

# VIDAMÉDICA

COLEGIO MÉDICO DE CHILE / VOLUMEN 71 N°3 / DICIEMBRE 2019



POR UNA SALUD  
QUE NO NOS DIVIDA

SALUD  
UN DERECHO

MÁS RECURSOS  
PARA APS

MÁS RECURSOS,  
MEJOR SALUD

**#COLMED**  
**MOVILIZADO**  
Por el derecho a la salud



EN ÑUÑO A

HAY UN ACTUAL  
PARA CADA UNO

*Busca el tuyo*

LANZAMIENTO

EDIFICIO  
*Sucre*  
3028  
ÑUÑO A

VIVIR LO NUEVO, SIEMPRE VIVIR ACTUAL

Edificio Sucre es un proyecto pensado en el mundo de hoy, donde la innovación y la sustentabilidad son parte importante de su propuesta.

Destaca su paisajismo con especies de bajo consumo de agua, bicicleteros con punto de reparación y estacionamientos adaptables para autos eléctricos.

Todo lo que buscas para un estilo de vida contemporáneo, más actual.

Elige entre más de 40 proyectos en 3 países:  
Chile, Colombia y Perú

ACTUAL  
PARTE DE PAGO  
RECIBIMOS TU PROPIEDAD

DESCUENTO EXCLUSIVO  
COLEGIO MÉDICO 2%

Imagen referencial, Salón Gourmet Edificio Sucre.

- Quincho
- Work Café
- Salón Gourmet
- Piscina - Gimnasio - Pet Zone

Sala de Ventas:  
General José Artigas 3121, Ñuñoa  
Tel. (+56 9) 3 390 4748

1·2·3 dorm.  
DESDE  
UF 3.990\*

\* Precio desde corresponde a  
depto. 310 de 1 dormitorio.

Programa de beneficios

actual  
Plus

Visítanos en [actual.cl](http://actual.cl)  
Una empresa actualcorp

# ¡CONOCE LOS CONVENIOS QUE TENEMOS PARA TI!

Colegio Médico de Chile



ENCUÉNTRALOS INGRESANDO A LA SECCIÓN "MI COLMED" EN NUESTRO SITIO WEB

Sólo debes ingresar con tu ICM (sin dígito verificador) y tu contraseña. (Si no la tienes o no la recuerdas, sólo debes hacer click en "Olvidé mi password").

[www.colegiomedico.cl](http://www.colegiomedico.cl)

# EDITORIAL

## Movilizados por el derecho a la salud

Tal como en distintos momentos de nuestra historia, nuestro Colegio Médico de Chile no ha estado ajeno al acontecer nacional. El alza del pasaje en el transporte fue la gota que rebalsó el vaso y detonó un estallido social, expresando la molestia de la sociedad con los abusos, inequidades y desigualdades que se han arrastrado por décadas. Entre las más sentidas demandas, además de mejores pensiones, salarios dignos, educación de calidad, siempre sonó con fuerza la exigencia de una salud digna para todos y todas.

Previo a este escenario, desde el Colegio Médico ya habíamos planteado públicamente nuestro descontento con la falta de insumos en los hospitales y el incumplimiento de acuerdos por parte del Ministerio de Salud que pretendían fortalecer la contratación médica: pago de asignaciones para profesionales en periodo asistencial obligatorio, reconocimiento de especialistas en atención primaria de salud y el cumplimiento pleno de Ley Médica. Entendiendo que gran parte de los problemas que vivimos día a día responden a temas estructurales, nos sumamos al descontento social, manteniendo nuestras movilizaciones planificadas, y desarrollamos una participación activa, pacífica, propositiva y dialogante con la sociedad y todos los poderes del Estado, además de iniciar un histórico trabajo junto a todos los actores de salud como los gremios, colegios profesionales de la salud, organizaciones de usuarios y pacientes. Junto a ellos, acordamos cuatro grandes ejes para comenzar a solucionar los problemas que vemos a diario en nuestros espacios de labores: derecho a la Salud, garantizado en la Constitución; Seguro Nacional de Salud; establecer un Per Cápita de 10 mil pesos para atención primaria de salud; e incremento al 6% del PIB para el gasto público de Salud para cubrir déficit estructural y seguir las recomendaciones internacionales.

Pese al complicado clima social y las limitaciones en el funcionamiento de la ciudades, nuestros médicos y médicas, y el equipo de salud en general, respondieron siempre con responsabilidad y compromiso, llegando a sus puestos de trabajo y soportando extensas jornadas laborales, especialmente los servicios de Urgencia de la red pública, que tuvieron que enfrentar una sobrecarga de su gestión habitual.

Respondiendo al rol de nuestra profesión, denunciarnos con vehemencia los excesos y violaciones de DD.HH. por parte de agentes del Estado, que quedaron en evidencia por un alto

número de lesionados y un récord mundial que nos avergüenza en la cantidad de pacientes con trauma ocular severo, y pusimos en conocimiento a las autoridades políticas, policiales e internacionales de la materia, los antecedentes que nuestro Colegio pudo reunir a través del abnegado trabajo de nuestro Departamento de Derechos Humanos, encabezado por el Dr. Enrique Morales, quienes han trabajado sin descanso desde el inicio de la crisis.

Tampoco hemos dudado en condenar la violencia siempre y de manera tajante, especialmente cuando ha afectado a centros asistenciales o a equipos de salud, los cuales hasta en situaciones de guerra deben ser respetados, entendiéndose el importante servicio que brindan a la comunidad. Estos hechos no sólo entorpecen el diálogo y la búsqueda de soluciones, sino que generan un efecto negativo en la legitimidad mayoritaria de las demandas sociales.

Valoramos también el acuerdo alcanzado para una nueva Constitución y creemos que es fundamental que la voz de nuestros médicos y médicas esté presente en la elaboración de la Nueva Carta Magna, por lo que los invitamos a informarse y ser parte de este proceso.

El Colegio Médico de Chile, desde su creación y durante sus 70 años de historia, ha tenido la vocación de incidir en las políticas públicas sanitarias y la preocupación por nuestros pacientes, entre sus prioridades. Por eso, siempre ha tenido y tendrá sus puertas abiertas a toda la sociedad y las autoridades, sin importar el color político, y la disposición para tender puentes de construcción y diálogo. Creemos que como ocurre en la mayoría de las crisis, esto puede y tiene que ser visto como una oportunidad para generar los cambios que nuestro país necesita y que nuestros ciudadanos demandan. Confiamos en que nuestro gremio será un actor relevante para construir un nuevo pacto político y social.



**DRA. IZKIA SICHES PASTÉN**  
Presidenta  
Colegio Médico de Chile

**PUBLICACIÓN OFICIAL DEL  
COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G**  
ISSN 0716-4661

#### **DIRECTORES**

Dra. Izkia Siches P.  
Dra. Inés Guerrero M.  
Dr. Patricio Meza R.

#### **REPRESENTANTE LEGAL**

Dra. Izkia Siches P.

#### **COMITÉ EDITORIAL**

Dra. Izkia Siches P.  
Dr. Patricio Meza R.  
Dr. José Miguel Bernucci P.  
Dr. Jaime Sepúlveda C.  
Dra. Inés Guerrero M.  
Dra. Natalia Henríquez C.  
Dr. Luis Ignacio de la Torre C.  
Dr. Germán Acuña G.

#### **EDITORIA PERIODÍSTICA COLMED Y FSG**

Daniela Zúñiga R.

#### **EDICIÓN FALMED**

Mariela Fu R.  
Dr. Jorge Lastra T.

#### **DIRECCIÓN DE ARTE FALMED:**

Carolina Mardones P.

#### **PERIODISTAS**

Patricio Azolas A.  
Patricio Cofré A.  
Armay Gonzalez L.  
Alejandra Moreira B.  
Paulo Muñoz A.  
Marcela Barros M.  
Patricio Alegre A.  
Andrés Palacios P.  
Pedro Soto P.  
Red de Periodistas Regionales

#### **DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN COLMED**

Carla Gutiérrez M.

#### **DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN FALMED**

**PALCO** | Comunicaciones

#### **PRODUCCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN**

**PALCO** | Comunicaciones  
thibaut@palco.cl | +569 8831 0844

#### **FOTOGRAFÍA**

Comunicaciones Colmed y Falmed

#### **MESA CENTRAL COLEGIO MÉDICO**

Fono 2 2429 40 90

*Las opiniones son de exclusiva responsabilidad de quienes las emiten.*

*Colegio Médico de Chile no tiene responsabilidad por el contenido de los avisos publicitarios, ni por los resultados que se obtengan en el uso de los productos o servicios incluidos en los convenios.*

**Revista de circulación gratuita.**

*Vida Médica es impresa en RR Donnelley Chile, quien actúa solo como impresor.*



**COLEGIO MÉDICO  
DE CHILE**



**FONDO DE  
SOLIDARIDAD GREMIAL**



**FALMED**



**FATMED**

# CONTENIDOS

8

## COLUMNAS DE OPINIÓN

-“Medicina Privada: Limitaciones de un mercado de seguros concentrado e integrado verticalemente”, *Dr. Arturo Paillalef*

-“La lucha por un derecho irrenunciable”, *Dr. Alfonso Sánchez*

-“Un congreso diferente”, *Dr. Matías Segura*

10

## COLMED INFORMA

12

## COLMED REGIONALES

14

## COLMED PREGUNTA

¿Qué medidas o reformas crees que debieran implementarse para que tengamos una mejor salud en nuestro país?

16

## #COLMEDMOVILIZADO

Por el derecho a la salud

20

## #COLMEDMOVILIZADO

El rol del Colegio Médico en la defensa de los Derechos Humanos

22

## REPORTAJE

Derribando Fake News sobre los migrantes y la salud

26

## VOCACIÓN PÚBLICA

Dr. Guillermo Mac Millan

30

## TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA

Colegio Médico eligió a sus nuevos integrantes

32

## UDELAM

Un apoyo necesario para los médicos

34

## ESPECIAL FALMED EDUCA

Por una medicina de excelencia

36

## REPORTAJE FALMED

Por una práctica segura en el ejercicio de la medicina

40

## REPORTAJE FALMED

Por una correcta Lex Artis en el ejercicio de la medicina

44

## INFOGRAFÍA FALMED

Por una información de excelencia

46

## PUNTOS DE VISTA:

Ser y ejercer como médico en el Chile actual

- *Dr. Miguel Kottow*

- *Dr. Luis Weinstein*

- *Dr. Jorge Jiménez*

50

## REPORTAJE FALMED

Por una comunicación de excelencia

54

## REPORTAJE FALMED

Por una ética de excelencia

58

## INFOGRAFÍA FALMED

Buen trato y satisfacción usuaria

60

## FSG

¿Conoce los beneficios que el Fondo de Solidaridad Gremial tiene para ti!

62

## SOCIALES

Ramada a tu salud

64

## IN MEMORIAM

Dr. Julio Felipe Montt Momberg

65

## MÉDICOS MAYORES

70

## HISTORIA DE LA MEDICINA

Entre genialidad, charlatanería y guerra

71

## ACUERDOS

# COLUMNAS DE OPINIÓN

## MEDICINA PRIVADA: LIMITACIONES DE UN MERCADO DE SEGUROS CONCENTRADO E INTEGRADO VERTICALMENTE



*Dr. Arturo Paillalef Córdova*  
*Presidente Departamento Medicina Privada Colegio Médico de Chile*

La Constitución asegura el derecho a desarrollar cualquier actividad económica que no sea contraria a la moral, al orden público o a la seguridad nacional, respetando las normas que la regulen. Bajo un esquema económico neoliberal, el objetivo de una empresa será primordialmente generar utilidades, lo que es válido en áreas industriales, pero no así en el mercado de la salud, que reúne servicios que en nada se asimilan a un bien material.

Es válido plantear que los objetivos económicos pueden no estar en consonancia con los límites éticos; como lo es también sugerir que un megaprestador que establece un límite máximo de 15 minutos para la atención de un paciente, está tomando decisiones con objetivos comerciales; al igual que cuando exige más exámenes o que sean realizados exclusiva o preferencialmente en la misma institución, incrementando costos a los usuarios. Son situaciones que el marco legal no prohíbe, aunque estén usualmente fuera de lo ético.

Hemos transitado aceleradamente desde el predominio de consultas médicas propias a numerosas consultas en poder de megaprestadores en contexto de entidades integradas verticalmente. Los intereses de los médicos por entregar la mejor prestación posible en información, calidad y seguridad podría tener una contraparte interesada fundamentalmente en rentabilidad y eficiencia, pudiendo ser estos últimos los parámetros principales de la evaluación de una gestión de negocios.

Los ejemplos teóricos de libre competencia parten de la base múltiples agentes que ofertan y demandan bienes y servicios, sin embargo, en Chile ocurre todo lo contrario: el mercado de salud privada tiene un pequeño número de ISAPRE e integración vertical con prestadores institucionales privados. Bajo la perspectiva de los pacientes: las cotizaciones se han incrementado y las coberturas han disminuido en libre elección, al menos.

¿Cuál es el camino seguir? En presencia de un mercado concentrado toma fuerza la necesidad de un incremento de la regulación y eliminar totalmente la integración vertical bajo un mismo Holding para seguros de salud, prestadores institucionales privados, seguros complementarios, al menos. Cobra también fuerza la alternativa de un plan universal.

También, es importante avanzar en estudios que desde los organismos reguladores y las universidades muestren si hay o no perjuicio a los cotizantes tanto por el incremento desmedido de cotización, limitación de la libre elección, deterioro de la oportunidad de atención, disminución de la cobertura, sincronía de acciones entre agentes concentrados, posible rol anticompetitivo de entidades que agrupan agentes de un mercado concentrado, planes cerrados con prestadores muy distantes que crean una limitación física del acceso, perfeccionar sistemas contables para las empresas de seguros en salud y cómo éstos expresan sus balances, etc.

## LA LUCHA POR UN DERECHO IRRENUNCIABLE



*Dr. Alfonso Sánchez Hernández*  
*Presidente Colegio Médico de Valdivia*

Este año nos movilizamos desde el extremo norte a las frías tierras de Magallanes para exigir lo que nos mueve por vocación: salud oportuna y de calidad para todos y todas. No es un lema sin sentido, sino un derecho básico, inherente al ser humano y que exige ser acatado con respeto y seriedad. Desde distintas voces y gremios de salud, en diferentes puntos del país, y en particular la región de Los Ríos, nos levantamos, a denunciar las paupérrimas condiciones de la red de salud pública local y para ser parte de la Marcha de los Delantales Blancos, encabezada por la Agrupación de Médicos Generales de Zona.

En octubre, nos volvimos a movilizar, primero, bajo el lema de "Unidos por una salud oportuna y digna para todos", para luego dar paso a una lucha frente a la crisis en el Hospital Base de Valdivia, que dejó al principal recinto de salud de la región sin insumos suficientes y con falta de drogas para tratamientos vitales, como los oncológicos.

En todas ellas, la demanda fue la misma: exigir al Ministerio de Salud cumplir con los compromisos y los desafíos que implica la salud pública en cada rincón.

Se lucha por la disponibilidad de médicos en el sistema público de salud, de profesionales calificados en diversas especializaciones, donde existe un claro déficit; y por la dotación de insumos suficientes para la demanda de la comunidad. Ello sin considerar, otro



aspecto básico: la infraestructura paupérrima con que se cuenta en muchas regiones.

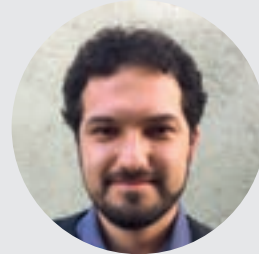
Más allá de las demandas, muchas de las cuales aún esperan en algún escritorio gubernamental, los médicos hemos demostrado unidad gremial y compromiso por seguir contribuyendo a mejorar la calidad en salud. Hemos hecho nuestro el juramento hipocrático que un día asumimos. Y la comunidad ha visto cómo exigimos a las actuales autoridades responder a un problema, que si bien en algunas zonas se presenta con mayor rigor, no es indiferente a ninguna.

No importa el color político o gobierno de turno, aquí enfrentamos una crisis como hace años no se veía en el sistema público. Reconocemos que no es un problema actual, sino que se arrastra por años, sin embargo, hoy se ha hecho insostenible.

El único camino posible es la inyección de recursos y entender que la salud no es un bien que se ajusta a las leyes de mercado, sino un derecho irrenunciable. No es posible planificar estrategias sanitarias sin tener en el centro la demanda de la comunidad.

Nos interesa recobrar el sitio que un día tuvo la salud y responder a la atención que necesitan los cientos de usuarios que día a día llegan hasta el hospital demandando tratamiento, remedios y respuestas a sus males. Nos interesa garantizar una salud oportuna y digna, como parte de un derecho irrenunciable para todos.

## UN CONGRESO DIFERENTE



*Dr. Matías Segura Riquelme*

*Presidente Médicos APS La Serena y Director Congreso Médicos APS 2019*

Un Congreso científico puede tener múltiples significados para cada médico. Ciencia, investigación, actualización, pero también salud pública, modelos de atención y participación comunitaria, aspectos relevantes para los profesionales que se desempeñan en atención primaria. Los Congresos de Médicos de APS se realizan de forma anual en diferentes regiones de Chile y congregan a colegas de todo el país. Fue así que tras el de Santiago el 2018, a 40 años de Alma Ata, se determinó realizarlo este año en La Serena, invitación realizada por la Agrupación Nacional APS y aceptada por las Asociaciones de Funcionarios de Médicos de La Serena y Coquimbo, que conformaron juntos el comité organizador.

A un mes del evento el éxito era rotundo. 26 expositores, 20 charlas, 14 temas de salud pública, cupos agotados, 80 trabajos recibidos y 30 seleccionados, actividades recreacionales y un largo etc. Pero ocurrió lo impensado: el estallido social y el comienzo de un nuevo periodo para Chile. La política se tomó las casas, redes sociales, juntas vecinales y también los establecimientos de atención primaria. Las demandas pasaban por procesos de confluencia donde los debates sobre una nueva Carta Magna, derecho constitucional a la salud, mejoras presupuestarias y per capita cobraron aún más fuerza. Todo esto obligaba a tomar postura y el equipo organizador no fue la excepción. Nos preguntamos, ¿Cómo podemos aportar al debate en estas materias? ¿Debemos permitir instancias de formación de aspectos coyunturales en salud y constitución o simplemente dejamos solo a la autoformación? Y finalmente nos preguntamos si tenía importancia conocer la mirada de muchos médicos APS de diferentes regiones sobre qué aspectos en salud debieran estar amparados en una nueva constitución.

La oportunidad era única, salirse del esquema y de lo normal, al igual que el resto del país. Decidimos entonces, en un plazo acotado, hacer un cambio profundo a la estructura del congreso, eliminamos lo recreacional, solicitamos a los expositores abordar la crisis social en sus charlas y nos permitimos incluir temas constitucionales y la crítica al sistema de salud actual y su corte neoliberal.

Finalmente, brindamos un espacio de participación directa a través de un cabildo. El resultado fue emocionante. A salón lleno fuimos testigos del beneficio de la formación constituyente, la inmensa participación de los asistentes en charlas y el intercambio de realidades de diferentes regiones, llegando a plenarios con importantes consensos. Agradecemos las felicitaciones de los asistentes y expositores. Nos place haber brindado un espacio de aporte a la visión social actual del médico en APS.

# COLMEDINFORMA

## DRA. ARRIAGADA PRESENTÓ PROPUESTA SOBRE TRASPLANTES EN LA CÁMARA DE DIPUTADOS



La presidenta de la Comisión de la materia de nuestro gremio, entregó la propuesta de crear una Agencia Nacional de Procuramiento a los parlamentarios de la Comisión de Salud. Asimismo, criticó que no exista una Política Nacional en la materia, tal como lo considera la ley, y propuso que el tema sea incluido en las mallas curriculares de los escolares a través del Ministerio de Educación. También solicitó al Ministerio de Salud realizar campañas comunicacionales permanentes que mantengan informada a la ciudadanía.

## MÉDICOS MAYORES SE REUNIERON EN CONVENCIÓN NACIONAL EN LA SERENA



Un importante paso para formar la Agrupación Nacional de Médicos Mayores, dieron los facultativos reunidos en esa entidad del Colegio Médico y sus capítulos regionales de todo el país, mediante una convención nacional realizada el 30 y 31 de agosto en La Serena. Durante la jornada también se realizaron ponencias de destacados académicos regionales y de los representantes de los consejos de Arica, Antofagasta, Santiago, Rancagua, Concepción, Los Angeles, Temuco y Osorno, que asistieron al encuentro.

## CERCA DE 70 NIÑOS DE LA TELETÓN RECIBIERON ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA GRATUITA



En el marco del Día Mundial de la Visión, el Colegio Médico, la Sociedad Chilena de Oftalmología y la Asociación de Tecnólogos Médicos en Oftalmología y Optometría, realizaron un operativo en el instituto de Santiago para brindar atención y detectar a tiempo eventuales patologías visuales en niños y jóvenes que se atienden allí. Asimismo, hicieron un llamado sobre la importancia de pesquisar y tratar oportunamente enfermedades que pueden conducir a la discapacidad visual. Esta actividad fue posible gracias a una veintena de profesionales que prestaron atención de manera voluntaria.

## DPTO. DE GÉNERO Y SALUD REALIZÓ CURSO SOBRE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN LEY IVE



Abordando aspectos sanitarios, legales y éticos, para un grupo de cerca de 35 médicos de diversos centros asistenciales de todo el país, se desarrolló el curso de capacitación "Objeción de Conciencia en el Contexto de la Ley 21.030". La actividad organizada por el Departamento de Género y Salud del Colegio Médico, el Instituto O'Neill de la Universidad de Georgetown y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, tuvo como finalidad resolver dudas, entregar una evaluación de la implementación y entregar visiones sobre la objeción en las 3 causales para la interrupción voluntaria del embarazo.

## DIRECTIVA SOLICITÓ AL MINSAL CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS CON LAS AGRUPACIONES



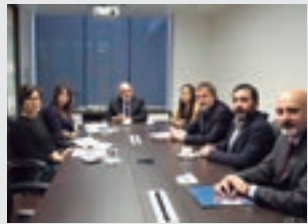
Representantes de la Mesa Directiva Nacional se reunieron con el subsecretario de Redes Asistenciales, Arturo Zúñiga, para abordar el estado de los acuerdos suscritos entre el Ministerio de Salud y la orden, que involucran a los Residentes, Médicos Generales de Zona y de Atención Primaria de Salud, por el pago de asignación de Medicina Familiar a los Médicos de Familia en cargos directivos de reparticiones municipales; el pago de asignación de especialistas a médicos que trabajan en atención primaria de salud, pero que no son especialistas en Medicina Familiar; además de los cupos para las becas de especialidad y condiciones laborales de los médicos.

## COLMED PARTICIPÓ EN PRESENTACIÓN DE QUERRELA CONTRA AGRESOR DE DOCTORA



La acción penal contra el agresor de la doctora María Concepción Silva fue presentada por el Servicio de Salud Metropolitano Sur en compañía del Colegio Médico y representantes de la dirección y los equipos de salud del Hospital Barros Luco, lugar donde la profesional fue agredida y, luego de una confusa situación, fue detenida por Carabineros por el presunto daño que habría sufrido el celular del denunciado.

## DIRECTIVA DEL COLEGIO MÉDICO SE REUNIÓ CON FISCAL NACIONAL



La Presidenta y el Vicepresidente del Colegio Médico se reunieron con el Fiscal Nacional Jorge Abbott, para abordar la detención de la doctora agredida en el Hospital Barros Luco y retomar el compromiso de trabajo conjunto para evitar este tipo de hechos. En el encuentro, participaron también el pdte. de la Sociedad Chilena de Medicina de Urgencia, Dr. Ulises González, y el abogado jefe del Gremio, Adelio Misseroni. El acuerdo fue formar una mesa -que incluya a Carabineros de Chile también-, que pueda presentar propuestas, no solo para este tema de las detenciones, sino que para otros procesos críticos que hacen llevar a las pugnas con la policía, como son las alcoholemias, constataciones de lesiones y otros.

## COLMED HOMENAJEÓ A MÉDICOS Y ESTUDIANTES ASESINADOS O DESAPARECIDOS EN DICTADURA



En la actividad, realizada el lunes 9 de septiembre, fueron reconocidos especialmente siete alumnos de medicina que recibieron su título póstumo con una colegiatura simbólica. Ellos se sumaron a los 22 facultativos que son homenajeados en cada aniversario del golpe de estado. Los siete nuevos colegiados son: Pablo Aranda Schmied; Óscar Avello Avello; José García Franco; Jorge Ortiz Moraga; Hernán Sarmiento Sabater; Renato Sepúlveda Guajardo; Álvaro Vallejos Villagrán, estudiantes de medicina de la Universidad de Chile, que recibieron su título de manera póstuma por esta casa de estudios.

## DOCTORA SICHES SE REUNIÓ CON CONTRALOR GENERAL DE LA REPÚBLICA



Abordar una serie de temáticas del área de la salud que afectan a profesionales de todo el país, entre las que se incluyen interpretaciones a definiciones administrativas; pagos de asignaciones que no son realizados de forma arbitraria por algunos servicios de salud; las exigencias de EUNACOM para trabajar en el sistema público; y los alcances de las becas para PAO y subespecialidades, fueron parte de la reunión que sostuvo la presidenta del Colegio Médico, Dra. Izkia Siches, con el Contralor General de la República, Jorge Bermúdez. Tras el encuentro, se resolvió elevar presentaciones al organismo en un par de materias, re direccionar los esfuerzos hacia el Ministerio de Salud y a los Servicios de Salud.

## GREMIO REALIZÓ ASAMBLEA PARA MÉDICOS DEL SECTOR PRIVADO



La Dra. Izkia Siches y el presidente del Departamento de Medicina Privada, Dr. Arturo Paillalef, encabezaron este encuentro en que facultativos expusieron situaciones que dificultan su labor profesional, tales como presiones para prescribir exámenes, reducciones unilaterales de los valores a pagar por prestaciones desde mega empresas de salud y expulsión de médicos o limitación para trabajar con isapres. La dirigencia comprometió apoyo desde el Gremio en estas problemáticas y los instó a conformar capítulos médicos.

# COLMEDREGIONALES

## • ARICA: Colegio Médico marchó junto a gremios y agrupaciones de salud



Médicos y médicas de la Región de Arica y Parinacota, junto con diversas agrupaciones de salud, entre ellas Fenpruss, Confusam, el Colegio de Matronas y Matrones, y dentistas, marcharon por una Salud Pública Digna. La movilización convocó a gran cantidad de profesionales de la salud, culminando en la Catedral San Marcos de Arica.

## • IQUIQUE: Médicos formaron comisión para apoyar a víctimas de DDHH



En el marco de las manifestaciones, médicos y otros profesionales de la salud de Tarapacá, se organizaron para prestar apoyo a víctimas de vulneración de derechos por parte de agentes del Estado. Este grupo se formó al alero del Dpto. de Derechos Humanos del Colegio Médico de Chile y estuvo integrado por psicólogos, trabajadores sociales y médicos, que realizaron informes médico-legales, además de prestar apoyo clínico y realizar seguimiento de los casos para mantener un registro local.

## • ATACAMA: Gremio participó en Diálogo Ciudadano



Con el objetivo de compartir y analizar ideas, respecto a los cambios que se necesitan para salir de la crisis social que se vive en la región y el resto del país, el Consejo Regional Atacama participó en un diálogo ciudadano encabezado por el intendente de Atacama, Patricio Urquieta, con autoridades locales y representantes de la sociedad civil. En la instancia, el gremio fue representado por su vicepresidente, Dr. Carlo Pezo y el secretario, Dr. Fernando Rubio.

## • ANTOFAGASTA: Colmed participó en comité de resguardo para manifestantes



Para otorgar primeros auxilios a los lesionados por las fuerzas policiales y militares en el marco de las manifestaciones, se habilitaron box de atención en el recinto del Colegio de Profesores. La instancia fue levantada por profesionales y estudiantes de la salud de las áreas de medicina, enfermería, psicología, kinesiología, matronas, TENS, entre otros. Además, se desplegaron equipos en terreno.

## • LA SERENA: Colegio Médico realizó Cabildo por la Salud



Cerca de 150 personas de diversos rubros, participaron en los cabildos de los hospitales de La Serena y Coquimbo, realizados en conjunto con los centros asistenciales y colegios profesionales, gremios y usuarios de la salud. Los participantes debatieron en torno a tres temas: salud y constitución, cómo asegurar este derecho y medidas de corto y largo plazo para avanzar en la materia, y expusieron sus conclusiones en un plenario.

## • VALPARAÍSO: Profesionales marcharon por más presupuesto para salud



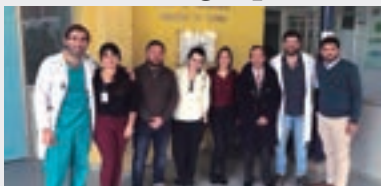
El Colegio Médico de Valparaíso junto al equipo de salud y estudiantes de medicina, se movilizaron masivamente desde el hospital Carlos Van Buren hasta el Congreso Nacional para exigir al Estado mayor financiamiento para la salud pública y mejores condiciones para realizar la atención a los pacientes, mediante un petitorio entregado a los parlamentarios. La convocatoria superó a los mil profesionales de Valparaíso, Viña del Mar, Quillota y San Antonio.

## • SANTIAGO: Cabildo por la salud tuvo una alta convocatoria



Cerca de 300 personas, entre pacientes y profesionales del sector salud, participaron en el primer cabildo abierto convocado por los regionales metropolitanos de los Colegios de Matronas, Enfermeras y Médicos, realizado en la sede del regional Santiago. La actividad contó con la exposición del abogado Jaime Gajardo Falcón y los participantes se dividieron en mesas de trabajo para discutir y luego exponer sus conclusiones, las cuales serán dadas a conocer a través de distintos medios de divulgación.

## • MAULE: Agrupación MGZ declaró preocupación por precariedad de hospitales



En una reunión con facultativos de los hospitales de Chanco y Cauquenes, la directiva de local de los Médicos Generales de Zona, representó las deficientes condiciones que enfrentan los médicos para realizar su labor. El más preocupante es la dificultad para derivar pacientes críticos a centros de mayor complejidad, debido a que no cuentan con personal de apoyo, ni las ambulancias adecuadas para llegar a un centro de referencia regional o nacional.

## • CHILLÁN: Gremios y agrupaciones se unieron por la salud pública



Para aportar al diálogo sobre cómo fortalecer a la salud pública, los gremios y agrupaciones del área se reunieron en el frontis del Hospital de Chillán para dar a conocer su visión. La instancia convocó al Colegio Médico Chillán, el de Odontólogos, de Químicos Farmacéuticos, de Enfermeras, de Matronas, de Nutricionistas, de Trabajadores Sociales y de Tecnólogos Médicos y de FEDEPRUS y ASENF, además de representantes de los kinesiólogos y psicólogos de la Región de Ñuble.

## • CONCEPCIÓN: Gremios se unieron por una mejor Salud



El 29 de octubre, los gremios de la Salud se convocaron en una gran marcha para solicitar garantías de financiamiento, oportunidad y tratamientos en los diferentes niveles de la red asistencial y mayor presupuesto en salud. Estudiantes de Medicina y de otras carreras de diferentes universidades de la zona adhirieron también y se manifestaron pacíficamente en una caminata desde la sede del gremio médico hasta la Intendencia Regional.

## • VALDIVIA: Colegio Médico corrió por la Vida



El 19 de octubre, la costanera valdiviana se cubrió de rosa, con la 1era Carrera "Todos Contra el Cáncer de Mama". La actividad organizada por la Agrupación Cáncer de Mama Somos Una Valdivia, contó con el auspicio y apoyo de diversas organizaciones, entre ellas el Colegio Médico de la ciudad, que apoyó en la logística y con colegiados que corrieron el trayecto de 3 kilómetros. La actividad apuntó a sensibilizar e informar sobre la prevención y el autocuidado frente a esta patología.

## • OSORNO: Se desarrolló nueva versión de Curso de Neumología Pediátrica UC



La 8ª versión de este simposio contó con la presencia de destacados expositores que durante dos jornadas abordaron temas como alergia estacional, trastornos respiratorios del sueño, displasia broncopulmonar, fibrosis quística, entre otras patologías, desarrollando además talleres y debates sobre tratamiento de asmáticos con influenza, uso de corticoides, suplemento en niños asmáticos con vitamina D, entre otros.

## • PUERTO MONTT: Colmed aunó propuesta para mesa de Unidad Social en Cabildo



Los participantes abordaron demandas y propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno y las que más se reiteraron fueron la necesidad de avanzar hacia una asamblea constituyente, consagración constitucional al derecho a la salud, creación de un seguro único de salud, aumentar del 4,9% al 6% del Producto Interno Bruto (PIB), e incrementar a 10.000 el per cápita para la atención primaria de salud. Las conclusiones de esta reflexión local aportarán a la discusión impulsada por la Mesa de Unidad Social.

# #COLMEDPREGUNTA

En el marco de las movilizaciones ciudadanas registradas el último tiempo en nuestro país, las mejoras a nuestro sistema de salud fueron parte de las demandas más sentidas de la comunidad.

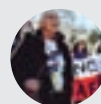
Para saber qué piensan nuestros seguidores en redes sociales, los invitamos a responder la siguiente pregunta:

**¿QUÉ MEDIDAS O REFORMAS CREES QUE DEBIERAN IMPLEMENTARSE PARA QUE TENGAMOS UNA MEJOR SALUD EN NUESTRO PAÍS?**



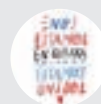
## Jessica Troncoso Asis

Fomentar el modelo de salud integral; aumentar el presupuesto en salud; crear una unidad de cuidados paliativos no oncológicos transversal; más recursos para salud mental; Hospital Digital solo en situaciones de poco acceso; más terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogos; formar mesas de trabajo regionales con participantes de los distintos niveles de atención (trabajar en Ley de Cáncer, Ley de Autismo y GES Alzheimer); Ministro de Salud con EXPERIENCIA en salud pública; mejorar jubilaciones, sueldo mínimo, #NoMásAFP (determinantes sociales en salud).



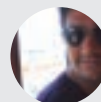
## Lisette Patipelada Ruminot Araneda

Disminución del presupuesto de defensa y aumento para el área de salud; subvención a los medicamentos, es decir, que existan farmacias populares y la fijación de precios en medicamentos; creación de una mayor cantidad de hospitales, especialmente en las comunas con mayor cantidad de personas; y disminución de los tiempos de espera, tanto para atenciones como para hospitalizaciones.



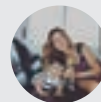
## Claudio Soto López

Banda de precios máximos a canasta de medicamentos críticos, determinado por equipos de los distintos hospitales; creación estandarizada de las “farmacias populares”; aumento en los cupos de beca de especialización, determinados por cada servicio de salud según sus necesidades; refuerzo de la atención primaria en salud, para descongestionar los hospitales de alta complejidad; fin a la “compra de servicios”, como exámenes de alta complejidad o días cama, que solucionan el problema inmediato, pero empobrecen el sistema y solo le inyectan recursos a particulares.



## @chirulinas

Fin a las Isapres y que todos aportemos a un único fondo solidario.



## @javivi.sd

Aumentar el gasto público en atención primaria y secundaria -aumentar sueldos de trabajadores de salud en sistema público vs independientes-; obligatoriedad a los cargos públicos de uso de sistema público; aumento de enfermedades en GES; baja de gasto de bolsillo mediante baja de precios, esto por medio de convenio entre el estado y empresas, para luego pasar a “farmacias del estado”.



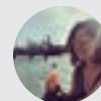
## @corporacionvalientes

Medicamentos de alto costo en salud pública!! Para tratamientos del cáncer!



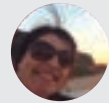
## @s.c.v.l

Mejorar presupuesto de salud; un ministro que haya trabajado en salud pública los últimos 3-5 años, para mejor comprensión de las diferentes problemáticas; y lo ideal sería obligatoriedad de senadores y diputados de atenderse en el sistema público, para que cuando se vote por leyes, sepan realmente cuál es la realidad y pasen por lo mismo que nuestros pacientes.




**Scarlett Alcaino @AlcainoScarlett**

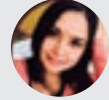
Seguro Salud único y solidario. Financiamiento FONASA por costo real de patologías. Percapita APS \$9 mil. Infraestructura suficiente para APS, nivel 2rio y 3rio. Ley médica única. Retorno de especialistas formados por el estado con cargo. Ficha única universal.


**Catalina Barros Cast @catamebc**

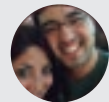
Registro electrónico único y conectado, al menos entre los niveles primario y secundario


**Gigliola Paz @GigitaPaz**

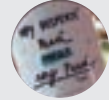
Actualización de prestaciones GES, incluyendo tratamientos actualizados; suspensión de convenios Fonasa con farmacias privadas y la inyección de ese recurso en Hospitales Públicos.


**Alex Montes Tizka @alexmontestizka**

Lo primero es reformar el art. de la constitución respecto a la provisión de salud a la población, ideal sería cambiarla completa pero con la soberbia estatal mostrada, lo veo difícil sin una dimisión y llamado a plebiscito...


**VeroÑañe @laveronianiez**

Carrera médica única; estudio de brecha decente y creíble; ampliación de prestaciones y calidad del ChCC


**Jocelyn Cortés @joangco**

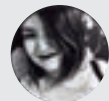
Atacar el problema de las licencias médicas. Compín es un sistema burocrático que afecta a quienes están de verdad enfermos. He visto como rechazan licencias psiquiátricas extendidas por médicos del sistema público que además de ser pocos deben perder tiempo haciendo informes


**Rodrigo Tapia Castro @rodrigotapiac**

Estimados colegas, fundamental para nueva ley de fármacos. Definir % máximo de ganancias laboratorio/farmacia imposibilidad de discontinuar fco por bajas ventas o poca utilidad, aviso oportuno de discontinuación de fco (1 año) y motivo técnico. Tuición legal de la profesión ahora.


**Pamela G @pamelag2803**

Disminución \$ de medicamentos; regulación de sociedades médicas respecto a intereses económicos; diálogo con otros colegios del área de la salud; terminar con la discriminación en las Isapres, por género, pre-existencia y prohibir rechazo por riesgo.


**Javiera A. Garrido C. @javigarridoc**

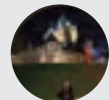
Una nueva política de salud mental, asegurando el acceso y la calidad. La psicoterapia una vez al mes no le sirve a nadie... además fomentar la promoción y prevención en salud mental.


**Víctor Navia @vnavia**

Mejorar los incentivos económicos y de recursos físicos para que los especialistas se desempeñen en servicios de urgencia, disminuyendo la migración al sistema privado; sistema de ficha conectada entre sistema secundario y APS; dotar de más personal y ambulancias a SAMU.


**Ma José @mjdlti**

Percápita que financia APS diferenciado de acuerdo a determinantes sociales de la comuna o el área del establecimiento... hoy se entrega a todos por igual... CERO EQUIDAD


**Cate @Caterinacci**

Salud Pública con mayor dotación de personal para erradicar turnos explotadores y puedan ofrecer una atención más humana.


**erich diaz @erichdiaz5**

La crisis de la salud pública pasa por la fuga de capital hacia la salud privada, ahí es donde debiéramos poner el foco, sin capital no puede haber proyecto.





#ColmedMovilizado

# POR EL DERECHO A LA SALUD

Comenzó con un grupo de estudiantes que evadió pagar el metro por el alza del pasaje, pero el “18/O” detonó algo más: semanas de manifestaciones en todo el país y una ciudadanía molesta y disconforme, ya no solamente con el transporte. Varias fueron las demandas: educación, pensiones y salud, entre las más sentidas. Para solucionar esta crisis se deben implementar nuevas políticas públicas, algo que el Colegio Médico de Chile, junto a otros colegios profesionales, gremios y usuarios de la salud, han intentado concretar en dicha área y desde mucho antes del estallido social.

Por: D. Zúñiga Ríos





“Por ti mamita, que moriste en lista de espera”, señala el cartel de un manifestante; otro dice “No lucho contra el cáncer, lucho por obtener la quimio”. Sea en un trozo de cartón, cartulina o en un elaborado lienzo; en ciudades de regiones de Chile o en Plaza Italia de Santiago, esta escena ocurre en un lugar común: la calle. Es un Chile que protesta y dejó de estar silencio. Esos carteles, como tantos otros, se han podido apreciar durante las movilizaciones que se han registrado en todo el país.

Además de reflejar el malestar hacia la clase política y elite empresarial, la gente en sus carteles o cantos —con mucha creatividad— ha contado sus experiencias personales de abuso por parte del sistema. Quienes asisten a las marchas -sino una gran mayoría- conocen a alguien que a fin de mes recurre a pagar la mercadería con tarjeta de crédito o que llamaron a un familiar suyo para agendar una sesión de quimioterapia cuando éste ya había muerto. Gente que debe el Crédito con

Aval del Estado por 20 años; que se desplaza dos horas a sus trabajos y reciben el sueldo mínimo. Adultos mayores que viven con una pensión de 100 mil pesos o menos. Personas que no tienen dinero para costear medicamentos o un tratamiento clínico en caso de enfermedades graves. Y si no los conocen, de lleno son ellos mismos y mismas.

Lo cierto es que los chilenos se movilizaron y la causa no fue únicamente el alza del boleto del metro. La ciudadanía comenzó a expresar su molestia por las carencias del sistema, que abarcan la educación, trabajo, vivienda, pensiones y acceso a una salud digna, entre otras cosas.

### “CHILE DESPERTÓ”

La profunda crisis que desde hace tiempo acarrea la salud pública, como la falta de insumos y listas de espera, no es algo que haya salido a la luz recientemente por las manifestaciones de octubre. Desde agosto de este año, el Colegio Médico comenzó a denunciar con fuerza dichas carencias, tras el preocupante anuncio de la Asociación de Proveedores de la Industria de la Salud (Apis), en que indicaban que parte importante de sus afiliados dejarían de aceptar solicitudes de compra de los hospitales ante la abultada deuda que mantenían los recintos, y ante las denuncias recibidas por parte de profesionales de distintos recintos respecto a limitaciones presupuestarias y de insumos en distintos centros asistenciales públicos del país, los que estaban impactando directamente en su trabajo diario y en la calidad de atención entregada a los pacientes.

A esto se sumó la grave situación del Hospital Carlos Van Buren, en Valparaíso, que presentaba una deuda de 1.700 millones de pesos en pago a proveedores bloqueados, que eran más de treinta empresas, y más de 9 mil millones en pago a proveedores en el periodo 2018 y 2019. En Santiago, otro ícono de la crisis fue el Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP) o Ex Posta Central. En septiembre, días antes de la celebración de Fiestas Patrias, profesionales y funcionarios del recinto se manifestaron en el frontis con lienzos y pancartas “en defensa de la salud pública”. El secretario nacional del Colegio Médico, Dr. José Miguel Bernucci, quien asistió a la convocatoria, apuntó a una “política deficiente de financiamiento de los hospitales” por parte de las autoridades de Salud, como el ministerio y la subsecretaría de Redes”. La respuesta del Ministerio de Salud en ambos casos: errores de gestión.

Esa lectura errónea y nula respuesta por parte de las autoridades de salud del Gobierno, llevaron a que el Colegio Médico convocara a otros colegios profesionales y gremios del área de la salud para sumar fuerzas y exigir en conjunto un aumento en este ítem en la Ley de Presupuesto 2020. “Más presupuesto, mejor salud” fue la consigna que el 9 de octubre —día en que se convocó la primera marcha a nivel nacional— unió a los Colegios de Enfermeras, de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos, de Cirujano Dentistas, de Tecnólogos Médicos, de Matronas y Matrones, de Nutricionistas, de Trabajadores Sociales, de Psicólogos, de Terapeutas Ocupacionales, de Médicos Veterinarios, de Fonoaudiólogos y de Kinesiólogos en un mismo sentir. En el caso de Santiago, la manifestación se



realizó en la Plaza de La Constitución, frente al Palacio de La Moneda, y se replicó en todas las regiones del país.

### LAS MANIFESTACIONES QUE EL GOBIERNO NO ESCUCHÓ

“Vienen hoy día los colegios profesionales de la Salud a pedirle al Gobierno avanzar en materia de presupuesto”, dice la Dra. Izkia Siches, presidenta del Colegio Médico de Chile, mientras habla a través de un megáfono. Son las 11 de la mañana del 9 de octubre y en la Plaza de La Constitución hay cientos de profesionales manifestándose. La presidenta de la Orden nombra a cada gremio y agradece su presencia. Cabe destacar que se trata de una convocatoria sin un paro, para no dificultar la atención en los servicios de salud. “Lamentablemente nuestros pacientes no pueden marchar. No queremos hospitalizarlos en pasillos o decirles que sus exámenes se van a tener que postergar”, explica la facultativa.

Mientras los asistentes gritan “Piñera, Piñera, suelta la billetera”, se escuchan también los silbatos y se agitan las banderas y carteles. Colmed reclama que éste es el aumento más bajo al presupuesto de Salud en los últimos cinco años, con un alza del 5,7%. “Esta es una demanda que venimos esperando hace años que sea parte de la agenda política. Por eso le pedimos mayor financiamiento, a todos los parlamentarios de todos los sectores”, concluye la Dra. Siches.

Específicamente, las carencias que Colmed denunciaba eran: cortes de servicios básicos por no pago; quimioterapias y cirugías suspendidas por faltas de insumos; falta de medicamentos, como antibióticos y anticoagulantes y de reactivos para exámenes imagenológicos y de laboratorio; no pago de salarios a médicos de reemplazo y despidos de distintos profesionales, como psicólogos, por falta de recursos, entre otros.

Pese a la gran participación, que también se vio reflejada en distintas regiones del país, como en Valparaíso -donde más de mil personas marcharon hasta el Congreso-, y en otros recintos hospitalarios de la región Metropolitana, las autoridades de Gobierno no dieron respuestas concretas.

Es por esto que -previo al estallido social-, para el 22 de octubre se convocó otra marcha. “Vamos a defender a la Salud Pública”, rezaba uno de los lienzos con los que Colmed recorrió Santiago, desde el edificio del Colegio Médico en calle Esmeralda, al Ministerio de Salud, terminando en Plaza Italia. También, en este mismo día, en distintas regiones del país se



realizaron asambleas locales y manifestaciones afuera de los centros de salud al medio día con un #CacerolazoPorLaSalud. Luego, hubo una nueva marcha el 29 de octubre. Participaron 2.000 personas en Santiago, entre trabajadores y estudiantes del área de la salud, además de pacientes y representantes de organizaciones de usuarios, quienes marcharon desde el frontis del Ministerio de Salud hasta la Plaza Italia. “Como Colegio Médico nos sentimos parte del descontento social, particularmente en los grandes desafíos que tenemos en el área Salud. Por eso esperamos que el Gobierno aproveche esta enorme oportunidad para avanzar en modificaciones estructurales que garanticen el acceso a una salud digna y de calidad”, explica la Dra. Izkia Siches.

### LAS MEDIDAS QUE TOMÓ EL GOBIERNO

Ante el contexto de agitación social, el Gobierno a través del ex ministro del Interior, Andrés Chadwick, declaró Estado de Emergencia en algunas regiones del país, por lo que en Santiago hubo toque de queda desde el 19 al 25 de octubre. Durante estos días, el presidente anunció una Agenda Social, con tres medidas en materia de Salud: Urgencia de discusión inmediata al Proyecto de Ley que crea el Seguro de Enfermedades Catastróficas; creación de un Seguro que cubra parte del gasto en medicamentos, no cubierto por programas como el GES o la Ley Ricarte Soto; ampliación del convenio del Fonasa con farmacias para reducir el precio de los medicamentos, lo que beneficiará a más de 12 millones de personas. Desde el Colegio Médico y otros colegios profesionales y gremios de la Salud, no quedaron conformes con estos anuncios. “Consideramos que estas medidas se quedan un tanto cortas e invitamos al Gobierno a avanzar en cambios mucho más estructurales y darle un derecho a la salud a los chilenos y chilenas”, señala la Dra. Izkia Siches.

Por su parte, el Dpto. de Políticas de Salud y Estudios del Colmed, analizó dichas propuestas y elaboró una minuta que se compartió con todos los colegiados. Al respecto, indicó que la primera, el **Seguro Catastrófico**, que consiste en un proyecto ya en discusión, propone ponerle un límite a los copagos (40% del ingreso familiar) que pueden tener los usuarios de FONASA B, C y D cuando se atienden en el sector privado, para un conjunto de prestaciones definidas. El copago del beneficiario tendrá un mínimo de gasto máximo de bolsillo, que nunca será inferior a un 40% de la suma de 12 veces el ingreso

mínimo mensual. Por lo tanto, una persona con sueldo mínimo sin cargas, tendría que pagar \$1.444.800 pesos antes de beneficiarse del Seguro.

En lo concreto, este seguro significa incentivar a los usuarios FONASA a atenderse en el sector privado, pudiendo inducir a un mayor gasto de bolsillo de las personas. Así mismo, implica una importante fuga de recursos desde el sector público al privado.

El segundo, el **Aumento en la licitación de medicamentos Convenio FONASA – Farmacia Ahumada**, consiste en ampliar un convenio vigente entre FONASA y la Farmacia Ahumada, que les da descuentos especiales en la compra de medicamentos a los beneficiarios de FONASA que ya entró en vigencia. Para este Departamento, dicha medida es “extremadamente superficial y le entrega a las grandes cadenas la cautividad de pacientes FONASA”. Quedan fuera de la licitación las farmacias independientes y no se incorpora en esta política ninguna medida que pueda contener eficazmente el aumento de los precios de los medicamentos. Nuevamente, la solución pasa por el gasto de bolsillo, en vez de mejorar la cobertura por el FONASA. Y respecto al último, **Seguro de Medicamentos**, expresaron que “no contamos con ninguna información al respecto, más allá del titular”.

#### BUSCANDO ACUERDOS, GENERANDO DIÁLOGO

A la alianza inicial con los colegios profesionales del área, se sumaron también los gremios y sindicatos y agrupaciones de pacientes, usuarios y cuidadores, con el fin de generar una voz representativa de todos los actores en salud y poder ser un interlocutor válido con la autoridad, que pudiera aportar propuestas que apuntaran a solucionar la crisis, desde las distintas realidades.

Así, en conjunto, se consensuaron cuatro grandes propuestas para subsanar la crisis que atraviesa la atención pública.

La primera es el Derecho a la Salud, garantizado por Estado en todas sus dimensiones, como acceso oportuno, de calidad, protección financiera y cobertura universal, a través de un necesario cambio de la Constitución Política.

La segunda, el Seguro Nacional de Salud, es decir, que exista un solo ente que sea responsable de las cotizaciones de la seguridad social en un solo fondo, sacando de esta forma a las Isapres de la administración del 7% obligatorio, las que pasarían a ser seguros complementarios. Esta propuesta se hizo en base a un estudio realizado por el Colegio Médico y la Escuela

de Salud Pública de la Universidad de Chile, en la que se presenta la opción como un gasto mejor invertido, con reducción de costos de administrativos y aumento de las coberturas, generando equidad y menores gastos de bolsillo.

La tercera, establecer un Per Cápita de \$10.000 pesos para la Atención Primaria. Y la última, el incremento del 6% del PIB para el gasto público de Salud, para cubrir déficit estructural y seguir las recomendaciones internacionales.

En paralelo a la presentación de estas cuatro propuestas estructurales en el Congreso, Colegio Médico también llamó a la realización de Cabildos junto a otros colegios profesionales, gremios y usuarios de la Salud, con el fin de conocer más demandas de parte de los trabajadores del área y de la ciudadanía. También, se concretaron distintas reuniones con los parlamentarios de la Comisión de Salud de ambas cámaras, para socializar y buscar apoyo a estas propuestas. La senadora DC Carolina Goic fue parte de estas conversaciones y entrega un balance que resume el sentir de los trabajadores y usuarios del sistema: “El mensaje es muy claro: la salud no resiste medidas maquillaje, medidas parche. Queremos el fortalecimiento de la salud pública en el que está el 80% de las personas”.

Sumadas a estas instancias, el Gremio representado por el Secretario Técnico del Departamento de Políticas de Salud y Estudios, Dr. Cristóbal Cuadrado, presentó frente a parlamentarios de la tercera Subcomisión mixta de presupuesto del Congreso Nacional, donde se analizó la propuesta del ejecutivo en la Ley de Presupuestos 2020, y en específico, la glosa de Salud. En su presentación criticó los montos destinados para el área en 2020 y llamó a avanzar hacia un Seguro Único de Salud. “Es una de las asignaciones presupuestarias más bajas del sector de la última década y en el que no hay énfasis en la atención primaria, donde una de las ampliaciones más grandes de las glosas es la transferencia a privados con un incremento de un 9,5%. En un contexto donde el país está movilizado, demandando mejoras, esta no puede ser una discusión de presupuesto más”, detalló el Dr. Cuadrado a los parlamentarios.

Pese a los difíciles días que ha vivido el país, la esperanza está más viva que nunca en que esta crisis se va a ocupar como una oportunidad para generar cambios que permitan mejorar la calidad de vida de quienes habitan nuestro país. “Confío que estas movilizaciones permitirán que avancemos en el derecho a la salud en Chile”, concluye la presidenta del Colegio Médico.



#ColmedMovilizado

# EL ROL DEL COLEGIO MÉDICO EN LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS

Detenciones violentas, golpizas, heridas por perdigones, torturas, abusos sexuales y el triste récord de más de 200 personas con trauma ocular severo, fueron parte de las denuncias y de los casos que recibió el Gremio durante las manifestaciones. Durante los días de movilizaciones en Chile, el Colegio Médico procuró, a través de diversas instancias, la protección y respeto de los DDHH de la ciudadanía.

Por D. Zúñiga Ríos



—¡No más balines, ni perdigones. Queremos justicia para los luchadores! —grita un grupo de jóvenes. Es 13 de noviembre, y en el frontis de la Fiscalía Metropolitana Centro Norte se manifiestan amigos y compañeros de universidad de Gustavo Gatica, el estudiante de psicología de 21 años que fue herido con balines en ambos ojos el 8 de noviembre, mientras participaba de una manifestación en Plaza Italia. La Dra. Izkia Siches, presidenta del Colegio Médico de Chile, y el Dr. Enrique Morales, presidente del Departamento de DDHH del Colmed, también asisten al lugar, porque acompañan al ex Fiscal Carlos Gajardo, abogado de la familia, a presentar una querrela criminal en contra de quienes resulten responsable

por las lesiones de Gustavo.

El 8 de noviembre, día del incidente, el estudiante fue inmediatamente internado en la Clínica Santa María de Providencia. Al día siguiente, el Dr. Patricio Meza, vicepresidente de la Orden y oftalmólogo, fue a visitarlo y a conocer su diagnóstico: por el impacto de los balines quedó ciego del ojo izquierdo y con altas probabilidades de perder la visión en el derecho. Para ese día, Chile alcanzaba el triste récord mundial de más de 200 personas con traumas oculares severos en contexto de manifestaciones sociales. Por ese motivo, el Dr. Meza reiteró el llamado que se hizo a la autoridad desde el primer balance, cuando aún no se superaba la treintena de heridos: eliminar

el uso de balines para el mantenimiento del orden público en el marco de protestas.

Según el catastro del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) obtenido gracias a la fiscalización de observadores en manifestaciones, recintos hospitalarios y comisarías, tras 26 días de manifestación (al cierre de esta edición) se había registrado en Chile: 2.365 heridos, de los cuales 217 correspondían a trauma ocular, 774 por disparo, 400 por arma de fuego no identificada y 1.104 por golpes y gases; y se habían presentado 335 acciones judiciales, que incluían querrelas por homicidio, violencia sexual, lesiones y tortura, entre otros.

Desde el inicio de las protestas callejeras, el 19 de octubre, el Departamento de Derechos Humanos del Colegio Médico, liderado por el doctor Enrique Morales, trabajó sin descanso para prestar ayuda a las víctimas de violaciones a los Derechos Humanos. A través de redes sociales, se viralizó rápidamente una información que invitaba a quienes sufrieran vulneraciones de derechos por parte de agentes del estado, a realizar constatación de lesiones a través del Dpto. de DDHH del Colmed. Sin embargo, tuvo que ser aclarado, debido a que los organismos oficiales para constatar lesiones son los servicios de urgencia de la red asistencial de salud y en el caso de agresiones sexuales, el Servicio Médico Legal, que cuenta con un sistema de atención de urgencia. En dicha oportunidad -y ante las numerosas consultas recibidas por distintas vías-, se aclaró que el apoyo que brinda esta instancia es el de hacer informes médicos de denuncias de vulneración de derechos humanos de personas que relatan haber sufrido tratos crueles, inhumanos, degradantes o tortura, por agentes del Estado. Para facilitar este proceso, se dispuso de un formulario web para denuncias en el sitio web del Colegio y de un protocolo para médicos y miembros del equipo de salud que quisieran apoyar con estos informes o hacer llegar la información para registro.

A pesar de la gran cantidad de solicitud de informes médicos de lesiones, las cifras entregadas por la autoridad durante los primeros días hablaban de un número bajísimo de civiles heridos, generando ruido entre los peritos del departamento, pues no coincidía con la demanda que ellos estaban recibiendo. Ante este escenario, el Colegio Médico comenzó a denunciar un “cerco informativo” y se hizo un llamado a que el levantamiento de información por parte de los servicios de salud fuera lo más transparente posible, lo que mejoró notablemente con los días.

“Los lesionados difieren de los totales entregados por el Gobierno con respecto a lo que podemos observar en una pequeña muestra que hemos tomado en la Región Metropolitana. Establecer un cerco informativo y no tener la transparencia debida, es ser cómplice de la vulneración de DDHH generalizada que está ocurriendo en el país”, denunció el 23 de octubre el Dr. Enrique Morales ante la Comisión de Derechos Humanos del Senado.

### EL CASO DE JOSUÉ

El Colegio Médico de Chile condenó también la violencia sexual y tortura que sufrió Josué Maureira, estudiante de medicina de la Universidad Católica, por parte de Carabineros de Chile, quienes lo detuvieron el día 21 de octubre en la 51° Comisaría de Pedro Aguirre Cerda, y luego lo trasladaron a la Cárcel Santiago 1. El joven se encontraba realizando primeros auxilios, en el contexto de las manifestaciones.

En la tarde del Lunes 28 de octubre se realizó una concentración a las afueras de la Fiscalía Metropolitana Sur en San Miguel, en apoyo del joven. Colmed se hizo presente en la instancia a través de los Departamentos de Género y Salud y de Derechos Humanos, junto a la agrupación Médicos Generales de Zona.

### EL COMPROMISO DEL COLMED POR LOS DDHH

A menos de una semana del inicio de las manifestaciones, el Departamento de Derechos Humanos fue requerido por las comisiones de la materia del Senado y la Cámara de Diputados. El día 23 de octubre, presentó un balance que, de acuerdo a la experiencia en estas situaciones, evidenciaba que “no hay respeto a las normas de procedimientos de las policías y normas militares. Están vulnerando derechos”.

El Colegio también unió fuerzas con la Sociedad Chilena de Oftalmología para solicitar suspender uso de balines por parte de Carabineros y FF.AA., a raíz de las preocupantes cifras de trauma ocular severo. El presidente del gremio oftalmológico, el Dr. Dennis Cortés, señaló que estos casos, en su mayoría irreparables, “constituyen una emergencia sanitaria que debemos enfrentar” y que se debían cambiar los protocolos.

Colmed también entregó antecedentes sobre vulneraciones de Derechos Humanos en reunión con Amnistía Internacional, organización representada por Ana Piquer y Pilar San Martín, investigadora del equipo de crisis, quien valoró la información entregada, pues “viene directamente de personal médico, de peritos que están enfrentando cada día esta situación y que ven directamente a los pacientes”. En cuanto a las cifras, afirmó que “son bastante impactantes. Nos han explicado cómo han registrado que la mayoría de las localizaciones de las lesiones están en zonas letales, como en la cabeza y la parte del tórax, eso es muy preocupante, porque significa que tenemos una fuerza pública que está disparando a dañar. Eso es de suma gravedad”. Igualmente, los primeros días de noviembre, el Dpto. de DDHH del Colegio Médico de Chile, participó de una reunión con misión de la Oficina de la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos para entregar información a los observadores del organismo sobre los casos de vulneración durante las manifestaciones por parte de agentes del Estado. Más de 100 organizaciones no gubernamentales y representantes de la sociedad civil participaron del encuentro.

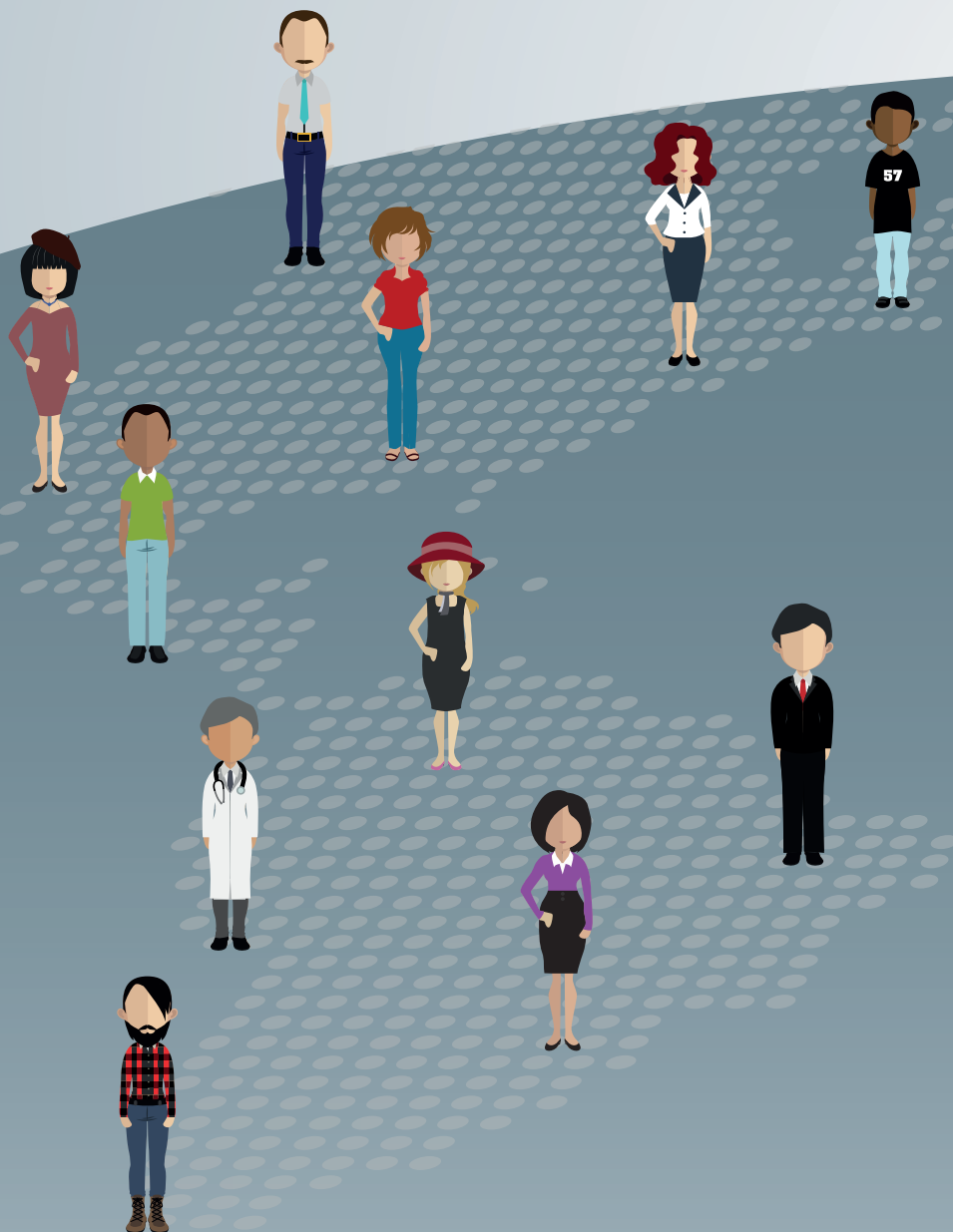
Finalmente, el Departamento de Derechos Humanos trabajará en la elaboración de un informe que sirva de insumo para que estos actos sean reparados por parte del Estado y que contribuyan a que no se vuelvan a repetir hechos de este tipo.

# DERRIBANDO FAKE NEWS SOBRE LOS

# MIGRANTES Y LA SALUD

En un documento de 140 páginas, el Colegio Médico, la Sociedad Chilena de Infectología y la Universidad del Desarrollo analizaron y contrastaron con datos una serie de cuestionamientos habituales entre la población y los equipos del sistema sanitario con respecto a los pacientes que vienen de otros países. ¿El resultado? Sólo mitos sin sustento científico.

*Por Patricio Cofré A.*



¿Los migrantes internacionales traen enfermedades desde sus países?, ¿tienen mayor resistencia antibacteriana?, ¿debería ser necesario pedirles exámenes de salud para ingresar a Chile?, ¿están todos los haitianos infectados de VIH o Tuberculosis? o ¿financiar su atención es un desperdicio de dinero? Esas son solo parte de las preguntas y cuestionamientos que se escuchan diariamente en pasillos de los recintos sanitarios, en consultas médicas, en redes sociales y que hasta ex autoridades ministeriales han instalado en la opinión pública. Por esa razón, para definir el sustento científico de esos mitos, tanto a nivel nacional como alrededor del mundo, el Colegio Médico, la Sociedad Chilena de Infectología y la Universidad del Desarrollo se unieron para realizar un documento que permitiera aclarar esas dudas que pueden afectar en las distintas esferas de la salud.

“Hacia una Comprensión Integral de la relación entre migración internacional y enfermedades infecciosas”, es el nombre de la investigación que tiene una extensión de 140 páginas y reúne el trabajo de 11 colaboradores, quienes recogieron documentación y material científico con respecto a 12 preguntas respecto al tema. ¿La conclusión? No existe base alguna que permita comprobar sanitariamente estas presunciones.

Entre los colaboradores se encuentran María Paz Acuña, Yasna Alarcón, Sofía Astorga, María Elena Correa, Manuel Espinoza, Piedad Gálvez, Daniel Larenas, Alexandra Obach, Carla Urrutia, entre otros.

El presidente del Departamento de Migrantes y Salud de Colmed, el doctor Matías Libuy, fue uno de los 3 editores de la publicación y explica que “la idea era resolver dudas que se generan a partir de prejuicios o noticias falsas que circulan en distintos espacios, indagando en la evidencia relacionada, con el fin de hacer una contribución concreta para que no se sigan difundiendo y detener la discriminación y xenofobia”.

El propio dirigente, junto sus compañeras en las labores de edición, Báltica Cabieses de la UDD y la Dra. Jeanette Debanch de SOCHINF, explican cada una de las aristas estudiadas y derriban estas verdaderas fake news.

## MITO VS REALIDAD

### 1 ¿Los migrantes traen enfermedades desde su país de origen?

ML: “Pueden traer desde su país de origen, pero el aumento de

los casos de ciertas enfermedades como VIH o Tuberculosis, no se relaciona y no son responsabilidad de los migrantes que han viajado con la enfermedad. El alza de patologías infectocontagiosas tiene relación con las políticas sanitarias del país y sus propios habitantes. Chile, por otra parte, ofrece condiciones de riesgo a los migrantes que los vuelve personas más susceptibles de contagiarse. Además, cómo se mide la incidencia de enfermedades infectocontagiosa, si no se hace sistemática representativa, se está sobredimensionando. Por ejemplo, el VIH ha aumentado en la última década de manera sostenida, el aumento de casos desde distintos autores académicos se ha evidenciado por la falta de políticas integrales educativas, de promoción de detección temprana y de acceso a terapia oportuna”.

### 2 ¿Tienen conductas de riesgo y por eso se enferman más?

BC: “La literatura internacional que se ha documentado es principalmente que los migrantes latinoamericanos tienen conductas individuales incluso de menor riesgo. Su consumo de verduras y frutas es mucho mayor que la de los nacionales y es menor su ingesta de alcohol. Tienen menor índice de masa corporal asociada a mayor actividad física y mejor alimentación, lo que los aleja de factores de riesgo de enfermedades crónicas. Cuando llegan a Chile se empiezan a parecer a nosotros, a ser más sedentarios, a tener una dieta más rica en grasas y más alcohol, lo que afecta su IMC y aumenta los riesgos de enfermedad cardiovasculares. Se habla de que las conductas sexuales de personas del caribe son más proclives a prácticas descuidadas y eso tampoco está documentado en la literatura, nada avala esto”.

### 3 ¿Todos los haitianos están infectados?

JD: “Este es uno de los principales estigmas relacionados a migrantes de esa nación. Es reconocido que Haití tiene mayores prevalencias de infecciones y dentro de los que llaman la atención están el VIH, tuberculosis y el cólera, pero en ningún caso esa pregunta es afirmativa. Lo primero es destacar que esas infecciones están desarrolladas en contextos históricos y sociopolíticos de pobreza, que se amplían por el acceso desigual a la salud. Ese estigma considera como altas las probabilidades de enfermedad en Haití y su propagación en nuestro

país. No todas las enfermedades transmisibles se comportan igual en otro lugar. Las variables son individuales y lo que debemos reconocer es la promoción y facilitar acceso a atención de salud diagnóstico y el tratamiento notificación oportuna”.

#### 4 ¿A los extranjeros les gusta vivir hacinados?

ML: “Las condiciones de habitabilidad de los migrantes son resultado de las políticas habitacionales de los países de destino. Chile ha abandonado la política habitacional que ponga en el centro la vida digna, lo que dice la evidencia es que cuando llegan, las únicas opciones que se les da -por ofertas laborales y salarios a los que acceden- son viviendas en condiciones de hacinamiento. Según la Casen, son 6 veces más los migrantes internacionales que viven en hacinamiento crítico, es decir cinco personas o más en una habitación, con respecto a la población chilena. Es decir, el sistema no se hace cargo de la vulnerabilidad en este ámbito, ya sean nacionales o extranjeros”.

#### 5 ¿El país de origen determina las enfermedades infecciosas de las personas que proceden de ellos?

BC: “Cada ser humano trae una trayectoria, una vida per se. Aprende a cuidar su salud y su cuerpo de cierta manera según el entorno. El dato de prevalencia global de un país, en términos epidemiológicos es cierto, pero hay que separar esos datos con la experiencia de cada persona y no todos van a estar enfermos. Hay países con mayor carga de enfermedades infecciosas, pero no se debe utilizar el país de origen para pedir una batería de exámenes. Eso es actuar desde el prejuicio y el gatillante de los estudios debe ser un buen estudio clínico de su historia de salud y de sus conductas individuales personales. No porque es colombiano, venezolano o haitiano se debe prejuiciar porque vas a estar botando plata en exámenes a personas que no tienen la enfermedad y tampoco antecedentes y se van a pasar otras que pueden estar contagiados y que son de otras nacionalidades”.

#### 6 ¿Los extranjeros no saben seguir indicaciones médicas?

JD: “No es que no sigan indicaciones, si no que muchas veces son mal comprendidas porque no logramos superar las dificultades en barreras fundamentales como el lenguaje o las creencias diferentes a las nuestras. Todo eso dificulta el acceso e interacción con migrantes. No nos entendemos de la misma forma. Las limitaciones de lenguaje complican el diagnóstico y las explicaciones sobre cómo continuar un tratamiento o prevenir enfermedades infecciosas. Se debe realizar una modificación para mejorar la comunicación con nuestros pacientes independiente de su origen. Es necesario disminuir el choque cultural con facilitadores lingüísticos, permitir mejorar la atención de salud directa, aumentar la relación

personal de salud y paciente, también establecer diferencias en las mallas curriculares en todas las carreras de la salud que permitan elevar el entendimiento y la adherencia a los tratamientos”.

#### 7 ¿Son desobedientes a los cuidados de salud?

ML: “La evidencia es clara: es mucho más el problema de los equipos sanitarios que no tienen las competencias para tener un vínculo una comunicación efectiva con los migrantes. Toda vez que ha ocurrido que algún usuario no sepa seguir las indicaciones tiene que ver con dos cosas. La primera sus determinantes sociales, su nivel socioeconómico y educacional, que marca la posibilidad de seguir indicaciones. Por otra parte, los equipos de salud muchas veces no están capacitados para tratar a un paciente extranjero que no maneja idioma del país de destino, el sistema de salud o los nombres de los medicamentos. El problema es de ambos. Existe un vacío formativo para lidiar con los migrantes y la única forma de cambiar esto es una educación sistemática enfocada en el tema y con perspectiva sanitaria de largo plazo.

#### 8 El tránsito y llegada a un país no afectan en las enfermedades a los migrantes

BC: “Hay personas que dicen que las enfermedades que traen los migrantes vienen importadas de sus países y que traen infecciones de afuera. Hay estudios muy interesantes en otros países que indican que los migrantes, especialmente los que enfrentan vulneraciones de derechos también se contagian en el tránsito y en el destino. Estudios documentan que también existe contaminación cruzada, es decir, los locales también contagian a la llegada o mientras se desplazan, en la ruta que toman para llegar hasta el lugar que han elegido para asentarse. Es importante ir balanceando responsabilidades, porque es fácil apuntar con el dedo”.

#### 9 Las embarazadas migrantes no quieren prevenir transmisión vertical de VIH

JD: “No existe ningún estudio que demuestre esta conducta. Hoy es un real desafío ofrecer igual estándar para las mujeres migrantes embarazadas a las locales. Los principales riesgos son los de tipo obstétrico porque se ha observado una baja asistencia al control o tardía. Las mujeres extranjeras de países menos desarrollados no están acostumbradas o no tienen la formación para buscar apoyo médico en etapas más tempranas del proceso. Probablemente sus condiciones de vida y sicosociales están influyendo en estas conductas. Esto es relevante, pero no significa que no quieran prevenir transmisión de VIH. Existe una barrera de conocimiento, pero las investigaciones internacionales explican que no acceden porque no saben”.





#### 10 ¿Deberían pedirse exámenes para otorgar la visa en Chile?

ML: “Lo único que genera el levantamiento de información antes de pedir visado es una estigmatización que no se traduce en ningún desenlace sanitario relevante. Muy por el contrario, está asociada al aumento de incidencia de trastornos ansiosos y a vulneración de derechos en el destino. En países donde se analizado y se han pedido, se ha evidenciado que no incide en aumento o disminución de enfermedades de destino, si no que al revés discrimina y enferma a las poblaciones a las que se les piden exámenes. Lo que tiene sentido es ofrecer acceso oportuno a que todas personas que migran, más que preocuparse de que tenga una u otra enfermedad antes de que ingresen.

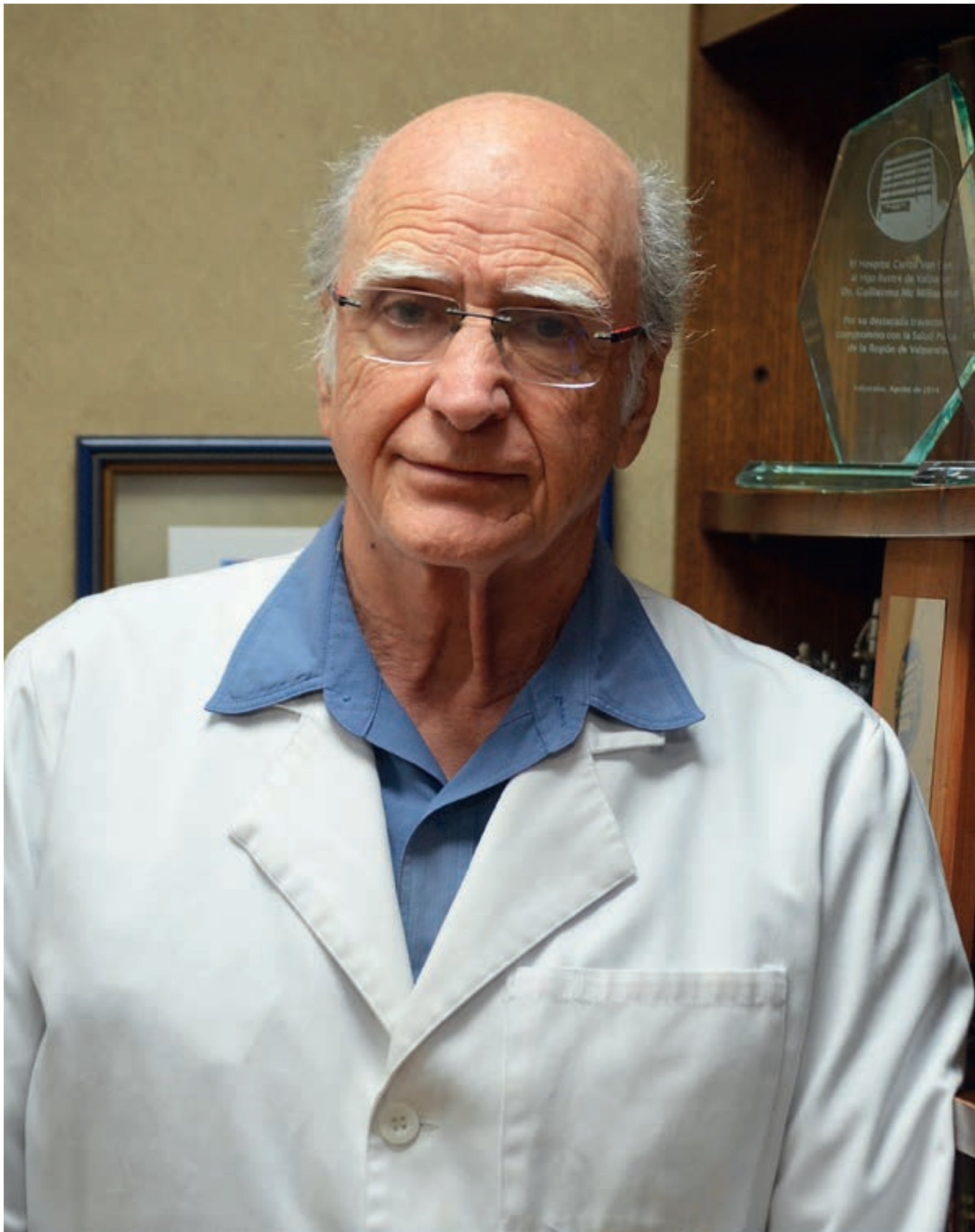
#### 11 ¿Tiene sentido financiar la salud de los migrantes?


BC: “Hay muchos que tienen la idea de que financiar a migrantes como turistas o residentes cuesta mucha plata al sistema de salud y no se justifica porque no tienen residencia definitiva, no sabemos si van y vienen o porque estamos saturados. Hay estudios de Alemania que hizo evaluación por 15 años de políticas públicas y tuvo momentos, por gobiernos puntuales, que dieron acceso a migrantes y otros que no. En

un modelamiento matemático, descubrieron que los costos a largo plazo de dejarlos fuera son más altos que integrarlos. Si los dejas ahora, el costo será mucho mayor cuando lleguen al sistema con enfermedades avanzadas, más compleja y de valores más altos, en 20 años. Es mucho mejor que cuenten con prevención y diagnóstico oportuno desde antes. Por otro lado, éticamente el derecho a la salud es universal y cualquier persona debería tener protección”.

#### 12 ¿Tienen mayor resistencia antibacteriana?

JD: “Lo primero es relevar que este es un problema mundial y es un problema nacional hace muchos años. Una de las preocupaciones más importantes que ha relevado la OMS. Hay estudios que sugieren que la migración podría introducir resistencia bacteriana, pero la mayoría relacionado a una patología específica que es la tuberculosis. Hay otras investigaciones internacionales que han indicado que probablemente está relacionada a las condiciones de la migración. Como todo en la medicina, no solo debemos individualizar los factores de riesgos de cada uno de los pacientes, sino que identificar el grupo vulnerable que podría ser afectado”.





## Vocación Pública

# “ME GRATIFICA ENORMEMENTE CAMBIAR LA VIDA DE LAS PERSONAS”

El doctor Guillermo Mac Millan, en medio de los tabúes y las restricciones de la dictadura militar, decidió -a mediados de los 70- realizar operaciones para adecuar el sexo físico de las personas al psicológico. Una decisión visionaria, pero que tuvo que hacer de forma silenciosa para poder llevarla a cabo en el hospital de su vida, el Carlos Van Buren de Valparaíso. Luego de cerca de 40 años -en los que intervino a más de 700 pacientes-, ha comenzado el proceso de retiro.

*Por Patricio Cofré A.*

**A**l doctor Guillermo Mac Millan no le gusta hablar de detalles, ni menos de dificultades. Prefiere no mencionar las historias que más le han impactado y solo esboza las grandes incomodidades y ataques que debió resistir por realizar un tipo de intervenciones quirúrgicas, de forma pionera y en medio del tabú y el prejuicio, varias décadas antes de que se comprendiera su relevancia.

A sus 78 años, ha comenzado el camino del retiro. En mayo dejó la jefatura del servicio de Urología del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, después de cerca de 3 décadas en el cargo y más de 40 años en total en ese centro asistencial. A fin de año, además, terminará sus funciones en el área de trasplantes, con lo que se cerrará definitivamente su historia en el recinto porteño.

Fue precisamente desde esa plataforma donde se transformó en un ícono de la inclusión y la diversidad sexual. Pese al rol histórico que jugó, reconoce que era un logro que no estaba entre sus planes: “yo no pretendía ser reconocido por ser el doctor que operaba a personas trans”, dice.

El profesional, que hoy también atiende en una consulta privada en Viña del Mar para continuar con su labor, aclara con fuerza y varias veces durante la entrevista uno de los mayores



aprendizajes que obtuvo con la experiencia. “Yo no cambio el sexo, eso está en la cabeza, en la psiquis, eso es imposible de corregir. La única manera de ayudarlos es corrigiendo el físico a esa realidad”, explica.

En la década de los 60, estudió en la Universidad de Chile, se especializó en el Hospital Barros Luco y participó en trasplantes de riñón en los primeros procedimientos del país. Esto, en el marco de las operaciones que encabezó el doctor Jorge Kaplán para trasplantes de corazón. Allí, el fallecido ex alcalde de Viña del Mar, lo convocó a su equipo con el fin de rescatar otros órganos, para no perderlos y darles un uso para que se pudieran salvar las vidas de otras personas.

Su inicio en las genitoplastías fue más bien casual. A mediados de los 70, una paciente suya llegó con una sentida petición. Su hija requería el procedimiento y el doctor aceptó en medio de trabas burocráticas, los cuestionamientos éticos y morales y con un entorno marcado por la dictadura del General Pinochet. Su trabajo no se detuvo y desde 1976 al 2019, fueron casi 700 los pacientes a los que les realizó el procedimiento. Pero con el regreso a la democracia, la situación no fue muy distinta y le

pidieron que no se diera a conocer su trabajo, es decir, que lo hiciera, pero “sin hacer ruido”, recuerda. Hoy, asegura que le sorprende que existan proyectos de ley en favor de las personas transexuales, que las operaciones para personas cada vez más jóvenes, lo mismo que, a la vez, lo entusiasma.

Pero luego de casi medio siglo en el sector público, también tiene una mirada sin tapujos y bastante dura de la realidad del sistema sanitario y del hospital que fue su segundo hogar.

**- Comenzó con estas operaciones en una época muy difícil para la diversidad sexual...**

Empecé hace 43 o 44 años porque me enfrenté a una transexual y pensé que con la cirugía que la persona necesitaba, uno podía beneficiarla, satisfacer un requerimiento muy importante para ella. Pero rápidamente entendimos que era muy fundamental, prácticamente vital, y que producía un cambio permanente y definitivo muy favorable para su vida.

**- Es una demanda sumamente personal**

Así es, empezamos a darnos cuenta que no es posible cambiar el sexo ni con cirugías, ni con hormonas, ni con sicoterapia. En estas personas, el sexo está cambiado en el cerebro y después de los 4 ó 5 años, cuando está fijo, los especialistas han indicado que no se puede cambiar. En transexuales, la experiencia de los últimos 80 años ha demostrado que, si uno como médico los apoya a que modifiquen su cuerpo en relación de su sexo psicológico, logran hacer una vida razonablemente satisfactoria.

**- Es una situación muy compleja**

Es muy penosa para ellos y para sus familias. Uno se va convenciendo. Hace 20 años, a los trans de origen socioeconómico bajo los echaban de sus casas. Hace 30 años atrás el porcentaje de prostitución era muy alto, sobre el 50%. Hace 30 años alguien que había empezado a tomar hormonas a los 25 años, era muy evidente y empezaban a generar prejuicios y rechazos. Hoy, con apoyo y comprensión, pueden desarrollarse, trabajar, estudiar. El paciente transgénero que recibe tratamiento se nota muy poco.

**- ¿Le tocó vivir discriminación o efectos personales?**

Los colegas me decían por favor no traigas a tus pacientes a la sala de espera. Hace 25 años un hombre que llegaba vestido de mujer significaba SIDA. En 1992 presenté la problemática al Comité de Ética del hospital y luego de revisar la experiencia internacional acordaron que era un acto médico, pero que no debía afectar la imagen del hospital, por lo que tenía que hacerlo sin que lo supiera nadie. Todavía tengo dificultades para hacer las operaciones en clínicas privadas que no aceptan este tipo de pacientes. Esa era la visión del país y por suerte ha cambiado.

**- También ha sido duro para usted...**

Ya no se me considera un delincuente, pero todavía es mal visto por un porcentaje importante, a los que no les parece razonable que se destruya un órgano sano y funcional para transformarlo en otro. Eso es solo porque entendemos el fondo para ayudar a la persona. Tuve la suerte que me apoyó el jefe de servicio en plena dictadura, si no quizás no lo hubiera podido hacer. A mis hijos le hicieron bullying porque les decían que yo “operaba a maricones”.

**- ¿Cuánto ha cambiado la situación en todo este tiempo?**

Cada vez me entusiasma más operar a jóvenes o a adolescentes transexuales con padre y madre que los apoyan y quieren. Nunca creí que iba a ver una ley que reconociera a los trans. Los próximos pacientes míos, no serán Pedro que quiere ser María, si no una María con carnet de mujer que quiere corregir sus genitales luego de haber obtenido sus documentos legales. Cuando se hace el tránsito en educación secundaria y superior, el resultado es que pueden seguir vidas muy normales.

**-Luego de cerca de 45 años dedicado a esto, ¿Cuál es la evaluación que hace?**

-Dentro de las cosas que yo he hecho, creo que se destacan las cirugías de trasplante, de cáncer, pero más allá de eso, me gratifica enormemente cambiar la vida de las personas con una operación -que es de bajo costo- para los transexuales. Hemos tenido dificultades importantes en periodos donde autoridades me han prohibido hacer la cirugía y yo he esperado, pero no esperaba destacar por esto.

**“UNO TERMINA UN POCO FRUSTRADO”**

Luego de dejar su trabajo en el servicio de urología, en diciembre culminará sus servicios en trasplantes. Tras casi 55 años, dejará definitivamente el sistema público. Pese al cariño y vocación con su histórico espacio de trabajo, su visión es muy crítica con respecto a lo que ocurre a lo largo del país. “Para mí, desde joven, no había otra opción que el trabajo médico hospitalario. Es mi trabajo más importante”, cuenta el académico, ex presidente de la Sociedad Chilena de Urología e hijo ilustre de Valparaíso.

**- ¿Cuál es la mirada que tiene de la profesión?**

Estudí medicina sin pagar nada. De otra forma, la situación económica de mi familia no me lo hubiera permitido, porque era muy precaria. Uno siente un compromiso de devolverle a la sociedad lo que le ha dado. Recuerdo que el discurso inaugural de recepción de la carrera, el director nos dijo “todos ustedes se han ganado el gordo de la lotería”. No lo entendí en ese momento, pero es un regalo poder tener esta profesión y lo más importante para mí es resolver los problemas de las personas. Ese es el sentido de mi vida. Además, la medicina

tiene un campo infinito de posibilidades para el desarrollo de cualquier actividad, desde lo administrativo, la investigación, la educación, la cirugía.

**- Usted lleva más de medio siglo en el sector público. ¿Cuál es la evaluación que hace hoy de él?**

Desgraciadamente está desfinanciado y poco eficiente, pero en el sistema público es el espacio más gratificante. Ahí uno puede ayudar a las personas más necesitadas, entender lo que es la pobreza, al paciente postergado, tramitado, que tiene que pedir permiso para ir al doctor.

**- ¿Qué le parece el momento que vive el sistema en general?**

Las personas tienen derecho a satisfacer todas sus necesidades de salud y es muy frustrante no hacerlo en los tiempos adecuados. Para mí ha sido muy gratificante la actividad hospitalaria y docente y formar urólogos, uno por año durante los últimos 40 años. Al final de mi retiro es un poquito triste porque hay menos eficiencia y no es tan resolutivo. Siempre he sentido un compromiso de la salud pública, es penoso la gente se hospitaliza en sillas. Que, si bien en equipamiento ha ido mejorando y la tecnología, las necesidades han aumentado mucho más.

**-El Hospital Van Buren esta en una profunda crisis. ¿Cómo la vivió?**

A todo el servicio de salud deberían darles mucho más dinero del PIB, es la única manera de mejorar su rendimiento. Debería poder operarse todo el día en los hospitales, tal como en las clínicas, pero para eso faltan médicos, auxiliares, camas. La capacidad quirúrgica disminuyó en un 50% en los últimos años.

**- Es un escenario complejo el que se ha vivido...**

De los 2 pabellones asignados diarios, ahora hay uno. Si yo recibía a una persona incontinencia urinaria invalidante, no teníamos ninguna posibilidad de atenderla antes de 2 años. Teníamos suficientes médicos, pero no horas quirúrgicas. Por otra parte, la atención de urgencia es muy penosa.

**- ¿Cómo espera que se refleje su legado en las cirugías trans?**

- Hemos formado a otras personas para que trabajen en este tipo de intervenciones y ellos tienen que dar su batalla por su cuenta. No tengo el poder para ampliar recursos, pero ellos tienen que dar la pelea y lo están haciendo. Actualmente sigue siendo mal entendido este tema, pero creo que hubo un cambio sin retorno. La ley permite que una persona cambie sus documentos y se reconoce el concepto que el sexo cerebral manda. Entonces ahora la salud estatal debe apoyarlos desde el campo médico y financiar los tratamientos.

# Tribunal Nacional de Ética: COLEGIO MÉDICO ELIGIÓ A SUS NUEVOS INTEGRANTES

En sesión del Honorable Consejo Nacional del mes de junio, los dirigentes del todo el país eligieron a los cinco miembros que serán parte de esta instancia a cargo de conocer las infracciones a la ética profesional y aplicar sanciones contempladas en el Código de Ética del Gremio. El martes 1 de octubre se llevó a cabo la sesión constitutiva en la que asumieron oficialmente estos cargos, que ocuparán hasta 2022.

Por: *Patricio Azolas A.*



Luego que el Colegio Médico iniciará un proceso público invitando a todos los colegiados interesados en participar y que cumplieran con los requisitos que señala el artículo 6° del Reglamento de Tribunales de Ética del Gremio, en sesión del día viernes 14 de junio y tras analizar los antecedentes de los 10 candidatos que enviaron su postulación, el Honorable Consejo Nacional del Colmed, escogió a los nuevos integrantes del Tribunal Nacional de Ética.

Tras la votación de los consejeros de todo el país, los médicos colegiados electos fueron los doctores Mauricio Osorio Ulloa, con 27 preferencias; Maritza Carvajal Gamé, con 24; Santiago Parry Ramírez y Rodrigo Salinas, ambos con 17; y Sofía Salas, con 16. Junto al equipo jurídico del Gremio encabezado por Adelio Misseroni, Patricia Núñez y Hugo Bertolotto, ellos serán los encargados de conocer las infracciones a la ética profesional y aplicar sanciones contempladas en el Código de Ética del Gremio hasta el año 2022.

Cabe mencionar que tras la elección de los nuevos integrantes, el Consejo Nacional acordó también que profesionales asumirían en sus funciones en cuanto se terminaran de tramitar las causas que en ese momento estaban en curso, con el fin de no entorpecer dichos procesos.

## PRIMERA REUNIÓN

El martes 1 de octubre, el nuevo Tribunal Nacional de Ética del Colegio Médico realizó su primera sesión constitutiva, ocasión

en la que se designó como presidente de esta instancia al Dr. Mauricio Osorio, quien obtuvo la votación más alta en el proceso de elección. El reglamento de los Tribunales de Ética, señala que “uno de los miembros, elegido por el Tribunal mismo, será su presidente, quien permanecerá un año en tal cargo y para el cual no podrá ser reelegido para el período inmediatamente siguiente”.

El Dr. Mauricio Osorio explica que su motivación para presentarse por primera vez al Tribunal Nacional fue seguir aportando al Colegio Médico y a los colegiados, y también a quienes no están afiliados al Gremio. “Nunca pensé en obtener esta votación, ni busqué ser presidente de esta entidad. Para mí este cargo representa desafíos. Es una tremenda responsabilidad y trabajo que hay que realizar. En mi caso, toda mi vida he trabajado ligado a la medicina y sigo ligado a ella. Seguiré comprometido con los médicos”, acota.

En la misma línea, detalló que dentro de los objetivos que busca desarrollar en su período, es la modernización del Tribunal Nacional de Ética de la Orden. “No sólo el Colegio, sino que nuestro país, está muy preocupado de los estándares éticos y de algunas situaciones que deben ser resueltas desde lo ético, y de una manera efectiva y oportuna. Por ende, nuestro trabajo debe responder a estos nuevos estándares y que implica la modernización de los procedimientos y procesos, además mirando lo que está pasando en el país sobre esta nueva constitución, debemos trabajar para dejar plasmada la Tuición Ética que nunca debimos perder”, explica.

Es por eso que espera que este contexto actual sea una oportunidad para conseguir este antiguo anhelo del Colegio Médico al igual como lo ha expresado la Mesa Directiva Nacional.

## UN POCO DE HISTORIA

En el año 2003 el Departamento de Ética del Colegio Médico comenzó la discusión de un cuerpo normativo que regulara dichos Tribunales de Ética, con el objeto de sustituir, en definitiva, a los Consejos Regionales y al Consejo General en el conocimiento de estos temas.

Es así que por acuerdo unánime de la Asamblea General Extraordinaria del Gremio, celebrada en el mes de abril del 2004, se decidió incluir en los Estatutos de la Orden la

creación de Tribunales Regionales y de un Tribunal Nacional de Ética, que conociera las infracciones a la ética profesional y aplicara las sanciones correspondientes, entregando a la potestad reglamentaria del Consejo Nacional, la regulación de estos Tribunales y del procedimiento aplicable.

#### TRAYECTORIA PROFESIONAL Y ACADÉMICA

Los actuales integrantes del Tribunal Nacional de Ética cuentan con relevantes y destacadas trayectorias en el ámbito académico, profesional, gremial y participación en distintas publicaciones, y comités de ética.



#### -Dr. Mauricio Adrián Osorio Ulloa

Médico de la Universidad de la Frontera 1989, especialista en Cirugía Pediátrica U. de Chile 1997. Es director de la Escuela de Medicina, Universidad de Santiago (Usach) (2015 – 2019) y hasta la fecha, Jefe de Programa de Formación de Especialistas en Cirugía Pediátrica, Usach, Consejero Académico, académico Facultad de Ciencias Médicas, Usach; Cirujano Infantil Hospital Félix Bulnes. Además es secretario del directorio de la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM).



#### -Dra. Maritza Ivonne Carvajal Gamé

Médico de la Universidad de Chile, 1977, especialista en Neurología Infantil, U. de Chile. Médico Neurofisiólogo Gestor de la Unidad de sueño Hospital Exequiel González Cortés 2019; Centro Patologías del Sueño (1998 – 2019); Policlínico de Especialidades Diego Portales Corporación de Ayuda al Menor CORDAM (1986 al 1996) médico Neurólogo Infantil Interconsultor Clínica Las Lilas. Médico Neurólogo Interconsultor en Clínica Indisa; médico interconsultor Clínica Tabancura (2005 -2016) médico Neurofisiólogo Laboratorio Neurofisiológico de Santiago y jefa Unidad de Neurología Pediátrica Hospital Exequiel González Cortés (2000- 2015).



#### -Dr. Rodrigo Alejandro Salinas Ríos

Médico Universidad de Chile, 1987, especialidad médica Neurología Universidad de Chile (1993-1996) Master of Science en Economía de la Salud, University of York. Fellowship en enfermedad cerebrovascular, Departamento de Ciencias Neurológicas de la Universidad de Edimburgo, Escocia, Reino Unido, (1994) Master of Science en Salud Basada en Evidencias, University of Oxford. Médico AP, Neurología. Médico de Servicio de Neurología, Hospital del Salvador. Profesor Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, desde Agosto 2005.



#### -Dr. Santiago Alejandro Parry Ramírez

Médico Universidad de Chile (1993), especialista en Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso (2001); jefe de Servicio (subrogante) de Ginecología y Obstetricia Hospital Carlos Van Buren, 2018 a la fecha; Subdirector de Gestión Asistencial Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (1 de abril hasta octubre 2018). Integrante del Comité de Ética Asistencial del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio Integrante del Comité de Ética Clínica Hospital Carlos Van Buren, marzo 2019 a la fecha. Integrante Comité de la Ley IVE del Hospital Carlos Van Buren (2018) a la fecha.



#### -Dra. Sofía Salas Ibarra

Médica, Pontificia Universidad Católica (1981) Profesora asociada, Depto. de Obstetricia y Ginecología, PUC (1991-2010). Integrante Comité de Ética en Investigación (anterior Comisión de Investigación de la Escuela de Medicina PUC). Pdta. de dicho Comité en 2009. Directora Escuela de Medicina UDP (marzo 2010 a febrero 2013). Integrante Comité Ética en Investigación, UDP desde 2010. Pdta. de dicho Comité septiembre 2013 - marzo 2018. Profesora Investigadora, Centro de Bioética, Facultad de Medicina-Clinica Alemana, UDD desde abril 2018 a la fecha. Integrante del Depto. de Ética, Colegio Médico, desde 2012 a la fecha e Integrante Comité de Ética, Sociedad Chilena de Nefrología, desde 2014 hasta hoy.

Udelam

# UN APOYO NECESARIO PARA LOS MÉDICOS

En el año 2014, comenzó su labor la Unidad de Defensa Laboral Médica, con la finalidad de entregar una ayuda a los profesionales afiliados, en materias relacionadas con el ejercicio de su profesión y sus derechos como trabajadores, tanto en el sistema público como privado.

Por: *Patricio Azolas A.*



**S**in duda que para aprender a caminar, primero se debe gatear. Es así que tras cumplir cinco años funcionando, la Unidad de Defensa Laboral médica, UDELAM, ha consolidado su labor entregando una asesoría laboral integral a los afiliados a lo largo del país, que va desde la representación judicial, elaboración de escritos, mediaciones, hasta la elaboración de material informativo y educativo sobre derechos de los trabajadores.

En su día a día, las acciones más frecuentes que efectúa esta unidad se relaciona con el incumplimiento de PAO; traslado de PAO y EDF; becas, comisiones y misiones de estudio; procedimientos administrativos; consultas de trabajadores sujetos al Código del Trabajo; temas varios de funcionarios y becarios; situaciones particulares de los médicos PAO; Juicios de Cuentas; cambio a régimen antiguo (previsional), entre otros.

El coordinador de UDELAM, Dr. José Peralta, explica que la labor realizada durante este tiempo, ha permitido constatar y documentar las principales dificultades que tienen los médicos en sus respectivos lugares de trabajo, tanto en el sistema público como privado.

“Lo primero que destacaría son las temáticas relativas a los programas de formación de especialista, las llamadas ‘becas’. Los becarios y becarias fueron la principal motivación de creación de la Unidad, quienes han contado de forma

constante con su asesoría. Unido a lo anterior, los colegas en el Período Asistencial Obligatorio (PAO), son una de las consultas y causas que más frecuentemente llegan a UDELAM. Junto con lo anterior, también ha existido un auge en materia de protección a la maternidad y al acoso laboral, pues más allá de la puesta en relevancia que han tenido estas temáticas en los últimos años, se suma el hecho de que no existen normas claras y delimitadas sobre cómo ejercer los derechos que de ello emanan, existiendo un desconocimiento, especialmente, en la Administración del Estado de sus alcances”, acota el facultativo.

Además, agrega que han aumentado las consultas con relación al pago de asignaciones y el traspaso a planta superior, “donde han tenido una gran relevancia los dirigentes gremiales del Colegio Médico”.

Respecto a la importancia de esta unidad dentro de los servicios que presta el Colegio Médico a sus asociados, el Dr. Carlos Becerra, tesorero de FALMED y designado por su directorio para apoyar el desarrollo de UDELAM, subraya que “es un espacio de encuentro que va en beneficio de nuestros afiliados y donde se ha elaborado un sin número de protocolos y documentos de apoyo para dirigentes como médicos colegiados. Esta es la principal fortaleza de la Unidad, ser un espacio de trabajo conjunto de ambas instituciones”.



### TRABAJO EN TERRENO

Respecto de la labor que efectúa UDELAM de forma directa con los médicos colegiados, el Dr. Peralta resalta que la mayor parte del trabajo realizado tiene relación con la asesoría que se entrega a los profesionales, quienes organizados a través de Servicios, Capítulos, Centros asistenciales o Regionales del Colegio Médico, solicitan que la Unidad aborde distintas temáticas que son relevantes para las y los colegiados.

“Junto con lo anterior, parte del equipo jurídico de la Unidad ha participado de charlas realizadas por FALMED o por el Colegio Médico. A esto se suman reuniones en mesas de diálogo tanto con el Ministerio de Salud como con otras entidades como servicios de salud, Direcciones de centros asistenciales, la Contraloría General de la República, la Inspección del trabajo, entre otros. En estos espacios, UDELAM ha participado en conjunto con el Colegio Médico para poder abordar temáticas que superan casos particulares de colegas, y que atañen al gremio en su conjunto”, detalla.

### NUEVOS DESAFÍOS

A juicio del Dr. Peralta, UDELAM tiene diversas metas que enfrentar en los tiempos actuales, y acota que uno de los principales desafíos tiene relación con lograr cubrir de mejor manera los requerimientos de los afiliados, entregando una atención oportuna, completa y que dé respuesta a las distintas situaciones laborales que se les presenten. “El trabajo de estos últimos meses ha apuntado a fortalecer todo lo realizado y lo que se había avanzado desde su creación, basado en una labor de equipo donde participó el Colegio Médico, FALMED y todo el equipo jurídico que es parte de UDELAM. En este tiempo, el primer desafío fue consolidar la Unidad, definiendo su naturaleza, los objetivos que perseguía, así como fortaleciendo su condición de punto de unión entre el Colegio y FALMED”, relata el doctor Peralta y recalca que este desafío ha sido tomado en conjunto al Dr. Carlos Becerra, designado por el Directorio de FALMED, “con quien hemos trabajado para poder cumplir con el desafío de madurar y robustecer un espacio fundamental para nuestros colegiados, el cual es cada vez más demandado”. El Dr. Becerra añade que se debe consolidar el trabajo de UDELAM y dar más difusión sobre lo que está realizando la

entidad como el apoyo a los médicos colegiados en sus lugares de trabajo como en las condiciones laborales. “Siento que el colega de base no conoce bien que existe esta Unidad y que es una instancia que puede, eventualmente, apoyar y representar al afiliado en distintos tipos de gestiones como sumarios, reclamos ante la autoridad por no respetar las condiciones de trabajo o cuando no se respetan los derechos de la maternidad, por ejemplo. Además debemos seguir educando para que los facultativos conozcan mejor la normativa del trabajo médico y puedan valer por sí mismo, y si no, los abogados apoyarán las demandas de los profesionales ante sus empleadores. Queremos mejorar esta simetría con la autoridad”.

Paralelamente, hay una revisión de su orgánica y forma de funcionamiento, así como el recurso humano que lo compone. A la luz de las cifras cada vez más crecientes de asesorías y recursos judiciales, se ha hecho necesario aumentar sostenidamente el número de abogados FALMED dedicados tiempo completo a la Unidad, contando además hoy en día, con abogados en regiones. Sumado a ello, se han actualizado los documentos que se generan desde esta instancia, tales como los Manuales para el Ejercicio Profesional y el Cuadernillo para los dirigentes gremiales.

### MATERIAS ASESORÍAS Y PREGUNTAS FRECUENTES UDELAM

- Incumplimiento de PAO
- Traslado de PAO y EDF
- Becas, comisiones y misiones de estudio
- Procedimiento administrativo
- Trabajadores sujetos al Código del Trabajo
- Temas varios de funcionarios y becarios
- Situaciones particulares de los médicos PAO
- Juicios de Cuentas
- Cambio a régimen antiguo (previsional)

*Para contar con el apoyo de las abogadas y abogados de UDELAM, puede contactarnos a través del teléfono 2 2770 8800 o del correo [udelam@colegiomedico.cl](mailto:udelam@colegiomedico.cl)*



“UDELAM ha elaborado un sin número de protocolos y documentos de apoyo para dirigentes como médicos colegiados. Esta es su principal fortaleza”

**Dr. Carlos Becerra**  
Representante FALMED - UDELAM



“Se ha trabajado con el Colegio Médico para abordar temáticas que superan casos particulares y que atañen al gremio en su conjunto”

**Dr. José Peralta**  
Coordinador UDELAM



**Dra. Bárbara Puga Larrain**  
Presidenta de Falmed

## EDITORIAL: HACER 'BIEN NUESTRO TRABAJO'

**E**l ejercicio del trabajo médico ha evolucionado de manera significativa con el pasar de los años. Antes de la llegada a este nuevo siglo, ya se venía configurando un escenario nuevo cuya principal característica es ser una transformación que no se detiene. Y si bien conserva como cuerpo esencial la relación entre dos personas, el contexto social en que se desenvuelve es diferente, como consecuencia de los cambios económicos, tecnológicos, sociales y culturales de la sociedad en su conjunto y en particular del trabajo médico.

Las nuevas tecnologías, las exigencias de rendimiento en el uso de los recursos, las demandas sociales y los cambios simbólicos referidos a la salud y el rol de los profesionales, impone que quienes tenemos la opción de atender las necesidades de salud de la población seamos capaces de adecuarnos a esta nueva realidad y que mantengamos nuestro esfuerzo por responder con excelencia al desafío de atender la salud de la población. Esto, en primer lugar, implica que el largo aprendizaje y desarrollo de la relación médico paciente, cultivado en la tradición de nuestra profesión, mantenga sus bases de respeto y empatía, capaz de acoger las necesidades más íntimas de nuestros y nuestras pacientes y dar una respuesta pertinente. Eso implica recoger el nuevo contexto, donde estos mismos aspectos no sólo son una responsabilidad, sino que además son parte de una exigencia explícita e inevitable.

Así también, es importante considerar el estado actual del arte médico, los aspectos éticos y de seguridad del paciente, cautelar debidamente los impactos comunicacionales y políticos.

En resumen, una actitud de profundo respeto y dignidad, cuidadosa atención a los aspectos deontológicos y de calidad en la atención, conciencia de la necesidad de una relación de trabajo en equipo y mayor horizontalidad entre médicos, médicas y pacientes, son todos componentes de lo que hemos llamado una correcta *Lex Artis*. No hacerlo implica dejar de cumplir con nuestro juramento vocacional, descuidando la dignidad de los y las pacientes, lo cual además tendrá implicancias médico legales, de alto costo para cada colega y también, para el conjunto de nuestro cuerpo colegiado.

La Fundación, junto a su rol de acompañamiento de afiliados y afiliadas, ha sido enfática en destacar que nuestra mejor defensa y también nuestra mayor fuente de orgullo, es hacer "bien nuestro trabajo". Esta tarea no es sólo una forma de referirnos a nuestro desempeño, sino que está explícito en normativas que son de gran ayuda para comprender de qué se trata esto: los estándares de la Acreditación en Calidad y la Ley de Deberes y Derechos, más nuestro propio Código de Ética, que sin duda dan cuerpo a este desafío de hacer "bien nuestro trabajo".

El programa del curso Por una Medicina de Excelencia (PUME), con 31 versiones desde el 2013 a la fecha, se basa en los cuatro pilares que hemos mencionado y que corresponden a los reportajes incluidos en esta revista: ética, comunicación, derecho médico y *lex artis*; y seguridad del paciente. Su función principal y última es promover la buena práctica médica y secundariamente, lograr impactar sobre el fenómeno de la judicialización de la medicina, que representa una expresión de lo que buscamos evitar.

# POR UNA MEDICINA DE EXCELENCIA

## CUATRO PILARES DE UNA PROPUESTA FALMED



### CONTENIDOS

- 36 - Reportaje: Por una práctica segura en el ejercicio de la medicina.
- 40 - Reportaje: Desjudicialicemos la medicina.
- 44 - Infografía: Buenas prácticas en Consentimiento Informado (C.I.).
- 46 - Puntos de Vista: Ser y ejercer como médico en el Chile actual.
- 50 - Reportaje: Comuniquémonos con empatía.
- 54 - Reportaje: Practiquemos valores éticos en las relaciones entre médicos, pacientes e instituciones.
- 58 - Infografía: Buen trato y satisfacción usuaria.

# Identifiquemos oportunidades de mejora en eventos adversos: POR UNA PRÁCTICA SEGURA EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA



Tres facultativos coinciden en la necesidad de instalar una nueva Cultura de Seguridad, impulsando la notificación anónima de incidentes en red entre hospitales y clínicas y educando a las nuevas generaciones.

Por Patricio Alegre A.

**M**ientras la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsa a nivel mundial la seguridad del paciente, en Chile desde hace varios años un grupo de destacados médicos especialistas llevan adelante una lucha en igual sentido desde sus diversas áreas de labor asistencial.

Para la presente edición especial, contactamos al impulsor y coordinador del Sistema de Acreditación de Calidad de recintos de salud en Chile, el Dr. Rodrigo Contreras; la gerente de Calidad de Clínica BUPA a nivel nacional, miembro de la Sociedad de Calidad Asistencial de Chile y docente de la Universidad de Chile, Dra. Giovanna Gutiérrez y el destacado experto en notificaciones de incidentes en anestesia y vicepresidente de la Sociedad de Anestesiología de Chile, Dr. Cristián Rocco. El objetivo fue conocer una visión en profundidad de la seguridad del paciente a nivel nacional, luego que el pasado 17 de septiembre, con ocasión del Día Mundial de la Seguridad del Paciente, la OMS diera a conocer que 2,6 millones de personas pierden la vida cada año por daños en atenciones médicas que pudieron ser evitados.

## ACREDITACIÓN

El Dr. Rodrigo Contreras Soto, médico cirujano especialista en Salud Pública, trabaja actualmente en el Hospital Luis Calvo Mackenna como asesor en el Departamento de Calidad de ese recinto asistencial.

Fue uno de los primeros médicos en Chile que tuvo la tarea de construir los estándares de calidad y el diseño del sistema de acreditación de prestadores. Desde su trabajo en la Superintendencia de Salud, a cargo de la coordinación de este proceso, recuerda:

“Empecé a trabajar en este tema en 2006, en la Superintendencia de Salud y en acuerdo con el Ministerio de Salud. Por encargo de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, comencé a desarrollar el diseño del sistema de acreditación. En lo que es la garantía de calidad, todo partió como un impulso por la seguridad del paciente, con alguna entrada en los temas de calidad. Tres años antes,



había partido el Auge y era necesario avanzar en tener un estándar de calidad. Los estándares de calidad no pueden ser estáticos y deben ir mejorando. Hay que avanzar siempre en una mejora continua”, sostiene el facultativo.

El médico reconoce que “hemos iniciado el camino de seguridad de los pacientes por la vía de la acreditación. Pero hay que entender que la acreditación es sólo el primer paso, debemos introducir a los prestadores en una cultura de seguridad, que es lo mejor para nuestros pacientes”, puntualiza. Según el experto, la principal experiencia de América en materia de seguridad es la impulsada por la Joint Commission International, dependiente de la OMS, con fuerte incidencia en Canadá y Estados Unidos. El trabajo de esta entidad se ha extendido al resto de América Latina y en Chile tienen algunos prestadores acreditados, como la Clínica Alemana, Clínica Las Condes y el Hospital de la Universidad Católica.

“Respecto de esta entidad, que tiene un estándar universal, nuestro nivel como país es equivalente y en algunos

aspectos hasta un poco más exigente, particularmente en materia de gestión clínica y derecho de los pacientes. Esto porque en el caso chileno, se estableció el avance a la seguridad médica y de los pacientes a través de un sistema de acreditación de calidad y una Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes”, afirma.

Para tener una cultura de seguridad, asegura el Dr. Contreras, debemos aprender a reconocer los errores. “Reconocer un error no es fácil, porque tenemos una cultura centrada en el éxito y la probabilidad de sacar un error a la luz pública es más bien baja”, observa. Por este motivo, subraya que los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos no debiesen ser punitivos. “Las personas debieran saber que no serán castigados por cometer un error, porque esa es la única forma de mejorar”, enfatiza. En cuanto a los distintos métodos de análisis de eventos adversos, estima que “todos tienen sus ventajas y limitaciones, pero lo más importante es que todo el equipo de salud esté involucrado, participe y aprenda”.



*“La acreditación es sólo el primer paso. Debemos introducir a los prestadores en una cultura de seguridad, que es lo mejor para nuestros pacientes”*

**Dr. Rodrigo Contreras S.**

Especialista en Salud Pública, ex jefe de división de APS del MINSAL y actual asesor en el Dpto. de Calidad del Hospital Luis Calvo Mackenna.

*“La mirada de la seguridad del paciente es una mirada más sistémica. Si uno enfoca toda la atención en buscar quién fue, el sumario, o a quién hay que sacar, nunca resolvemos el problema”*

**Dra. Giovanna Gutiérrez P.**

Magíster en Gerencia y Políticas Públicas, ex subsecretaria de Redes Asistenciales y Gerente de Calidad de Clínica BUPA, Chile.

#### **EL IMPORTANTE ROL DE LOS PACIENTES**

El especialista considera que para otorgar seguridad a los pacientes, los médicos deben incorporar al paciente en el proceso. En el acto médico, están en juego dos derechos fundamentales en salud, que son la autonomía del paciente y el derecho a la información. Hay que explicarle al paciente muy bien cuál es su estado de salud, cuáles son las mejores alternativas para solucionar su problema y todos los riesgos”, detalla.

El Dr. Rodrigo Contreras agrega que se debe considerar que la medicina no está exenta de errores. “El riesgo cero no existe. Cuando uno dice que un establecimiento de salud está acreditado, no está diciendo que no va a ocurrir un evento adverso. Lo que se está afirmando es que en ese recinto se han tomado todas las medidas para disminuir al mínimo posible los eventos adversos. Y eso hace una diferencia efectiva”, sostiene.

#### **EXPERIENCIA EN CLÍNICA**

Para conocer la experiencia desde el sector privado de salud, tomamos contacto con la Dra. Giovanna Gutiérrez, Magíster en Gerencia y Políticas Públicas, ex subsecretaria de Redes Asistenciales y Gerente de Calidad de Clínica BUPA, Chile. “Nosotros lo que hacemos es desarrollar una política de gobierno clínico y dentro de ella uno de los elementos más fundamentales es lo relacionado con la seguridad del paciente”, afirma. Según la Dra. Gutiérrez, un objetivo es construir a todo nivel una cultura de seguridad médica y de los pacientes. “Debemos asumir que existe la posibilidad que nos podemos equivocar. Que en nuestra actividad médica no somos infalibles y que esos errores debemos ser capaces de identificarlos, comprenderlos y comunicarlos. Y que una vez que se comunican, tener la capacidad de investigar y determinar por qué nos sucedió”.

En ese sentido, llama a tener en cuenta que los errores asociados a la atención de salud se producen por una multiplicidad de factores. “El profesional de salud o médico que comete un error es uno de los factores involucrados, pero muchas veces no es el más determinante. Y si uno enfoca toda la atención en el modelo habitual que tenemos en buscar siempre, nunca resolvemos el problema. La mirada de la seguridad del paciente es una mirada más sistémica”. A su juicio, eso significa “comprender el sistema en su conjunto, mirar todas las posibles cosas que pudiesen haber fallado, para identificar el fondo y poder generar acciones de mejora”.

#### **NOTIFICAR LOS INCIDENTES**

La ex subsecretaria de Redes Asistenciales considera que para incentivar las notificaciones, primero es necesario construir confianzas en los equipos sanitarios. “Lo más importante es ir generando una fuerte confianza en nuestros equipos de salud. Lograr un aumento de notificaciones no quiere decir que tengamos más errores, sino que la gente se está atreviendo a comunicarlos”, recalca.

Según la especialista, este trabajo ha permitido establecer que en la clínica –compuesta por más de ocho mil funcionarios– “sí tiene sentido notificar, tiene suma importancia aprender de los errores y aprender a estar alertas y cómo nuestras propias acciones pueden ir previniendo el daño a los pacientes”.

La Dra. Gutiérrez recuerda que ya en 1999 la OMS marcó el rumbo en esta materia, a través de la publicación “Error es Humano”. “Estudios más recientes señalan que los errores en salud podrían alcanzar la tercera causa en materia de fallecimientos. O sea, estamos hablando de un problema epidemiológico mayor. Por esta razón, desde el 2000 se genera a nivel mundial por parte de la OMS el impulso de instalar el



“ Logramos poner en funcionamiento una plataforma de notificación de incidentes voluntaria y anónima, cuyo centro final es aprender del error ”

**Dr. Cristián Rocco M.**

Magíster en Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención,  
Vicepresidente de la SACH.

tema de la seguridad de los pacientes entre las principales políticas públicas en salud que debe generar cada país”.

Sin embargo, como miembro de la Sociedad de Calidad Asistencial de Chile, manifiesta su preocupación por la ausencia de una política pública en Chile orientada exclusivamente a la seguridad de los pacientes. “Tenemos una política pública que habla de acreditar las instituciones de salud. Pero esa acreditación no necesariamente está vinculando la construcción de una cultura más segura. Yo puedo tener un hospital acreditado, pero ese centro de salud no tiene noción interna de que puede dañar al paciente. Incluso, el tema de los eventos adversos es una característica menor dentro de lo que se evalúa en la acreditación y no necesariamente se está mejorando la cultura del recinto asistencial”, remarca. Finalmente, y desde su mirada académica, advierte una falta de formación de los médicos chilenos en los temas de seguridad del paciente.

#### REGISTRO DE NOTIFICACIONES

Otro especialista de importante trayectoria en materias de seguridad médica es el Dr. Cristián Rocco, actual vicepresidente de la Sociedad de Anestesiología de Chile (SACH) y médico jefe del Servicio Quirúrgico de Clínica Las Condes. El profesional es reconocido por impulsar en el sector público y privado de salud la notificación de incidentes en anestesia. “La iniciativa de tener un sistema de registro de incidentes en anestesia (en Chile) viene desde 2015, con los directorios anteriores de la Sociedad de Anestesiología, recogiendo lo que ha sido una tendencia mundial a nivel de la medicina”. Ello porque ya desde el año 1999, el informe del Instituto de Medicina de Estados Unidos “Error es humano”, hace la recomendación de tener sistemas de notificación de

incidentes, ya sea voluntarios u obligatorios.

El Dr. Rocco explica que la acreditación nacional hace exigible un sistema de notificación hospitalario general, pero no específico para anestesiología y reanimación. “Nosotros hicimos eco de esa necesidad y empezamos a trabajar junto con una asociación sin fines de lucro llamada SENSAR –Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación-, que ha venido trabajando en una plataforma de notificación de incidentes en red desde 2009”, relata. Explica que SENSAR tiene convenio con la Fundación Internacional Por la Seguridad del Paciente y los Movimientos por la Seguridad del Paciente en Anestesia y cuenta con el patrocinio de la Sociedad Española y la Sociedad Europea de Anestesiología.

En 2016, la SACH firmó un convenio de colaboración mutua con SENSAR, capacitando a más de 160 profesionales entre médicos y enfermeras. Sin embargo, el Dr. Rocco destaca la importancia de contar con una plataforma electrónica a través de la cual se puede trabajar en red y optimizar la notificación de los eventos.

“No sólo nos trajimos los cursos de seguridad, sino que también logramos poner en funcionamiento una plataforma de notificación de incidentes voluntaria y anónima, cuyo centro final es aprender del error, conversar sobre la materia y proponer medidas de mejora para reducir la probabilidad de ocurrencia”, señala.

#### PLATAFORMA PITELO

El Dr. Rocco explica que el sistema español de notificación se apoya en una plataforma llamada PITELO, acrónimo por sus siglas en español, que incluye los factores contribuyentes en la aparición de un incidente en salud: Paciente, Individuo, Tarea, Equipo (humano), Lugar (de trabajo) y Organización.

A la fecha, SENSAR cuenta con 119 hospitales en red a nivel europeo y latinoamericano, de los cuales 7 son hospitales públicos chilenos. En dicha lista figuran el Hospital de la Florida, Clínica Las Condes, Hospital San Juan de Dios, Hospital del Complejo Víctor Ríos Ruiz de los Ángeles, Hospital de Puerto Montt, Hospital Las Higueras de Talcahuano y el Hospital Luis Calvo Mackenna.

Gracias al trabajo internacional en red de todas las plataformas, se han notificado anónimamente 10 mil 300 incidentes en anestesia, facilitando 18 mil medidas de mejora en los procesos.

Actualmente, el Dr. Rocco se encuentra en conversaciones con hospitales de Perú y Colombia, para promover a través de capacitaciones una cultura de seguridad. El segundo paso será instalar la plataforma informática desde la cual se notificarán los incidentes en anestesia, la misma que facilitará la búsqueda de soluciones que entreguen una mejor atención a los pacientes.

#### Otros reportajes Falmed sobre Seguridad:

Ver en nuestro sitio web nota especial “La Seguridad del Paciente es la Seguridad del Médico”.

Link: <https://bit.ly/2qvsJE2>

# Por una correcta Lex Artis médica: DESJUDICIALICEMOS LA MEDICINA

La Lex Artis Médica o “estado del arte médico” se refiere al conjunto de normas o criterios valorativos que el médico en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas debe aplicar diligentemente en la situación concreta de un paciente y que han sido aceptadas por sus pares. Por ello, es patrimonio de los mismos médicos.

Por Marcela Barros M. y Alejandra Moreira B.

**L**a vida es uno de los bienes jurídicos más relevantes, sino el que más. Por ello, la ley chilena la protege sancionando a quienes atenten en su contra. En el ámbito sanitario, ejercer la medicina de acuerdo a la Lex Artis desafía a los profesionales a mantenerse actualizados en el estado del arte, atender según los principios éticos que guían a la profesión y aplicar su conocimiento en beneficio de los pacientes.

Para una correcta toma de decisiones, un componente adicional del médico es desarrollar una adecuada comunicación con los pacientes y familiares y equipos sanitarios, entregando confianza y transparencia en la información

El abogado jefe de Falmed, Juan Carlos Bello, explica las recomendaciones básicas para que un médico actúe conforme a la lex artis. “En primer lugar, que tenga los conocimientos técnicos asociados a la intervención o al acto médico que están realizando, es decir, capacidad técnica para hacerlo. En segundo lugar, que aplique en ese contexto todos los componentes éticos que lleva la atención médica. Y en tercer lugar, que utilice todas las habilidades comunicacionales asociadas a una atención tan compleja como la médica. En resumen, la Lex Artis es la guía o práctica médica generalmente aceptada por la medicina en un tiempo y lugar determinado para un paciente en concreto”.

El contexto de una atención es un aspecto que siempre es objeto de análisis. Para ello, es relevante comprender la diferencia de atender un paciente, por ejemplo, con un accidente cerebrovascular en un hospital de baja complejidad, ubicado en un lugar apartado, con malos caminos, sólo ambulancias básicas, sin acceso a helicópteros, sin especialistas, a que dicho cuadro de salud se trate en un recinto con especialistas, con acceso a todo tipo de exámenes de imagenología, pabellones, etc. También hay que considerar las características propias del paciente, pues la atención debe considerar los antecedentes médicos y condiciones en las que se encuentre. Lo que es exigible en cualquier caso es actuar en consecuencia a los conocimientos actualizados que tiene el médico y estabilizar y derivar cuando sea necesario.

Por definición, la Lex Artis médica no es una sola, es decir, no es unívoca, sino lo generalmente aceptado y pertinente al paciente y a las condiciones de atención. “No es necesario que todos los médicos estén de acuerdo en la forma de tratar una patología. Basta que haya una acepción general”, explica Bello. Pero también es relativa, porque depende de lo que requiere un paciente

en concreto, con su historia médica, edad, el tiempo y lugar en que se realizó la atención, puntualiza el abogado.

Las estadísticas de Falmed de los últimos diez años registran 3.175 juicios por presunta mal praxis. En ese proceso los médicos vivencian una experiencia no sólo engorrosa sino también, y muchas veces, dolorosa. Es ahí cuando deberá explicar a uno o más jueces aspectos tan relevantes como la ficha clínica, el consentimiento informado, y el buen trato en la comunicación con el paciente como componentes fundamentales de una correcta Lex Artis.

## FICHA CLÍNICA

“En principio, lo que no está escrito en la ficha clínica, para el juez, no existe”, enfatiza el abogado de Falmed Pedro Pablo Hansen. Es decir, es el medio de prueba más relevante en un juicio.

Si bien el primer objetivo de la ficha clínica es ser un canal de comunicación entre los miembros del equipo de salud, lo que allí diga permite “acreditar qué se hizo o se dejó de hacer con un respectivo paciente y cómo evolucionó, cuestión que será analizado posteriormente por un perito quien informará al juez o fiscal acerca del cumplimiento o no de la lex artis médica”, explica el jurista.

El abogado, con amplia trayectoria en causas civiles, enfatiza la importancia de que la ficha clínica cumpla con ciertos estándares, por ejemplo, que sea “ordenada, inviolable, veraz y con letra clara de las atenciones médicas y sanitarias del paciente”. Otra característica imprescindible de la ficha es que en ella “los profesionales tengan la capacidad de acceder de forma expedita a su integridad cuando deban atender (al paciente). En el caso de las fichas electrónicas, que el sistema de soporte permita acceder de forma rápida, segura y estable”.

Al contrario, explica el abogado, durante el juicio se presentan escenarios adversos cuando la ficha clínica está incompleta y no tiene registro de todas las atenciones, cuando no está bien escriturada, cuando no se tiene el debido cuidado o celo en su resguardo y cuando no es ordenada o comprensible. Es decir, cuando no cumple cabalmente con su objetivo de ser la bitácora de la atención del paciente.

Todo prestador de salud tiene la obligación de resguardar la confidencialidad, inviolabilidad e integridad de la ficha clínica y a su vez todo aquel que tenga acceso a ella, tiene la obligación de resguardarla, porque contiene información sensible del paciente.





*Los pacientes tienen derecho a negarse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, excepto en casos de riesgo para la salud pública o daño a terceras personas.*



*“La Lex Artis es la guía o práctica médica generalmente aceptada por la medicina en un tiempo y lugar determinado para un paciente en concreto”*

**Juan Carlos Bello P.**

Abogado U. de Chile, Magíster en Derecho Penal, abogado Jefe de Falmed.

#### LA RELEVANCIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las habilidades de comunicación representan una diferencia significativa en la calidad del servicio que entrega un médico, sobre todo a la hora de establecer una buena relación médico paciente: aquella instancia privada y confidencial en la que el paciente resuelve sus dudas y toma una decisión en base a lo que el médico le informa.

Hay comunicaciones que requieren determinadas formalidades. El abogado Pedro Pablo Hansen explica la diferencia conceptual respecto a entregar la información en forma verbal o escrita: “El consentimiento informado es un acto comunicacional, si bien verbal, también corporal, sistemático, dinámico que debe existir entre el médico tratante y el paciente, mediante el cual le da a conocer el diagnóstico de su enfermedad, pronósticos, alternativas terapéuticas, tratamiento, etc. Esto es distinto de los protocolos de consentimiento informado que son la transcripción por escrito de lo anterior”.

Precisamente esa constancia por escrito es la que debe realizarse por ley el médico en casos de intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos. Y debe contener exigencias mínimas, explica el abogado: “entrega de información oportuna y comprensible de su estado de salud, diagnóstico, enfermedad, alternativas de tratamiento disponible, riesgos, pronóstico y a su vez la posibilidad de retractación”.

Un punto relevante que explica Hansen es lo que no está regulado en la ley. La experiencia acumulada de Falmed en casi 25 años asesorando a médicos, permite recomendar que el consentimiento informado contenga “los riesgos más comunes y propios al procedimiento, así como los más graves, aun cuando no sean tan frecuentes, asegurando que el paciente se encuentre debidamente informado y que no pueda con posterioridad señalar que de haber sabido un riesgo que no se encontraba contemplado, habría tomado otra determinación”, explica.

La claridad en la entrega del mensaje y empatía, entre otros, juegan un rol fundamental. “Hay médicos que son más escuetos en entregar información, que no les gusta hablar mucho. Yo creo que ellos están en una desventaja respecto de aquellos que sí se



*“En principio, lo que no está escrito en la ficha clínica, para el juez no existe”*

**Pedro Pablo Hansen C.**

Magíster (c) Universidad de Chile Derecho Privado, abogado jefe Unidad Civil Falmed.

dan el tiempo y explican”, sostiene Hansen. En el caso de una atención programada es conveniente que ese diálogo con el paciente o sus familiares se dé en un lugar adecuado, privado y ojalá cómodo, de manera que aporte condiciones apropiadas para una comunicación efectiva. Distinto es lo que puede ocurrir en una atención con riesgo vital. “Frente a una persona que tiene riesgo de muerte, lo primero es salvarle la vida”.

Pero habiendo elegido un lugar adecuado y entregando la información completa, también el médico se puede enfrentar a un paciente que por diversas razones no comprenda la información. En este caso, la recomendación es recurrir al representante legal del paciente. “La ley señala que si el médico tratante se da cuenta que la persona no entiende, sea porque tiene dificultades de entendimiento o bien por su condición se encuentra con una alteración de consciencia, la información se la debe entregar a su representante legal o a la persona que se encuentre bajo su cuidado. Sin perjuicio que al momento de recuperar su capacidad de comprender pueda ser informado”, aclara.

Una recomendación esencial es elaborar adecuadamente los protocolos de Consentimiento Informado, mejorando aquellos que no estén adaptados al procedimiento a realizar. Pedro Pablo Hansen sugiere complementar aquellos que “no permitan dar cumplimiento a lo señalado por la ley, ni tampoco dan cuenta efectivamente de qué se le va a realizar específicamente al paciente”.

#### LA ARISTA ADMINISTRATIVA

Un incidente de presunta negligencia médica puede ser indagado desde diversas aristas: civil, penal, ética o administrativa. En este último caso, el médico es citado a declarar por el fiscal designado por la institución donde se desempeña, en el contexto de una investigación sumaria o un sumario administrativo.

El resultado de una investigación en el ámbito administrativo puede tener repercusiones en sede civil o penal. De ahí se desprende la importancia de contar con asesoría jurídica desde el comienzo de cualquier tipo de investigación, por sencilla que parezca.

“Ahora (los médicos) están teniendo mayor conciencia de lo que significa la asesoría jurídica. Al principio no llamaban y



“La primera declaración marca el curso de la defensa”

**M. Loreto Bañados A.**

Abogada PUC, especialista en Derecho Administrativo, Jefa Unidad de Asesoría Legal en Otras Materias de Falmed.

simplemente iban a declarar. Lo primero que uno les dice es que no pueden faltar a la verdad. Que tampoco pueden hablar de situaciones que posiblemente no se acuerden. Es válido señalar que no recuerdan porque a veces son casos que han ocurrido hace mucho tiempo en el contexto de una carga asistencial muy alta, por lo tanto, es posible que no se acuerden del caso o del paciente”, explica la abogada Falmed Loreto Bañados, especialista en materias administrativas. Precisa que cuando el médico no recuerda, puede pedir los antecedentes que permitan recordar, aun cuando se los pueden negar. “Eso va a depender del tipo de fiscal, porque algunos no muestran los antecedentes, porque entienden que son secretos. Pero hay otros que sí lo hacen, entonces basta con decir mire yo la verdad en este caso no me acuerdo, si es posible ¿usted me puede mostrar los antecedentes?”, grafica.

La profesional advierte sobre las primeras diligencias en una investigación administrativa. “Siempre es importante que nos llamen apenas sepan que van a ser citados y así podamos explicar las implicancias de una declaración y del proceso. Dependiendo

del estatuto administrativo que se aplique, ver la posibilidad de acompañar al médico a la declaración para iniciar un proceso de defensa desde el primer minuto. La primera declaración marca el curso de la defensa”, plantea.

Bañados explica que las investigaciones en este ámbito también tienen un foco hacia el contexto de la atención: “eso apunta a lo que un médico promedio haría en las mismas condiciones, en el mismo tiempo, en el mismo lugar, con los elementos que se tienen en ese momento. Es súper relevante el contexto, porque no es lo mismo una atención médica en un consultorio que en una clínica”. Por ello resulta esencial que el facultativo conozca los recursos y tecnología con los que cuenta en su centro de salud, precisa la abogada. “Es relevante también desde el punto de vista administrativo tener presente que el servicio de salud o la institución pública tiene los medios suficientes para poder responder frente a esa necesidad del usuario, del paciente en este caso”, precisa.

Los médicos deben involucrarse en conocer los protocolos de la institución. “Para nosotros como defensa, hay muchos sumarios administrativos donde se formulan cargos por no haber actuado de acuerdo al protocolo. Hay otros casos donde estos mismos protocolos nos han mostrado que la persona a la que se le está formulando cargo no es aquella que tenía la obligación de hacer tal o cual tarea”, concluye.

Tanto el paciente como su familiar tienen las herramientas legales para denunciar una presunta negligencia médica, lo que obliga al facultativo a enfrentarse con la justicia, con interrogatorios y situaciones poco gratas. El mejor respaldo del médico es demostrar que actuó siempre conforme a la Lex Artis médica.

Las estadísticas de los juicios llevados por Falmed indican que la mayor parte de los casos terminan en resoluciones que dan cuenta del correcto obrar médico. Sin embargo, es necesario reiterar que la medicina exige un alto estándar profesional no sólo en lo técnico sino también en lo humano. Por eso, en todas las capacitaciones realizadas por la Fundación a lo largo del país, los abogados recuerdan que la receta más eficaz para desjudicializar la medicina es que los equipos sanitarios velen por un correcto acto sanitario y una medicina de excelencia.

### Los cambios que vienen en la justicia chilena

La justicia chilena ha experimentado cambios que le permiten instalarse en el concierto mundial como un país moderno y transparente. Ese camino ha seguido la Reforma Procesal Penal, la Reforma Laboral y de familia.

El abogado jefe de Falmed, Juan Carlos Bello, explica algunos cambios que vienen y para los cuales la Fundación de Asistencia Legal ya se está preparando con la finalidad de entregar un servicio de excelencia.

El nuevo Código Penal (CP) endurece las penas en casos de posible mal praxis y aumenta su plazo de prescripción. “Está siguiendo una tendencia mundial que es establecer en perspectivas generales una responsabilidad profesional, no una responsabilidad médica puntualmente, sino la responsabilidad penal de los profesionales, aumentando las penas para el homicidio imprudente; cuando éste es cometido por profesionales de la salud con resultado de muerte la sanción aumenta hasta 7 años, es decir,

eventualmente, una pena efectiva”, afirma Bello.

El proyecto de CP crea un nuevo tipo penal que sanciona el tratamiento terapéutico no consentido, independiente de si existió o no falta a la Lex Artis. La Reforma al Procedimiento Civil, en cambio, es una modificación sólo procedimiento y no al derecho sustantivo: las audiencias serán públicas y con plazos más breves. En relación al médico, el facultativo, en determinados casos, tendrá que probar que es inocente, aun cuando el demandante no haya demostrado su culpabilidad.

La modificación del CP fue expuesta ante la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento del Senado el 13 de marzo de 2007 por miembros del Instituto Chileno de Derecho Procesal. La unanimidad de los parlamentarios estuvo de acuerdo en convertir la propuesta en un proyecto de ley, que es lo que actualmente se analiza en el Congreso Nacional.

Por una información de excelencia:

# BUENAS PRÁCTICAS EN CONSENTIMIENTO INFORMADO (C.I.)

Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud.

Por Marcela Barros y Alejandra Moreira.

## ANTES DE REALIZAR EL C.I., VERIFIQUE

1

Su identificación de médico e institución



2

Identificación del paciente con documento de identidad



3

¿Cómo iniciar la relación?



- Contacto visual con el paciente
- Tono de voz audible
- Preparar el contenido del mensaje
- Actitud corporal coherente con el mensaje
- Disposición para resolver dudas
- Saludar por su nombre al paciente
- Presentarse

### ... PERO, ¿CÓMO LO HACEMOS?

El profesional debe proporcionar al paciente información:

- Oportuna
- Adecuada
- Suficiente
- Comprensible

Se recomienda incluir:

- Descripción del procedimiento
- Estado de salud del paciente
- Posible diagnóstico de su enfermedad
- Alternativas de tratamiento disponibles
- Riesgos más frecuentes y más graves
- Tratamientos propuestos o alternativos
- Pronóstico esperado
- Proceso postoperatorio previsible



Si no es posible entregar esta información al paciente, facilitarla a su representante legal o a la persona bajo cuidado se encuentre



## CONFORME A LA LEY 20.584

EL C.I. DEBE CONTENER:

- Especificar **nombre** del **procedimiento** a realizar
- Establecer que mediante su firma el paciente o sus familiares **expresan que recibieron**, de parte de quien efectuará el procedimiento, **información** sobre los objetivos de la intervención, sus características y potenciales riesgos.
- **Nombre y firma del paciente** o representante
- **Nombre y firma del profesional** responsable del procedimiento, y **fecha** de la obtención del consentimiento.

### ¿QUÉ INFORMACIÓN DEBIERA CONTENER UN CI ADECUADO?



Información suficiente y adecuada para que el paciente comprenda el alcance del acto sobre el que va a consentir. Debe contener los aspectos relevantes y genéricos, explicados de forma breve y en lenguaje comprensible para cualquier usuario. Las personas que deseen más información podrán solicitarla y se les facilitará verbalmente o por escrito en hojas informativas adjuntas. Se recomienda incluir la posibilidad de retractación del paciente.

### ¿FORMULARIO ESPECÍFICO O FORMULARIO GENERAL?



En caso de formularios tipo, complémntelo con formularios adecuados a la intervención

Es fundamental que el material escrito sea entregado con el tiempo suficiente para que pueda ser leído, discutido y aclarado antes de solicitar la firma.



## EL CI ES VERBAL, PERO ES RECOMENDABLE INCORPORARLO EN LA FICHA CLÍNICA

### DEBE CONSTAR POR ESCRITO

en caso de:

Intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, en casos de procedimientos que impliquen un riesgo relevante y conocido para la salud del individuo.



#### HERRAMIENTAS DEL C.I.

- Entrevista Clínica
- Soporte emocional y relación de ayuda
- Protocolos de evaluación de capacidad (prima la evaluación subjetiva del tratante)
- Formularios escritos del C.I.

#### COMPONENTES DEL C.I.

- Proceso continuo, dialógico, deliberativo y prudencial.
- Basado en la voluntariedad.
- Aporte información suficiente, comprensible.
- Entrega información para que el paciente decida.
- Expresa la decisión.

### ¿QUIÉN DECIDE POR UN PACIENTE SIN CAPACIDAD PARA CONSENTIR?

- Tutor legal (en caso de incapacidad judicial) pero hay decisiones en las que sí puede participar.
- Menores de edad, patria potestad de los padres, tutores.
- Representante designado por el paciente con antelación.
- Decisión por familiares u otras que rodean al paciente.

Aptitud cognoscitiva para comprender la información y elegir acerca de una situación concreta y en un determinado momento. El encargado de evaluar la capacidad del paciente debiera ser el profesional médico que lo atiende.

### ¿CUÁNDO PONER ATENCIÓN A LA COMPETENCIA DEL PACIENTE?

- Frente a un cambio brusco, inesperado o poco coherente de la decisión.
- Frente a un paciente que asiente con facilidad una intervención de alto riesgo.
- Frente a cualquier decisión que como profesional le resulte difícil de entender o poco coherente con los principios que le ha manifestado el paciente.

Cualquier persona no capacitada para manifestar su voluntad requiere un representante legal

#### COMITÉ DE ÉTICA

### ¿CUÁNDO ACTÚA?

- Cuando el profesional tratante dude de la competencia de la persona o estime que su decisión -personal o subrogada- lo expone a graves daños a su salud o riesgo de morir.
- Si la insistencia en la indicación de los tratamientos o la limitación del esfuerzo terapéutico son rechazados por la persona o su representante legal.
- Si el profesional tratante difiere de la decisión

manifestada por la persona o su representante, podrá declarar su voluntad de no continuar como responsable del tratamiento, siempre y cuando asegure a otro facultativo a cargo.

## SITUACIONES DE EXCEPCIÓN AL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Quando la falta de intervención implique un riesgo para la salud pública.

Quando la intervención médica inmediata sea necesaria para prevenir riesgo vital o secuela funcional grave y el paciente no pueda manifestar su voluntad por su condición de salud.

Quando el paciente esté incapacitado para consentir.

### ¿CUÁNDO SE DEBE OTORGAR EL CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN?

- Pacientes incapacitados legalmente
- Pacientes que, según criterio del profesional, por su estado físico o psíquico, no sean competentes para tomar una decisión en un determinado momento
- Pacientes menores de 18 años que, según criterio del profesional, no tengan madurez suficiente para comprender el alcance de la intervención.

## Puntos de vista

# SER Y EJERCER COMO MÉDICO EN EL CHILE ACTUAL

Tres médicos de reconocida trayectoria abordaron con Falmed Educa su mirada respecto al ejercicio profesional de excelencia. Coinciden en que el rol del médico atraviesa un cambio de paradigma que intenta exigirles priorizar una atención eficaz y eficiente. Sin embargo, consideran necesario recuperar un modelo integral donde el facultativo escuche y comprenda la vivencia de enfermedad y los valores personales de los y las pacientes.

*Por Pedro Soto P.*



## Dr. Miguel Kottow, bioético de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile: “EL ‘PROGRESO MÉDICO’ HA SIDO INSATISFACTORIO PARA PROFESIONALES Y PARA PACIENTES”

El Doctor en Medicina de la Universidad de Bonn, Alemania, y nombrado “Maestro” por la Sociedad Chilena de Bioética, releva que una medicina de excelencia requiere enfatizar el rol social del médico frente al rol institucional, donde priman criterios de eficacia y eficiencia. En esta entrevista, se refiere a las consecuencias de una práctica médica insuficiente y su impacto en la relación médico paciente.

### ¿Cuáles son las brechas que a su juicio se presentan en la práctica médica respecto de una medicina de excelencia?

Es preferible hablar de profesionalismo médico, recordando que por profesión se entiende el ejercicio idóneo de una actividad de importancia para la sociedad que le concede los privilegios de formar corporaciones cerradas –colegio, consejo– a través de las cuales se regula la formación, titulación y ejercicio de sus miembros, y se ejerce la tuición ética sobre sus miembros mediante un código deontológico vinculante. El profesionalismo médico, reconocidamente deteriorado, ha requerido documentos, numerosos recordatorios en los últimos dos decenios, que resaltan ciertos principios: bienestar del paciente, respeto por la autonomía del paciente y justicia social, así como el cultivo de virtudes como empatía, compasión, honestidad, integridad, altruismo y excelencia profesional.

### ¿Cuáles son los obstáculos para avanzar hacia una medicina de excelencia?

Los obstáculos sistémicos son tres: medicalización (que indiscriminadamente transforma a las personas en “pacientes sanos”; mercantilización (que transforma al paciente en consumidor) y cientifismo (que transforma el paciente en un “caso”).

Los obstáculos personales son la aceptación acrítica del médico de las condiciones sistémicas mencionadas, la falta de horizonte histórico y reflexivo (humanidades), para entender que “el ‘progreso médico’ ha sido insatisfactorio para profesionales y para pacientes”.

### ¿Cuál es el rol del médico en el ejercicio de una práctica de excelencia en la medicina?

El rol social –expectativas sociales de cumplir determinadas

pautas de conducta en pro de la salud individual y poblacional – es opacado por el rol institucional –expectativas requeridas por el organizador o empleador– donde priman criterios de eficacia (cantidad de acciones resolutivas) y eficiencia (beneficios materiales/riesgos y eventos indeseables).

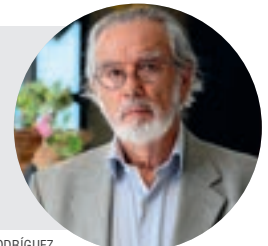
### De todos los aspectos que demanda la excelencia, ¿cuál cree usted que es el más importante para el paciente?

La incorporación a la exploración médica de la narrativa en primera persona del paciente, según recalca la fenomenología médica, siguiendo la tradición de una exhaustiva anamnesis para entender la vivencia de enfermedad y los valores personales que influyen en las decisiones médicas del paciente. La medicina se mantiene en la dualidad cartesiana de cuerpo/alma, prefiriendo ocuparse solamente del cuerpo orgánico. La fenomenología, en cambio, enseña que el ser humano se conforma, efectivamente, de un cuerpo vivo orgánico, pero además de un cuerpo vívido que vivencia y experimenta la realidad tanto de su organismo como del mundo circundante.

### ¿Cuáles cree que son los efectos que producen en los pacientes la ausencia o insuficiencia de una medicina de excelencia?

Las insuficiencias y deficiencias de la práctica médica contemporánea han tenido como efecto principal la desconfianza hacia los sistemas, las instituciones y los individuos involucrados en la práctica médica. Esta desconfianza conlleva, a su vez, consecuencias importantes: 1. El creciente abandono de la medicina alopática y el recurso a propuestas terapéuticas alternativas; 2. El escepticismo e incumplimiento de programas terapéuticos propuestos; 3. La proliferación de segundas opiniones, de exámenes redundantes sugeridos por el paciente; 4) La juridización; 5) La escasa aceptación de programas preventivos cuya fundamentación es, o aparece, débil.

“Para un ejercicio de excelencia, se requiere la incorporación a la exploración médica de la narrativa en primera persona del paciente, según recalca la fenomenología médica, siguiendo la tradición de una exhaustiva anamnesis para entender la vivencia de enfermedad y los valores personales del paciente”

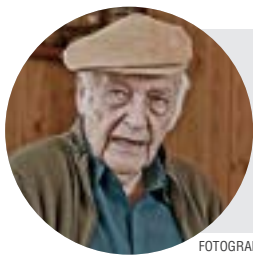


FOTOGRAFÍA: LAURA RODRÍGUEZ

Dr. Luis Weinstein, psiquiatra y experto en Salud Pública:

## “PARA UNA MEDICINA DE EXCELENCIA IMPORTA LO FÍSICO, PSÍQUICO, CULTURAL Y ESPIRITUAL DEL PACIENTE”

La Asociación Mundial de Médicos lo distinguió como uno de los mejores médicos del mundo. Ha publicado más de 40 libros que sintetizan su conocimiento sobre transformaciones personales y procesos terapéuticos, entre otras materias. Recalca la necesidad de que los médicos tengan una mirada integral de los pacientes: el contacto entre el facultativo y el paciente debe ser de “ser humano a ser humano”.



“El médico necesita del trabajo en equipo, pero también el médico debe estar involucrado con el paciente. Me parece clave la visión integral con la cual debe ejercerse la medicina”

FOTOGRAFÍA: GRITOGRAFIASENRED.ORG

### ¿Cuáles son las características de un actuar de excelencia?

La excelencia está dada por el rol del médico como un verdadero trabajador de la salud que le importa la promoción, la prevención, realizar un tratamiento e incluso preparar a los pacientes para la muerte (...) En este sentido, yo difiero de lo que se encuentra corrientemente en los textos de enseñanza médica y en la respuesta habitual que hacen los médicos. Muchos médicos tienen una consulta donde terminan haciendo la receta. Me parece que es una deformación y que no corresponde a lo que se necesita en términos de salud.

### ¿Cuáles son las brechas que impiden el desarrollo de una medicina de excelencia?

Los pacientes, tal vez, no se han encontrado con un contacto real: de ser humano a ser humano. Tampoco con una mirada que en su conjunto apunte y analice la propia realidad del paciente, es decir, a cómo están viviendo. Muy por el contrario, se encuentran con un interrogatorio sobre qué pasaría si ocurre esto o lo otro; y en función de ello qué terapia farmacológica dar. Yo siento que ese ángulo cabe en algunos casos. Pero no hay que dejar afuera a la persona como un todo.

### ¿Le falta humanidad a la medicina actual?

El balance es muy a favor de algo que es muy común en toda la cultura actual. Es decir, si nosotros confrontamos dos valores importantes: el sentido y la eficiencia, creo que hay un desbalance a favor de la eficiencia.

### ¿Lo que cita son los obstáculos para ejercer una medicina de excelencia?

Es difícil tenerla dentro de una cultura en la cual el individualismo, tecnología y la competencia tengan tanto peso como lo tiene en la cultura actual. Las distintas expresiones culturales (medicina, derecho, pedagogía) están en alguna

forma involucradas y permeables a la cultura dominante, al paradigma establecido.

### ¿Cuál es el rol que juega el médico para alcanzar una medicina de excelencia?

El médico debe alcanzar una medicina integral; una medicina donde lo importante es lo físico, psíquico, cultural, social y lo espiritual. Ahora esto no quita que exista una excelencia en la especialización. Yo creo que lo primero es la visión de conjunto para ejercer la medicina.

### ¿Qué otros aspectos son importantes para el paciente?

Al ser humano hay que entenderlo como un todo, es muy importante. Este ser humano puede estar sujeto a una gran angustia, y aunque se actúe con rapidez, se necesita de una mirada global. Entonces, cabe preguntarse: ¿cómo está la situación económica del paciente para hacerlo? ¿Quién lo acompañará en el tratamiento?, etc. Por consecuencia, hay que hacer una intervención muy especializada. El médico necesita del trabajo en equipo, pero también el médico debe estar involucrado con el paciente. Me parece clave la visión integral con la cual debe ejercerse la medicina.

### ¿Cómo define la medicina de excelencia?

Ubica al ser humano en lo central y también participa en ello. También respeta la dignidad humana; le da importancia a aquello que las personas involucradas otorgan preponderancia. La medicina de excelencia abre camino para que las personas tomen las decisiones que están a su cargo en relación a sus inquietudes.

### ¿Cuáles son los efectos que produce en los pacientes la ausencia de una medicina de excelencia?

Un estancamiento en el desarrollo de la personalidad de las personas.



Dr. Jorge Jiménez de la Jara, ex ministro de Salud:

## “LAS GRANDES VICTORIAS DE LA SALUD PÚBLICA CHILENA SE DEBEN AL TRABAJO EN EQUIPO”

Académico del Departamento de Salud Pública UC y ex presidente del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, advierte del riesgo de privilegiar una atención de salud mecánica por sobre los componentes afectivos en la atención a los pacientes. Otro elemento que destaca es el papel de los médicos para inspirar a los equipos, otorgando tranquilidad y seguridad en el acto médico.

### ¿Cuáles son las características de la medicina de excelencia?

En primer lugar, debemos entender la medicina de excelencia como un concepto que se complementa con la calidad de la prestación médica; es decir, la prestación médica está vinculada directamente con la eficacia y la tolerancia.

También como característica se suma la satisfacción del paciente, la familia y la del operador médico. Por último, citamos que una intervención médica o el propio acto médico, debe ser financiable por el paciente, por su seguro o de seguridad social. Por lo tanto, la excelencia es lo máximo por alcanzar desde el punto de vista de calidad.

Incluso, podemos entender a la medicina de calidad como una utopía, donde todo el proceso realizado hacia o para el paciente salió en óptimas condiciones.

### ¿A su juicio, cuáles son las brechas que se presentan en la práctica médica?

Las brechas que se dan en la práctica médica pueden ser bastante obvias. Me refiero a que el trato del médico hacia un paciente puede no ser el adecuado, a pesar de que profesionalmente el paciente consulta a un profesional técnicamente calificado. Por lo tanto, siempre es recomendable que el médico tenga un trato acogedor y compasivo hacia el paciente. Por ejemplo, comprender el dolor del paciente también es un elemento de la medicina de excelencia.

Otra brecha es la mala preparación de un profesional: la falta de capacitación y especialización son elementos que están en contra de lo que hemos propuesto y esto puede provocar insatisfacción en el paciente.

Por lo tanto, un médico puede salvar una vida a partir del conocimiento y

preparación académica que tiene, pero si no va acompañado de un trato adecuado, será una medicina mecánica.

### ¿Cuál es el rol del médico en el ejercicio de la medicina de excelencia?

El médico es un inspirador de un equipo de salud y en ese sentido debe tener la capacidad de liderar; liderar no solo para entregar conocimiento sino que entregar tranquilidad y seguridad para enfrentar una intervención o un acto médico. Es decir, dar confianza.

### ¿Cuáles son los aspectos importantes para el paciente en la medicina de excelencia?

Yo diría que es la confianza, la cual, se adquiere por el prestigio y que en medicina no es fácil de conseguir. Esto quiere decir que hoy en día, a veces, se confía más en los aspectos tecnológicos y se deja de lado los componentes afectivos, psicológicos, compasivos y psicosocial. Por esto, la medicina podría caer en la frialdad del ejercicio profesional.

Las grandes victorias de la salud pública chilena se deben al trabajo en equipo desarrollado, y precisamente, también este elemento es un componente de la medicina de excelencia.

Otro aspecto importante en la medicina de excelencia es el intercambio de información entre los pacientes. Debe existir respeto por el conocimiento de los pacientes, el cual encontramos dentro de su propio patrimonio conductual y que el médico, a veces, desecha por confiar más en la medicina.



*“Un médico puede salvar una vida a partir del conocimiento y preparación académica, pero si no va acompañado de un trato adecuado, será una medicina mecánica”*

FOTOGRAFÍA: LA TERCERA

## Por una comunicación de excelencia:

# COMUNIQUEMOS CON EMPATÍA

Especialistas en el estudio de la relación médico paciente destacan el desarrollo de habilidades comunicacionales para lograr mejores resultados en la salud de los pacientes, pero también como una herramienta que favorece la seguridad del profesional.

Por Paulo Muñoz A.

La presencia de un problema de salud y la experiencia de sentirse enfermo es quizás uno de los momentos de mayor vulnerabilidad para los seres humanos. El conocimiento y experticia serían lo primero que el paciente esperaría del profesional médico. Sin embargo, la evidencia muestra que las expectativas de los pacientes van más allá de estas dos dimensiones.

Un estudio de la Superintendencia de Salud, en 2013, evaluó lo que a juicio de los usuarios eran los elementos que más inciden en la satisfacción de la atención de salud. Durante las entrevistas en profundidad, la mayoría de los pacientes mencionó la calidez y humanidad como características que esperaban de técnicos, enfermeras y médicos.

Los entrevistados también coincidieron en la necesidad de que los profesionales de la salud manejaran las que se conocen como “habilidades blandas”, identificando estas cualidades como una fortaleza para la satisfacción usuaria.

Los resultados del estudio cualitativo de la Superintendencia coinciden con la experiencia internacional. En 2016, investigadores de la Universidad Médica de Innsbruck, en Austria, buscaron describir la influencia de la comunicación médico paciente, revisando 25 estudios publicados entre 2000 y 2015. Entre sus conclusiones, señalaron que los facultativos con mejores habilidades comunicacionales ofrecían mejor apoyo emocional a sus pacientes, les consultaban más sobre sus preocupaciones y les pedían el cumplimiento de metas. De este modo, observaron que los profesionales no solo lograban una buena relación médico

paciente, sino también alcanzaban una mayor adherencia a los tratamientos.

La Dra. Phillipa Moore, docente asociada del Departamento de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica de Chile, con amplia experiencia en estudios sobre el rol de la comunicación en la relación médico paciente, coincide con estos resultados. A su juicio, el médico que realiza un uso efectivo de sus habilidades comunicacionales identifica los problemas de los pacientes con mayor precisión. Es así como, logra mayores beneficios en la salud de los pacientes y disminuye el riesgo de demandas en su contra. Este último aspecto no es menor, ya que la necesidad de hacer un uso efectivo de la entrevista con el paciente es sumamente relevante si se considera que un médico, que probablemente ejercerá por 30 años, realiza entre 86.000 y 120.000 entrevistas clínicas durante su carrera profesional.

“Hay un estudio de Canadá que tomó los exámenes nacionales de los médicos y los siguió por 10 años. Los médicos que estaban en el percentil bajo de habilidades comunicacionales tenían tres veces más reclamos que los que estaban en el percentil más alto. Ahí hay evidencia clara que tu vida como médico va a estar mucho más tranquila si usas habilidades comunicacionales”, destaca.

### ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES COMUNICACIONALES

En el artículo “Enseñanza de la empatía en Medicina”, publicado en la Revista Educación de Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción (2005),



*Según estudios chilenos, los pacientes consideran que el trato digno implica ser tratados como personas, lo cual asocian a que los miren, consideren su opinión, sean cordiales y cariñosos.*



*“Hay evidencia clara que tu vida como médico va a estar mucho más tranquila si usas habilidades comunicacionales”*

**Dra. Phillipa Moore C.**

Docente Asociada del Departamento de Medicina Familia PUC



*“La benevolencia, muy criticada durante muchos años, es central en la actuación de los profesionales de la medicina. Para desarrollarla, es necesario que los futuros médicos sean capaces de percibir las necesidades de sus pacientes”*

**Dr. Luis Miguel Pastor García**

Presidente de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica

el médico psiquiatra Marcelo Fasce recoge la importancia de desarrollar la empatía en las futuras generaciones de profesionales.

El Dr. Fasce señala que la empatía puede entenderse como la capacidad de acercarse afectivamente a un tercero. Dado que los pacientes esperan este acercamiento emocional de los profesionales, actuar con empatía mejoraría la relación con los pacientes, favoreciendo los diagnósticos, la adherencia a los tratamientos y los resultados y reduciendo los costos en salud.

Sin embargo, para María Luz Bascañán, psicóloga y profesora asociada del Departamento de Bioética y Humanidades Médicas de la Universidad de Chile, desarrollar esta habilidad no es tan fácil. “La empatía no puede simularse, ni aprenderse cognitivamente. Uno experimenta empatía”, apunta. La académica estima que los pacientes “esperan que los profesionales de la salud posean la capacidad de manejar las diversas situaciones que experimentan, llegando a empatizar con su temor, angustia, rabia o tristeza”.

Algunos autores plantean que la empatía, como parte del proceso comunicativo, consta de tres etapas claves: escuchar validando las emociones, identificar las preocupaciones y terminar con una etapa de compasión y ayuda al paciente.

El Dr. Luis Miguel Pastor García, catedrático de la facultad de medicina de Murcia, España, editor jefe de los cuadernos de bioética y actual presidente de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica, manifestó para esta revista que entre los médicos españoles “existe una concienciación de la necesidad de poseer esas habilidades y esto ha suscitado algunas iniciativas en el ámbito de la formación de los médicos internos residentes y en algunos postgrados de la Universidad. En los últimos años esta materia aparece también dentro de las disciplinas de grado relacionadas con el módulo: Medicina Social, Habilidades de Comunicación e Iniciación a la Investigación”.

Precisamente el Real Decreto 1393/2007 referido a la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales españolas menciona que entre las competencias que los estudiantes de medicina deben adquirir está “establecer una buena comunicación interpersonal que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales”.

“Los docentes tenemos la obligación de conseguir que al mismo tiempo que los alumnos obtienen unos mínimos formativos científicos al finalizar el grado, también los alcancen en la comunicación interpersonal, porque la comunicación con el enfermo es esencial para el ejercicio de la medicina”, enfatiza el Dr. Pastor García. Una experiencia internacional que profundiza el desarrollo de la empatía y las habilidades blandas es la estrategia de “Entrenamiento en el Cultivo de la Compasión”, programa desarrollado por el Centro de Investigación y Educación para la Compasión y el Altruismo de la Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford, Estados Unidos. Un grupo de psicólogos clínicos e investigadores interdisciplinarios abordaron la necesidad de dar respuesta a los problemas detectados en la formación en medicina y el trato deshumanizado hacia los pacientes, mediante las denominadas “comunidades compasivas”.

Consultado por estas estrategias, el médico especialista en materias éticas, señala que “la benevolencia, muy criticada durante muchos años, es central en la actuación de los profesionales de la medicina. Para desarrollarla, es necesario que los futuros médicos sean capaces de percibir las necesidades de sus pacientes, lo cual requiere empatía y hacerse cargo del estado anímico de ellos”.

#### **EL USO DE “PACIENTES SIMULADOS”**

La docente asociada del Departamento de Medicina Familiar de la PUC, Dra. Phillipa Moore, fue la responsable de introducir en Chile, hace algunas décadas, la experiencia de los pacientes entrenados que enfrentaba a los estudiantes de medicina a pacientes ficticios y sus entrevistas clínicas eran evaluadas desde la mirada del paciente. Esta estrategia, recuerda la Dra. Moore, permitió a la Unidad

de Pacientes Entrenados de la PUC contar con más de 35 actores profesionales.

“Al tener un paciente simulado en tu docencia se pone al paciente en el centro de la enseñanza de los alumnos”, destaca la Dra. Phillipa Moore.

La reticencia a los temas comunicacionales de algunos de sus colegas fue constatada por la investigadora. Sin embargo, valora el cambio positivo de las nuevas generaciones de médicos. “Cuando comencé a enseñar comunicación cuestionaron el contenido que yo enseñaba. Hoy en día ese cuestionamiento puede ser respondido con evidencia bastante dura, hay algunas evidencias de primer nivel de ensayo que muestran distintas habilidades que mejoran los *out coming* en los pacientes”, agrega la Dra. Moore.

La psicóloga María Luz Bascuñán coincide en que la formación en comunicación no puede ser sólo teórica, pues necesita práctica e instancias de autoreflexión para que cada profesional identifique sus recursos y dificultades. A su juicio, “la clave está en generar una práctica pero reflexiva. Es decir, no se trata sólo de ‘aprender haciendo’ sino que también ‘pensando en lo que se hace’”.

¿Es posible evaluar y desarrollar una entrevista clínica enriquecedora, y una comunicación efectiva con el paciente en sólo 15 minutos? En el artículo “La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?”, la Dra. Moore menciona un estudio que comparó a médicos que se comprometieron con la atención centrada en el paciente y otros profesionales que no lo hicieron. Mientras los primeros se tomaron en promedio 8,5 minutos por consulta, los últimos lo hicieron en 7,8 minutos, es decir una diferencia de menos de un minuto.

Por eso, su sugerencia es construir un vínculo al inicio de la entrevista. “Los primeros minutos son claves. Si logras crear un buen vínculo al inicio, la relación fluye de ahí en adelante”. Algunos consejos prácticos son establecer el contacto inicial con la mirada y la postura, saludar al paciente por su nombre y evitar que tomar notas en el computador interfiera en el diálogo. Para escuchar al paciente, se recomienda hacer preguntas abiertas, identificando los motivos de la consulta y los problemas del paciente. Estos primeros pasos son esenciales para una comunicación de excelencia que construya una adecuada relación médico paciente.

## PROTOCOLOS PARA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y ENTREGA DE MALAS NOTICIAS

Un instrumento que aborda las habilidades específicas que orientan a los médicos es la **Guía de observación Calgary Cambridge**, que contiene recomendaciones sobre la estructura que debe tener una entrevista clínica. Ella incluye el inicio, su desarrollo y fase de término, y durante todo el proceso, el médico deberá darle relevancia a la comunicación verbal y no verbal, escuchar y valorar la autonomía del paciente, para establecer en conjunto un plan de acción. El concepto que trasciende la guía es la construcción de la relación con el paciente, dejando atrás la mirada paternalista de antaño. Otra guía recomendada es el **protocolo de Buckmann** para la comunicación de malas noticias y errores médicos.

La psicóloga María Luz Bascuñán explica que dar una mala noticia en medicina debe entenderse como frustrar las expectativas de una persona, situaciones que son adversas, que quiebran el curso de la vida pero que tienen una dimensión subjetiva. Por tanto, el concepto de mala noticia puede abarcar desde la hospitalización de un paciente, pasando por un régimen alimentario estricto por cuadros de diabetes o hipertensión, hasta una situación tan crítica como es el enfrentarse a un diagnóstico de muerte.

En esta entrega de malas noticias, el profesional debe considerar los aspectos culturales de la sociedad en la que vivimos. Por ejemplo, las culturas latinoamericanas tienen una alta valorización de la familia y se recomienda incluir a familiares al comunicar un diagnóstico adverso.

“Muchas veces se omite información y se evita comunicar malas noticias por temor, por no saber cómo hacerlo y cómo manejar la eventual reacción del paciente y sus familiares. Pero sabemos las consecuencias que tiene ser o no ser informado, así como hacerlo de manera respetuosa, cuidadosa y empática”, dice María Luz Bascuñán.

Si bien la entrega de malas noticias y la comunicación del error en medicina son procesos comunicativos que son abordados con distintas estrategias, hay coincidencia en que la buena comunicación será resultado tanto del desarrollo de habilidades como de un enfoque actitudinal.

“Lo que hemos empezado a enseñar son habilidades, porque los estudios muestran que las actitudes vienen después. Una vez que el médico está usando las habilidades, las actitudes tienden a fluir”, puntualiza la Dra. Moore.

## Otros reportajes Falmed en el mismo tema

### La comunicación: Requisito ineludible en la praxis médica

Vida Médica. Vol. 69. N°2  
<https://bit.ly/2Nsv89Z>

### Error Médico: ¿Cómo comunicar el error médico al paciente y familiares?

Vida Médica. Vol. 71. N°1. Especial Falmed Educa  
<https://bit.ly/2q8qRk1>

### Malas noticias: Cómo informar disminuyendo el riesgo

Falmed Educa Año 4/ N° 8-2016  
<https://bit.ly/34g9LQk>

### La familia: ¿Aliado u obstaculizador en la entrega de malas noticias?

Falmed Educa Año 4/ N° 9-2016  
<https://bit.ly/2MZuzph>

### Hacia la consulta médica efectiva: ¿Es posible conocer la agenda del paciente en los primeros 30 segundos de entrevista?

Falmed Educa Año 4 / Edición Especial N° 2  
<https://bit.ly/2MYIxrP>

Por una Ética de Excelencia:

# PRACTIQUEMOS VALORES ÉTICOS EN LAS RELACIONES ENTRE MÉDICOS, PACIENTES E INSTITUCIONES

Los profesionales de la salud se encuentran cotidianamente con problemas complejos y deben preguntarse cuál es el camino más correcto para resolverlos. De esta forma, se interrogan acerca de lo ético y cómo “hacer bien lo que hay que hacer”.

Por Dr. Jorge Lastra. Entrevistas: Andrés Palacios.

D istintos autores coinciden en que la ética se refiere al estudio de la moral y de la acción humana, definiendo conductas a través de las sentencias éticas: declaraciones morales cuyas afirmaciones indican lo que es bueno, malo, obligatorio o permitido, en lo referente a una acción o a una decisión. En este ejercicio de determinación de conductas, la ética ha ido acumulando, a lo largo de los años, preguntas, problemas y respuestas, proponiendo alternativas de solución.

Los profesionales médicos se encuentran cotidianamente con interrogantes sobre cómo actuar correctamente, respondiendo primero si el problema tiene solución y cuál es la mejor forma para alcanzar respuestas satisfactorias. Estos dilemas son la antesala a muchos conflictos éticos, intensificados por el progreso de las tecnologías en salud, como por ejemplo la sustitución de órganos por maquinarias, diálisis, ventilación mecánica, refrigeración, alimentación parental, por mencionar determinados avances técnicos.

Algunos de estos dilemas más complejos se presentan, por ejemplo, en el nuevo concepto de muerte encefálica y el tiempo que deben permanecer los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos. Ante este tipo de cuestionamientos éticos, varios investigadores advierten de la necesidad de preguntarse: ¿se debe hacer todo lo que se puede?, ¿son previsibles las consecuencias?, ¿quién debe tomar esas decisiones:

el médico, el paciente o su familia? En el actual escenario, estas interrogantes adquieren mayor complejidad, frente a una reivindicación de los derechos de los enfermos, un reconocimiento a la autonomía de los pacientes y un mayor protagonismo de éstos en la toma de decisiones.

## ÉTICA EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Instalar la necesidad de un desempeño ético en la atención médica como un valor destacado, de acuerdo a lo ya señalado, resulta un desafío prioritario. Sin embargo, en empresas de un elevado número de miembros -como las instituciones de salud- esta tarea encierra dificultades, y lo más probable es que no se aborde institucionalmente, o sólo se responda de manera retórica.

La Dra. Paula Bedregal, médica de la Pontificia Universidad Católica de Chile, especialista en Salud Pública y Medicina Familiar del Niño, estima que los aspectos organizacionales de las instituciones de salud son fundamentales para que la ética vaya de la mano de la buena medicina. Según lo que ella ha estudiado, para mejorar la calidad ética de la práctica médica al interior de las organizaciones de salud, es necesario explicitar -dentro del proceso de planificación estratégica- el “valor ético” como parte de los valores institucionales.

¿Cómo se hace esto? A su juicio, existen varias formas. Por ejemplo, dando a conocer en forma pública y explícita los



*Si se fortalecen las habilidades de comunicación en medicina, se mejoran los resultados en la satisfacción del paciente y del médico y también los resultados clínicos.*



*“Hay una deliberación que es mucho más democrática, mucho más horizontal, y donde muchas veces el médico tiene que aceptar que el paciente rechace una terapia”*

**Dra. Anamaría Arriagada U.**

Académica de Universidad de Chile, integrante del Departamento de Ética del Colegio Médico



*“El médico debe preocuparse mucho de atender bien al paciente, de mirarlo, fundamentalmente conversar con él (...) Es la única manera que pueda verlo de una manera integral, no solamente en lo físico sino también en lo mental”*

**Dr. Óscar Román A.**

Profesor titular de la Universidad de Chile, director integrante de la Agrupación Médicos Mayores del Colegio Médico

valores que la organización sostenga y señalando cómo se materializan, es decir, cómo se encarnan en una práctica.

“En Chile, tenemos que avanzar más en este aspecto, especialmente en transformar esta opción valórica en códigos de ética como prácticas que sean realizables. Es decir, hacer explícitas las prácticas consecuentes con una perspectiva ética”, afirma.

#### ÉTICA EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

De la misma forma en que se ha destacado la necesidad de hacer explícito el componente ético dentro de los valores institucionales y su expresión en prácticas concretas, en la relación médico paciente, base de la atención de salud, la ética también debe estar presente de manera explícita y práctica. Es fundamental considerar que el desarrollo de los conocimientos, los procedimientos y la tecnología médica han derivado en un aumento en las expectativas de vida. Los avances científicos y tecnológicos que han permitido que dichas intervenciones sean cada vez más exitosas conllevan que el médico se plantee nuevos desafíos con sus pacientes.

Un ejemplo de cómo poner en práctica la ética en la relación médico paciente se expresa en el artículo 10 de la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en relación a su atención de salud, la cual entró en vigencia el 1 de octubre de 2012. Dicho artículo señala que toda persona tiene derecho: “a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su

recuperación y de los riesgos que ello puede representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del post operatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional”.

En esta misma dirección, la Dra. Anamaría Arriagada, ex presidenta de la Corporación de Trasplantes y actual titular de la Comisión de Donación y Trasplantes del Colegio Médico, señala que hoy en día la relación médico paciente ideal es la que se toma de manera deliberativa. Explica que en este modelo “el médico se hace cargo de los valores, deseos y expectativas del paciente, es consciente de sus propios valores, e intenta apoyar al paciente y persuadirlo incluso de conseguir el mayor bien, la terapia que le haga mejor, o la que tenga más posibilidades de éxito. Pero en esto hay una deliberación que es mucho más democrática, mucho más horizontal, y donde muchas veces el médico tiene que aceptar que el paciente rechace una terapia”.

Coincide con la Dra. Arriagada quien fue por muchos años miembro del Departamento de Ética del Colegio Médico, Dr. Oscar Román Alemany. El especialista explica que la relación médico paciente “debe establecerse desde el punto de vista ético con un respeto al paciente y desde el punto de vista médico también”. Describe que “una buena conversación entre ambas partes debe ser de mutuo respeto y, sobre todo, de confianza”. Observa que cuando esa relación no funciona, las cosas se complican.

“Por ejemplo, el médico debe preocuparse mucho de atender bien al paciente, de mirarlo, fundamentalmente conversar con él, darle tiempo, observarlo en sus reacciones, ya que





*“La medicina avanza a reconocer que la autonomía, si bien es un elemento importante, no es el único. Lo fundamental es el modo de vinculación con los pacientes”*

**Dra. Paula Bedregal G.**

Académica de la Universidad Católica de Chile, especialista en Salud Pública y en Ética Clínica y Social



*“El ensañamiento por salvar una vida que ya está perdida no tiene objeto. Uno sí podrá hacer lo que se debe por salvar la vida de una persona, pero no prolongar su sufrimiento”*

**Dr. Rolando Cantarutti J.**

Presidente del Tribunal de Ética del Consejo Regional La Serena

los pacientes muchas veces tienen problemas que les cuesta contarlos. Es la única manera que el médico pueda ver al paciente de una manera integral, no solamente en lo físico sino también en lo mental”, apunta.

#### ¿LÍMITES A LA AUTONOMÍA DE LOS PACIENTES?

En las últimas décadas, casi en paralelo con la masificación de internet en toda clase de dispositivos, se van construyendo nuevos sujetos, mucho más dispuestos a cuestionar e interactuar ante todo lo que les rodea, atañe e influye. Sujetos dispuestos a demandar por lo que consideran sus legítimos derechos. El ámbito de la salud no está ajeno a este fenómeno. Si consideramos que el paciente percibe una mayor autonomía, cabe preguntarse cuánto influye dicho cambio de paradigma en la relación médico paciente. ¿Hasta dónde puede llegar el médico en la toma de decisiones? ¿Existe un conflicto ético acerca del alcance del trabajo médico y la opinión de los pacientes?

Precisamente, este derecho está consagrado en el artículo 14 de la Ley 20.584, donde se explicita que “toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención en salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 16”.

Para el Dr. Rolando Cantarutti, presidente del Tribunal de Ética del Consejo Regional La Serena, existen diferencias en cuanto al alcance del trabajo médico ya que “no es lo mismo lo que se puede con lo que se debe. El ensañamiento por salvar una vida que ya está perdida no tiene objeto. Uno sí podrá hacer lo que se debe por salvar la vida de una persona, pero no implica ponerse a prolongar el sufrimiento de un enfermo. Lo

que hay que hacer es que lo que le queda de vida al paciente sea una buena vida, sin dolor, sin sufrimiento, ojalá sin conciencia de los problemas que se están creando”.

Respecto de este cambio en la relación médico paciente, la Dra. Bedregal agrega que: “este esquema vertical -llamado paternalista- en el cual el médico impone su punto de vista sobre el paciente, ha ido trasladándose a una forma en que se incorporan elementos de una relación más horizontal, que permite comprender en profundidad qué es lo que necesita el paciente. La medicina avanza a reconocer que la autonomía, si bien es un elemento importante, no es lo único. Lo fundamental es el modo de vinculación con los pacientes, el que debiese ser más horizontal y más abierto a escuchar sus necesidades y, por lo tanto, a aceptar que a veces (a los médicos) nos digan que no. Tenemos pacientes que están más informados, que están más alfabetizados en salud y, por ende, nosotros tenemos que ser garantes de que eso suceda”.

#### Otros reportajes Falmed en el mismo tema:

##### Procurando el buen morir en casos irrecuperables

Revista Vida Médica Vol. 70 N° 3 /2018

Link: <https://bit.ly/2qvtQ6G>

##### Relación médico paciente en la salud privada: El Factor Dinero

Revista Falmed Educa Año 3. N° 6 / 2015

Link: <https://bit.ly/333432Y>

# La satisfacción usuaria en la Relación Médico Paciente

## BUEN TRATO

Dr. Jorge Lastra y Mariela Fu / Área Docencia e Investigación Fundación de Asistencia Legal



### ATENCIÓN EN SALUD CON ENFOQUE DE DERECHOS

#### DIFICULTADES DE LOS CHILENOS

#### PRINCIPALES PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA



#### PRINCIPALES PROBLEMAS DEL PAÍS



¿Qué es Satisfacción del Usuario en Salud?  
Un reto a la calidad

Fuente: Encuesta Chile Dice, Universidad Alberto Hurtado / Emol, 2017



“Grado de congruencia entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción del servicio que recibió”.

Fuente: Dimensiones involucradas en la evaluación de satisfacción usuaria hacia seguros de salud en Chile, Tesis para Magíster U, de Chile, 2014.



“Es una medida de la calidad del cuidado, porque da información sobre el éxito del proveedor en alcanzar aquellos valores y expectativas sobre los cuales la última autoridad es el cliente”.

Fuente: Evaluating the quality of medical care, 1996, Donabedian A., The Milbank Memorial Fund, 2005



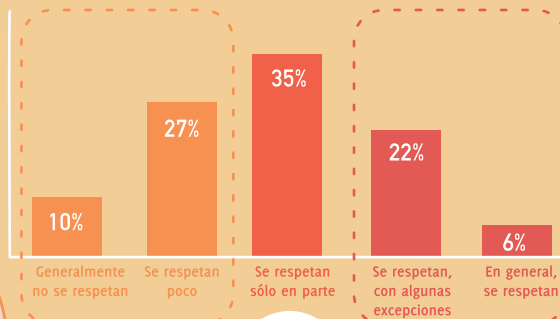
#### Percepción de respeto a los derechos

37% X

Lo habitual no es el respeto de los derechos

28% ✓

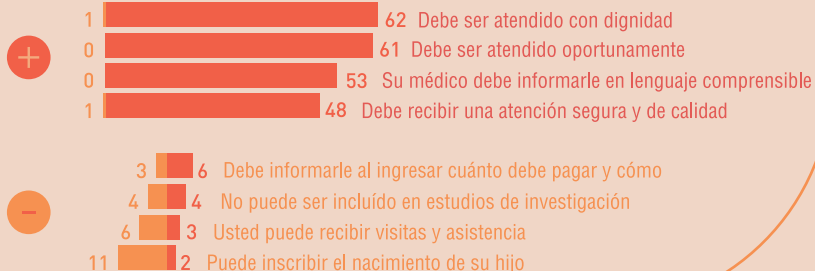
Lo habitual es el respeto a los derechos



1180

Usuarios de FONASA y de ISAPRE concuerdan que es frecuente la vulneración de derechos en el sistema de salud chileno. Los usuarios de ISAPRE son levemente menos críticos.

#### Derechos más/menos importantes según pacientes



# TRATO DIGNO EN RECINTOS DE SALUD

+  
30%

La sensación de sentirse tratado indignamente en salud es mayor en personas con menor educación y con menores ingresos.

De las personas que han tenido una experiencia de malos tratos lo han experimentado en los servicios de salud.

28,6%

La espera constituye un punto neurálgico de este malestar con el sistema de salud pública al producir angustia e indignación.

De la población confía en que tendrá atención médica oportuna en caso de enfermedad catastrófica o crónica grave.



Fuente: Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile, PNUD, 2017

## EL PACIENTE FRENTE A LA ATENCIÓN DE SALUD HOSPITALARIA



Fuente: Estudio sobre Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria, Superintendencia de Salud, 2013.



### ESTUDIOS ESPAÑOLES

#### ¿QUÉ VALORAN LOS PACIENTES DE SU RELACIÓN CON LOS MÉDICOS?

- » Motivación
- » Interés
- » Calidad humana
- » Trabajo en equipo
- » Atención al contexto personal y familiar
- » Seguimiento
- » Empatía
- » Confianza
- » Que escuche y acierte
- » Paciencia

Fuente: Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Rev. Esp. Salud Pública, 2002.



### ESTUDIOS ANGLO SAJONES

#### ¿QUÉ ESPERAN LOS PACIENTES DE SUS MÉDICOS?

- » Empatía
- » Conocimiento médico
- » Estudio continuo
- » Conexión con el paciente
- » **Conocimiento de los procesos médico legales**

Fuentes: Approach to the Patient. In: UpToDate, Rose, BD [Ed], 2007. Malpractice risk associated with surgical procedures, M Ryan, JD Michele Mekel, sin año.

# DIMENSIONES DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

## RELACIONAL



- ✓ El médico indaga sobre aspectos de la vida personal y familiar de sus pacientes.
- ✓ Aprecia los aspectos emocionales que provoca la situación de salud al paciente.
- ✓ Acoge/responde a las inquietudes emocionales.
- ✓ Se interesa por las creencias y las considera con respeto.

## COMUNICACIONAL



- ✓ El médico entrega información pertinente y oportuna.
- ✓ Interroga sobre lo que el paciente le informa y pregunta para profundizar.
- ✓ Indaga la comprensión del paciente respecto de lo que le ocurre.
- ✓ Usa recursos para mejorar la comprensión, reforzando ideas.
- ✓ Explica riesgos y posibilidades.
- ✓ Permite que le hagan preguntas.

## PRÁCTICA/EMPÍRICA



- ✓ El médico dispone (se da) de tiempo suficiente para una anamnesis en profundidad.
- ✓ Realiza un adecuado examen físico.
- ✓ Al examinar se preocupa de lograr la información en forma precisa.
- ✓ Es respetuoso de la intimidad del paciente.
- ✓ Usa materiales limpios.
- ✓ Dispone de instrumentos e insumos necesarios.
- ✓ La sala provee el espacio adecuado.

Elaboración propia, Dr. Jorge Lastra, 2019



Somos Colmed, somos protección

# ¡CONOCE LOS BENEFICIOS QUE EL FONDO DE SOLIDARIDAD GREMIAL TIENE PARA TI!

Actualmente, este departamento entrega 14 tipos de ayudas que permiten apoyar a los colegas en caso de enfermedad, incapacidad laboral o necesidad económica y también fomentar el desarrollo de los médicos y médicas que son parte de nuestra institución.

Los requisitos para recibir beneficios del FSG son:

- Estar al día en las cuotas del Fondo de Solidaridad Gremial y Colegio Médico de Chile.
- Haber cotizado regularmente, a lo menos, los últimos 12 meses, salvo la cuota mortuoria que se cancelará a los 30 días de afiliación, si se ha inscrito durante el primer año de titulado.

• Los inscritos después de un año de titulado y aquellos que tengan un periodo impago pueden:

- Cancelar el período impago
- Acogerse al régimen de los 45 avos (en este caso, beneficio de Cuota Mortuoria será equivalente a tantos 45 avos como años cotizados al momento del fallecimiento)

Recuerda que hay beneficios que puedes solicitar a través de nuestra página web ingresando a la sección "Mi Colmed" con tu ICM (número de registro del Colegio Médico), sin dígito verificador, y con tu clave.

¡INFÓRMATE SOBRE EL DETALLE DE LOS BENEFICIOS Y LOS REQUISITOS PARA SOLICITARLOS!

## CUOTA MORTUORIA



**Valor 550 UF.-** Puede solicitarse desde el mes siguiente que se afilia el médico/a que se haya inscrito el primer año de titulado. En los demás casos, será una vez cumplidos 12 meses de cotizaciones y progresivo a los años cotizados.

**Requisitos:** Ser beneficiario (s) indicado(s) por el médico o la médica fallecido/a y tener sus cuotas al día en el FSG.

**Documentación:** Certificado de defunción; C.I. de los beneficiarios; otros que haya indicado de manera expresa el afiliado.

**Plazo máximo para el cobro del beneficio:** Un año desde la fecha de emisión del certificado defunción.

## AYUDA DE VIUDEZ



**Montos:** \$ 120.000 mensuales.

**Requisitos:** Ser cónyuge sobreviviente de médico; no haber contraído nuevas nupcias; no contar con bienes y/o ingresos suficientes; evaluación anual por parte de un/a asistente social y autorización del directorio del FSG.

## AYUDA DENTAL



**Monto:** Hasta \$ 100.000 por año.

**Requisitos:** Receta y boleta a nombre del beneficiario.

**Plazo de solicitud:** Tope de 90 días desde la fecha de atención.

## AUXILIO SOLIDARIO



**Monto:** Máximo 400 UF

**Requisitos:** A lo menos 12 cotizaciones en FSG y cuotas al día en el Colegio Médico y FSG; presentar una garantía al momento de retirar el préstamo (cheques de su Cta. Cte., PAC o PAT).

**Plazo máximo para pagar auxilio solidario:** 36 meses.

\* Para solicitar un nuevo Auxilio Solidario, debe realizarse 15 días después de finalizado el pago del préstamo anterior.

## AYUDA ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TRANSITORIA



Para médicos y médicas en ejercicio de su profesión que se encuentren inhabilitados de ejercerla por más de 15 días corridos hasta por 60 días en el año. En caso de licencia maternal, es por evento anual.

**Monto:** \$ 440.000 por cada 30 días con un tope máximo de \$880.000 anual.

**Requisitos:** Licencia médica superior a 15 días; y licencia médica y certificado de nacimiento, en caso de licencia por post natal.

**Plazo máximo de la solicitud del beneficio:** 60 días desde el inicio de la enfermedad o nacimiento.

## SOAP



Un Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP) por afiliado, exclusivamente para automóvil, jeep o Station Wagon.

Seguros adicionales a precio preferencial.

El trámite se realiza a través de la página web del Colegio Médico de Chile.

**Requisitos:** Cuotas al día en Colegio Médico y FSG.

**RESCATE CUOTA MORTUORIA**

Este beneficio está orientado a médicos en situación de precariedad económica o de salud.

**Montos:**

- 400 UF en pago único e inmediato.
- 450 UF pago en 24 cuotas de 18,75 UF cada una.
- 500 UF pago en 36 cuotas de 13,88 UF cada una.
- 550 UF pago en 60 cuotas de 9,16 UF cada una.

**Requisitos:** Estar en condición de precariedad por problemas de salud y/o económicos; estar liberado de cuotas sociales del Colegio Médico y del FSG y no tener préstamos vigentes con el FSG; evaluación de asistente social y aprobación por parte del directorio del FSG.

**AYUDA POR LENTES ÓPTICOS Y/O DE CONTACTO**

**Monto:** Hasta \$ 100.000 al año.

**Requisitos:** Receta oftalmológica y boleta a nombre del beneficiario u orden de reembolso Isapre.

**Plazo de solicitud:** Hasta 90 días desde la compra de los lentes.

**BONIFICACIÓN CURSOS Y CONGRESOS**

1- Destinado a médicos becados, MGZ y APS para congresos organizados por su agrupación.

**Monto:** \$50.000 tope una vez al año por actividad realizada.

**Requisitos:** Presentar Comprobante de pago (Boleta o Factura).

**Plazo de solicitud:** 90 días desde la fecha de pago.

2- Para cursos impartidos por instituciones Chilenas acreditadas (Universidades y Sociedades médicas).

**Monto:** El 20% del valor total de la actividad con tope de \$600.000 al año ( por una o mas actividades).

**Requisitos:** Presentar boleta o factura a nombre del médico.

**Plazo de solicitud:** 90 días desde la fecha de pago de la actividad.

**SILLA DE RUEDAS**

**Monto:** El tope de la bonificación es de \$200.000 al año, que no sean cubiertos por su seguro.

**Requisitos:** Factura o boleta a nombre del beneficiario y certificado de indicación médica.

**ASIGNACIÓN POR NATALIDAD**

**Monto:** \$240.000 por cada hijo nacido o adoptivo para cada padre y madre médicos.

**Requisitos:** Certificado de nacimiento. En caso de hijos adoptivos, deberá acompañar este documento con la correspondiente resolución que acoge la adopción.

**Plazo de solicitud:** Hasta 90 días de ocurrido el nacimiento o adopción.

**BONIFICACIÓN MEDICAMENTOS PARA MÉDICOS LIBERADOS DE CUOTA FSG**

**Monto:** Tope \$ 100.000 anuales.

**Requisitos:** Receta y boleta a nombre del afiliado

**FONDO SOLIDARIO DE EDUCACIÓN**

**Requisitos:** Fallecimiento o invalidez absoluta del afiliado; certificado de alumno regular; monto de colegiatura; y certificado de nacimiento.

**Tope de cobertura:** 28 años de edad del hijo beneficiario.

**MONTO:**

**Educación básica y media:** Tope de \$3.000.000 anuales.

**Educación universitaria:** Tope Arancel U. de Chile de la carrera o similar, a criterio del directorio del FSG.

\* El Departamento no otorgará esta ayuda económica en caso que otros seguros o beneficios cubran tales necesidades; si la cobertura es parcial, el Fondo podrá responder por la diferencia, con el tope anual correspondiente para esta ayuda.

**BENEFICIO AUDÍFONOS:**

**Monto:** Hasta \$ 100.000 al año.

**Requisitos:** Presentar receta médica a nombre del beneficiario y comprobante de pago (boleta o factura).

**Plazo de solicitud:** 90 días desde la fecha de compra.

# Tercera Versión **RAMADA** **A TU SALUD** en Club Médico

El pasado sábado 7 de septiembre se llevó a cabo la tercera versión de la Ramada "A tu salud". Cerca de mil personas llegaron hasta el Club de Campo del Colegio Médico, en Av. La Dehesa, para disfrutar de este espacio privilegiado, música, actividades al aire libre y una rica oferta gastronómica. La instancia, fue inaugurada con las palabras de la Presidenta del Colegio Médico, Dra. Izkia Siches, el corte de cinta y el tradicional pie de cueca.



Como ya es tradición, los niños fueron los protagonistas, de la jornada, quienes más disfrutaron de este panorama y de las entretenidas alternativas para ellos en nuestra Zona Kids.



Los juegos típicos y la clase de zumba fueron el broche de oro para este entretenido panorama familiar, que ya se ha transformado en costumbre para la comunidad médica.



## In Memoriam

DR. JULIO FELIPE MONTT  
MOMBERG (1926-2019)

Por: Dr. Julio Montt Vidal



**J**ulio Montt Momberg fue un hombre inmensamente feliz, querido y respetado, en sus múltiples facetas: hombre de familia, médico, gestor en la salud privada y pública, dirigente político, gremial, deportivo, incluso gestor teatral. Un hombre talentoso, inquieto intelectualmente:

un ser humanista, cristiano y siempre preocupado por lo social. Nació en Osorno hace 93 años, hijo de Felipe Montt Nieva, hombre de Freirina de ancestros catalanes, masón y radical, quien lo marcó en la orientación hacia el ejercicio de la política; y de Irma Momberg Amthauer, descendiente de inmigrantes alemanes, luterana, con gran apego a la tierra. De ella heredó una ética por el trabajo riguroso, disciplinado, comprometido y bien hecho.

Su infancia y adolescencia nos remonta a un estilo de vida que ya no existe. De muy niño dejó su casa para ingresar al Colegio Alemán en Osorno, viviendo donde una tía materna, austera y severa. Ahí se prohibía hablar a la hora de comer y leer en la noche. Para hacerlo, tenía que esconderse debajo de las sábanas con una linterna. Tras una discusión con su padre sobre temas políticos contingentes -la Segunda Guerra Mundial-, se trasladó al Liceo de Hombres de la ciudad. Este giro anticipaba algo distintivo de su carácter. Dialogando, alcanzó un buen acuerdo con su padre, en orden a que sería bueno para él ver otra realidad social, ahora en el Liceo público.

Más tarde, siguiendo los pasos de su hermano Pablo, ingresó a la Escuela Militar en Santiago, donde a pesar de ser un muy buen cadete, nunca se desvió de su sueño original: estudiar Medicina en la Universidad de Chile, de donde egresó el año 1951, convirtiéndose en el primer profesional de su familia.

En sus últimos años de estudios universitarios, conoció a quien sería su mujer, Adriana Vidal Salinas, con quien, una vez casados, volvió a Osorno, donde ejerció la medicina y se orientó a la cirugía general. Siempre complementó su trabajo con otras inquietudes sociales e intelectuales. Fue dirigente deportivo amateur y gestor de un grupo de teatro, con el apoyo de su mujer.

Más tarde, en 1959, partiría a Heidelberg, Alemania, a cursar una beca en Cirugía Vasculosa Periférica. A su retorno a Chile, en 1960, mismo año del gran terremoto del Sur, ingresó a la Sociedad Chilena de Cirugía y siguió ejerciendo esta especialidad en el hospital con entusiasmo, pese a las limitaciones de

recursos e infraestructura. Probablemente, para influir en una mejora de esas condiciones, inició la que sería una destacada carrera política como regidor, diputado en dos ocasiones (1965 - 1969 y en 1973), y candidato a senador, siempre por su tierra y representando a la Democracia Cristiana, partido al cual perteneció toda su vida. Nunca abandonó la veta política y, ya entrado en años, fue Concejal por Las Condes.

Otras de sus pasiones fue el fútbol. Fue un gran hinchista de la Universidad de Chile, llegando incluso a ser su presidente, en una época en la que, para sortear las vicisitudes de una crisis institucional, se requirió de una persona íntegra, que diera seguridad a facciones e intereses en conflicto.

Siendo diputado, fue coautor de la Ley 16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, publicada en 1968, que creó un seguro social con cotizaciones de cargo de los empleadores, con el objetivo de educar, prevenir, curar y rehabilitar a los trabajadores afectados, cuerpo normativo que daría origen al sistema de Mutualidades, las cuales aún existen y benefician a millones de trabajadores chilenos.

Era diputado en septiembre de 1973. Cerrado el parlamento, comenzó a trabajar en la Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción y, posteriormente, en el Instituto de Seguridad del Trabajo, veta de administración en salud que completó asumiendo la dirección de la Clínica Alemana, entre 1982 y 1992. En noviembre de 1992, aceptó la invitación de su amigo Patricio Aylwin para ser su Ministro de Salud. Nuevamente llamado para aunar voluntades luego del retorno de la democracia. Muestra de que nunca rehuyó el compromiso político y el trabajo difícil y demandante.

Cuando dejó el Ministerio, en 1994, consciente de falencias relevantes de nuestra sociedad, contribuyó a formar y liderar el Programa de Bioética para Chile y América Latina, al alero de la OPS. Esta pasión, lo llevó más tarde a encabezar el departamento de Ética del Colmed, función que desarrolló hasta su retiro, pocos años atrás. En estas funciones participó activamente en la actualización del Código de Ética del gremio.

Esta trayectoria familiar y profesional refleja a un hombre íntegro, de cualidades humanas sobresalientes. Notable expresión de un servidor público a la antigua, humanista y generoso, al extremo de entregarlo todo, material y espiritualmente, a su familia, a su partido, a su Colegio Médico y a su querida U. de Chile. En resumen, a su país.

Hoy que nuestro país experimenta un agitado proceso de revisión y de demanda de cambios, cabe recordar una frase de sus Memorias: "Así como en la medicina resulta vital para el profesionalismo desarrollar la ética y la bioética, también esto es vital para el desarrollo armónico de las sociedades".



# Reportajes Médicos Mayores

## MÚSICA DE LA INDIA EN LA CASA DE LA CULTURA

Dr. Álvaro Yáñez del V., Presidente Agrupación Médicos Mayores COLMED



**E**n las actividades culturales que la AMM ha mantenido por años en la Casa de la Cultura, está la presentación de videos con música clásica, sea de obras completas o partes seleccionadas, e incluso pequeños trozos de piezas musicales o interpretaciones de solistas, de calidad excepcional, que el responsable de la actividad denomina píldoras a estas últimas.

Pero además, siguiendo la práctica que por años impulsó el Dr. Icekson, cada vez que es posible, se invita a conjuntos de cámara, cuartetos, solistas e incluso, conjuntos corales, para que se presenten en la Casa de la Cultura, constituyendo una experiencia extraordinaria, pero en ningún caso, superior a la de los videos de presentación habitual. Pero las presentaciones en vivo, desde otro punto de vista, muestran la carga emocional y humana que despierta la interpretación de la música en forma vivencial, lo que invoca un sentir como ella aparece y fluye de los instrumentos y en ocasiones, de la voz de los intérpretes.

Por ejemplo, hace poco tiempo, en el mes de Abril, se presentó el conjunto dirigido por el Maestro Millapol, quien acompañado por sus discípulos, presentó un recital de música clásica de la India. En dicha oportunidad, entregó la información general sobre esa música, su motivación, significado y características de su interpretación. Luego, en el curso del concierto, explicó las particularidades que correspondía señalar, en especial, en lo referente al papel de cada instrumento en la presentación.

Llamaron la atención los instrumentos del conjunto, consistentes en una flauta de bambú, *bansuri*, que instalaba el tema, dos de cuerdas, uno tocado al arco, *sorangi*, el cual mantenía un sonido armónico presente en forma continua durante toda la interpretación, mientras el otro instrumento de cuerdas

pulsadas, llamado *sitar*, entregaba la melodía con sus variaciones. A él se agregaba una tabla de percusión consistente en dos tambores, tocados con las manos y que entregaban sonios diferentes, acompañando o haciendo el contrapunto a las melodías. Los músicos estaban cubiertos por un ropaje tradicional indio y ejecutaban sus interpretaciones sentados en una alfombra sobre el suelo.

Según el Maestro Millapol, la música clásica india siempre se refiere a un relato o acontecimiento tradicional, *raga*, que data de 2.000 años o más. En esta música es posible distinguir tonos y semitonos, pero como no se ha desarrollado en esa cultura un sistema de notación musical, la ejecución siempre es improvisada, pero sujeta a reglas precisas y tradicionales. El *sarangi*, con su sonido sostenido, contribuye a crear un estado anímico de tranquilidad, incluso de paz interior y de entrega a la melodía que ejecutan los otros instrumentos.

Hubo un numeroso público que disfrutó de una sesión musical que para la mayoría, fue novedosa, inusitada y motivadora, y que por momentos, lo enfrentó a una mínima visión de una cultura milenaria.

Finalmente un detalle anecdótico: posiblemente por primera vez, en los salones de esta casa, que perteneció a don Pedro Aguirre Cerda, se escuchó música de la India.





## Reportajes Médicos Mayores

# ¿CUÁNDO UNA PERSONA ES SANA?

Dr. Óscar Román A.

**U**stedes me dirán que una persona es sana cuando se siente bien y no ha tenido ninguna enfermedad mantenida en el tiempo (crónica) y apagada como un volcán sin actividad.

Se supone que todos (o casi todos), nacemos sanos, sin enfermedades ni discapacidades notorias. Y así nos sentimos desde la niñez a la adultez joven, período en el que transcurre la mayor y mejor parte de nuestra vida. Sin embargo, en la vida moderna, muchas personas, por necesidades laborales, requieren un certificado médico para ser aceptados en trabajos con mayores exigencias físicas, como en la altura andina o en condiciones de túneles y galerías subterráneas o de sitios refrigerados.

En esos casos, con cierta frecuencia, como médico me ha tocado recibir a personas que requieren un examen de salud y su respectivo certificado para presentar en su empresa o labor fiscal. Tales personas esperan sentadas y tranquilas en la sala vecina a la oficina médica. Esperan con paciencia generalmente largo rato. De allí el nombre de “pacientes”, para algunos,

y para otros, porque soportan pacientemente sus molestias y enfermedades. La secretaria o asistente, al anunciarlas, las denomina “paciente”, tal como si fueran enfermos.

Una vez examinados, y en ausencia de toda alteración o síntoma, el médico extiende un Certificado que expresa que tal persona no presenta enfermedad alguna y puede trabajar en cualquier tipo de tarea o actividad física. Al salir tal persona, le explico a la Secretaria que se trata de un “paciente sano”, aprovechando una denominación suscrita por una colega de la Universidad de Santiago.

Pero de inmediato surge la duda ¿será realmente sana esa persona que a la luz del día lo parece? Sabemos que hay enfermedades que se desarrollan y avanzan solapadamente por un cierto tiempo, antes de provocar dolor u otros síntomas. Algunos cánceres, enfermedades arteriales y metabólicas avanzan muchas veces sin síntomas o molestias. Pero allí están escondidas. ¿Por qué no las reconocemos a tiempo, si existen exámenes de laboratorio y tecnologías que permiten

establecida en sus directrices y objetivos, debe acompañar el examen médico en la mayoría de las enfermedades. Pero su indicación debe ser éticamente formulada, debido a que por su costo, significa un desembolso importante para el Estado y para los propios particulares, y por otro, permite la posibilidad de sobre demanda y ganancia no justificada para el médico o el equipo que la realiza.

Llegamos así a la conclusión que la tecnología bien indicada, ayuda considerablemente a reconocer a tiempo a la enfermedad y fundamentalmente, antes de su avance importante y peligroso. Por ende, el médico debe utilizar exámenes de laboratorio y tecnologías diagnósticas en forma preventiva, cuando los factores en juego en la población orientan a determinadas patologías. Así sucede con la elevación del colesterol, de la glicemia, de hormonas tiroideas, ováricas o prostáticas, entre las más frecuentes.

Por tanto, una presunta persona es sana cuando los exámenes anotados son normales. Pasa a ser realmente un paciente sano. En caso contrario, pasa a ser un enfermo sin molestias, pero portador de una enfermedad encubierta que debe ser tratada o prevenida en su desarrollo futuro con medidas dietéticas, o de otra naturaleza (control de malos hábitos, ejercicio, etc).

Existe un lado positivo de esta conducta de prevención y detección precoz de estas enfermedades: la sobrevivencia mayor y de calidad de vida si el resultado ha sido positivo. Pero, por el otro lado, aunque así fuese, se impone al paciente una carga emocional importante en cuanto a su futuro, que se ve amenazado por una enfermedad encubierta y solapada. De allí resulta fundamental que en la conversación médico-paciente se respondan las interrogantes con claridad y precisión por ambos lados.

Como establecen algunos autores, en el concepto de medicina preventiva, la salud implica ideas de optimización y perfeccionamiento de ella, lo cual conlleva dar un conocimiento anticipado de una condición de paciente sano que puede tener a veces inevitablemente, un resultado negativo.

detectarlas a tiempo?

Existen dos razones básicas: el examen médico común, aún cuando sea completo, no las detecta, y la otra, que conociendo tal situación, ni el médico ni el paciente investigan más a fondo la situación orgánica de esa persona mediante la tecnología presente. Se cae así en una controversia clásica entre la investigación médica clínica y la exclusiva o apoyada por la tecnología.

En la experiencia algo reciente, los japoneses, frente a un suave y atípico dolor abdominal, realizaban de inmediato una Gastroscofia, examen técnicamente posible pero complejo y caro, que de inmediato apoyaba o descartaba la posible enfermedad gástrica. Fue un paso que sorprendía y afectaba la convicción médica de un diagnóstico con conocimiento riguroso y acabado del tipo de dolor, de la ausencia de otros síntomas colaterales y de un examen físico completo del paciente.

La Tecnología permitía, entonces, en este caso y en muchos otros, reconocer patologías, aun cuando solo fueran apenas sintomáticas o mejor, aún solo sospechables por el médico en relación a otros factores de riesgo o epidemiológicos, que en forma entendible, fueran frecuentes y acompañados por hábitos o conductas reconocidas como acompañantes o desencadenantes de esa enfermedad.

Debemos entonces aceptar que la tecnología bien indicada y



#### Referencias:

- 1.- AURENQUE D. El paciente sano: desafíos éticos de la medicina preventiva. Rev Med Chile 2017; 145:790.94.

## Reportajes Médicos Mayores

# LA ESCUELA DE SALAMANCA: ECONOMÍA, ÉTICA SOCIAL Y POLÍTICA

Dr. Luis Cueto Sierra

**E**n el siglo XVI, siglo de oro español, con la conquista de América, España se convierte en el centro comercial y financiero de Occidente, donde acuden los grandes banqueros europeos; la paradoja es que esa riqueza produce inflación y pobreza.

Los teólogos escolásticos de la Universidad de Salamanca, herederos de Francisco de Vitoria, preocupados por los conflictos morales del mercantilismo, con un estudio riguroso y genial, serían los precursores de un pensamiento económico moderno. Respaldan la propiedad privada como legítima y necesaria; desarrollan los conceptos de ganancia, precios y sueldos justos; del interés sin usura y la “Teoría del Dinero” como base moral de las relaciones económicas. Contemplan el inicio del capitalismo, fomento de la industrialización, productividad, crecimiento demográfico, del regadío y forestación y la restricción de la expansión monetaria (inflación) y del consumo exagerado.

Precisan el bien común, respecto al derecho y a la justicia por sobre la fuerza.

Su influencia se extiende a toda Europa; serían desplazados luego por intereses mercantiles, para ser redescubiertos y admirados varios siglos después por insignes historiadores modernos.

Con el fracaso del Marxismo, el Libre Mercado aparece como la mejor receta para crear riqueza. Pero si no se respeta la naturaleza moral humana y los códigos éticos en el comercio y la política, se crean desigualdades aberrantes en el reparto de la riqueza y el despertar en el mundo de los indignados, que aprovechados por los populistas extremos, pueden llevar al gran caos.

Esta economía creadora de riqueza requiere controles técnicos y éticos para estar al servicio de todos y no de una privilegiada minoría. El Papado, recientemente, en la encíclica “Caritas in Veritas” lo expone magistralmente, pues reconoce el rescate de millones de personas de la pobreza y miseria, pero que sin los controles citados se causan inmensos e injustos desastres humanos.

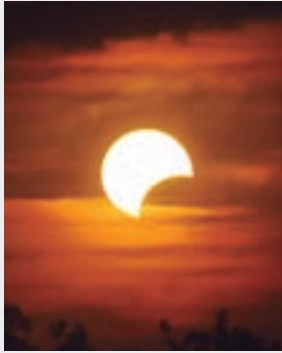
Es impresionante que los conceptos económicos de los religiosos de la Escuela de Salamanca (siglo XVI) reclamen su vigencia visionaria más de cuatro siglos después de enunciados, para que junto al gran desarrollo tecnológico, sirva para mejorar la dignidad, la calidad de vida y el destierro de la ignominia, de la miseria y del hambre en el reino de este mundo nuestro.



# MÉDICOS ESCRITORES

## ECLIPSE

Dr. Alejandro Illanes



En el corazón del continente africano, hace algunos millones de años sol, entre humedales, ríos y cascadas, en un despejado del cerrado bosque de una noche clara, un mono grande y fuerte, de balanceo armonioso, descendió de su árbol y apoyó con firmeza sus dos extremidades podálicas, entre la alta y mojada hierba, levantó su cara hacia el cielo y observó un hermoso y pleno disco,

origen de la luz, que lo atrae e hipnotiza.

De pronto vio que ese Dios de la Luminosidad blanca, poco a poco, se hace nada, quizá se escondió y por unos suspiros imperó la Diosa de la Noche.

Luego la claridad divina del disco y su beso del entorno natural regresan.

Lo que a su alma virgen de mono más impactó, fue el escenario cambiante y breve, únicos, de Dios resplandor y Diosa oscuridad, los cuales excitaron en su cerebro, ya inteligente, preguntas fundacionales sobre el ser:

¿Quién es la luz? ¿Quién es la sombra? ¿Quién soy yo?

Es el simio que ha comenzado a hacerse HOMO.....

## SESENTA AÑOS DE AMOR

Dr. Agustín Tort Llugany

Estos sesenta años de amor, deriva desde el punto de vista familiar de dos cabezas de serie: "los Hernández-Nieto y los Tort-Llugany". Los primeros de origen español-chileno y los segundos, chileno-catalán. Se relatan la luna de miel, las bodas de plata, las bodas de oro, varios viajes y acontecimientos familiares. Profesionalmente, dos importantes becas en pediatría y perinatología. Hablo del origen, auge, y agonía del centro catalán y la situación actual en Cataluña.

Resalto las enfermedades familiares importantes, cómo enfrentarlas, cómo prevenirlas, cómo se presentaron y cómo tratarlas: Autismo, Cáncer de Vejiga, Degeneración Macular, consejos para vivir mejor durante la vejez o la tercera edad y, muy especialmente, una enfermedad nueva: el síndrome de la clase turista.

Me despido con la satisfacción de que nuestros descendientes podrán conocer cómo sus bisabuelos y tataratatarabuelos se amaron y formaron una familia que dejó una identidad, para que ellos no pierdan ni olviden su origen.



## CLAUDIO NARANJO

Dr. Alejandro Illanes



Claudio Naranjo, médico chileno, sanador, destacado promotor de un cambio en la educación de las juventudes, nos ha dejado y como él recién dijo: estoy preparado, con un paso en ese otro mundo, adaptado. Siempre crítico de la cultura humana, por el imperio del dinero y del poder, se descuida la tranquilidad creativa de los hombres, artistas y las colectividades integradas, y afectivas, sin autoritarismos limitantes e impositivos, formar infantes dueños de sí mismos. La cumbre es el cerebro humano, con su infinita capacidad de dar, reflexionar y encontrar su ser en su yo más profundo. Acostumbrado a indagar, inquieto, reflexivo, sereno, en paz, de monje tibetano asesorado. De originarios sabios interesado por saber hasta donde el HOMO puede llegar o ya ha llegado, pueblos originarios de la amazonia ha visitado, quienes le han dado luz y chamanismos, y plantas medicinales ha encontrado. Chamán entre los médicos, médico entre los chamanes. Encendió su fogata de sabio hondo, terapeuta psicólogo escogido, de éxito le han investido, por terapia en conversación, le han elegido. Insatisfecho sigue preguntando, Escribiendo, criticando la educación social, que ha rechazado por convertir a hijos, mujeres y discípulos en iguales, dedicados a ser los mismos de antes. Las religiones, budas o colegios, son terapias colectivas, dedicadas a repetir las mismas tecnologías y ciencias, limitando el espíritu humano, libre, original e infinito. Arquetipos de padres y maestros, faltando la chispa de un cambio en la educación, que haga del cerebro joven, una fuente de luz, único en el Universo. Dejando el pozo de los conocimientos, a los chips digitales de cada usuario. Y Claudio nos dijo, antes de partir: Ir tras "la Verdad" profunda del alma humana, es nuestro sentido existencial.

Rayos X en el siglo XIX y la primera parte siglo XX.

# ENTRE GENIALIDAD, CHARLATANERÍA Y GUERRAS

Dr. Felipe Quiñones F., Director Sociedad Chilena de la Historia de la Medicina.  
www.historiamedicina.cl



“Ahora es posible que se desate una hecatombe”, esta frase, cuyo autor es nada menos que el ingeniero mecánico y físico alemán, padre de la radiología Wilhelm Conrad Röntgen, es un ejemplo tácito de que lo representó para la sociedad del siglo XIX el descubrimiento y desarrollo de los rayos X.

Son pocos los descubrimientos en la historia de la humanidad que han generado tal nivel de revuelo, permitiendo, por un lado, en pocos años, significativos avances en el ámbito médico, científico y militar. Sin embargo, de una forma inusitada dado el halo de misterio que rodeó a este nuevo descubrimiento, permitió como efecto colateral el desarrollo de una cultura popular, con charlatanes, caricaturistas, comerciantes y los más diversos personajes, dentro de ellos el mismo Thomas A. Edison, quienes, dando rienda suelta a su imaginación, montaron ferias y espectáculos, otorgando propiedades místicas, hipnóticas, alquímicas y sobrehumanas a los también llamados rayos Röntgen. Se les dio usos al día de hoy tan impensados, como por el ejemplo utilizarlos como hipnóticos en sesiones de espiritismo, como un rayo transformador

de metales comunes en oro, se creó el podoscopio para determinar cuan bien calzaba un zapato, masificando la frase publicitaria “ver es más confiable que sentir”; en los comics a Superman se le dio “visión de rayos X”, incluso en Estados Unidos en 1896 se presentó una ley para que los rayos X fueran prohibidos en los anteojos de ópera, entre otras muchas excentricidades.

Otros destacados personajes históricos contemporáneos le otorgaron rigor científico y, a la vez, un fuerte componente humanitario como John Hall Edwards, un destacado radiólogo británico, quien desarrolló la radiología militar durante la Guerra de los bóeres y en especial la hasta ahora única mujer ganadora de dos Premios Nobel, Marie Curie, quien, como directora del Servicio de Radiología de la Cruz Roja, fue la

creadora de las primeras unidades de radiología móvil, los coches “petites Curie”, permitiendo que los cirujanos militares abandonaran la búsqueda de balas con bolas de porcelana salvando, según estimaciones, la vida de más de un millón de soldados.

Antes de 1897, con apenas un año tras su masificación, ya se habían escrito más mil ensayos sugiriendo distintos usos para la nueva tecnología. Antes de 1910, se introducirían los medios de contraste oral para visualización del tubo digestivo, siendo 1929 el año de inicio del cateterismo vascular, tras la auto experimentación del Dr. Werner Forssmann, quien logró visualizar el lado derecho de su corazón a través de su propia vena antecubital.

Hoy en día es común convivir con esta tecnología, ofrecida por un sin número de centros médicos imagenológicos. Sin embargo, la radiología es un tema inagotable. Hoy, la inteligencia artificial nos presenta enormes y nuevos desafíos. Aún no se logra vislumbrar cuál será su alcance, pero de lo que podemos estar seguros, es que será “una nueva hecatombe”.



# ACUERDOS

## ACUERDOS SESIÓN N°020 DE H. CONSEJO NACIONAL CELEBRADA EL VIERNES 12 DE JULIO DE 2019

**ACUERDO N° 158:** Se aprueba acta sesión anterior en forma unánime (24 votos).

**ACUERDO N° 159:** Se acuerda desarrollar agenda sobre remuneraciones de médicos de servicios de salud con el objeto de preparar a los dirigentes en esta materia, no permitiendo discriminaciones arbitrarias en el otorgamiento de asignaciones. Se aprueba por 23 votos a favor y una abstención.

**ACUERDO N° 160:** Se acuerda encomendar a los doctores Jaime Sepúlveda, Felipe Espinoza y Juan Enrique Leiva elaborar un documento que dé cuenta de las fortalezas y debilidades del Sistema de Alta Dirección Pública y dé propuestas de modificación del referido sistema, con el objeto de fomentar la participación de profesionales idóneos para cargos de Salud.

**ACUERDO N° 161:** Por unanimidad (24 votos), se acuerda prorrogar por una hora adicional la sesión de Honorable Consejo Nacional.

**ACUERDO N° 162:** Se acuerda postergar para próxima sesión la elección de miembros del directorio de APICE.

**ACUERDO N° 163:** Se elige al Dr. Guillermo Antonio Ortiz Soto como integrante del Comité de Endocrinología Pediátrica de CONACEM.

**ACUERDO N° 164:** Por unanimidad (30 votos) el H.C.N elige al Dr. Álvaro Llancaqueo Valeri como miembro del directorio de FATMED, en virtud de lo estipulado en los estatutos de la referida Fundación.

**ACUERDO N° 165:** Se deja constancia de que los presidentes de los Consejos Regionales han elegido al Dr. Jorge Sánchez Castellón como integrante del directorio de FATMED, por 9 votos contra 5 del Dr. Felipe Espinoza (un voto en blanco).

**ACUERDO N° 165:** Se aprueba compra de inmueble en Curicó, por 27 votos a favor (unanimidad).

**ACUERDO N° 166:** Se acuerda autorizar al Consejo Regional Valparaíso la venta de inmueble ubicado en los plátanos 2325, Miraflores bajo, Viña del Mar, por 26 votos a favor y 2 abstenciones.

## ACUERDOS SESIÓN N°021 DE H. CONSEJO NACIONAL CELEBRADA EL VIERNES 09 DE AGOSTO DE 2019

**ACUERDO N° 167:** El H. Consejo Nacional aprueba, por 28 votos a favor y una abstención, el acta de la sesión N° 20, del 12 de julio de 2019, así como los acuerdos adoptados en ella.

**ACUERDO N° 168:** Por 28 votos a favor y uno en contra, el H. Consejo Nacional acuerda modificar los Estatutos del Club Médico de Santiago, incorporando el siguiente inciso segundo nuevo, pasando los actuales incisos segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto a ser tercero, cuarto, quinto, sexto y séptimo, respectivamente: “Aquellos socios honorarios y activos titulares cuyo grupo familiar sea inferior a cinco beneficiarios podrán incorporar familiares que no formen parte de los mencionados anteriormente, con un tope máximo de cinco”.

**ACUERDO N° 169:** El H. Consejo General aprueba, por unanimidad (28 votos) el documento propuesto por la Comisión de Trasplante del Colegio Médico, presentado por su presidenta, Dra. Ana María Arriagada, que se adjunta a la presente acta.

**ACUERDO N° 170:** Por unanimidad se acuerda prorrogar la presente sesión por una hora adicional.

## ACUERDOS SESIÓN N°022 DE H. CONSEJO NACIONAL CELEBRADA EL VIERNES 06 DE SEPTIEMBRE DE 2019

**ACUERDO N° 171:** Por 19 votos a favor y una abstención, se aprueba acta y acuerdos de sesión anterior.

**ACUERDO N° 172:** El H. Consejo Nacional, por 22 votos a favor y 1 abstención, acuerda crear una comisión liderada por Dr. Juan Enrique Leiva Madariaga, cuyos integrantes serán propuestos por la Mesa Directiva Nacional para que aborde una propuesta del Colegio Médico de Chile sobre listas de espera.

**ACUERDO N° 173:** Por 26 votos a favor, uno en contra y una abstención, se acuerda incluir en la tabla, para una mayor discusión, las agresiones de que están siendo víctima los profesionales de la salud.

**ACUERDO N° 174:** Por votación unánime (25 votos), el H. Consejo Nacional acuerda rechazar la intención manifestada por el Ministro de Salud de suprimir la exigencia de EUNACOM para los médicos titulados en Chile, por cuanto se trataría de un evidente retroceso en los estándares mínimos exigibles a los

profesionales que se desempeñen en nuestro país.

**ACUERDO N° 175:** Por 23 votos a favor, 5 en contra y una abstención, se aprueba establecer en el Reglamento de Elecciones un quórum mínimo de 25% para validar la votación en un Consejo Regional.

**ACUERDO N° 176:** El H. Consejo Nacional aprueba modificar el Reglamento de Elecciones en el siguiente sentido: si no se reúne el quórum, se llamará a nueva elección. Esta propuesta obtuvo 19 votos; la de solicitar la ratificación del H. Consejo Nacional obtuvo 10 votos y hubo 5 abstenciones.

**ACUERDO N° 177:** El H. Consejo Nacional acuerda, por 26 votos a favor, 2 en contra y 0 abstenciones, otorgar la colegiatura póstuma a los doctores Pablo Aranda Schmieid; Óscar Avello Avello; José García Franco; Jorge Ortiz Moraga; Hernán Sarmiento Sabater; Renato Sepúlveda Guajardo; Álvaro Vallejos Villagrán, que fueron titulados, en forma póstuma, por la Universidad de Chile.

**ACUERDO N° 178:** Se aprueba, por 25 votos a favor, 2 en contra y una abstención, renovar la participación del Colegio Médico de Chile como entidad colaboradora del Instituto de Derechos Humanos.

**ACUERDO N° 179:** El H. Consejo Nacional, acuerda, por 19 votos a favor y 8 en contra, solicitar a las universidades que no lo han hecho hasta ahora, que otorguen la titulación póstuma a los estudiantes de Medicina asesinados durante la dictadura, e incorporar a todos aquellos a quienes se ha otorgado la colegiatura póstuma, por haber sido titulados por las universidades en forma póstuma, al Memorial de médicos asesinados y detenidos desaparecidos durante la dictadura, del Colegio Médico de Chile.

**ACUERDO N° 180:** El HCN aprueba por unanimidad (24 votos) el Documento sobre Migrantes que se adjunta a la presente acta.

**ACUERDO N° 181:** Por 17 votos a favor y 6 en contra, se aprueba la prórroga de la sesión.

**ACUERDO N° 182:** Se aprueba, por 18 votos a favor y 2 abstenciones, la incorporación del Dr. Cristóbal Davanzo Castillo al Comité de Cirugía General de Conacem.

**ACUERDO N° 183:** El H. Consejo Nacional, por 26 votos a favor y 1 abstención, aprueba la incorporación de las doctoras Sylvia Guardia Bonbonet y Ximena Vásquez Moya al Comité de Nutrición Clínica pediátrica de Conacem.

**ACUERDO N° 184:** Se aprueba por 25 votos a favor y 1 abstención, la incorporación del Dr. Jaime Cortés Urenda a la Comisión de Urología de Conacem.

**ACUERDO N° 185:** Se aprueba por 24 votos a favor y 1 abstención la incorporación de la Dra. Carmen Ruiz Balart a la Comisión de Medicina Intensiva de Conacem.

**ACUERDO N° 186:** Se aprueba por 25 a favor (unánime) actividad de movilización en relación a presupuesto y agresiones.

**ACUERDO N° 187:** Se aprueba 24 si 1 no, la normalización de la morosidad del año 2016 y que hoy están al día y redistribuir 62 millones entre los regionales en forma proporcional.

#### ACUERDOS SESIÓN N°023 DE H. CONSEJO NACIONAL CELEBRADA EL VIERNES 11 DE OCTUBRE DE 2019

**ACUERDO N° 188:** Por 19 votos a favor y una abstención, se aprueba acta y acuerdos de Sesión N° 22 de H. Consejo Nacional de 6 de septiembre de 2019.

**ACUERDO N° 189:** Por decisión unánime (31 votos) el H. Consejo Nacional acuerda colocar como punto de tabla para próxima sesión de HCN la intervención del Consejo Regional Valparaíso, en virtud de lo establecido en el numeral 8 del artículo 9 de los Estatutos del Colegio Médico de Chile.

**ACUERDO N° 190:** No se aprueba (16-15-3) propuesta de Tesorería de establecer rebaja de cuota ordinaria para médicos titulados en el extranjero, por el plazo de tres años contados desde la revalidación o habilitación del título profesional en Chile.

**ACUERDO N° 191:** Por 35 votos a favor y uno en contra, el H. Consejo Nacional acuerda realizar movilización nacional del Colegio Médico de Chile por presupuesto de la salud, con la siguiente agenda de actividades:

- Desde el 11 al 22 de octubre realización de asambleas locales, reuniones con directores de SS y hospitales; reuniones con alcaldes (tema per cápita) y Parlamentarios.
- Coordinación con colegios, gremios y organizaciones de pacientes.
- 21 de octubre: Inicia Discusión en Parlamento y Twiterazo 12:00 hrs. para llegar a través de redes para que prensa se vea obligado a tomar el tema. Parar las funciones unos minutos a las 12 horas Algunos gremios irán al parlamento
- 22 de octubre 2019: Movilización Nacional y de acuerdo a las realidades locales
  - Coordinación con colegios, gremios y organizaciones de pacientes.
  - Marcha al Parlamento Valparaíso
  - Marcha o Carta en Intendencias Regionales Protesta Fuera de los Hospitales 12:00 hrs y entrega de información a pacientes.

**ACUERDO N° 192:** Se aprueba por 26 a favor, 8 en contra y 2 abstenciones la modificación al artículo 8° del Código de Ética.

**ACUERDO N° 193:** Se aprueba la prórroga de la presente sesión por una hora adicional, hasta las 14:25 horas.

**ACUERDO N° 194:** Se aprueba 28 Sí y 4 No, Artículos 47 a 50 letra b propuesta de modificación al Código de Ética del Departamento de Ética.

**ACUERDO N° 195:** No se Aprueba por 17 a favor, 15 en contra,



0 abstención art 50 letra C de la propuesta de modificación al Código de Ética del Departamento de Ética.

**ACUERDO N° 196:** Se aprueba por 26 a favor y 1 en contra Art. 52 la propuesta de modificación al Código de Ética del Departamento de Ética.

**ACUERDO N° 197:** Art. 53. No se aprueba 12 a favor; 16 en contra, 1 se abstiene.

**ACUERDO N° 198:** Art. 54. No se aprueba 15 a favor, 11 en contra, 3 se abstienen.

**ACUERDO N° 199:** Art. 55. No se aprueba 24 a favor, 1 en contra, 1 se abstiene

**ACUERDO N° 200:** Se aprueba a mano alzada prórroga de 1 hora hasta las 15:00 hrs.

**ACUERDO N° 201:** Se rechaza la participación del Colegio Médico de Chile en la ceremonia de entrega de premio Nacional de Medicina al Dr. Otto Dörr (Sí, 1; No, 24; se abstienen 3).

**ACUERDO N° 202:** Se aprueba presentar declaración respecto a la no asistencia a ceremonia de entrega del premio Nacional de Medicina (14 sí; 13 no; 0 abstenciones).

**ACUERDO N° 203:** Se acuerda a mano alzada hacer revisión del reglamento de Entrega del Premio Nacional de Medicina.

#### ACUERDOS SESIÓN N°024 DE H. CONSEJO NACIONAL CELEBRADA EL VIERNES 8 DE NOVIEMBRE DE 2019

**ACUERDO N° 204:** Por 23 votos a favor y dos abstenciones, se aprueba acta y acuerdos de la sesión anterior, con la siguiente observación del Dr. Medina: En su intervención, manifestó que el Colegio Médico no ha tenido participación significativa en el el Comité que está elaborando una modificación al Código Sanitario, que se requieren resultados concretos en Contraloría y no solo reunión con el Contralor, y que el Colegio Médico debió manifestar su rechazo a la supresión de examen práctico para aquellos médicos que rinden el EUNACOM y obtienen en la parte teórica un puntaje igual o superior a un 70%.

**ACUERDO N° 205:** Se acuerda, por 26 votos a favor y uno en contra, implementar un sistema de votación que indique en pantalla los nombres de los votantes y la preferencia por la que se manifiestan e indicar en el acta, junto a cada acuerdo adoptado, el nombre de los votantes y preferencia de cada votante.

**ACUERDO N° 206:** Con motivo del fraude detectado en el Consejo Regional Valparaíso, cometido por ex trabajadores, el H. Consejo Nacional, por la unanimidad de los presentes (32 votos a favor), acuerda realizar una auditoría forense de todas las actividades del Colegio Médico de Chile a lo largo del país desde el año 2014 a la fecha. En próxima sesión de H. Consejo Nacional se presentarán tres cotizaciones a lo menos de empresas auditoras,

cuya selección corresponderá al H. Consejo Nacional.

**ACUERDO N° 207:** Por 31 votos a favor y una abstención, el H. Consejo Nacional acuerda rechazar la circulación de todo documento anónimo e informal, como el que se adjunta, que contenga imputaciones injuriosas en contra de dirigentes. El documento que se adjuntó será entregado a los Consejeros Nacionales con el objeto de decidir en próxima sesión si se solicita al Tribunal Nacional de Ética que inicie juicio ético en contra de la persona que, aparentemente, sería su autor, procedimiento que sería conocido, en única instancia, por ese Tribunal. Asimismo, se decidirá sobre la interposición de acciones legales en su contra.

**ACUERDO N° 208:** En virtud de lo preceptuado por el numeral 7° del artículo 9 de los Estatutos del Colegio Médico de Chile, el H. Consejo Nacional, por 31 votos a favor y 3 abstenciones, aprueba el Presupuesto de Entradas y Gastos del año calendario 2020, presentado por el Tesorero Nacional, cuyo texto se adjunta a la presente acta.

**ACUERDO N° 209:** Por 31 votos en contra, 2 a favor y 1 abstención, se rechaza la intervención del Consejo Regional Valparaíso, luego de escuchar las palabras del nuevo presidente, Dr. Luis Ignacio De la Torre Chamy, y las medidas que se están adoptando para enfrentar el fraude que se ha detectado en dicho Regional.

**ACUERDO N° 210:** El H. Consejo Nacional, por la unanimidad de los presentes (29 votos), acuerda otorgar la Condecoración de la Orden Médica Chilena correspondiente al año 2020, al Dr. Álvaro Yáñez Del Villar, actual presidente de la Agrupación de Médicos Mayores.

**ACUERDO N° 211:** Prórroga de 1 hora hasta las 14:00 horas.

**ACUERDO N° 212:** Prórroga de 1 hora hasta las 15:00 horas.

**ACUERDO N° 213:** El H. Consejo Nacional acuerda, por 31 votos a favor y 1 en contra, que en las declaraciones que efectúen sus dirigentes en relación con las manifestaciones actualmente en desarrollo en nuestro país, hagan hincapié en el rechazo a toda forma de violencia, particularmente aquella ejercida contra las personas.

**ACUERDO N° 214:** Por unanimidad (31 votos), el H. Consejo Nacional acuerda solicitar a la Comisión de Salud Mental del Colegio Médico desarrollar documentos sobre los efectos de las movilizaciones en la salud mental de la población.

**ACUERDO N° 215:** Considerando la contingencia nacional, por 28 votos a favor y una abstención, se acuerda mantener el llamado anterior a mantener las movilizaciones según las realidades locales de cada regional.

**ACUERDO N° 216:** En consideración a lo avanzado de la hora, la unanimidad de los presentes acuerda suspender las cuentas de Consejeros.

# Catastro SALAS DE LACTANCIA



## ¿QUÉ ES UNA SALA DE LACTANCIA?

- **Espacio privado y exclusivo** para proteger la tranquilidad e intimidad de las madres durante los procesos de extracción y almacenamiento de leche.
- **La sala debe estar disponible en todo momento** durante el horario de funcionamiento de la institución, y disponer de utensilios de aseo del uso exclusivo de cada madre.
- **La sala debe ser aseada al menos una vez al día** y el refrigerador lavado y desinfectado una vez por semana.
- **Este espacio debe poder ser utilizado por todas las mujeres gestantes** y en lactancia independiente de la situación contractual y tipo de labor que realiza en la institución.

**Fuente:** Ministerio de Salud. Guía de Implementación de Salas de Lactancia a Nivel Local. Gobierno de Chile. 2017.

El Departamento de Género y Salud del Colegio Médico de Chile, en conjunto con la Asociación Doctora Mamá desarrolló una encuesta sobre salas y condiciones de lactancia en Hospitales y Clínicas del país. Recibimos 300 respuestas con información sobre 82 Hospitales y 20 Clínicas y estos son los resultados:

Solo el  
**39%**

de establecimientos posee sala de lactancia y la mayoría estaban habilitadas exclusivamente para pacientes.

Solo el  
**21%**

de los Hospitales y 10% de la Clínicas fue registrada con sala de lactancia disponible para funcionarias.

## ¿CÓMO FUE LA EXPERIENCIA DE LACTANCIA EN EL HOSPITAL O CLÍNICA?

- La mayoría de las encuestadas refiere experiencias negativas.
- Esto está relacionado a falta de espacio, falta de privacidad, poca higiene del lugar, tiempos incompatibles con la lactancia o falta de lugar adecuado para conservación de la leche.

¿Y si no hay salas de lactancia, dónde?

- La mayoría utiliza el baño, otras opciones son la residencia colectiva, el box médico o vestidores.
- Las encuestadas describen el baño como un lugar incómodo, poco espacioso o poco higiénico para esta actividad.
- Para la conservación de la leche utilizan refrigeradores de uso común, trasladan una lonchera con refrigerantes durante todo el día o incluso deben botarla por no tener un lugar para su conservación.

## ¿Y SE RESPETA EL HORARIO DE LACTANCIA?

- La mayoría de las respuestas que aluden a la hora de lactancia refieren que horario de extracción no es respetado.
- Esto se asocia a situaciones de estrés, dificultad en la extracción e incluso cese permanente de la lactancia materna.

## ¿QUÉ PROVOCA ESTO?

- **Estrés** → "No hay dónde sacarse leche, guardar el sacaleche o la leche. No se respeta el horario de lactancia a cabalidad, y una anda apurada y estresada todo el tiempo"
- **Molestias físicas** → "Era incómodo no tener un espacio privado y no tener donde guardar la leche de manera higiénica, tuve muchos "accidentes" porque al no sacarme tenía dolor y otras molestias"
- **Disminución en la producción de leche** → "Tenía que encerrarme en mi box, donde estaban constantemente tocando la puerta, no tenía donde refrigerar así que tenía que llevar mi bolsita térmica... Finalmente entre el desánimo y estrés de intentar sacarme leche, fue bajando"
- **Cese de la lactancia** → "Tenía que sacarme leche en los baños de la unidad de emergencia y después botarla porque no tenía donde refrigerarla. Finalmente tuve que suspender la lactancia porque la producción al mes de haber entrado al trabajo era tan baja que mi hija quedaba con hambre."  
"Dejé la lactancia porque los baños son un asco, con hongos, no tengo donde lavar las cosas, todo muy insalubre"
- **Renuncia** → "Decidí renunciar al hospital cuando me embaracé porque las condiciones laborales no me parecían compatibles"

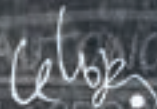
### SALUD DEBE DAR EL EJEMPLO:

Queremos que todos los Hospitales y Clínicas del país tengan una Sala de Lactancia habilitada para sus funcionarias. Para avanzar en equidad de género, la maternidad debe ser compatible con el trabajo en los establecimientos de salud.

#SaludDaElEjemplo #LactanciaChile #EnSaludTambién



NIÑA NIÑO



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.

CORFO



UNIVERSIDAD DE CHILE

NO SE SAQUE LA MASCARILLA

PRIMUM NON NOCERE

RELACION MEDICO-PACIENTE

CODIGO AZUL

ALTA GARANTIZADA

PALIATIVOS

NO ESTA INDICADO

PROTOCOLO

HOTELERIA

ACUMULA PUNTOS?

ERROR MEDICO

INMUNOGLOBULINAS

CONTENCION

URGENCIA LEY N20

SCANNER

PARALISIS

CONSEJO TACTICO

EVENTOS ADVERSOS

SEPSIS

ANAMNESIS

HIPOCRATES

CONTROL DE RUTINA

BURNOUT

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

SONDA

HIBRIS

PAGARE

ARCO TERAPEUTICO

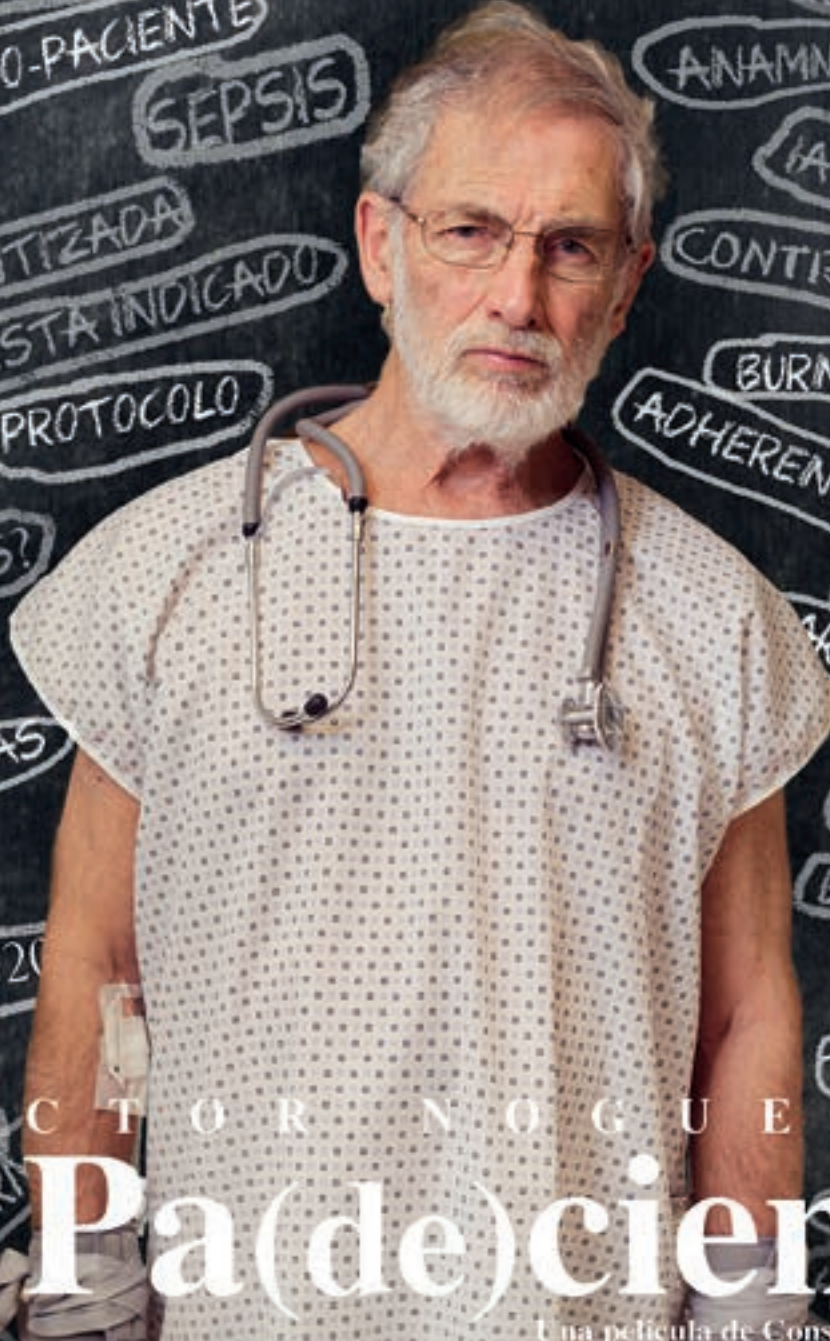
BIOETICA

ESTAN PEDIDOS

DELIRIUM

TRAQUEOTOMIA

AUTOINMUNE



# HÉCTOR NOGUERA El Pa(de)ciente

Una película de Constanza Fernández

“El Pa(de)ciente” es un largometraje de ficción que adapta al cine el libro testimonial del Dr. Miguel Kottow, oftalmólogo chileno y eminencia en la bioética y documenta su experiencia tras enfermarse gravemente. Se trata de la historia de un doctor convertido en paciente. La película será protagonizada por el destacado actor nacional Héctor Noguera. ¡Invitamos a nuestros colegas y colegas a ser parte de este proyecto!

## PROYECTO ACOGIDO A LA LEY DE DONACIONES CULTURALES

\*Los certificados de donaciones se pueden extender para la operación renta 2020, 2021 y 2022 inclusive. Infórmate sobre cómo apoyar económicamente este proyecto en [www.colegiomedico.cl/el-padeciente/](http://www.colegiomedico.cl/el-padeciente/)

## Te invitamos a vivir la experiencia Itaú Personal Bank

Una propuesta única con soluciones diseñadas para ti

- Sucursales exclusivas Itaú Personal Bank
- Asesoría experta para que manejes tus inversiones
- Soluciones digitales para acceder a tu cuenta estés donde estés, con facilidad y seguridad
- 40% de dcto. los jueves y 20% de dcto. todos los días, en restaurantes seleccionados, pagando con tu tarjeta de crédito de Itaú Personal Bank<sup>(\*)</sup>

Hazte cliente ahora escribiéndonos a:  
[hazteclienteipb@itau.cl](mailto:hazteclienteipb@itau.cl)

(\*) Aplica para compras efectuadas en los comercios señalados con tarjeta de crédito de Itaú, personas naturales sin giro comercial. Descuentos deben ser solicitados directamente al comercio al momento de la compra. Descuentos no acumulables con otras promociones. Excluye propinas. Para conocer locales, descuentos y otros detalles ingresa a [www.itaubeneficios.cl](http://www.itaubeneficios.cl). Promoción 20% de descuento todos los días, vigente del 01 de marzo hasta el 31 de diciembre de 2019. Promoción 40% de descuento los jueves, vigente todos los jueves desde el 01 de marzo hasta el 31 de diciembre de 2019 (ambas fechas incluídas), máximo descuento mensual de \$200.000 por cliente titular. La entrega de los bienes y prestación de servicios no bancarios ofrecidos, como asimismo los descuentos en el comercio, son de exclusiva responsabilidad de los comercios que los otorgan, no cabiéndole a Itaú intervención alguna en su entrega o en la ulterior atención que ellos demanden. El pago con tarjetas de crédito puede tener costos asociados. Consultar al emisor para mayor información.

Infórmese sobre la garantía estatal de los depósitos en su banco o en [www.sbif.cl](http://www.sbif.cl)

