precisa entender que muchos síntomas son provocados por la soledad que los aqueja. Antiguamente el arte de preguntar era muy valorado, ya que el médico podía conocer aquello que el paciente no era capaz de expresar.

Es normal y se entiende que no todos nacemos con esa habilidad para escuchar y expresarnos. Sin embargo, hay profesiones en las cuales se espera una preparación desde la academia para lograr esas competencias. Así como a un ingeniero se le pide un alto nivel de pensamiento analítico y una gran capacidad para convertir esas ideas en proyectos, el médico tiene la obligación de ser empático y asertivo en su relación con el paciente. Debe ser capaz de generar lazos que permitan confiar en las decisiones tomadas y a su vez certeza en que el paciente

dará cumplimiento al tratamiento prescrito, todo con el objetivo común de mejorar su salud.

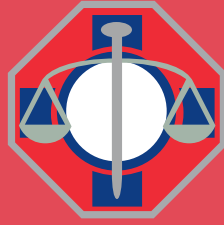
La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Es preciso destacar la disposición interna para escuchar al otro. Identificar y comprender el contenido de lo que dice, ya sea en sus palabras, en sus gestos y en sus emociones. También es importante hacer saber al otro que lo escuchas, ya sea con comunicación verbal y no verbal.

La confianza es fundamental en el acto médico. La disposición de una persona a otra, relegando la tecnología a su uso como herramienta, es fundamental para producir vínculos saludables. ^F

“Cada vez que un paciente visita un médico espera tres cosas; que lo escuche, que lo mire y que lo diagnostique”.



Juan Carlos Escares
INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL



FUNDACIÓN DE ASISTENCIA LEGAL DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE

SERVICIOS MÉDICOS Y LIBRE COMPETENCIA

ESTADO ACTUAL Y ALGUNAS CONSIDERACIONES DE RELEVANCIA JURÍDICA

Por: Departamento Jurídico FALMED

INTRODUCCIÓN

En un sistema social de mercado como el nuestro, se espera que la autorregulación de los agentes económicos busque los niveles de competitividad adecuados para garantizar a la sociedad la correcta asignación de recursos y la correcta retribución de los factores productivos.

En términos sencillos, nuestro sistema espera que los actores del mercado actúen con la debida libertad para alcanzar precios (retribuciones) justas.

Los servicios médicos no escapan de esta lógica, y cada médico de determinada especialidad (y generalmente de determinada localidad) compite con sus colegas para obtener una clientela que le permita alcanzar los niveles de retribución que se esperan. De esta manera, cada médico busca un poder de mercado que le garantice la retribución que estima adecuada por sus servicios.

En un mercado de competencia perfecta, se espera que los competidores alcancen un número tal, que haga totalmente irrelevante

el actuar de uno respecto de los otros, y de esta manera, garantizar la libertad acción, o si se quiere, la libre competencia.

Cuando el actuar de los competidores o los particularismos del mercado donde ellos actúan impidan, entorpezcan o restrinjan la libre competencia (como lo sería el caso de coordinación de acción), se produce una falla del mercado, invitando al Estado a intervenir mediante instrumentos de regulación.

En materia de libre competencia los instrumentos de regulación son numerosos, normalmente traducidos en políticas públicas económicas, pero en todo caso, se establecen leyes infraccionales que buscan, como último instrumento, la sanción de conductas anticompetitivas; es el caso del DL N° 211.

Cuando las políticas de prevención fallan, resulta aplicable el marco infraccional, y conductas indeseadas son reprimidas con penas, que actualmente son pecuniarias (o económicas), pero se legisla la idea de restablecer penas privativas de libertad.

Es precisamente en este escenario donde los servicios médicos, como cualquier otro servicio o incluso producto, quedan sujetos al actuar punitivo del Estado en aras de garantizar la libre competencia, bien jurídico de orden público, cuya protección garantiza el normal funcionamiento de todo el sistema económico.

ESTADO ACTUAL

En el DL N° 211 se sanciona expresamente (Artículo 3°.-): El que ejecute o celebre, individual o colectivamente, cualquier hecho, acto o convención que impida, restrinja o entorpezca la libre competencia, o que tienda a producir dichos efectos, será sancionado con las medidas señaladas en el Artículo 26 de la presente ley, sin perjuicio de las medidas preventivas, correctivas o prohibitivas que respecto de dichos hechos, actos o convenciones puedan disponerse en cada caso.

En términos simples, si los competidores pierden la autonomía de acción realizando un paralelismo consciente de acción, o bien si

coordinan sus prácticas, o bien abusan del poder que les brinda su posición dentro del mercado, (entre otras conductas), desarrollan con ello una conducta reprochada por el Estado (y por la sociedad) y se hacen merecedores de una sanción.

Se consideran especialmente como actos anticompetitivos:

a) Acuerdos expresos o tácitos entre competidores, o las prácticas concertadas entre ellos, que les confieran poder de mercado y que consistan en fijar precios de venta, de compra u otras condiciones de comercialización, limitar la producción, asignarse zonas o cuotas de mercado, excluir competidores o afectar el resultado de procesos de licitación.

b) La explotación abusiva por parte de un agente económico, o un conjunto de ellos, de una posición dominante en el mercado, fijando precios de compra o de venta, imponiendo a una venta la de otro producto, asignando zonas o cuotas de mercado o imponiendo a otros abusos semejantes.

c) Las prácticas predatorias, o de competencia desleal, realizadas con el objeto de alcanzar, mantener o incrementar una posición dominante.

Como puede observarse, a primera vista pueda resultar difícil de explicar cómo los médicos pueden realizar actos anticompetitivos, pero lo cierto es que, en la práctica, y atendida la naturaleza del mercado relevante donde los médicos ofrecen y prestan sus servicios, se induce

alcanzar actuaciones que restringen, impiden o entorpecen la libre competencia o que a lo menos tienden a producir dichos efectos.

Un ejemplo de ello lo son las "asociaciones gremiales de médicos", agrupaciones de especialidades cada día más frecuentes que, además de realizar actos que contribuyen al desarrollo del gremio, se han visto como instrumentos adecuados para alcanzar una posición dominante en el mercado, y en algunas oportunidades, de abusar de dicha posición.

Conceptual y jurídicamente, una asociación gremial de médicos es una asociación lícita, incluso amparada constitucionalmente en el derecho de asociarse, pero económicamente visto, se trata de una reunión de competidores, ya que todos sus miembros ejercen la misma actividad económica, como lo sería, servicios médicos de determinada especialidad.

Visto así, una asociación gremial, lícita desde el punto de vista del Derecho común, resulta ser una agrupación de competidores que a lo menos tiende a provocar efectos anticompetitivos, ya que, es indiscutible, que la reunión de competidores los induce a compartir información económica que va desde la consulta, técnicas o procedimientos, hasta coordinar qué precio se cobra por tal o cual prestación.

Aunque parezca grosero, una asociación gremial de médicos, económicamente hablando, no dista mucho de una asociación gremial de

farmacias, de avícolas o de buses.

Es precisamente este riesgo el que la autoridad económica reprocha y busca reprimir.

Lo anterior es tan cierto que, en los últimos meses, hemos constatado cómo la Fiscalía Nacional Económica ha iniciado investigaciones de asociaciones gremiales de médicos, llegando incluso, a formalizar investigaciones en contra de algunas de ellas (caso Antofagasta, caso Valparaíso, caso Talca) e incluso, ha requerido del Tribunal de Defensa de la Libre Competencia la sanción en contra una de ellas (caso Chillán).

Es en razón de lo anterior que Falmed y el Colegio Médico A.G. han iniciado una labor informativa y preventiva general a todos médicos para difundir la normativa vigente en libre competencia.

SERVICIOS MÉDICOS Y LIBRE COMPETENCIA

El caso más reciente que permite visualizar la real importancia del problema en el mercado de los servicios médicos es el caso Chillán, donde el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia conoció el requerimiento de la Fiscalía Nacional Económica en contra de la Asociación Gremial de Médicos Ginecólogos Obstetras de Ñuble.

Este caso permite demostrar cómo una falla del mercado incentiva conductas anticompetitivas en las que puede incurrir una asociación



gremial que no cuenta con la asesoría jurídica especializada que exige la contingencia actual.

Como es sabido, los servicios médicos se ofrecen en un mercado muy específico y altamente regulado: el sistema público operado a través del intermediario FONASA, el cual busca que un seguro solidario financie las necesidades médicas de los afiliados; el sistema privado operado a través de Isapres, las que juegan un rol de intermediarios bajo un seguro individual para financiar prestaciones médicas de los afiliados (sea a través de bonos o mediante reembolso); y el sistema privado particular, donde el paciente interactúa directamente con el prestador de los servicios.

En cualquiera de las situaciones anteriores, se espera que los prestadores de los servicios de salud actúen con plena independencia, garantizando con esto la libre competencia y precios justos.

Lamentablemente, pero por así disponerlo la ley, se provoca una falla en el mercado cuando actúa un intermediario, sea FONASA, sea una Isapre, ya que, estos intermediarios concentran la demanda a través de planes o la simple afiliación, y demandan conjuntamente los servicios médicos "en representación" de todos sus afiliados, rompiendo con esto la atomicidad que se espera que exista en los demandantes.

La justificación de FONASA y de la Isapres es un asunto que escapa a las pretensiones de este informe, pero que puede revisarse en la literatura existente.

Sostenemos que existe una falla en el mercado de los servicios médicos, pues ha sido el propio legislador (la ley) quien ha estimado (quizá con un fin social) que es mejor que los demandantes de servicios médicos actúen concentrados en un intermediario para maximizar la competencia de los oferentes; pero lo cierto es que, lejos de maximizar la competencia, induce conductas anticompetitivas.

Lo anterior es muy fácil de advertir: primero, los intermediarios concentran la demanda de servicios autorizados por la ley, ello les permite manejar la demanda de los servicios médicos e inducir con esto los precios y; segundo, los oferentes de dichos servicios, los médicos, si desean acceder a la demanda deben ajustarse a los precios que los intermediarios están dispuestos a pagar (dígase Arancel FONASA, o Convenio de Servicios Médicos). Se entiende que con esto se maximiza la efectividad del mercado.

Frente a este mercado, el comportamiento de los agentes económicos ha experimentado un efecto quizá no previsto por el legislador. Descartando por ahora la situación de FONASA, pues entendemos que existe en ella un fin social solidario, en el caso de la Isapres la situación resulta inquietante. Esto último es así, ya que se ha constatado (y es sabido por la naturaleza misma de la aseguradora privada) que ella actúa motivada por un fin económico, fin que se traduce no necesariamente en un bienestar social para sus afiliados, sino

simplemente, maximizar su utilidad.

Así, motivada fundamentalmente por la utilidad, la Isapre busca captar afiliados con Planes de Salud dispendiosos y, como contrapartida, busca captar la oferta de servicios a precios bajos ajustados a un Convenio de Prestadores.

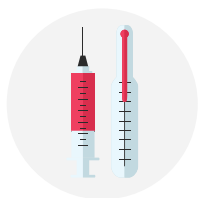
En la lógica del legislador, esto es muy bueno, pues induce a los prestadores a competir con mejores precios, pero en la práctica, ello no es así, ya que, o bien los prestadores especializados (con poder de mercado) abandonan el sistema y optan por ofrecer sus servicios directamente a sus pacientes (sistema privado particular), o bien, induce las negociaciones para mejorar los precios.

En este último caso también podemos constatar que las negociaciones individuales para mejorar los precios de los servicios de salud resultan dificultosas, o bien, impracticables, por lo que, la negociación conjunta ha sido vista como la herramienta adecuada para enfrentar la posición dominante que en el mercado de los servicios médicos han alcanzado las Isapres.

La lógica resulta evidente: si las Isapres pueden concentrar la demanda, los médicos pueden concentrar la oferta.

Sin perjuicio de lo anterior, es precisamente esto lo que genera el efecto anticompetitivo que el Estado busca reprimir.

Si se da una segunda vista al problema, y teniendo en cuenta la legislación de defensa de la



competencia, puede advertirse sin mucho esfuerzo que la negociación conjunta constituye un acuerdo entre competidores que versará sobre una variable relevante del mercado, cual es el precio.

CASO CHILLÁN

En la Provincia de Ñuble, Octava Región, operan 5 Isapres, las cuales hacia el año 2000 lograron capturar la totalidad de los médicos ginecólogos obstetras con Convenios de Prestaciones Médicas cuyo valor pactado se mantuvo inalterado hasta el año 2011.

Los médicos agrupados en una asociación gremial, discutieron y acordaron que no era justo que sus consultas y prestaciones quirúrgicas fueran infravaloradas por la Isapres, y más aún, que dicha valorización se mantuviera inalterada por más de 10 años. Para ello, y en consideración que las negociaciones individuales no obtenía frutos, mandataron al Presidente de la Asociación para terminar (o no renovar) los convenios, y en el mismo acto, comunicar a las Isapres que no operarían con ellas hasta que sus prestaciones fueran revalorizadas al alza.

Como consecuencia de lo anterior, las pacientes no podían comprar bonos, y sólo podían acceder a los servicios ginecológicos a través del sistema privado particular.

Recordemos que la norma dice: "Acuerdos expresos o tácitos

entre competidores, o las prácticas concertadas entre ellos, que les confieran poder de mercado y que consistan en fijar precios de venta, de compra u otras condiciones de comercialización, limitar la producción, asignarse zonas o cuotas de mercado, excluir competidores o afectar el resultado de procesos de licitación".

Como puede apreciarse, la Asociación Gremial no es un acto anticompetitivo *per se*, pero constituye una poderosa herramienta para inducir una práctica concertada entre competidores.

El asunto terminó, como se dijo, en un requerimiento judicial que perseguía obtener la disolución de la asociación gremial e imponer una multa de más de 890 UTA (algo así como \$450.000.000).

El Tribunal de Defensa de la Libre Competencia acogió en parte el requerimiento de la Fiscalía Nacional Económica y condenó a los médicos y a la A.G. a pagar multas por haberse constituido en un cartel y haber fijado precios entre competidores.

De dicho fallo se recurrió a la Excma. Corte Suprema de Justicia, cuya resolución se encuentra pendiente.

CONSIDERACIONES DE RELEVANCIA JURÍDICA

En este escenario, resulta de suma importancia promover la educación en temas de libre de competencia en el mercado de las

prestaciones médicas, pues se ha constatado que la falla del mercado relevante de los servicios médicos en el sistema privado de la Isapres induce comportamientos anticompetitivos en los médicos, cuestión que puede ser objeto de la intervención de la autoridad económica exponiendo a los médicos no sólo a sanciones pecuniarias, sino que además, a sanciones sociales de descrédito. Lo anterior es sin perjuicio de la modificación legal que actualmente se tramita en el Congreso para restablecer las penas privativas de libertad en casos de colusión.

Por ello, es necesario precisar que las asociaciones gremiales no pueden ser utilizadas para negociaciones conjuntas, sea para Isapres, sea para FONASA, sea para los pacientes en el mercado privado particular.

El uso de asociaciones gremiales debe quedar restringido a las actividades propias de gremio, que contribuyan al fortalecimiento o desarrollo de la especialidad, pero nunca como herramienta de negociación o que permita o induzca prácticas concertadas.

Lo anterior resulta plenamente aplicable a las Asociaciones de Funcionarios Médicos, ya que éstas sólo están autorizadas para (entre otras) negociar mejoras salariales dentro de sus contratos de planta y a contrata, pero no fuera de ellos, como ocurriría por ejemplo si se incorpora dentro de la negociación a funcionarios a honorarios.

DE ACUERDO AL DOCUMENTO DE PROMOCIÓN EMITIDO POR FNE DENOMINADO "ASOCIACIONES GREMIALES Y LIBRE COMPETENCIA" EMITIDO EN AGOSTO 2011, DISPONIBLE EN FNE.GOB.CL EMANAN LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES.

SÍ participe de una A.G. cuya misión y objetivos consten por escrito y sean legítimos desde el punto de vista de la libre competencia.

Si tiene dudas respecto de ello, **SÍ** consulte la opinión de un asesor legal que verifique lo anterior.

NO se asocie a una A.G., si ésta no tiene una definición clara y por escrito de su misión y los objetivos que persigue, o si estos fueran o tuvieran un efecto anticompetitivo.

NO siga asociado a una A.G. cuyas acciones no respeten cuidadosamente la misión y objetivos definidos por escrito, o que ampara, promueve y/o lleva a cabo actividades contrarias a la competencia.

SÍ recuerde que las empresas deben tomar sus propias decisiones de manera individual, sin discutir con sus competidores respecto de cómo ofrecer o vender sus productos o servicios, o a qué precio o bajo qué condiciones.

SÍ evite todo tipo de intercambios de información relevante con competidores y otros miembros de la A.G., dentro o fuera del marco de ésta, sea por escrito, oralmente o a través de acciones no verbales.

NO trate temas o acuerde acciones con sus competidores en el marco de la A.G. o fuera de ésta, independiente de si es verbalmente, por escrito o a través de cualquier acción no verbal, en relación a:

- Cartera de clientes, cartera de proveedores u otros competidores, o respecto a la individualización de alguno de ellos;
- Precios vigentes o futuros, políticas de precios o método de cálculo de éstos, o períodos de cambios de precios y políticas de descuentos;
- Costo presente de productos o servicios, o estimaciones de costos futuros, o bien, márgenes presentes o estimaciones futuras de los mismos;
- Cualquier condición comercial de compra o venta (condiciones de crédito, de pago, descuentos, cobro de servicios o términos para la entrega de productos);
- Presupuestos de productos, componentes, repuestos y servicios;
- Productos o servicios ofrecidos, o propuestas o participación en licitaciones.

SÍ participe de reuniones de la A.G. en las que, en todo momento, los temas de discusión y debate sean de naturaleza pro-competitiva, como por ejemplo, mejoras en normas de seguridad o adopción de códigos de seguridad, cambios de los estándares técnicos existentes o adopción de leyes y regulaciones.

NO participe en reuniones de la A.G. u otras reuniones entre competidores que tengan la intención explícita de limitar la competencia en el mercado, o cuyos efectos afecten la competencia en éste.

NO sostenga comunicaciones con sus competidores –ya sea de tipo formal o informal, en

horarios de oficina o fuera de este horario– sobre información relevante, desde la perspectiva del DL 211.

SÍ defina previamente qué empleados de la empresa pueden participar en las reuniones de la A.G., evitando en lo posible que aquéllos que trabajan directamente en áreas de comercialización o ventas asistan.

Cuando éstos asistan, **SÍ** es aconsejable que vayan acompañados del asesor legal de la empresa.

SÍ solicite y tome conocimiento anticipado de la agenda o tabla de temas de toda reunión de la A.G., ya sea reuniones ampliadas o de comités o comisiones, y **SÍ** asista solamente a aquéllas que cubran temas apropiados para tratar con competidores.

NO asista ni participe en reuniones de la A.G., o en otras reuniones entre competidores, si no sabe de antemano cuál es el objeto de la reunión ni que temas se pretenden abordar.

SÍ objete inmediatamente, si en el transcurso de una reunión o evento de la A.G. se levantan o surgen temas de discusión sobre información relevante o que conlleve efectos anticompetitivos.

SÍ manifieste clara y enfáticamente las razones de su objeción y, en caso que la conducta prosiga, abandone inmediatamente la reunión, haciendo notar por alguna vía que usted está dejando el lugar o pidiendo expresamente que quede constancia o registro de ello en actas.

SÍ comunique al asesor legal de su empresa lo ocurrido y/o manifieste su disconformidad por escrito a la A.G., dejando copia de

esta comunicación en sus registros.

NO prosiga en una conversación o comunicación con cualquier competidor si él inicia una discusión o pide su opinión respecto de temas potencialmente anticompetitivos.

NO permita que su silencio lleve a que otros infieran o asuman su consentimiento, acuerdo y/o participación respecto de declaraciones o acciones o conductas anticompetitivas.

SÍ tome notas personales de los temas discutidos y acuerdos alcanzados en las reuniones y sesiones de la A.G. a las que asista, para futuras referencias.

SÍ guarde copias de las agendas, actas, materiales entregados y minutas de todas las reuniones de la A.G., así como de todo intercambio de correspondencia con ésta, a fin de que esté disponible en caso de ser solicitada por el área legal de su empresa o la FNE.

SÍ utilice la información provista por su A.G. que promueva fines legítimos y pro-competitivos.

En caso contrario, **SÍ** informe a los asesores legales de la empresa y/o comuníquese por escrito con la A.G., explicando los motivos por los que su empresa no está interesada en recibir ese tipo de información, y guarde una copia de esta comunicación en sus registros.

NO solicite información provista por la A.G. que involucre información comercial sensible de los asociados, y en caso de recibirla, no la utilice.

SÍ utilice información provista por su A.G., elaborada por ella o por terceros a su nombre, cuando:

- Presente datos agregados de la industria o considere análisis

de estos;

- Se refiera a información histórica, presentada como promedios o rangos, sin identificar a ninguno de los asociados;
- Considere cualquier información de dominio público, debidamente sistematizada.

SÍ proporcione información a su A.G., en la medida que ésta haya sido evaluada por los asesores legales de su empresa, o como regla general, se refiera a datos históricos de la empresa, en la forma más agregada posible.

NO proporcione ninguna información a su A.G. o a terceras partes en nombre de ésta (por ejemplo, consultores), sin que este requerimiento de información haya sido evaluado por los asesores legales de la empresa. Como regla general, **NO** entregue a su A.G. (o a terceros en su representación) información sobre aquellos temas comerciales relevantes definidos en este documento.

NO participe de estudios de mercado, encuestas o ejercicios comparativos que lleve a cabo la A.G. (o terceros en su nombre), que por

su diseño permita individualizar a los informantes y por esta vía, que tanto su información como la de sus competidores que participan en el estudio, pueda ser identificada.

SÍ utilice respecto de terceras partes, como por ejemplo empresas consultoras, los mismos principios generales que rigen su relación con la A.G. y otros competidores, en particular en lo que respecta a compartir información y otros tipos de comunicaciones.

NO utilice terceras partes (por ejemplo, consultores o proveedores) para transmitir información a sus competidores, si ésta no puede ser comunicada directamente sin resultar impropia o ilegal.

SÍ proponga y promueva el cumplimiento de las disposiciones legales en materia de libre competencia al interior de su A.G., recomendando, apoyando y fomentando que ésta desarrolle actividades y programas de capacitación sobre este tema para sus asociados al menos una vez al año y cuente, en lo posible, con un programa de cumplimiento de las normas de libre competencia. **F**



Una red de servicios y beneficios para los médicos

Como una apuesta visionaria del Colegio Médico, en 1994 nace Falmed, la Fundación de Asistencia Legal de la Orden, una iniciativa exitosa que otorga la mejor solución de protección legal para sus médicos colegiados, además de un seguro de responsabilidad médica que no discrimina por especialidad ni siniestralidad.

- Presencia en todas las regiones del país.
- Más de 17.000 afiliados.

- Más de un 99% de efectividad en juicios.
- Experiencia en más de 4.000 causas.

Servicios

DEFENSA JURÍDICA

- Seguro de responsabilidad profesional médica de hasta UF 5.000 por evento anual sin deducible.
- Defensa en juicios por presunta mala praxis.
- Defensa en procesos administrativos derivados del ejercicio profesional.
- Asesoría y representación en procesos de mediación.
- Sin discriminación por especialidad o siniestralidad.

FALMED 3.0

- Sumarios sanitarios.
- Materias civiles.
- Conformación de sociedades.
- Juicios laborales, tributarios y penales derivados del ejercicio de la profesión.

FALMED SUCESORIO

Asesoría y representación –judicial y extrajudicial- en materia sucesoria como testador o heredero:

- Redacción de testamento.
- Albacea (ejecutor testamentario).
- Petición de Posesión Efectiva.
- Apertura de testamentos.
- Ejecución testamentaria.

ASESORÍA COMUNICACIONAL ANTE JUICIOS O AMENAZAS DE JUICIOS

- Asesoría en construcción de mensajes.
- Relación con los medios de comunicación.
- Manejo de crisis.

Beneficios

FALMED JÓVENES Y APS

- Pago de media cuota mensual para médicos que ejerzan durante sus primeros tres años desde la titulación.
- Pago de media cuota mensual para médicos APS que se encuentren en condición de media cuota al día en Fondo de Solidaridad Gremial.

FALMED SENIOR

- Pago de media mensualidad por un período de 5 años para médicos con 70 años o más.
- Pago liberado de cuotas para médicos de más de 75 años sin perder beneficios.

Nuevo beneficio: DOCTORANDOS

- Rebaja de un 50 % de la cuota mensual para médicos que se encuentren cursando un doctorado.
- Requisitos: estar al día en las cuotas y el enviar la documentación que acredite el doctorado, señalando claramente su período de duración.

PRE FALMED

- Asesoría jurídica para internos de medicina de las universidades asociadas, en temas de responsabilidad sanitaria.
- Seguro de responsabilidad sanitaria
- Defensa en juicios asociados al ejercicio sanitario.
- Asesoría comunicacional ante juicios o amenazas de juicios.

Para mayor información contacte a su abogado de Falmed

600 8 FALMED · 600 8 325633 · (02) 2770 88 00
falmed@falmed.cl · www.falmed.cl





FALMED

FUNDACIÓN DE ASISTENCIA LEGAL
DEL COLEGIO MÉDICO A.G., DOCTOR
KLÉBER MONLEZUN SOTO

MÁS QUE UN SEGURO

Zonal Valparaíso

En la Quinta Región, Falmed tiene sede en la ciudad de Viña del Mar.

☎32 2679507

Los Acacios 2324, Miraflores, Viña del Mar

Sede Central

Oficina Jurídica

Tiene su sede central en Santiago,
☎600-8-FALMED (600-8-325633)
Huérfanos 669, Santiago

Oficina Administración y Directorio

☎22 6641295
Esmeralda 670, Santiago

Oficina Oriente

☎22 7459367 / 22 7459366
Av. Las Condes 9460, Of. 1002, Las Condes

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

🌐 www.falmed.cl

🐦 www.twitter.com/falmedchile

📘 www.facebook.com/FundacionAsistenciaLegalColegioMedico

Zonal Norte Grande

Falmed Norte Grande funciona en las oficinas del Consejo Regional Antofagasta del Colegio Médico de Chile. Desde allí se coordina el trabajo de Arica, Iquique, Calama y Antofagasta.

☎55 2249169 / 55 2248354

Balmaceda 2536, Of. 505, Antofagasta

Zonal Norte Chico

Falmed Norte Chico tiene sus oficinas en el Consejo Regional de La Serena del Colegio Médico. Desde allí coordina el trabajo de Copiapó y La Serena.

☎51 2672452

Cienfuegos 475, Of. 365, La Serena

Zonal Intermedio

Falmed tiene sede en Talca, encargada de atender las necesidades de la zona.

☎71 2222870

Cinco Norte 1369, Talca

Zonal Sur

En la Zona Sur la acción de Falmed está coordinada desde las oficinas de Concepción. Actualmente Falmed funciona en la sede del Consejo Regional Concepción. Desde aquí se atiende a Chillán, Los Ángeles, Concepción, Temuco y Valdivia.

☎41 2210492

Diagonal Pedro Aguirre Cerda 1180,
Of. 401, Concepción

Decálogo Falmed

Por una Buena Praxis Médica



Lex Artis

Actuar conforme a la Lex Artis médica, tanto en lo técnico como en lo ético.



Empatía

Mantener una buena relación con el paciente y con su familia.



Claridad

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



Excelencia

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



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.



Criterio

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



Registro

Usar correctamente la ficha clínica.



Orden

Terminado el turno, hacer la entrega de manera completa y adecuada.



Prudencia

Evitar comentarios sobre otros colegas. En caso de duda, confirmar con el propio colega u otros miembros del equipo sanitario.



¡Contáctenos!

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