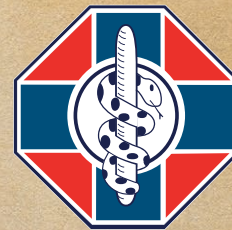
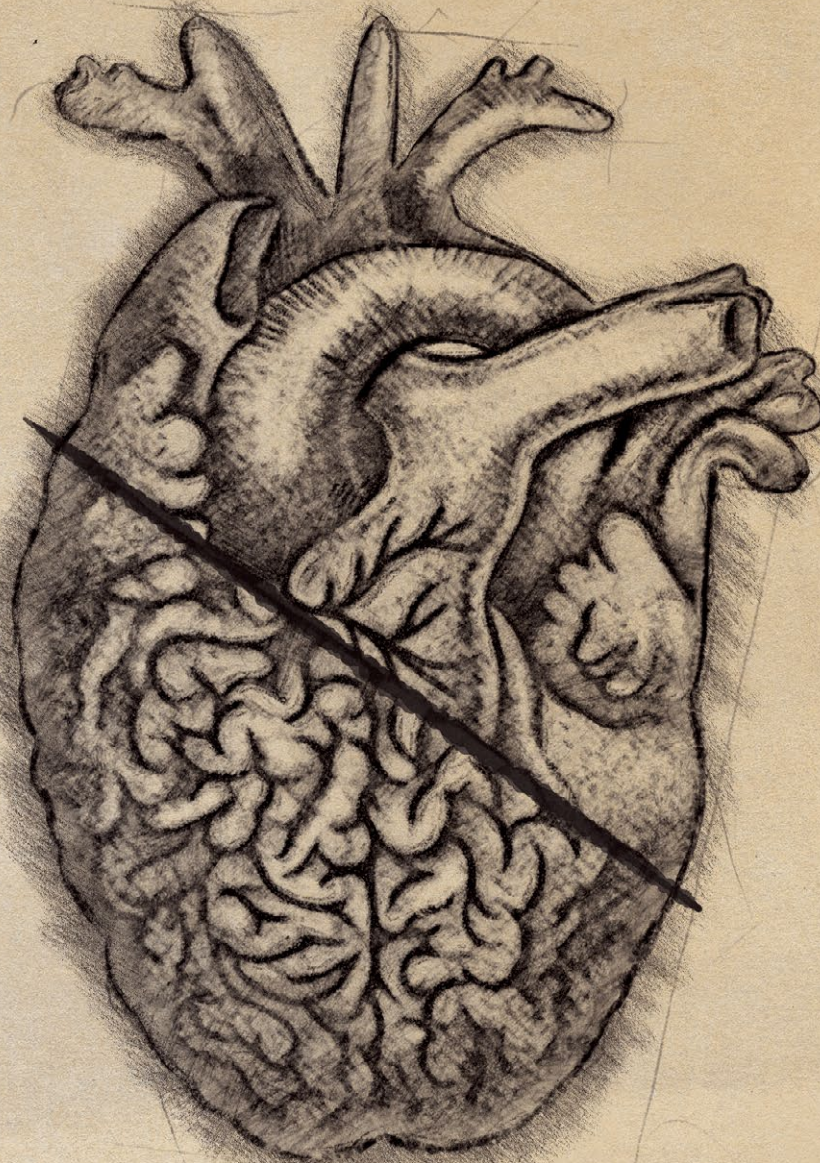


# E D U C A Falmed



FUNDACIÓN DE ASISTENCIA LEGAL DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE / AÑO 4 / EDICIÓN ESPECIAL N°2



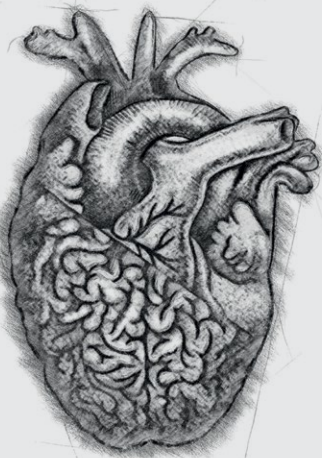
## EMOCIÓN Y RAZÓN

MEDICINA ASERTIVA / AGENDA DEL PACIENTE / **EMPATÍA** / **RECETA ELECTRÓNICA** /  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO** / **MALAS NOTICIAS** / SALUD BAJO PRESIÓN / **OPINIÓN** /  
**JUICIO PÚBLICO** / DERECHO AL OLVIDO / **CIRUGÍA PLÁSTICA** /  
MEDICINA INTEGRADORA / DERECHOS MATERNALES



# CONTENIDOS

EDICIÓN ESPECIAL 2



|                           |    |
|---------------------------|----|
| RESULTADOS JURÍDICOS 2016 | 4  |
| MÉDICINA ASERTIVA         | 6  |
| AGENDA DEL PACIENTE       | 8  |
| EMPATÍA                   | 12 |
| RECETA ELECTRÓNICA        | 16 |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO  | 18 |
| MALAS NOTICIAS            | 22 |
| SALUD BAJO PRESIÓN        | 30 |
| OPINIÓN: NOTICIAS FALSAS  | 34 |
| JUICIO PÚBLICO            | 36 |
| DERECHO AL OLVIDO         | 38 |
| CIRUGÍA PLÁSTICA          | 42 |
| MEDICINA INTERCULTURAL    | 46 |
| DERECHOS MATERNALES       | 50 |

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

Presidente y Representante Legal  
Dr. Sergio Rojas C.

Director de Comunicaciones  
Dr. Eduardo Welch W.

Jefe de Comunicaciones  
Juan Pablo Muñoz A.

Editor Periodístico  
Pablo Arce C.

Equipo Periodístico  
Patricio Alegre A.  
Andrés Palacios P.  
Mariela Fu R.  
Marcela Barros M.  
Pedro Soto P.  
Yovely Díaz C.  
Paulo Muñoz A.  
Alejandra Moreira B.

Comité editorial:  
Dr. Fernando Heredia J.  
Dr. Jaime Bastidas A.  
Dr. Luis Vellozo P.  
Juan Carlos Bello P.

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

Revista de circulación gratuita  
Año 4 / Edición Especial N°2

Comentarios y sugerencias a:  
comunicaciones@falmed.cl

Diseño y Producción  
**PALCO** | Comunicaciones  
contacto@palco.cl

Impresión  
RR Donnelley



@falmedchile



www.youtube.com/FALMEDTV

 **FALMED**  
MUCHO MÁS QUE UN SEGURO



## Editorial

Colega: En mayo de 2013 publicamos el primer número de Revista Falmed Educa. Lo hicimos dando un nuevo rumbo a las publicaciones de Falmed y en sintonía con la decisión de anticiparnos a los conflictos con un enfoque preventivo. Dicho lanzamiento estuvo también enmarcado con el despliegue de una estrategia que contempla un intenso despliegue educativo a través de estudios, charlas, cursos, videos, publicaciones y el programa de vinculación con las universidades que hemos llamado Pre Falmed.

Estimamos, de acuerdo a nuestra estadística, que dicha estrategia ha tenido importantes frutos. El más relevante consiste en una dramática baja en la tasa de siniestralidad de los juicios en los últimos cinco años. Si en 2009 contábamos con 3,6 juicios por cada 100 afiliados, el año pasado sólo contabilizamos 1,4 eventos judiciales por cada 100 colegas en nuestra institución. Y en el mismo periodo de tiempo hemos prácticamente duplicado la cantidad de médicos afiliados, sumando hoy más de 22.000 colegas. Cuestión que ha ocurrido al tiempo que mantenemos nuestro resultado favorable en el 99% de los 2.685 juicios representados por Falmed que ya han concluido.

¿Cómo hemos logrado esto? Primero, con el crucial respaldo de Colegio Médico, quien ha compartido esta estrategia y ha sido protagonista en la organización y despliegue de nuestro esfuerzo a nivel nacional. Segundo, con un crecimiento

institucional organizado y racionalizado, orientado al resultado y poniendo a los médicos al centro de su quehacer. Tercero, gracias al decidido ímpetu de nuestro Directorio por invertir nuestros recursos en el futuro del Colegio Médico. Cuarto, gracias al dedicado esfuerzo de nuestros colaboradores, impregnados de la impronta de que cualquier desafío es alcanzable con organización y profesionalismo.

Hoy usted tiene entre sus manos la segunda edición especial de nuestra revista, publicación en la que hemos plasmado algunos aprendizajes que hemos obtenido en la férrea defensa de los médicos y también en los estudios e investigaciones que hemos desplegado para fortalecer la relación con nuestros pacientes. En la prevención de la judicialización siempre retornamos a las mismas bases fundamentales: a trabajar siempre de acuerdo a la *lex artis* y a mantener una sólida relación con nuestros pacientes. En este número atendemos estos pilares desde los problemas contingentes que hemos identificado como de alta preocupación por el mundo médico.

Siendo esta la última ocasión en que me dirijo a ustedes como presidente de Falmed a través de este espacio editorial, me gustaría también destacar otros logros que ha obtenido Colegio Médico en estos años de trabajo. En seis años hemos duplicado la cantidad de afiliados a Colegio, Fondo de Solidaridad Gremial, y Falmed, mediante una dedicada labor de los estamentos que responden integralmente

a los problemas de los médicos. Así también hemos conseguido que el Colegio Médico influya positivamente en la promulgación de nuevas leyes que incentivan el trabajo de los médicos en el sector público. Hemos puesto un fuerte énfasis en las negociaciones que posibiliten la condición funcionaria de los residentes y el aseguramiento de un cupo en planta superior para los EDF desde su sexto año. Sin duda creemos en una Ley Médica Única y en un sistema de salud integrado que asegure la calidad para toda la población.

Hoy día Colegio Médico es mucho más grande que ayer, pero más pequeño que mañana. Aventuro esta afirmación con la certeza de que la senda de crecimiento que hemos transitado tiene bases sólidas y se proyectan hacia el futuro pensando en la próxima generación y no en la próxima elección. Porque el sentido que tiene este esfuerzo es no acercar a los colegas al colegio, sino que sea el colegio el que se acerque cada vez más a los médicos. En ese sentido, la inversión de hoy es la certeza de mañana. Queremos un Colegio Médico que defienda la calidad férreamente y que en todas sus acciones mantenga su compromiso irrestricto con nuestros médicos y nuestros pacientes. Colegas, a honrar el compromiso, a seguir avanzando.

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

## FALMED INFORMA

# RESULTADOS JURÍDICOS DEL AÑO 2016

Un importante aumento en la demanda por asesoría en casos no relacionados con responsabilidad profesional, contención en la tasa de siniestralidad, y un aumento en la actividad educativa son los grandes indicadores de los resultados jurídicos de Falmed en 2016.

Por: Departamento Jurídico Falmed

En promedio, **cada día hábil del 2016 se iniciaron cinco nuevas carpetas con un caso Falmed**. Sea en defensa y representación por casos de presunta mala praxis, sea en asesoría por temas laborales, sea en asistencia por temas de Falmed 3.0, el último año existió una demanda inédita por los servicios de la Fundación.

Según el abogado jefe de Falmed, Juan Carlos Bello, este aumento representa un crecimiento de un 38 % de casos nuevos respecto del año 2015. En su valoración de este aumento, el abogado comenta que "la creación de nuevos servicios jurídicos por parte del Directorio fue un acierto previsor y oportuno, que dio cuenta y se hizo cargo de una realidad oculta, arcana, soterrada y que ha demostrado ser de alta necesidad por parte de los médicos", señala el líder jurídico de la Fundación.

La demanda por los nuevos servicios de Falmed creció enormemente durante el 2016. La asesoría y representación en temas laborales aumentó un 47% en comparación al 2015. Este servicio está disponible a todos los médicos de la Fundación, sea que trabajen en el sector público o privado. La asesoría está a cargo de la Unidad de Defensa Laboral Médica, UDELAM, la que se compone de médicos con reconocida trayectoria gremial, abogados especialistas en temas laborales y periodistas.

En tanto, Falmed 3.0 aumentó su demanda en un 66 %, considerándose aquí las defensas en casos

de agresiones contra médicos, conformación de sociedades, cobranzas judiciales, problemas con contratos y, especialmente, materias familiares vinculadas a aspectos sucesorios (herencias). Según Bello, "Falmed 3.0 ha sido el ámbito en donde hemos probando estos servicios y que ha dado origen a UDELAM y FATMED".

En materias de asesoría y representación por responsabilidad profesional médica, en 2016 se registró un aumento total de juicios de un 12%, **lo que incrementó en 0,03 la tasa de siniestralidad** en relación al 2015, lo que representa una contención de la tasa. De todas maneras, el dato contrasta con la siniestralidad en 2009, que se alzaba por sobre 3,6.



Según el análisis de Juan Carlos Bello, "la prevención ha significado una baja y contención en la tasa de siniestralidad importante. Esto se sitúa en el fin último de la Fundación, en el contexto de desjudicializar el acto médico, evitando que los médicos sean cuestionados judicialmente por el ejercicio de su profesión, y si es que lo son que se demuestre que actúan conforme a la lex artis. Lo cierto es que las tasas de siniestralidad, a

la baja constante, y la capacitación al alza, demuestran que prevenir es un mecanismo eficaz para desjudicializar. Entendemos que la judicialización tiene que ver con otros factores también, pero acá hay una tarea fundamental para nosotros", explica el abogado jefe.

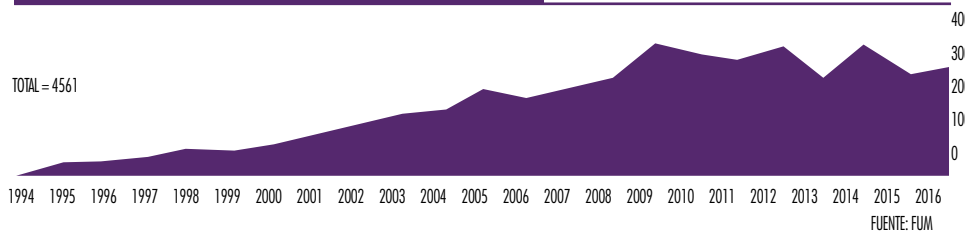
En términos preventivos y educativos, es preciso destacar que los profesionales de Falmed dictaron 173 charlas a lo largo del país en 2016, que la Fundación organizó cuatro ediciones del Curso "Por Una Medicina de Excelencia" (en Iquique, Valparaíso, Temuco y Santiago), además de 152 clases a estudiantes de pregrado a través de Pre Falmed.

En cuanto a las mediaciones, estas mantuvieron el crecimiento sostenido que traen desde 2005. Según describe el jurista jefe, "hemos apostado a la mediación, apuntando a que sea una instancia en la que se recompona la relación médico-paciente".

Respecto de la defensa de los casos que sí llegaron a tribunales, **se mantiene la proporción histórica entre juicios penales y civiles**, ocurriendo en este último plano cinco condenas en los que el seguro de la Fundación se hizo cargo de la indemnización respectiva. Con esto, se mantiene el histórico 99 % de resultados favorables a los médicos, sumando veintitrés condenas (5 penales y 18 civiles), en los 2.685 casos Falmed terminados desde 1994. En tanto, se mantienen 1.962 juicios vigentes a cargo de los más de cincuenta abogados de la Fundación. **F**



## JUICIOS FALMED – PENALES Y CIVILES Casuística Nacional Histórica

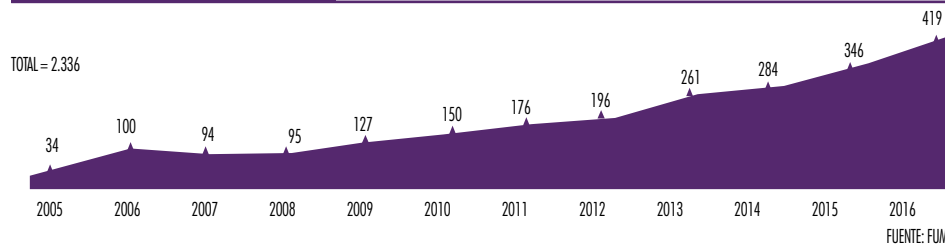


### Desarrollo porcentual causas civiles 2009-2016

|       |      |       |      |
|-------|------|-------|------|
| 2009  | 2010 | 2011  | 2012 |
| 11,5% | 14%  | 18%   | 21%  |
| 2013  | 2014 | 2015  | 2016 |
| 22%   | 21%  | 11,5% | 28%  |

FUENTE: DEPARTAMENTO JURÍDICO

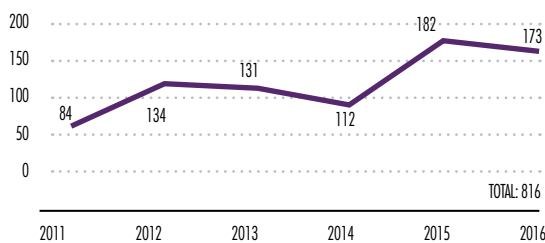
## MEDIACIONES FALMED Casuística Nacional Histórica



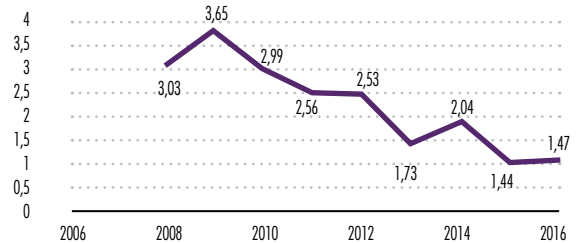
### Estadísticas de juicios Falmed año 2016

|                                  |      |
|----------------------------------|------|
| SUMARIOS ADMINISTRATIVOS         | 46   |
| MEDIACIONES                      | 419  |
| RECLAMOS                         | 29   |
| JUICIOS POR PRESUNTA MAL PRAXIS  | 803  |
| JUICIOS FALMED 3.0               | 290  |
| CASOS DE ÍNDOLE LABORAL – UDELAM | 360  |
| TOTAL INGRESOS                   | 1453 |

### Número de exposiciones preventivas por año, 2011-2016

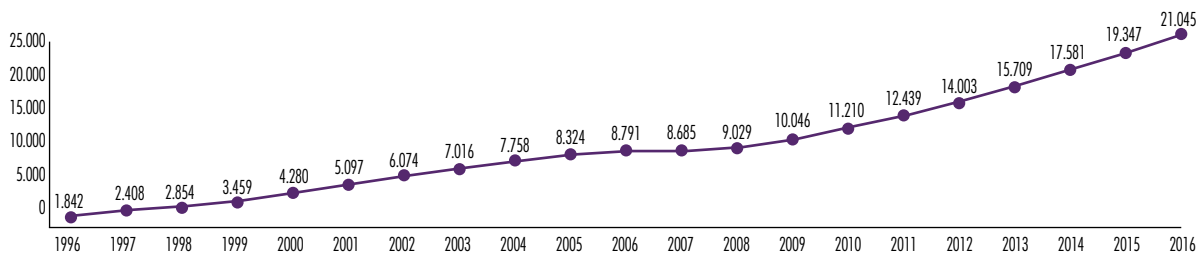


### Evolución tasa de siniestralidad 2008-2016



## EVOLUCIÓN AFILIADOS FALMED 1996-2016

A la par del aumento de servicios y la demanda de éstos, también se produjo un aumento de afiliados a la Fundación, contabilizándose al 31 de diciembre de 2016 un total de 21.045 médicos asegurados por Falmed.



## EVALUACIÓN DEL JEFE JURÍDICO

### ¿Qué percepción tiene de la satisfacción de los médicos?

Hay ciertas complejidades en lo de trabajar con los médicos: no son patrocinados simples, son opinantes, estudiosos y exigentes; como son en su vida profesional. En ese sentido buscamos anticiparnos a sus necesidades y responder con excelencia en tribunales. Entonces, no los tratamos con paternalismo, hay que hacer la pega y convencer. En ese ámbito el desafío es hacer entender que no todo pago es una buena solución y en que sean proactivos de llamarnos al momento que se produce el conflicto.

En otro ámbito, el de UDELAM, el tema es más complejo. Hemos visto que los médicos suelen llegar con una actitud más requiriente, más exigente, suponiendo derechos, plazos, respuestas que no necesariamente tienen. Tenemos que mejorar la promesa, lo que se puede hacer, en qué tiempos, y lo que es imprevisible.

Así y todo, yo diría que el nivel de satisfacción es alto. En general la cercanía que se produce con los abogados es bastante duradera y siento que los médicos agradecen que su Colegio haya creado la Fundación y le haya dado las herramientas para hacer su trabajo. Nosotros tenemos un sentimiento de gratitud hacia el Colegio Médico.



## ¿MEDICINA ASERTIVA O MEDICINA DEFENSIVA? ACTITUDES POR LA DESJUDICIALIZACIÓN

La judicialización de la relación médico-paciente es un fenómeno vigente. En los países en donde ha explotado, se ha desatado la medicina defensiva, sea sobreexaminando para "resguardarse" o evadiendo a los pacientes. ¿Cómo ejercer una actitud preventiva?

Por: Patricio Alegre A.



**E**l fenómeno mundial de judicialización de la medicina y el llamado permanentemente realizado por el Colegio Médico de Chile y su Fundación de Asistencia Legal, Falmed, tendiente al desarrollo de una práctica médica apegada a la *lex artis*, la bioética, la medicina asertiva y la seguridad médica; ha puesto también frente a frente a dos fenómenos sociales de la medicina que vale la pena analizar.

Uno de ellos, es la llamada medicina defensiva, concepto que fue acuñado en 1978, por el destacado médico psiquiatra norteamericano, Laurence Tancredi, profesor clínico de Psiquiatría de la Universidad de Nueva York, quien además, ha sido autor de diversas publicaciones de Derecho y Psiquiatría, destacando su obra *Dangerous Diagnostic: The Social Power Of Biological Information*, publicada en 1994 en la University Of Chicago Press. Un estudio de la omnipresencia de las pruebas diagnósticas y del potencial que ofrece a las instituciones para clasificar, categorizar y, en última instancia, controlar a los pacientes.

En sus trabajos, el Dr. Tancredi establece, a modo de resumen, que “la medicina defensiva no es más que el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica”.

Sin embargo, cabe mencionar que también existen dos acepciones del concepto de medicina defensiva, una positiva y otra negativa, desarrolladas por el investigador David. M. Studdert, en su estudio *Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment*, publicado en Estados Unidos.

Según Studdert, la medicina defensiva positiva, consiste en adoptar un exceso de medidas de

seguridad mediante cuidados suplementarios (exceso en el uso de tecnologías, exámenes, estudios, referencias innecesarias y en el número de interconsultas.)

Asimismo, la segunda definición de medicina defensiva de Studdert, en Norteamérica, apunta a un fenómeno que nadie desea, como es la medicina defensiva negativa u omisiva, siendo esta última, en la que existe el riesgo que los médicos abandonen su ejercicio profesional, o se aparten de situaciones conflictivas o de alto riesgo de litigio.

Este tipo de medicina defensiva negativa, produce diversas problemáticas; como son el retardo en la toma de decisiones en las actividades diarias, como postergar la atención del enfermo para los turnos subsecuentes, especialmente en los casos de enfermos complicados, o con familiares demandantes, situación que de producirse, puede afectar de manera importante la salud del enfermo, ya que diferir la atención muchas veces conlleva la progresión de la enfermedad a estadios irreversibles.

Irónicamente, podemos decir que en general, según los autores norteamericanos de este concepto, la medicina defensiva exacerba el problema que se trataba de resolver, como es la judicialización, y en lugar de proteger al médico de una posible demanda, crea un clima de inseguridad, desconfianza y provocación, en el cual las demandas ocurren más a menudo.

El Dr. Miguel Umaña, médico coordinador del Centro de Estudios, Jurisprudencia y Educación de FALMED (CEJEF), advierte que hoy Chile se encuentra en una situación intermedia en materia de judicialización, lo que afortunadamente aún no alcanza los niveles existentes en Estados Unidos y las complicaciones económicas propias de la medicina defensiva negativa.

“Hoy nuestro país presenta un contexto con un paciente más litigante, que usa redes sociales y que exige por distintas vías un médico acogedor. Este nuevo paciente busca que se le brinde una solución rápida y efectiva a su enfermedad y que incluso se le permita participar en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Lo que presenta complejidades”, argumenta el Dr. Umaña.

El presidente de Falmed, Dr. Sergio Rojas, coincide en el punto “Lo que el paciente hoy quiere de su médico, no es sólo un facultativo moderno, especializado, que utiliza buena tecnología de punta, sino que en el fondo, la población espera contar con médicos comprometidos con sus pacientes, cercanos y humanos. Un nuevo médico del Siglo XXI, que no sea sólo tecnología, sino que recupere y mantenga recursos de comunicación y diálogo, que permitan sentir al paciente, que su médico se preocupa y se interesa por él y su enfermedad, y que también lo escucha con respeto sobre sus problemas existenciales, psicológicos, sociales y familiares, derivados de su padecimiento”.

Por esto el dirigente plantea que “Falmed desarrolla una labor tendiente a la medicina asertiva, que se encuentra basada en una preparación médica sólida, con actualización constante, utilizando estrategias de comunicación, que fortalezcan la relación médico-paciente y la confianza mutua, con conocimiento jurídico de sus derechos, tanto como los derechos de los pacientes y velando por que éstos se cumplan y se respeten”, enfatizó.

Medicina asertiva es abordar al paciente desde la ciencia y la humanidad. Este es el enfoque que exploramos en este primer segmento de Revista Falmed Educa Especial 2. **F**



## Hacia la consulta médica efectiva

# ¿ES POSIBLE CONOCER LA AGENDA DEL PACIENTE EN LOS PRIMEROS 30 SEGUNDOS DE ENTREVISTA?

Estudios indican que los médicos interrumpen a sus pacientes entre los 18 y 23 primeros segundos de iniciada la entrevista. Sin embargo, ello no necesariamente compromete su comprensión con las preocupaciones del paciente, siempre y cuando sepa qué y cómo preguntar.

---

Por: Mariela Fu R.

**A** mayor tiempo que un paciente hable, mayor será la posibilidad de que el médico pueda identificar el problema y las necesidades del paciente. Interrumpirlo antes de que explique los motivos y preocupaciones que lo llevaron a consultar sería entonces un mal consejo.

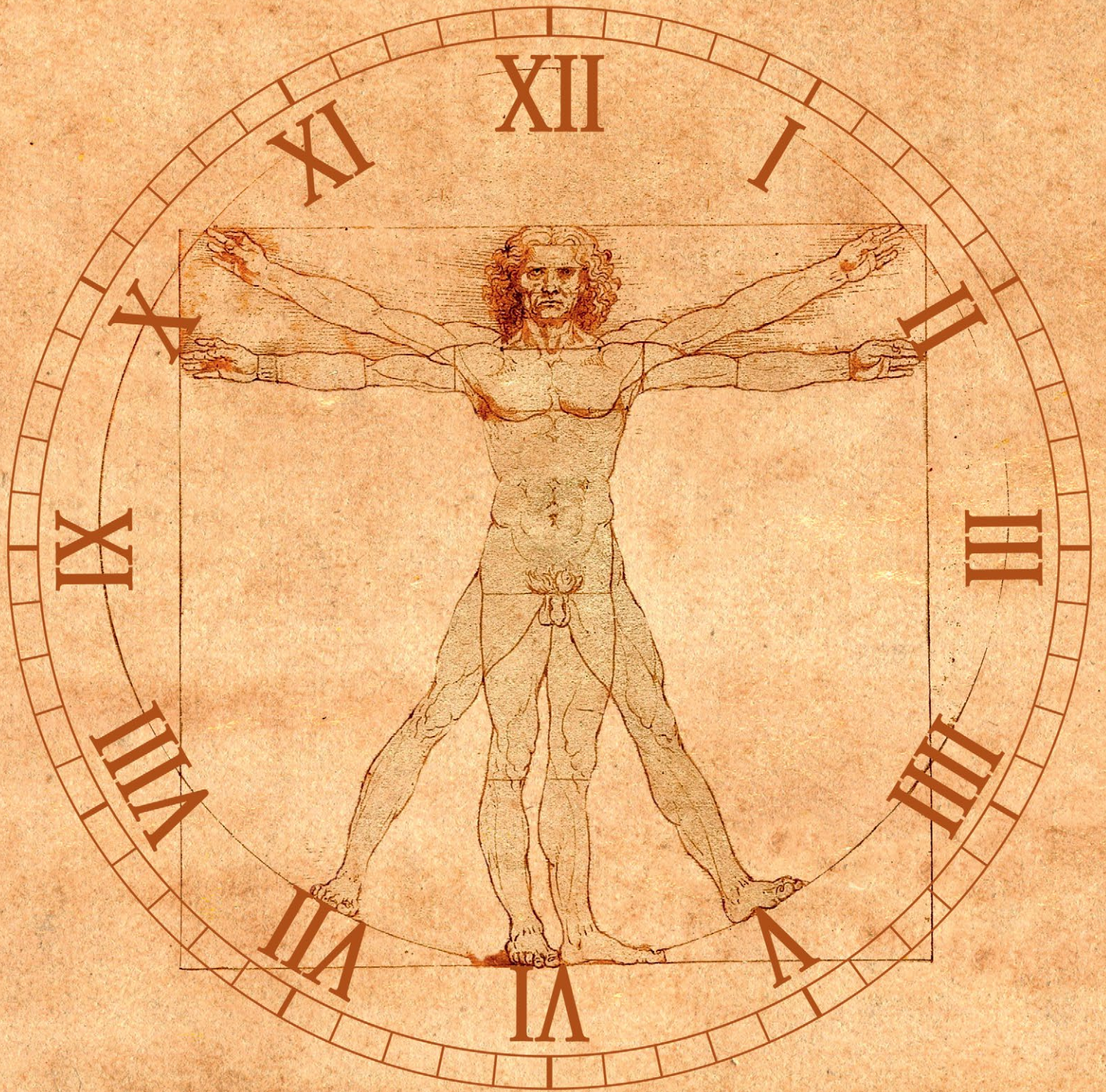
Investigaciones señalan que la interrupción se produce por la tendencia del médico a buscar un problema al cual enfocarse. La primera y más conocida investigación al respecto la hicieron Howard Beckman y Richard Frankel, estudio que incluyó 74 consultas médicas y en la cual estimaron que los médicos que interrumpían a sus pacientes lo hacían en los 18 primeros segundos. Los autores observaron que sólo en 17 (23%) de las visitas, el paciente

tuvo la oportunidad de identificar sus preocupaciones. En 51 (69%), el médico interrumpió la declaración del paciente y dirigió preguntas sobre una preocupación específica. Sólo en una de estas visitas el paciente tuvo luego la oportunidad de completar sus preocupaciones y en seis (8%), no se le preguntó por sus preocupaciones. Es decir, el médico no identificó la llamada "agenda del paciente".

Concluyeron entonces que "los médicos desempeñan un papel activo en la regulación de la cantidad de información obtenida al comienzo del encuentro clínico y usan cuestionamientos cerrados para controlar el discurso. La consecuencia de este estilo controlado es la interrupción prematura de los pacientes, lo que resulta en la pérdida potencial de información relevante".

¿Podemos afirmar que es malo interrumpir a los pacientes? Con una nueva investigación, 15 años más tarde, Beckman junto a Marvel, Epstein y Flowers, quisieron revisar en qué grado los médicos de familia con experiencia obtenían la agenda con que los pacientes llegaban a la consulta. Esta vez, con 264 pacientes, dieron cuenta que la interrupción, entendida como el momento en que el médico redirige la entrevista, se produce por primera vez a los 23.1 segundos. El problema de ello es que sólo en el 21% (n = 42) de estas visitas programadas, el médico le preguntó al paciente por preocupaciones adicionales más adelante en la entrevista, y los pacientes completaron su declaración de preocupación en sólo 74 (28,0%) de las entrevistas, en un resultado similar al estudio anterior.







Otro hallazgo interesante de esta investigación es que aquellos médicos que preguntaron “algo más” sólo tardaron seis segundos más que aquellos que interrumpieron la agenda del paciente.

Un estudio posterior realizado por Lawrence Dyche y Deborah Swiderski desestimó que la interrupción restringiera la capacidad de los médicos en comprender la agenda del paciente. Sin embargo, los autores observaron que no solicitar la agenda del paciente reduce en un 24% la comprensión del médico.

### EL PODER DE LAS PREGUNTAS

Suzanne Kurtz, académica de la Universidad Estatal de Washington de Estados Unidos, ha dedicado su carrera profesional a estudiar los programas de comunicación efectiva para estudiantes de medicina, residentes y docentes. Según la especialista, uno de los principios de la comunicación efectiva es que sigue un modelo helicoidal más que lineal. Eso significa que repetir, volver a preguntar, confirmar si se ha comprendido todas las necesidades, son elementos esenciales de una buena entrevista médica. Es decir, el problema no parece estar en interrumpir, menos en dirigir la entrevista, sino en no quedarse sólo con lo primero que diga el paciente.

Escuchar con efectividad al paciente tendría un efecto búmeran, pues no sólo beneficia al paciente sino también al médico. Si el paciente se siente más escuchado, más respetado en su opinión, creencias y

preferencias, y más involucrado, aumenta su adherencia a los tratamientos. En el caso de los médicos, el uso efectivo de sus habilidades comunicacionales les permite identificar los problemas con mayor precisión, disminuyendo los reclamos y juicios en su contra. Además, les ayuda a sentirse más satisfechos con su ejercicio profesional, lo que los protege del síndrome de burn-out.

La forma de abordar al paciente en una entrevista comienza desde el inicio de la sesión y no sólo se limita a las preguntas que hace, sino la forma como las comunica. Determinar la agenda del paciente es algo complejo, y no siempre podrá hacerse en la primera cita, porque hay pacientes que toman más tiempo para sentirse en confianza con sus médicos. Presionarlos con muchas preguntas no siempre será la mejor estrategia.


Tan compleja es la comunicación efectiva en medicina que la académica Kurtz, junto a Jonathan Silverman, se dieron el trabajo de resumir las habilidades específicas en la guía observación de Calgary Cambridge (Guía CC), llegando a cerca de 70 ítemes. ¿Cómo es posible entonces poder abordarlo todo? Pareciera una tarea titánica, sin embargo, aclaran que cada entrevista es distinta y no siempre intervendrán todas las variables. Y no todo se basa en la expresión oral sino también en esa más sutil, que tiene que ver con la forma de mirar al paciente, de darle la mano, o de despedirse.

### DESPEJAR DUDAS

“Probablemente la tarea más importante del médico en su consultorio es descubrir porqué el paciente ha acudido y qué es lo que desea”. Estas son palabras de J.F. Middleton, autor que junto a R. Mckinley, quiso indagar sobre las expectativas de los pacientes con los médicos. Tras su trabajo, donde alcanzó a obtener la respuesta de 756 pacientes, concluyó que casi todos tenían solicitudes que deseaban hacer a su médico, el 60% tenía sus propias ideas sobre lo que estaba mal, y el 38% había considerado explicaciones sobre por qué estaban mal.

Tras ello, los autores escribieron: “Estos datos demuestran que la mayoría de los pacientes acuden a la consulta con una agenda particular. Si no se aborda esta agenda es probable que afecte adversamente el resultado de muchas consultas”.

Un asunto que es de primera importancia en la mente de muchos médicos es el factor tiempo. Un estudio relevante concluyó que los médicos que usaron habilidades centradas en el paciente tomaron menos de un minuto más en su consulta.

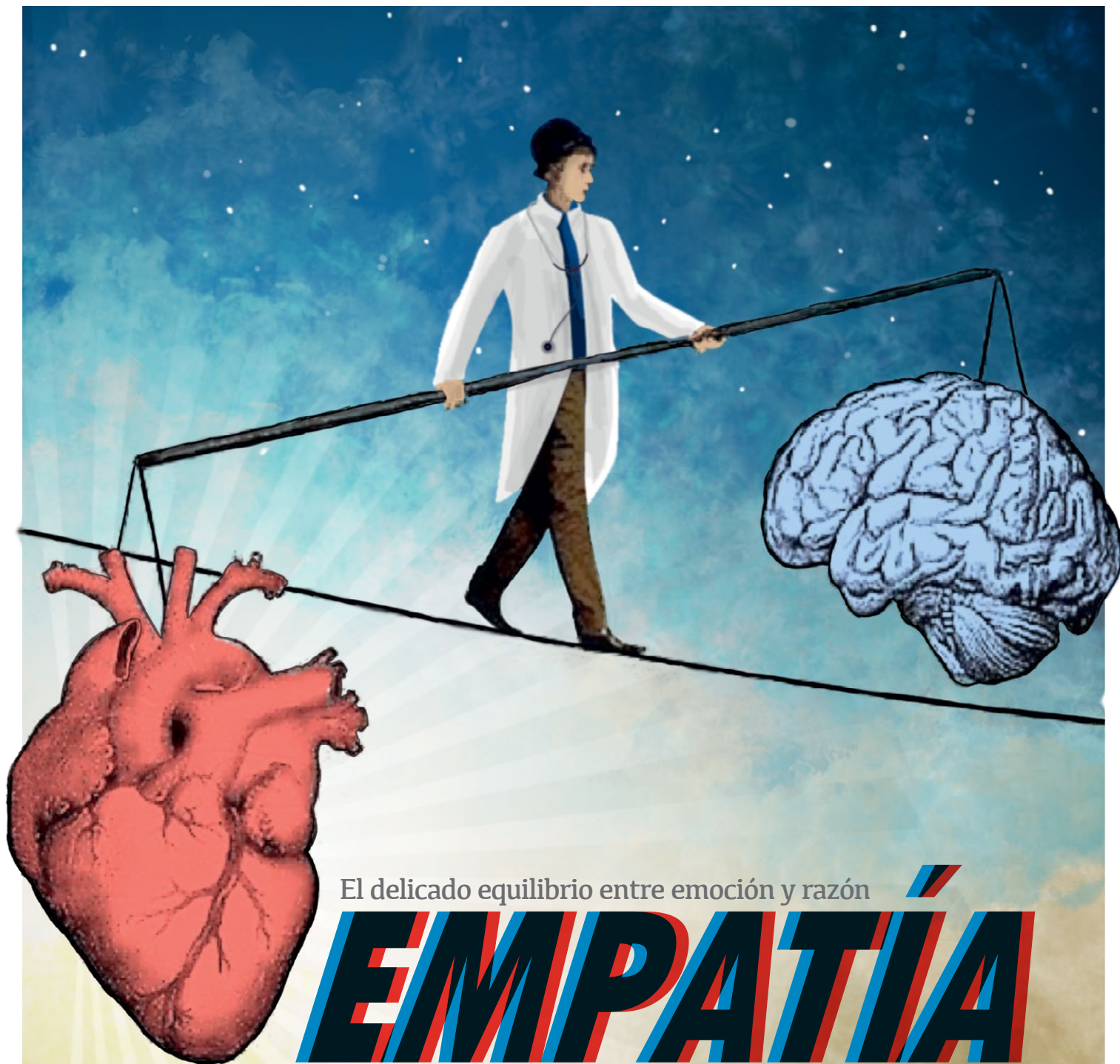
Hoy, con el auge de Internet, Google se ha convertido en el doctor con mayor número de consultas. Despejar las dudas, temores y los auto-diagnósticos, se convierte en una tarea aún más urgente. Investigaciones señalan que las habilidades comunicacionales pueden aprenderse, y que facilitar la participación de los pacientes en sus planes de tratamiento mejora la posibilidad de que los cumplan. 



## ALGUNAS HABILIDADES ESPECÍFICAS PARA CADA TAREA DE LA ENTREVISTA (ADAPTADAS DE LAS GUÍAS CALGARY CAMBRIDGE)

| PROPORCIONANDO ESTRUCTURA  | ETAPAS DE LA ENTREVISTA  | CONSTRUYENDO LA RELACIÓN  |
|--|--|---|
| Avanza de una sección a otra, utilizando enunciados que señalicen cambios o transición | <p><b>Iniciando la sesión</b><br/>                     Establece el contacto inicial<br/>                     Saluda al paciente y obtiene el nombre del paciente<br/>                     Se presenta, aclara su rol y la naturaleza de la entrevista:<br/>                     obtiene consentimiento si fuera necesario<br/>                     Identifica lo(s) motivo(s) de consulta<br/>                     Identifica los problemas del paciente con preguntas abiertas<br/>                     Escucha atentamente el planteamiento inicial del paciente sin interrumpirlo ni guiar su respuesta.</p> | <p>Demuestra comportamiento no verbal apropiado: contacto visual, postura, entre otros<br/>                     Si lee, tomas notas, lo hace de manera que no interfiera con el diálogo o con la relación</p> |
| Está atento a los tiempos y a mantener el foco de la entrevista                        | <p><b>Recogiendo información</b><br/>                     Utiliza preguntas abiertas y cerradas en forma equilibrada<br/>                     Facilita en forma verbal o no verbal las respuestas del paciente<br/>                     Clarifica los enunciados del paciente que no resultan claros o que necesitan ampliación<br/>                     Resume periódicamente para verificar su propia comprensión<br/>                     Determina activamente la perspectiva del paciente (Expectativas, miedos, etc.)</p>  | <p>Acepta la legitimidad del punto de vista y los sentimientos del paciente; no juzga</p>   |
| Durante el examen físico, vitaliza el proceso, pide permiso                            | <p><b>Explicación y planificación</b><br/>                     Proporciona cantidad y tipo de información correcta.<br/>                     Contribuye a que el paciente recuerde y comprenda de manera precisa<br/>                     Estimula al paciente a formular preguntas<br/>                     Logra un entendimiento y planificación en común: incorporando la perspectiva del paciente</p>   | <p>Reconoce y verbaliza las emociones evidentes en el paciente<br/>                     Brinda apoyo; expresa interés, comprensión, predisposición para ayudar</p>  |
| Estructura la entrevista siguiendo una secuencia lógica                                | <p><b>Cerrando la sesión</b><br/>                     Establece junto con el paciente los pasos a seguir por el paciente y el médico<br/>                     Resume la sesión brevemente y clarifica el plan de cuidados<br/>                     Verificación final: chequea que el paciente esté de acuerdo y cómodo con el plan</p>  | <p>Hace participar al paciente.<br/>                     Comparte su pensamiento</p>  |





El delicado equilibrio entre emoción y razón

# EMPATÍA

Un estudio aplicado en Estados Unidos dio cuenta que los alumnos de medicina una vez que llegaban a su tercer año y comenzaban a tomar contacto con pacientes, bajaron drásticamente sus niveles de empatía con las personas que atendían. ¿Es este un mecanismo de defensa de los profesionales de la salud? ¿Se arriesga con esta actitud la relación médico-paciente?

---

Por: Alejandra Moreira B.



El médico, tal como dijo Hipócrates, no es más que «el servidor de un difícil arte». En efecto, tiene que desarrollar un gran equilibrio en su personalidad que le permita moderar sus «fantasías narcisistas de omnisciencia y omnipotencia» en consonancia con sus posibilidades reales.

Por qué se elige esta profesión, sino por otra razón que poner al servicio de la gente los conocimientos que se adquieren, es quizás el lema de cualquier estudiante de primer año de medicina. Sin embargo, según un estudio de seguimiento de empatía autopercibida que se realizó en EE.UU. a estudiantes de medicina en la Universidad de California en el año 2003, evaluada anualmente desde que entran a la carrera, demostró en forma significativa, que al tercer año, cuando los estudiantes entran en contacto con los pacientes, la empatía cognitiva disminuyó drásticamente.

Es decir, los estudiantes dejaban de comprender -incluso- la emoción del paciente. “Una de las explicaciones que da el mismo estudio es que esta disminución de la autopercpción de empatía puede ser una forma de enfrentamiento a las demandas emocionales que tiene el evaluar, diagnosticar e interactuar con personas que sufren. Es una forma de tomar distancia de las emociones del otro, y así no me duelen”, señala el médico psiquiatra Dr. Roberto Verdugo e integrante del Centro de Estudios,

Jurisprudencia y Educación de Falmed (CEJEF), cuyo objetivo es construir, brindar y promover conocimiento relevante para la práctica médica general.

¿Cuáles son los signos? El Dr. Verdugo comenta que “es muy importante que releemos esto a un tema. Uno de los grandes problemas es que no es un tema, no es algo deseable tener una buena comunicación o que se promueva en las mallas curriculares de medicina. Quizás se le da importancia a un nivel teórico, poco práctico y poco integrado con todo lo que se requiere, para que esto esté realmente integrado los tutores tendrían que tenerlo ellos mismos integrados, por lo tanto, es todo un proceso transgeneracional que tiene que haber y nosotros estamos tratando de que esto parta”.

Algunas universidades han ido incorporando a sus contenidos el desarrollo de habilidades blandas, pero dista aún de ser una centralidad.

En nuestro país el Colegio Médico a través de la Fundación de Asistencia Legal tiene diferentes iniciativas para fomentar una mejor comunicación y una de ellas es replicar algunas de las experiencias que se han hecho en algunas partes del mundo. Por ejemplo, en Irlanda, se hizo un test de empatía a los médicos evaluados desde el punto de vista de los pacientes, encuesta que lleva 13 años desde que se publicó encuesta CARE (Consultation And Relational Empathy) donde se mide la empatía conductual de los

médicos, es decir, cómo los médicos se comportan efectivamente con los pacientes, desde el punto de vista de los pacientes.

Ellos hicieron una segunda publicación en que determinaron que necesitaban la información de 50 pacientes para evaluar a un médico y mostraron que los médicos que eran menos empáticos tenían una mayor variabilidad en su empatía. Es decir, que no es que haya médicos más empáticos y menos empáticos, sino que los más empáticos eran más variables, muy empático con unos pacientes y muy poco con otros. Muy queridos por algunos pacientes, sin embargo, otros pacientes no tienen la misma evaluación. “Es muy interesante porque los médicos creemos que porque somos muy queridos por un grupo de pacientes lo hacemos excelente, pero puede ser que otros pacientes no tienen la misma evaluación. Entonces, tendemos a creer que somos empático con todos y eso puede ser un error”, puntualiza el Dr. Verdugo comentando el estudio.

En cambio, observaron que los médicos que tienen mejor desarrollo empático, tienen mejor desarrollo empático con mayor número de personas y una menor varianza. Por ello, es que se necesitan tantos pacientes para hacer una encuesta que refleje verdaderamente los niveles de empatía del médico.

El Departamento de Medicina de Ciencias de la Conducta de la Universidad de

Oviedo, en varios estudios ha abordado, por ejemplo el síndrome de burn-out en médicos y enfermeras que atienden a pacientes oncológicos. Las conclusiones señalan que el médico oncólogo -uno de los casos más exigidos- necesita “atemperar” sus emociones, pues el contacto con el paciente oncológico, en las diferentes etapas de su enfermedad, supone un desgaste psicológico intenso como consecuencia del ajuste que tiene que realizar ante las somatizaciones y caracteropatías del paciente (personalidad obsesiva, histérica, neurótica, paranoide, etc.).

Por eso el médico debe ser consciente de los múltiples agentes estresantes que pueden poner en peligro su salud. Debe conocerse y cuidarse más a sí mismo; el extremo lamentable de este fenómeno es que muchos médicos sufran la ruptura de su propia familia, que es precisamente el apoyo más eficaz contra el estrés profesional.

La experiencia en el Hospital Gustavo Frické de Viña del Mar es un ejemplo de que podemos ir por buen camino. El centro hospitalario viñamarino cuenta con una Clínica del Funcionario, que si bien no actúa con fines preventivos en la salud mental de los trabajadores del área médica, al menos atiende los requerimientos de los mismos cuando éstos se ven sobrepasados por el exceso de trabajo o por casos que los han afectado más allá de habitual, en su fuero emocional.

La Clínica del Funcionario es coordinada por una enfermera, Pilar Orellana, y cuenta con un médico psiquiatra y un psicólogo que brindan atención a aquellos médicos o personal médico que requiera de asistencia y orientación. “Es un método que nos ha dado ciertos resultados en salud ocupacional

dentro del Hospital, sin duda, nunca es suficiente para la gran carga emocional y de trabajo que tienen tanto médicos como funcionarios, pero al menos es un comienzo”, describe la enfermera.

### **EL ASPECTO LEGAL DE LA PÉRDIDA DE LA EMPATÍA**

Ante un caso de mala praxis o negligencia médica, ningún facultativo podría sustentar su defensa legal en una situación de estrés; o de cansancio extremo por desgaste emocional; o animadversión. Esas situaciones no existen como eximentes de responsabilidad penal; administrativa; ni civil. El abogado jefe de Falmed, Juan Carlos Bello, sugiere “anticiparse y evitar llegar a trabajar en las condiciones antes descritas. Para ello debo, primero reconocer mi situación de estrés y en segundo lugar, hacer algo respecto de esa situación de estrés, identificando el motivo; ya sea mi jefatura; la cantidad de pacientes que atiendo; o falta de recursos que tengo para desarrollar el trabajo en determinado centro hospitalario, hay que actuar preventivamente y representar administrativamente la situación a mi superior jerárquico”.

### **EXORCIZAR LAS EMOCIONES**

Lo peor es tratar de ocultar el problema, advierte el Dr. Sergio Rojas, presidente de Falmed quien cuenta con 26 años de ejercicio de la medicina. Explica que “la disociación que se produce en las personas que atendemos pacientes, pero por sobre todo en los médicos, es nuestro permanente afán por diferenciar lo racional de lo emocional, y al final es más perjudicial. Lo que es psicología se conoce como fenómeno de disociación emocional, y que los médicos lo usan habitualmente para

protegerse, finalmente es peor. El hecho de ocultar las emociones y de no vivirlas con su paciente, finalmente es contraproducente tanto para el médico como para el enfermo. Uno es un ser emocional y no lo puede desconocer, uno cree que se protege, pero la emoción la siente igual. Hay que exorcizar esa emoción, hay que sentirla, porque si uno no reconoce que está triste, no reconoce que está alegre o que está deprimido, finalmente es lo peor que podemos hacer como profesionales y como seres humanos”.

No se trata de llorar junto al paciente, pero si uno ve que un paciente está triste, ojalá compartir sus emociones con ellos y ojalá si estamos frente a un escenario médico optimista, obviamente alentar al enfermo a que va a recobrar su salud, mostrando el vaso medio lleno y no medio vacío. “Es increíble lo fortalecida que sale la relación médico-paciente cuando uno demuestra la empatía con el paciente y la empatía no es otra cosa que demostrar una emoción frente a él y que uno como médico se pone en su lugar, por eso elegimos esta profesión”, complementa el Dr. Rojas.

Pero tener mayor o menor empatía no se trata solo de un don o de una herramienta en la que podemos y debemos adiestrarnos, sino más bien de un deber ético de la profesión médica. Dar el tiempo suficiente al paciente para que se exprese en sus dolencias, en lo que lo afecta, en lo que lo aflige y angustia, y tener como médicos la capacidad de ponerse en su lugar, no es sólo deseable, sino lo que se espera de un médico que cree en la relación médico-paciente. Es uno de los pilares de la buena práctica de la profesión. **F**





# TABLA DE RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA EMPATÍA Y LA COMUNICACIÓN

- ✓ **Llame al paciente por su nombre, mírelo a los ojos y preséntese con su nombre y rol.** Aunque pueda parecer muy básico, la ausencia de estos gestos son un motivo reiterado de reclamo por parte de pacientes y familiares.
- ✓ **Haga lo posible por tener el tiempo necesario de atención.** El Colegio Médico de Chile apoya un aumento a 20 minutos en atenciones de medicina general. Conocer mejor al paciente es gratificante tanto para el paciente como para el clínico.
- ✓ **Entreviste y examine en privado.** Una mala noticia entregada en público y sin el tiempo de diálogo necesario puede ser experimentada como una agresión.
- ✓ **Haga sentir cómodo al paciente.** Cuide las emociones tanto del paciente como de sus familiares.
- ✓ **Oriéntele sobre el curso de la cita.** Por ejemplo: "Le voy a hacer algunas preguntas, después le examinaré en la camilla y luego responderé sus dudas".
- ✓ **Deje que el paciente cuente su historia y escúchela.** En casos de emergencia puede que esto no sea posible, pero recuerde que después del episodio crítico ese paciente y su familia necesitan ser escuchados.
- ✓ **Pregúntele por lo que entiende y lo que desea. Solicite activamente su opinión.** Pacientes y médicos podemos pensar muy distinto sobre la enfermedad, el enfermar y las formas de sanar. Tome en cuenta que estar consciente de estas diferencias nos ayudará a construir junto al paciente un plan de acción válido para ambas partes.
- ✓ **Construya con el paciente un plan de acción. Ayúdele a tomar el control.**
- ✓ **Verbalice la preocupación y solicitud del paciente.** Reflejar brevemente lo que el paciente nos ofrece es una prueba de nuestra comprensión y respeto.
- ✓ **Hable clara y constructivamente en un lenguaje coherente con las creencias e instrucción del paciente. Explique y escriba claramente. Chequee la comprensión del paciente y familia.** Las explicaciones defectuosas en relación a posibles reacciones adversas o complicaciones de tratamientos, resultados de procedimientos, sospechas diagnósticas, son motivo reiterado de demandas en nuestro país.
- ✓ **Desarrolle su disposición a negociar.** Cada vez más pacientes esperan compartir la toma de decisiones en una relación de reciprocidad con el médico.
- ✓ **No se burle ni rete al paciente.** Es necesario cuidar la autonomía y autoestima de los pacientes si queremos ayudar al desarrollo de personas empoderadas y responsables de su propia salud. Una sonrisa o una broma no coherente con el estado de ánimo del paciente puede ser interpretada como ironía.
- ✓ **Detecte y maneje su enojo con pacientes y familiares.**
- ✓ **Acoja a los familiares y acompañantes.** Los límites se pueden colocar con amabilidad. Recuerde que alrededor del 50% de las demandas son hechas por ellos.





# RECOMENDACIONES PARA UN CORRECTO USO DE LA RECETA MEDICA ELECTRÓNICA

*Por: Departamento Jurídico de Falmed*

Luego que el Ministerio de Salud pospusiera la exigencia del timbraje de recetas hasta el 30 de junio de 2017, para priorizar la implementación de la receta médica electrónica, queda aún pendiente saber qué dirá la futura reglamentación respecto a cómo se concretará este proceso.

Es importante destacar que la Ley 20.724, conocida como Ley de Fármacos, contempla la posibilidad de extender este documento por un medio electrónico. Es por eso que el Departamento Jurídico de Falmed preparó un documento con advertencias para extender recetas médicas bajo este procedimiento.

Antes de emitir una receta, sea esta electrónica o no, el profesional de la salud debe tener en cuenta que este documento sólo se entrega al paciente o a un tercero debidamente autorizado por él.

## 01

## REQUISITOS PARA EMITIR UNA RECETA MÉDICA ELECTRÓNICA

Siendo la información contenida en ella de carácter sensible, se debe contar con una red segura para su transmisión.

Para que el médico pueda transmitirla o enviarla a un tercero, debe contar con una autorización o consentimiento por escrito.

Finalmente, requiere que quien emita, disponga o contrate una firma electrónica avanzada, sin perjuicio que el documento debe contener también una firma digital.

## 02

## ANTES DE ENVIAR UNA RECETA A LA FARMACIA

En el caso que se implemente la forma de enviar la receta médica por vía electrónica a las farmacias, con todas las ventajas que ello pueda tener, se deben tomar en cuenta algunas precauciones.

**CONSENTIMIENTO.** Se debe recordar que es el paciente quien debe consentir expresamente el envío del documento. De este modo, el médico evita cualquier sospecha respecto a la posibilidad de influir en la elección de una farmacia o cadena a la cual se enviará la receta.

**DOCUMENTO GRÁFICO.** La ley indica que utilizar la receta electrónica NO debe ser un impedimento para que el paciente pueda escoger dónde comprar un fármaco, por tanto, el paciente siempre podrá exigir la receta en forma tradicional si así lo requiere.

**RESPONSABILIDAD EN CASO DE ERROR EN EL ENVÍO.** Si el médico en acuerdo con el paciente envía la receta a una farmacia a través de una red informática, se obliga a su correcto envío, siendo el responsable en caso de fallas o de errores.

## 03

## RECETA ELECTRÓNICA EN UNA TELECONSULTA

Esta forma de implementar la receta médica electrónica se considera de mayor riesgo, porque supone que el médico en el contexto de una teleconsulta y sin examinar directamente al paciente, le prescribe un medicamento, enviándole la receta médica, por ejemplo a su correo electrónico. Los riesgos de prescribir medicamentos bajo esta modalidad aumentan, pues es posible que la vista parcelada del cuadro clínico no permita una correcta detección de cualquier otra patología.

Por lo anterior, la recomendación es no usar la receta médica electrónica bajo ningún pretexto en el contexto de teleconsulta, proceso que deshumaniza el acto médico y aumenta los riesgos médico-legales del ejercicio de la profesión médica.

## 04

## CONCLUSIONES

La emisión y entrega de una receta médica es parte del acto médico, por ende, se encuentra sujeta a todas sus circunstancias, formalidades y deberes. Pese a las numerosas ventajas de contar con un sistema informático que reúna esta información, se deben tener en cuenta las responsabilidades y riesgos de su emisión. En el caso de la telemedicina, los riesgos son aun mayores, por lo que la recomendación es utilizar esta alternativa sólo cuando sea imposible la entrega de la receta médica en forma presencial.





## MÁS QUE UN FORMULARIO LEGAL: **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Se trata de un derecho de los pacientes, no obstante, la excesiva legalización de la medicina ha puesto el énfasis en la obtención de una firma. Sin embargo, la constancia escrita y la firma del protocolo de consentimiento informado no eximirán al médico que haya actuado en contravención a la *lex artis*.

*Por: Mariela Fu R.*

**T**odos los días, pacientes que deciden intervenir quirúrgicamente firman un documento donde señalan aceptar un procedimiento tras haber sido informado acerca de sus riesgos y beneficios. Creen que ese papel se trata del consentimiento informado, y algunos incluso se quedan con la amarga sensación de estar firmando una suerte de contrato que intenta liberar de responsabilidades al médico y la institución en caso de que algo salga mal.

Y puede que no sean los únicos que tengan esa confusión. “Muchos colegas, clínicas y hospitales, creen que tener consentimiento firmado exculpa al médico de cualquier responsabilidad. Eso no es así”, puntualiza el Dr. Reynaldo Gheza Pontarelli, médico cirujano, experto en Gestión de Calidad. “El documento del consentimiento informado ayuda a demostrar que hubo una relación médico-paciente en la cual el médico trató de explicarle los perjuicios y beneficios potenciales. Si existe una complicación relacionada con la enfermedad, no hay problema. Pero si hay una mala praxis o algo que ese médico hizo mal, aunque tenga el consentimiento informado completo, él es responsable igual”, añade.

Eso es porque la importancia del consentimiento informado no está en el formulario.

La Ley 20.584, conocida como de Derechos y Deberes de los Pacientes, principalmente en sus artículos 10 y 14 y el Decreto 31 que aprobó su reglamento, establecieron que como regla general los pacientes tienen el derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento de forma verbal, salvo los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y aquellos procedimientos que conlleven un riesgo relevante. La obligación de acreditar que los pacientes recibieron por parte de su médico una información veraz y oportuna nace para proteger a los pacientes, y no a profesionales sanitarios.

La presidenta del Departamento de Ética del Colegio Médico, Dra. Gladys Bórquez, enfatiza que la ley vino a reconocer la autonomía de los pacientes en la toma de decisiones. Sin embargo, la misma legalización provocó que el foco se pusiera en la obtención del documento.

“Probablemente la ley (de Derechos y Deberes) salió antes que la cultura, entonces nos puso el énfasis en hacer un formulario tipo que debe incluir tales o cuales cosas y, en determinadas situaciones, exigible por escrito. Pero desde el punto de vista bioético, el consentimiento es el reconocimiento de

la autonomía de las personas en un modelo de relación clínica moderno que ya no puede ser paternalista sino que respetuoso de las personas”, recalca.

### **LA AUTONOMÍA TAMBIÉN ES BENEFICENCIA**

En 1946 se firma el Código de Núremberg que señala en su artículo primero el derecho al consentimiento: “el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. (...) la persona debe tener capacidad legal para dar su consentimiento”. Este derecho se entiende en el marco de los terribles experimentos desarrollados por los nazis con los presos.

La Declaración de Helsinki en sus múltiples versiones consigna el derecho a ser informado y a consentir libremente y sin coacciones. En los últimos años, el interés ya no está centrado en la obligación del médico de exponer información, sino en la calidad de la comprensión y el consentimiento del paciente.

“Este modelo de relación clínica tradicional del tipo que llamamos ‘paternalista’, hoy ya de forma peyorativa, es porque fundaba nuestros valores en la beneficencia. Esos valores siguen estando y a veces al interior de la profesión se entienden mal. La autonomía no implica que es el paciente quien manda.



La beneficencia, que es buscar el bien de las personas, ya no lo puedo definir yo solo, sino que lo tengo que definir con el otro”, explica la Dra. Bórquez.

El Dr. Juan Pablo Beca Infante, fundador y docente del Centro de Bioética de la Facultad de Medicina CAS – UDD, comparte la necesidad de entender la autonomía sin descuidar la beneficencia. “Por el bien del paciente, hay que hacer muy bien el consentimiento informado. No es renegar del principio de beneficencia, al contrario, es reafirmarlo pero interpretarlo bajo el siglo 21 y no el siglo 19”, señala.

Para el académico, el paciente actual es un sujeto informado, que busca la información por internet antes de ver a su médico, y que por ser más exigente puede incomodar al médico. Sin embargo, eso aumenta la necesidad de que sea el profesional quien oriente al paciente para tomar la mejor decisión.

“Es un extremo absurdo creer que antes decidía el médico y ahora decide el paciente. El paciente puede tener la información pero no tiene capacidad de interpretación y de contextualización. Si el médico se limita a ofrecer alternativas y que el paciente decida, se está convirtiendo en una máquina expendedora de bebidas. Eso no puede ser”, asevera.

El consentimiento informado pasa de ser un proceso meramente información a uno comunicacional, que involucra al sujeto en una toma de decisión responsable sobre su cuerpo. Es importante que el médico busque la mejor forma para que el paciente tenga la oportunidad para preguntar y confirmar que ha entendido. El Dr. Beca sugiere que los médicos apoyen la información con material escrito comprensible, con gráficos e incluso con videos.

“Hay un proyecto fantástico en Cataluña sobre cáncer a la próstata: ‘mire esta página en su casa con las alternativas de tratamiento. Después las conversamos’. Eso es un buen consentimiento informado. Después de eso se le explica que es necesario dejar por escrito si usted eligió A, B o C”.

Así también lo manifiesta la Dra. Bórquez. “El hecho de que estemos reconociendo el derecho que tiene un paciente a una participación activa no significa que el paciente me puede obligar a mí como médico a hacer ciertas cosas. Nadie me puede obligar como médico, ni por ley, a hacer algo que está en contra de la *lex artis*”, observa.

### **¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA FIRMA DEL FORMULARIO?**

Suele confundirse todo

este proceso comunicacional con el formulario escrito para aceptar una intervención. “Lamentablemente muchas veces se hace firmar el papel al paciente pero no se le explican los riesgos, beneficios, alternativas de tratamiento y todo lo necesario para que el paciente se informe de manera adecuada”, observa el Dr. Jaime Bastidas, secretario de Falmed y presidente del Consejo Regional del Colegio Médico en La Serena. No obstante, el formulario del consentimiento informado “tiene la gracia que uno tiene escrito todas las cosas que debo decirle al paciente, incluso uno puede incluir esquemas o dibujos para que el paciente entienda”, agrega.

La abogada Carmen Gloria Pierart, encargada de la Unidad de Mediación de Falmed, explica que en los casos de intervenciones invasivas o de riesgos, la firma en el consentimiento informado es fundamental para los tribunales. “Con ella, se presume que el paciente fue informado, que el médico explicó y el paciente entendió. Si no existe esa firma, es muy difícil probar que este proceso se hizo”, destaca.

Sin embargo, aclara que no basta con la firma para dar por sentado que el proceso se hizo correctamente.



“Desde el punto de vista bioético, el consentimiento es el reconocimiento de la autonomía de las personas en un modelo de relación clínica moderno que ya no puede ser paternalista sino que respetuoso de las personas”.

**Dra. Gladys Bórquez**

PRESIDENTA DEL DEPARTAMENTO DE ÉTICA DEL COLEGIO MÉDICO.

“En derecho hay dos tipos de presunciones como pruebas, las presunciones legales y las de derecho. Las de derecho están establecidas en la ley y esas no admiten prueba en contrario. En el caso del consentimiento informado, la ley admite prueba en contrario”, explica la abogada, lo que quiere decir que en tribunales se le permite a la contraparte probar la inexistencia de un hecho.

Por tal motivo, los formularios genéricos, es decir, aquellos que no describen precisamente la situación de salud del paciente, y que sólo obligan a la obtención de una firma, son cuestionables legalmente, pues no pueden llamarse en propiedad un consentimiento informado.

La Superintendencia de Salud, a través del proceso de acreditación de calidad al que deben someterse los prestadores de salud, ha consolidado la exigencia del uso de formularios para procedimientos invasivos. Como consecuencia, y quizás buscando facilitar el proceso, algunas instituciones han optado por la estandarización de los formularios, práctica que preocupa entre los médicos.

“Hay organizaciones que entienden que el consentimiento informado debe ser estándar y le hacen un formulario al médico

pre impreso. El problema de eso es que pueden pasar otras cosas, de acuerdo a la experiencia del médico, o del recinto y que esas cosas no quedan plasmadas”, advierte el Dr. Gheza. Su sugerencia es crear formularios que dejen espacio para que el médico pueda hacerlo específico en base a anotar para cada paciente. “Es algo que los médicos deben negociar, no pueden aceptar un formato estándar”, puntualiza.

### EL DELICADO MOMENTO DE LA FIRMA


Desde el momento en que se comprende que el paciente debe tomar una decisión libre y sin presiones, no se concibe obtener una firma a punto de entrar al pabellón. Un buen consentimiento informado requiere tiempo, por lo tanto es recomendable entregarlo antes para que el paciente pueda revisarlo.

Según la experiencia del jefe de la UCI del Hospital San Juan de Dios, Dr. Juan Eduardo Sánchez, si bien en el recinto se trabaja sobre la base de formularios estandarizados, se enfatiza en buscar la participación de los pacientes, lo que en urgencias incluye muchas veces a la familia.

“Hemos tenido situaciones complejas donde hemos

tenido que ir varias veces en busca de un consentimiento para un procedimiento que pensamos que beneficia al paciente y que la familia se niega sistemáticamente. Los familiares actúan como el mejor representante de los valores de quien está hospitalizado... en eso insistimos para que las personas comprendan. No estamos ahí para hacer lo que los familiares quieran, sino para que ellos tomen la decisión que el paciente habría tomado”, explica. “En lo personal, a veces he dejado una silla vacía durante la comunicación y le pido a la familia que esperamos que nos entreguen la respuesta que habría entregado la persona”, acota.

Punto aparte es quién debe obtener la firma. Suponiendo que la información ya fue entregada por el profesional, no es su obligación, sin embargo es una oportunidad para aclarar cualquier duda de los pacientes.

En definitiva, si se prioriza la relación médico-paciente y no la defensa del médico, es más fácil saber cómo entregar la mejor información. El consentimiento informado bien realizado es la mejor herramienta para la educación de los pacientes, tanto en sus derechos como enfermo como en sus deberes. 



**Dr. Juan Pablo Beca**  
FUNDADOR DEL CENTRO DE BIOÉTICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA CAS – UDD.

“Si el médico se limita a ofrecer alternativas y que el paciente decida, se está convirtiendo en una máquina expendedora de bebidas”.



**Abogada Carmen Gloria Pierart**  
ENCARGADA DE LA UNIDAD DE MEDIACIÓN DE FALMED.

“Con la firma, se presume que el paciente fue informado, que el médico explicó y el paciente entendió. Si no existe, es muy difícil probar que este proceso se hizo”.



# MALAS NOTICIAS

Las malas noticias en salud son siempre inesperadas e indeseables. Sin embargo, por ley, la información es un derecho de los pacientes y su entrega es un paso indispensable en la atención. ¿Cómo informar sin hacer daño?

Por: Paulo Muñoz A. y Mariela Fu R.

**R**evelar a un paciente el resultado negativo de un examen o, lo que es peor, un mal pronóstico de enfermedad es una de las disyuntivas más complejas que deben enfrentar a diario los médicos. Para comprender este proceso, hace cuatro años los directivos del Hospital General de México encargaron un estudio para establecer la forma en que los médicos transmitían esta información y si manejaban herramientas de comunicación efectiva.

A través de un cuestionario, respondido por 227 especialistas, determinaron que si bien el 97,8% de los facultativos se veía enfrentado a comunicar malas noticias; un 32,6% de los profesionales con 10 o menos años de especialidad debían hacerlo de forma muy frecuente.

En el caso de los médicos con más de 10 años de especialidad, un 26% de ellos enfrentaban este escenario muy frecuentemente, según el análisis recogido por la Revista Médica del Hospital General de México, de 2012.

La investigación concluyó que menos de la cuarta parte de los médicos tuvo una preparación académica para comunicar noticias adversas y -lo más llamativo- la mayoría de los consultados dijo no estar preparado para enfrentar este proceso.

## **CAMBIO DE PARADIGMA EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA**

La realidad que enfrentan los médicos mexicanos no dista demasiado del escenario que viven los facultativos chilenos. Un estudio cualitativo realizado a 33 médicos de dos hospitales de

la zona oriente de Santiago, estableció que la comunicación de malas noticias es una práctica frecuente para la cual no se ha recibido formación. El análisis, realizado por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Chile, también concluyó que los médicos consultados no disponen de un procedimiento acordado para comunicar malas noticias y cada profesional desarrolla sus estrategias a partir de la experiencia y observación.

El Dr. Roberto Verdugo, médico psiquiatra de adultos y consultor del Centro de Estudios, Jurisprudencia y Educación de Falmed, CEJEF, comenta que "los pacientes esperan de nosotros sinceridad, cercanía y tacto al entregar malas noticias. Gran parte de sus quejas refleja que estas expectativas tácitas no han sido satisfechas más que





la difícil aceptación de la mala noticia en sí". Esta interacción amable médico-paciente no sólo favorecerá una mejor recepción de un diagnóstico como una enfermedad terminal. También incidirá en la presentación o no de reclamos por eventos adversos. "En estos casos es muy frecuente encontrar que los pacientes y sus familiares se sintieron abandonados, devaluados o no comprendidos por el médico. Incluso algunos demandantes dicen que habrían desistido de demandar si hubieran recibido una explicación adecuada", ilustra el Dr. Verdugo.

Entender el proceso comunicativo como altamente relevante en la práctica clínica, comenzó a fortalecerse en las distintas escuelas de medicina. Así lo cree la Dra. Ana María Moraga, epidemióloga y docente de la asignatura de bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, quien indica que en décadas pasadas "este tema no se

enseñaba, simplemente nos ponían en una situación, en cuarto o quinto año, y cada uno sacaba sus propios elementos".

Fue la misma necesidad la que llevó a la casa de estudios penquista a preocuparse de entregar nuevas herramientas a los estudiantes.

"Tratamos que los alumnos se empapen de cuáles son los atributos que tiene que tener un buen médico, y el atributo que todos los años aparece como el más importante es la empatía. En el momento en que uno tiene que comunicar una noticia, sea buena o mala, tenemos que ponernos en el lugar del otro", dice la Dra. Moraga.

A los cursos de Profesionalismo, las tres asignaturas de Bioética en 2°, 4° y 5° año, y el periodo de internado en sexto y séptimo año, se suma, desde 2014, una experiencia que permite a los estudiantes de medicina de la UdeC ser parte del voluntariado "Contigo" y conocer el trabajo realizado

en el Servicio de Oncología del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción y los hogares de residencia de los pacientes oncológicos.

En la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica también existe un fortalecimiento de las herramientas comunicacionales. El Dr. Pedro Pérez, médico internista del Programa Medicina Paliativa y Cuidados Continuos, destaca que en el curso de oncología se incluyen juegos de rol entre los alumnos quienes -a través de la recreación de una conversación médico-paciente- analizan la mejor forma de comunicar, por ejemplo, un diagnóstico terminal.

Según el Dr. Pérez, en el periodo como interno "el alumno entrega la información de la mala noticia -con el tutor acompañando en caso de que pueda intervenir ante un problema- y después de la sesión se hace una revisión de lo que ocurrió con el alumno".

## PASOS EN LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS



Una de las estrategias usadas por los médicos es la planteada por el oncólogo británico Dr. Robert Buckman, quien generó un protocolo que debía tener presente el profesional al momento de dar una mala noticia y que considera una preparación, conocer cuánto necesitaba saber el paciente, preocuparse del espacio físico en que se comunica, el lenguaje y aceptar la esperanza. El Dr. Marcos Gómez Sancho, especialista español en cuidados paliativos, ha publicado consideraciones como la tranquilidad que debe tener el médico al momento de entregar una noticia negativa, no establecer límites y plazos, esperar a que el paciente pregunte y no mentir.

### LA IMPORTANCIA DE ESCUCHAR AL PACIENTE

La mirada paternalista que caracterizaba a la medicina de antaño, con el profesional que decidía el tratamiento y lo que informaría al paciente,

poco a poco va quedando atrás. La Ley 20.584 de "Derechos y Deberes de los Pacientes", vigente desde 2012, empoderó al usuario dándole un rol activo en el proceso de su enfermedad y haciendo obligatoria la entrega de la información.

"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 pueda representar", menciona el artículo 10 de la Ley 20.584.

La Dra. Kelly San Martín se desempeña hace nueve años como médico del servicio de oncología del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, y -a diario- recibe pacientes derivados por otros facultativos con la finalidad de revelarles un diagnóstico terminal.

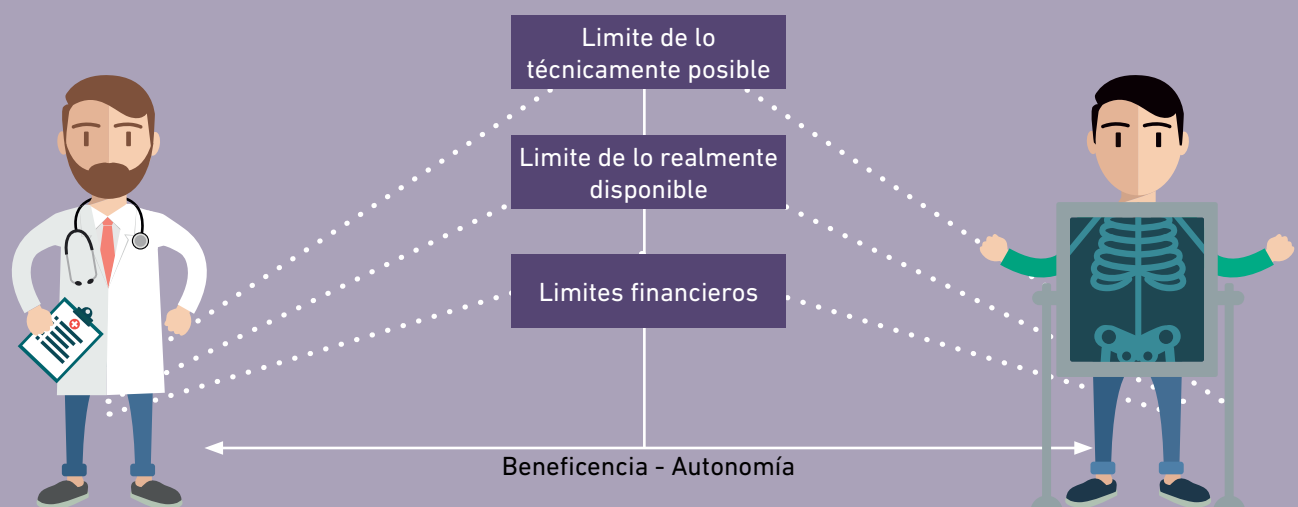
Si bien la literatura

especializada en esta área recomienda informar una mala noticia en un espacio físico adecuado, idealmente una sala de reuniones o de acompañamiento -como existen en centros de salud privados y algunos hospitales públicos- la Dra. San Martín aclara que en la unidad de oncología adultos esta comunicación se reduce a los tres boxes con que cuenta el servicio, con la posibilidad de que el paciente ingrese con un solo familiar, por disponibilidad de espacio, y con un tiempo no superior a los 30 minutos.

"Hay familias que no quieren que les digan el diagnóstico pero el paciente pregunta y ahí tenemos que decirle. Hay distintas formas, siempre manteniendo la esperanza que vamos a hacer un buen tratamiento para el dolor", señala la Dra. San Martín.

El jefe jurídico de Falmed, abogado Juan Carlos Bello, explica que cuando el médico debe enfrentarse a informar al

## LA "ALTURA" DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE





paciente o privilegiar la opinión de la familia, hay que considerar que “el titular de esa información es el paciente y ahí uno tiene que pedir criterio y, si existe alguna duda, llevar el caso al comité de ética del hospital”.

La Dra. Carolina Jaña, médico coordinador de la Unidad de Cuidados Paliativos del Centro del Cáncer de la Red Salud UC CHRISTUS, indica que el equipo de profesionales “cuenta con las instancias de las consultas donde se puede fijar una consulta para hacer una reunión familiar para hablar de estos temas, además en algunos casos podemos pedir la ayuda de alguna de las psicólogas del

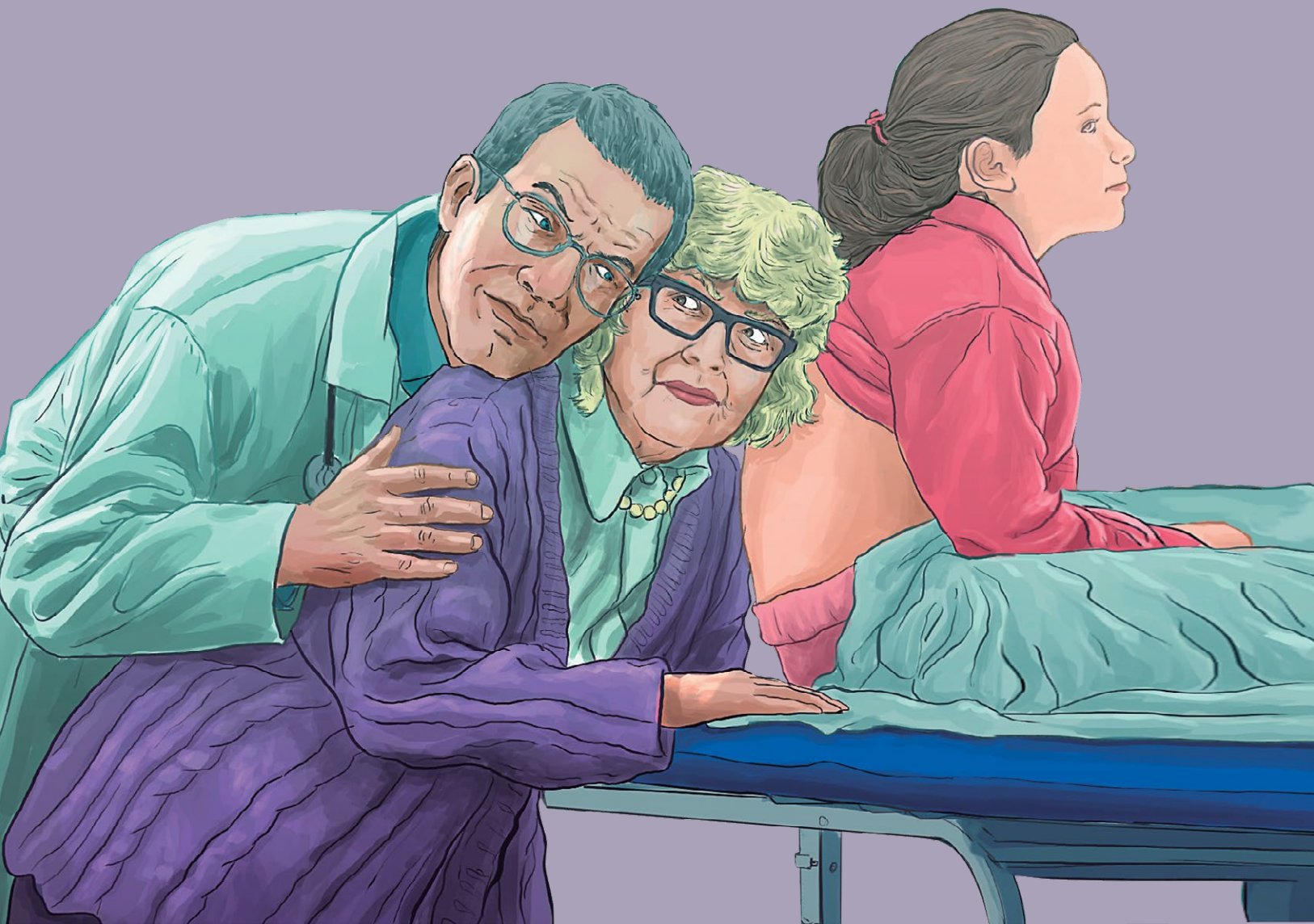
equipo. En el hospital existen salas de reunión para juntarse con las familias y en la atención domiciliaria en cuidados paliativos es frecuente además la realización de reuniones familiares en el domicilio”.

Con la finalidad de minimizar el daño emocional, la psicóloga especialista en oncología del Centro del Cáncer, Alejandra Chandía, advierte que “es prioritario normalizar la presencia de malestar emocional, permitir la expresión del mismo, y para ello ofrecer un espacio de contención y seguridad”. En la misma línea, el psicólogo Ángelo Santoro, agrega que una de las claves para minimizar el shock

emocional que puede afectar al paciente es entregar el diagnóstico de forma gradual, conocer el historial del paciente y determinar qué información maneja de su enfermedad.

### **EL DERECHO A DECIDIR NO CONOCER MI DIAGNÓSTICO**

Así como la Ley 20.584 reconoce el derecho del paciente a ser informado, el usuario también puede exigir no serlo o que el diagnóstico se entregue a un familiar o tutor. La Dra. Carolina Jaña detalla que “el paciente tiene derecho a delegar la entrega de la información en algún representante, que sea legalmente válido”.



El abogado jefe de Falmed, Juan Carlos Bello, coincide en que el derecho del paciente a no ser informado debe ser respetado por el médico y agrega que, desde el punto de vista legal, es relevante que el usuario materialice lo que llama "una decisión informada", suscribiendo un consentimiento informado.

"Yo puedo decirle a mi médico que haga lo que tenga que hacer porque en realidad no quiero saber mi enfermedad. Es mi derecho a no saber, por lo tanto el médico tiene que hacerle saber que firme su consentimiento", manifiesta el abogado.

En estos casos, son los propios pacientes quienes piden al médico focalizarse en paliar el dolor físico que los afecta y entregar la información de su diagnóstico a los hijos o cónyuge. "Años atrás un paciente que tenía un cáncer de pulmón vino con la hija, él me dijo que si tenía una enfermedad grave que le tratara lo que le molestaba pero que no quería que le dijéramos lo que tenía. Lo respetamos y lo colocamos en la ficha", finaliza la Dra. San Martín.

### ¿LA INFORMACIÓN DAÑA?

"El paciente es dueño de la información sobre su persona y eso los médicos debemos respetarlo. No obstante, en la entrega de malas noticias, la familia puede ser un muy buen apoyo, por eso hay que conversar con el paciente considerando con él los pro y contra de incluirla pero sobre todo observando lo difícil que puede ser llevar una sobrecarga de ese tipo, en soledad, sumado al daño, emocional, económico o legal que a veces puede provocar no hacer una

preparación ante una muerte inminente, hace indispensable hablar el tema".

El Dr. Arturo Roizblatt Scherzer, subdirector del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile junto a la psicóloga María Luz Bascuñán del Departamento de Bioética y Humanidades Médicas han explorado las estrategias de los profesionales para la entrega de malas noticias en salud.

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

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

### CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO

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

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

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

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

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

### EL ROL DE LA FAMILIA EN URGENCIAS

Existe más de un protocolo para la entrega de malas noticias, pero en general incluyen 5 a 6 puntos: preparar la reunión, evaluar cuánto sabe el paciente, investigar cuánto desea conocer, entregar la



información a su medida e ir clarificando, reconocer la emoción y expresarlo con una respuesta empática y acordar un plan terapéutico. Estas recomendaciones dan cuenta de la importancia del vínculo emocional que se da tanto entre quien recibe la mala noticia como en quien la entrega.

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

El jefe del Servicio de Urgencias, Dr. José Miguel Figueroa, evalúa positivamente la experiencia de trabajar con esta unidad, la cual lleva el nombre de Psicología de Enlace. “Uno como médico sabe que el tiempo que cuenta para entregar una mala noticia no es suficiente

para la familia. Uno quisiera aclararles dudas, pero la familia aún está en shock. La psicóloga ahí los acompaña. Después uno pregunta a la psicóloga si entregó respetuosamente la información, y eso nos permite una retroalimentación respecto a cómo entregamos malas noticias e ir mejorando. Es una situación complicada, por muy bien formado que se sienta, se entra en una dimensión muy difícil, muy compleja, porque uno se involucra en el proceso”, estima el Dr. Figueroa.

Desde el punto de vista del médico, el apoyo estos profesionales ha sido fundamental, reduciendo el nivel de ansiedad tanto de las familias como de los médicos, que saben que cuentan con su apoyo en caso de personas descompensadas emocionalmente. Actualmente, si bien dan apoyo a todo el hospital, se dividen en las zonas más complejas: Servicio de Urgencias, Quemados, Unidad del Paciente Crítico y Médico Quirúrgico Indiferenciado.

Claudia Pinto es la psicóloga de enlace del servicio de Urgencias. Le corresponde dar apoyo a las familias cuyos pacientes se encuentran en el

Reanimador, vale decir, aquellos con riesgo vital inminente. Al lado, en la sala de Enlace, prepara el ambiente, contiene y gestiona información. Si bien es el médico quien entrega la información médica, los psicólogos la facilitan.

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

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

“Creo que ahí hay una tarea que es entregarle respeto y dignidad a la persona que está consultando. La visión que tiene la familia respecto del hospital cambia completamente porque llega una persona que está dedicada especialmente a auxiliarla.



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

**Pedro Pablo Hansen**  
ABOGADO SUBJEFE FALMED

A la familia también le sorprende. Se produce una relación genuina mutua”, manifiesta.

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

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

### **BUSCAR UN ALIADO O FACILITADOR EN LA FAMILIA**

Según las cifras de Falmed, los familiares recurren a la justicia tanto como los propios pacientes. Según ha observado el abogado Pedro Pablo Hansen, subjefe del Departamento Jurídico, los parientes tienen un papel clave pues no sólo opinan

durante una atención, sino también después y pueden alentar reclamos incluso cuando los pacientes no estén de acuerdo. “Pasa que los pacientes le explican al médico que ellos no tienen nada en su contra pero que la familia insiste en que esto no puede ser así. La familia se involucra”, sostiene.

Desde el punto de vista jurídico, quien es dueño de la información es el paciente. “De ahí vienen las excepciones, discapacidad intelectual, emocional, menores, los que están en una urgencia, ahí debe intervenir un tercero”. Añade: “hay que incorporar a la familia cuando va en beneficio del propio paciente. Me comunico con tu pariente porque él va a colaborar con tu tratamiento, no porque él tenga el derecho a saber”.

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

“Parte importante de la recuperación de un paciente se

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

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

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



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

**Dr. Arturo Roizblatt Scherzer**

SUBDIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL ORIENTE, UNIVERSIDAD DE CHILE



# Paralizan reclamo por

## Accidente en sala de espera

La tardanza en el retiro de un ratón que ingresó por la puerta principal y la poca celeridad en la limpieza del sector donde fue "capturado", generó la molestia entre quienes en ese momento se encontraban en el lugar. Uno de ellos interpuso un reclamo en la OIRS de dicho recinto asistencial

**CURICÓ.** Una desagradable experiencia que derivó en el ingreso de un reclamo formal en la OIRS del Hospital de Curicó fue la que vivió un paciente que al igual que otras personas que allí estaban el pasado 19 de febrero, fue víctima de un accidente que ocurrió en la sala de espera del Hospital de Emergencia. Fueron testigos de la presencia de un ratón que ingresó por la puerta principal, el cual habría sido denunciado por la señora principal, Mauricio Ortiz, quien denunció el hecho, indicó que tras el revuelo producido por el ingreso, se "circuló por varios sectores del Hospital de Emergencia una persona en situación de calle "tomó un palito y lo mató", quedando en el piso, el cual "se llenó de sangre", quedando justo bajo una silla de ruedas. En ese contexto, quienes estaban en la sala, solicitaron "en reiteradas ocasiones" el apoyo de algún funcionario que pudiera limpiar la zona donde estaba el roedor, sin tener una respuesta con la premura que la situación lo ameritaba. "Era de más matarnos 30 centímetros un jagante lo mató y quedó un charco de sangre. En la recepción se interpuso un reclamo por varios sectores del Hospital de Emergencia".

8 Crónica | Curicó  
Viernes 27 de febrero de 2012

### Convocan a nueva manifestación por hospital

Organización de corte social que se abo... desde las 18... horas, frente del Hospital de Curicó...



Viernes 4 de marzo de 2011

### CONTRA EMPRESAS RESPONSABLES DE ESTADOS DE TALCA Y RECINTO A... CPE interponen demanda

Ministro de Salud y director del Servicio de Salud...  
Estado interponga acción judicial para...

### Destraban Hospital Reg... Hospital Reg...

30 días estuvo paralizada adjudicación de licitación para edificar el principal recinto de salud comenzaron construcción acelerada para reponer casi el 100 por ciento del terremoto





## Un contexto sanitario cada vez más demandante:

# SALUD BAJO PRESIÓN

Décadas atrás la figura del médico era incuestionable. El mayor acceso a la información, el empoderamiento del paciente, la judicialización de la medicina, las deficiencias del sistema de salud, el rol de la prensa y la alta competitividad, son algunos de los elementos que han enrarecido el clima asistencial. ¿Cómo se ve el panorama? ¿Cómo enfrentarlo?

Por: Pedro Soto P.

Varios fenómenos propios del contexto social han venido a modificar las relaciones al interior de los servicios sanitarios. La masificación de las tecnologías, las transformaciones culturales y una mayor tendencia a reclamar por los derechos son un primer atisbo a un cambio importante en las relaciones sociales que inciden en el ámbito sanitario.

El director de Falmed y docente de bioética, Dr. Eduardo Welch, plantea que la deshumanización de la medicina y la excesiva tecnificación del quehacer médico, son elementos que también intervienen en que el médico no tenga la misma credibilidad que hace décadas. “Esta deshumanización que hay en la medicina se debe combatir desde pregrado. Nuestros colegas más jóvenes deben centrar su atención desde la perspectiva biopsicosocial, donde el usuario sea nuestro foco. Debemos hacer una gran esfuerzo para sostener nuestra credibilidad”, enfatiza el Dr. Welch.

“El médico es considerado como un profesional confiable. Sin embargo, estamos inmersos en un escenario de descrédito general, donde no confía en las instituciones”, subraya el Dr. Fernando Novoa, integrante del Departamento de Ética del Colegio Médico. Para el facultativo, el descrédito de la profesión está influido –en parte– por la labor que ejerce la prensa al destacar conductas negativas de un número minoritario de médicos, cuya consecuencia radica en que las “personas tiendan a generalizar”. Otro factor –indica–, es la “progresiva burocratización del trabajo médico. Las instituciones establecen sus normas de trabajo que determinan el tiempo en la atención dedicada al usuario, exigiendo rendimiento por sobre calidad”.

El decano de la Facultad de Medicina de la Universidad San Sebastián, Dr. Luis Castillo explica que “nuestro ejercicio profesional en los últimos años ha estado enmarcado en un ambiente de judicialización creciente por el cambio

en el perfil de la población que cada día más exige resultados aun en situaciones de complicaciones de salud severas. Hay una desconfianza y una pérdida de la relación médico-paciente”.

La subdirectora de docencia de la Universidad de Santiago de Chile, Dra. Ivonne Narváez, comenta que la sociedad actual entiende a la atención médica como “un bien de consumo más. Desde esta perspectiva, el paciente exige más”, dice la profesional.

### AGRESIONES A PERSONAL DE SALUD

Diversos sondeos han revelado que ataques a facultativos o equipos de salud son un fenómeno en aumento. La encuesta realizada por los Médicos Generales de Zona (MGZ) informó que un 64% de los médicos han sido violentados de forma verbal y un 10% de manera física.

En la última semana de marzo de 2017, se registraron tres agresiones contra médicos que llamaron la atención de la prensa. El



jueves 23 de marzo en el Hospital de Yungay, un paciente en estado de ebriedad y su acompañante obligaron al médico a examinarlo con un arma de fuego apuntando su cabeza. La atención médica terminó con un “cabezazo” en el rostro del facultativo.

El 24 de marzo se agredió una doctora en Loncoche. El incidente ocurrió a las 22.40 horas, luego de que un paciente sufre un paro cardiorrespiratorio. Cuando el equipo de salud comunica a la familia su fallecimiento, proceden a agredir verbal y físicamente a la médica, paramédicos y enfermero.

El Departamento Jurídico de la Fundación de Asistencia Legal se querelló a favor de los médicos por estos hechos, acciones que se suman a las dieciséis patrocinadas por la Fundación desde diciembre de 2013.

Estas agresiones generaron un debate al interior de Colegio Médico, específicamente en las dos últimas Asambleas Nacionales. Su presidente, Dr. Enrique Paris, manifestó su pesar y molestia por las situaciones acontecidas y realizó un enérgico llamado al Ministerio de Salud para que aborde dicho escenario a través de acciones concretas. “Es el colmo que tengamos que trabajar en condiciones de inseguridad”, expresó en su oportunidad.

Al respecto, el equipo jurídico de la Fundación ha concretado tres líneas de acción. El abogado jefe, Juan Carlos Bello, informa que se desarrolló un decálogo para educar y entregar certezas sobre cómo actuar ante una agresión física o verbal

proferida por un paciente o familiar; material distribuido a nivel nacional en diferentes centros de atención públicos y privados.

En tanto, el presidente de Falmed presentó a la Asamblea General de Colegio Médico una iniciativa para pedir al Congreso que se tipifique como delito las agresiones al personal de salud. La propuesta fue mayoritariamente acogida por la Asamblea y tiene por objetivo tipificar ciertas conductas que atenten contra la vida, integridad física y psicológica de los equipos de salud en el marco de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, precisó el abogado de la Orden, Adelio Misseroni.

Por último, Bello destacó que se creó la Unidad de Defensa Laboral Médica, UDELAM, para apoyar en este tipo de casos. “Hemos notado claramente requerimientos de este servicio. Es una demanda que estaba escondida y que se hizo patente tras la creación de esta unidad”, expone.

El presidente de Residentes Chile, Dr. Gonzalo Pavez, ilustra que “los médicos en el sistema público son la primera línea de batalla del Estado para enfrentar las fallencias del sistema de salud. Los colegas reciben pacientes sumamente frustrados porque de forma crónica, no se les entrega una consulta de especialidad o resolución quirúrgica, no hay controles médicos correspondientes”. Agrega “si no atacamos esta frustración crónica en los pacientes las agresiones subirán, independientemente de las penas”.

## PROBLEMAS ENTRE PARES

La agresividad de los pacientes no es el único factor de un clima complejo en los recintos de salud. Una creciente presión entre colegas también se ha visibilizado como un problema relevante. Según un sondeo de Residentes Chile de 2016 aplicado a 391 médicos residentes de 34 diferentes especialidades de todo el país, el ambiente entre colegas también es un problema a atender.

El sondeo reveló que un 31% de los encuestados aseguró que han tratado de humillarlos o ridiculizarlos públicamente en su trabajo. Un 25% dijo haber recibido ataques a su reputación; haber sido objeto de burlas, calumnias o difamaciones públicas; y ser ignorado o excluido de las reuniones de trabajo o la toma de decisiones. Un 34% dijo haber “sentido mirada lascivas” por parte del equipo médico. Además, un 15% del staff de salud ha “piropeado” con directa connotación sexual, a residentes.

El presidente de Residentes Chile, Dr. Gonzalo Pavez, indica que “a los médicos jóvenes no se les ve como pares. Son fáciles víctimas de entornos competitivos y voraces. En estas esferas hemos descubierto que el ego prima sobre el respeto al equipo de salud. Los colegas no suelen denunciar ni defenderse porque estos entornos normalizan las relaciones desiguales y violentas, ya que al realizarlo temen ser expulsados de sus programas”.

Para la Dra. Narváez, la situación no es exclusivamente

generacional, sino que cultural. “La deslegitimación o descrédito de la profesión traspasa a una situación generacional. No va hacia colegas más jóvenes por su falta de experiencia. También hay críticas a médicos mayores. Es una mala costumbre entre colegas”, expresa.

El abogado jefe de Falmed, Juan Carlos Bello, complementa que “no creemos que esto sea altamente habitual pero sí hay casos”. Incluso, el Tribunal de Ética del Colegio Médico de Chile, aplicó una sanción “a un colega” por tener un trato abusivo hacia un par más.

“Las relaciones entre médicos deben basarse siempre en el respeto, deferencia, lealtad y consideración recíprocos, cualquiera sea la vinculación jerárquica existente entre colegas. La solidaridad entre médicos es uno de los deberes

primordiales de la profesión, y sobre ella sólo tiene precedencia el bien del paciente”, dice el artículo 61 del Código de Ética del Colegio Médico.

Para Juan Carlos Bello, la jerarquía al interior de los recintos de salud es una atribución –que a su juicio– de no saber ejercerla, es fácil traspasar de la línea de mando a la vejación.

### ¿Y LOS RESIDENTES?

¿Los residentes al no ser funcionarios pueden acogerse a un estatuto administrativo para defenderse ante situaciones de acoso laboral o sexual? La abogada Udelam, Camila Reyes, detalla que “los médicos residentes, al ser estudiantes de postgrado, se rigen por las reglas de la universidad y del centro asistencial que los recibe, por lo

tanto, debieran seguir el procedimiento establecido en el reglamento de la casa de estudios para las denuncias de este tipo, o bien, el procedimiento utilizado en el establecimiento de salud que de acuerdo al instructivo presidencial, debiera existir en todos los órganos de la Administración del Estado”.

Agrega que “aun cuando no revisten la calidad de funcionarios públicos, si es que el acoso laboral y/o sexual es dirigido por una persona que sí tenga esa calidad, efectivamente podrán utilizarse las vías administrativas que brinda el Estatuto Administrativo, puesto que al hacer la denuncia en contra del funcionario se está solicitando al servicio dirija una investigación sobre los hechos, que en caso de acreditarse, exponen al agresor a sanciones administrativas”. **F**



## RECOMENDACIONES

**¿Qué hacer ante un escenario de acoso laboral o sexual?** La recomendación es utilizar los procedimientos, que tanto en el sector público como en el privado, los empleadores o las entidades han dispuesto para la denuncia, investigación y sanción del acoso laboral y/o sexual.

En el sector privado, las empresas con diez o más trabajadores permanentes están obligadas a consignar en el Reglamento Interno de Orden, Higiene y Seguridad, un procedimiento interno al que se

someterán las denuncias de este tipo. Además, existe la posibilidad de interponer la denuncia directamente en la Inspección del Trabajo.

En el sector público, los servicios de salud deben tener normativas que establezcan el procedimiento para las denuncias de acoso laboral y/o sexual. De no ser así, se deben seguir las reglas generales establecidas en el Estatuto Administrativo para los procedimientos sumarios.

Respecto de la tutela de derechos fundamentales,

cualquier trabajador que considere lesionados sus derechos fundamentales podrá requerir su tutela a través del procedimiento establecido en el artículo 485 y siguientes en el Código del Trabajo. Conforme a la ley, se entenderá que los derechos y garantías resultan lesionados cuando el ejercicio de las facultades que la ley le reconoce al empleador limita el pleno ejercicio de aquéllas sin justificación suficiente, en forma arbitraria o desproporcionada, o sin respeto a su contenido esencial.



# LA VIRALIDAD DE LAS NOTICIAS FALSAS

La población mundial se estima en más de 7.500 millones de seres humanos sobre la tierra. A principios de 2017, Facebook superó los 1.800 millones de usuarios globales. Con estos datos y engrosando las cosas, podríamos decir que uno de cada cuatro humanos tiene una cuenta de Facebook. Y la red social sólo tiene 10 años de existencia. Pese a lo tosco de este ejercicio numérico, el enorme y explosivo crecimiento de esta red social nos permite afirmar un punto: ningún fenómeno cultural en la historia de la humanidad ha tenido una expansión como este.

Facebook tiene varias particularidades que vale la pena analizar. La primera es la revolucionaria posibilidad de publicar. Hasta finales del Siglo XX, y un poco antes de la llegada de las redes sociales, la publicación —es decir el ejercicio de expresar en la opinión pública una idea— era un privilegio sólo disponible para aquellos que podían acceder a los medios de comunicación. De acá la idea del “cuarto poder” de los medios, el que no sólo habla del “poder” publicar, sino también de la responsabilidad que conlleva hacer visible

para todo el mundo una idea. Por supuesto que no fue Facebook la primera herramienta en hacer alcanzable la publicación, pero es preciso indicar que su concepto fundante se sostiene en este ejercicio: el principal contenido de esta red social es aquel que generan los usuarios. Esto ya lo hace distinto a cualquier otra forma mediática conocida.

En segundo lugar, Facebook invierte la relación espectador-espectáculo que caracterizó el desarrollo de las industrias culturales durante el Siglo XX. Ya no somos el espectador que observa impotente ante la pantalla, sino que en esta red social somos protagonistas

de nuestro propio espectáculo y nuestros amigos y familiares son el elenco secundario de esa historia. Es decir, no sólo hay una revolución en el hecho de publicar, sino también en publicar sobre nosotros mismos, esto es lo que hacen las redes sociales, mediatizar una realidad que antes permanecía adormecida y oculta. Nos hacen protagonistas de un relato mediático.

Hasta ahí el modelo de desarrollo de Facebook se parece a otras redes sociales que también han tenido un crecimiento importante: Youtube, Twitter, Instagram. Sin embargo, las hábiles mentes de Facebook comprendieron tempranamente el fenómeno de la “burbuja” que se produjo en la fiebre electrónica estadounidense. Todo en Internet es líquido, por lo que tan rápido como explota un fenómeno, puede este desaparecer. Es el destino de otras redes sociales que lograron inscribir millones de usuarios, pero que terminaron cayendo en desuso al no renovar su promesa interactiva con los usuarios.

¿Cómo enfrentó Facebook este problema? Buscando fidelizar a sus usuarios, hacerse atractivos y adictivos: pusieron al centro de su



**Juan Pablo Muñoz A.**  
*Periodista jefe de Falmed.*

esfuerzo la interacción. Todo en esta plataforma se trata de producir incentivos para interactuar: presionar el botón "Me gusta", dejar un comentario, compartir la publicación, cualquier cosa que mantenga tu atención. Y los ingenieros de la red social dedicaron largas horas a programar estos incentivos.

El resultado es "Edge Rank", un algoritmo que toma en cuenta todo el comportamiento de un usuario para privilegiar el contenido que destaca para él. Un ejemplo: si un usuario X pasa la mayor parte de su tiempo mirando fotografías de gatos, cada vez que un amigo del usuario X publique algo relacionado con gatos, Facebook destacará para usuario X dicha publicación.

Esto es interesante, porque nos permite concluir que el modelo de negocios de Facebook consiste en arraigar en nosotros las ideas con las que ya nos hemos demostrado afines. Este es un hallazgo que diversos estudios matemáticos sobre difusión de noticias en redes sociales han demostrado, pero cuya esencia ya conocían los primeros investigadores de la comunicación política que en la década de los '40 comprendieron que la principal fortaleza de la propaganda política era reforzar las ideas que los destinatarios de dichas ideas ya tenían.


¿Por qué esto es importante para Revista Falmed Educa? Porque en el contexto moderno de las redes sociales se ha demostrado la enorme capacidad de propagación de ideas que, sin tener evidencia a

favor, se han convertido en tremendamente populares. Es decir, el usuario que ha conocido la lógica de las redes sociales y se impregna diariamente de ellas, será más proclive a evaluar como verdadera una noticia porque ésta vibra en la misma sintonía de sus creencias y no por la solidez de la fuente que la informó, ni la evidencia que expuso, ni las otras fuentes que la contrastaron. En ese sentido, la emocionalidad de una información hace que ésta sea más aceptable que su contenido racional y las redes sociales están reforzando esto a diario.

Este problema es lo que algunos han llamado "posverdad"; que sin ser un fenómeno nuevo (porque la propaganda y la desinformación son tan antiguos como los medios), se ha convertido en un asunto de preocupación contingente. Los incendios en la zona centro sur de nuestro país fueron un radical ejemplo de esta situación. A los pocos días de desatada la tragedia circularon por WhatsApp cientos de informaciones que atribuían la responsabilidad del desastre a distintos actores: a terroristas violentos, a empresarios forestales que buscaban cobrar seguros, a pirómanos

organizados para destruir. Y la difusión de estos presuntos culpables tuvo mucho más que ver con los miedos de quienes distribuyeron dichas noticias que con evidencia que avalara dichas responsabilidades.

Nos preocupa este fenómeno porque ha devaluado el componente racional de la información como única fuente de su verosimilitud. Esto es lo que entendemos como el combustible de los verdaderos juicios públicos que han condenado a alguno de nuestros médicos, y es alarma suficiente para no convertirnos en difusores de noticias falsas o dañinas para el bien común.

Esto nos pone sobre alerta en la necesidad de mantener vigente la interrogación a cualquier noticia que nos llegue y hace un llamado a ponderar nuevos factores a la hora de entregar una información y ser convincentes: no sólo debemos responder racionalmente, sino que hoy más que nunca, entender también se trata de creer. En la era de las redes sociales, la humanización de nuestras relaciones, la empatía y la justicia son fundamentales. Ya no basta con tener la razón. Para convencer, también hay que proponer una emoción. 

**Las redes sociales nos predisponen a asimilar más fácilmente las noticias que se parecen a nuestros prejuicios que a las que cuentan con la credibilidad de un medio o una autoridad científica. ¿Cómo enfrentar este escenario?**



# LA ERA DEL JUICIO PÚBLICO

El exponencial crecimiento tecnológico ha llevado hasta nuestros bolsillos un aparato capaz de publicar en tiempo inmediato lo que está pasando y lo que estoy pensando al respecto. El juicio público en los medios o en las redes sociales se ha convertido en un tema de alta preocupación para los médicos, ¿qué leyes protegen su intimidad y su honra? Lo revisamos.

Por: Alejandra Moreira B.

El ojo observante del Gran Hermano en la famosa novela 1984 se ha convertido en un hecho omnipresente. Desde 2014, el número de teléfonos celulares activos supera la cantidad de humanos sobre la faz de la tierra. Todos estos aparatos cuentan con un micrófono, la gran mayoría de ellos tiene una cámara y todos se conectan y comparten enormes volúmenes de información entre ellos. La vida privada cambió para siempre, está a un clic de distancia en convertirse en vida pública.

Estas transformaciones tecnológicas y sociales han venido a cambiar lo que entendemos por opinión pública. Si antes esto se circunscribía a la relación entre los aparatos públicos y los

medios de comunicación (¿ha escuchado la teoría del cuarto poder?), hoy pareciera que ese poder se ha democratizado, porque cualquiera con un teléfono y una conexión a Internet puede publicar su opinión y llegar a miles de personas.

Es una democratización compleja, porque si los medios de comunicación están normados y profesionalizados, las redes sociales han irrumpido sin una regulación específica que norme los criterios que rigen aquello que se publica. Pero eso no significa que nuestra vida privada deje de estar protegida. Cuando una publicación afecta a alguien, hay herramientas legales que resguardan nuestro derecho a la honra y la vida privada. **F**





## DERECHO A RECTIFICACIÓN O ACLARACIÓN

### ¿Qué pasa si una publicación en la prensa me ofende?

La Ley de Prensa N°19.733 establece que "toda persona natural o jurídica ofendida o injustamente aludida por algún medio de comunicación social, tiene derecho a que su aclaración o rectificación sea gratuitamente difundida, en las condiciones que se establecen en los artículos siguientes, por el medio de comunicación social en que esa información hubiera sido emitida". Esta rectificación debe solicitarse en un plazo de hasta 20 días de la publicación y puede gestionarse simplemente invocando el artículo. Sin embargo, también puede solicitarse una réplica directamente al periodista que escribió la nota original.

Según el Código de Ética del Colegio de Periodistas, el periodista debe ejercer "su influencia ante el medio de comunicación respectivo para que se garantice el derecho legal a rectificación y enmienda; y que éste se cumpla en los plazos legales y en condiciones similares, sin modificaciones.

## PROTECCIÓN DE LA VIDA PRIVADA

### ¿Qué pasa si una publicación en las redes sociales me daña?

Según el profesor de Derecho Constitucional y de Interpretación Jurídica de la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Manuel Núñez Poblete, "en el último año se ha desarrollado una jurisprudencia bastante contundente por parte de la Tercera Sala de la Corte Suprema que consiste en admitir recursos de protección por comentarios hechos a través de las redes sociales y específicamente en Facebook, acción legal que ofrece una posibilidad para defenderse", expresa el académico.

El recurso de protección está estipulado en el Artículo 20 de la Constitución, señalando expresamente que "el que por causa de actos u omisiones arbitrarios o ilegales sufra privación, perturbación o amenaza en el legítimo ejercicio de los derechos y garantías establecidos en el artículo 19 (...) podrá recurrir por sí o por cualquiera a su nombre, a la Corte de Apelaciones respectiva, la que adoptará de inmediato las providencias que juzgue necesarias para restablecer el imperio del derecho y asegurar la debida protección del afectado, sin perjuicio de los demás derechos que pueda hacer valer ante la autoridad o los tribunales correspondientes".

En estos casos, se recurre a los derechos contemplados en el Artículo 19 de la Constitución, número 4 y 5, que resguardan respectivamente: "El respeto y protección a la vida privada y a la honra de la persona y su familia", y "a inviolabilidad del hogar y de toda forma de comunicación privada. El hogar sólo puede allanarse y las comunicaciones y documentos privados interceptarse, abrirse o registrarse en los casos y formas determinados por la ley", según el texto constitucional.



## ¿QUÉ SON LAS INJURIAS Y CALUMNIAS?

El jefe jurídico de la Fundación de Asistencia Legal tiene una mirada clara sobre este tema:

"Injurias y calumnias son los parientes pobres de las acciones jurisdiccionales en Chile. Tienen bastantes cortapisas y son bastante lábiles en su tramitación desde el punto de vista del injuriado o calumniado. Tienen prescripciones de poco tiempo (1 año) y, si bien están en el Código Penal, el Ministerio Público no se mete en eso porque entiende que son materias privadas", explica el abogado. Además, las injurias y calumnias requieren en un juicio "que existan pruebas fehacientes e indubitadas del elemento subjetivo de ese ilícito que es el 'animus injuriandi', entonces, simplificando, si el querellado señala que no tenía el ánimo de injuriar, se cae parte importante del juicio", ilustra el abogado Juan Carlos Bello.

"Yo no descarto estas acciones, pero hay que ver caso a caso y hay que hacerlo teniendo en cuenta que no siempre es posible que te vaya bien en esa acción", comenta el jefe jurídico de Falmed.

## ¿PUEDO DEMANDAR UNA INDEMNIZACIÓN POR IMPUTACIONES INJURIOSAS?

En este caso, el Código Civil (CC) establece en el artículo N° 2:331 que: "Las imputaciones injuriosas contra el honor o el crédito de una persona no dan derecho para demandar una indemnización pecuniaria, a menos de probarse daño emergente o lucro cesante, que pueda apreciarse en dinero; pero ni aun entonces tendrá lugar la indemnización pecuniaria, si se probare la verdad de la imputación". El abogado Pedro Pablo Hansen, subjefe jurídico de Falmed, aclara que "para iniciar una acción civil en esta materia hay que demostrar más allá de la existencia de la injuria propiamente tal, la circunstancia que ésta provocó una disminución patrimonial directa, o bien, que producto de la misma se dejó de ganar una determinada suma de dinero, exigiendo al galeno entonces probar que tanto el honor o el prestigio profesional se hayan visto mermados económicamente".

"En general está bastante poco protegida la honra a nivel legal, esto tiene mucho que ver con el marco jurídico que privilegia más la propiedad que los bienes inmateriales, como el honor y el prestigio", concluye Hansen.

## RECOMENDACIÓN FALMED

Con todo, la recomendación de Falmed a los médicos es acercarse a la institución cuando se vean afectados por estas situaciones y se evaluarán las acciones caso a caso.





## ¿Es efectiva la protección a la honra en Chile?

Buscar con Google

Me siento con suerte

Si bien en nuestro país la Constitución y el Código Penal protegen el derecho a la honra y a no ser denostados; noticias falsas, comentarios descalificadores o publicaciones injuriosas son parte del día a día en redes sociales como Twitter, Facebook o Instagram.

Por: Paulo Muñoz A.

■ ■ Nadie podría discutir que la situación vivida por Daniel Calvo, su cónyuge e hijos, deriva del hecho de que a consecuencia de la grabación efectuada por dependientes de Chilevisión, la vida privada de él y su familia quedaron expuestas a la crítica pública y a sufrir menoscabo en su honra y dignidad personales”.

Con este argumento, hace menos de un año, la Corte Suprema condenaba al canal privado a pagar una indemnización de 120 millones de pesos al magistrado Daniel Calvo por haberlo grabado con una cámara oculta al interior de un sauna gay, del centro de Santiago, en 2003.

El fallo judicial rechazó la defensa del equipo periodístico, entre ellos el actual senador Alejandro Guillier, para quienes la difusión de las imágenes tenía una justificación informativa debido a que el magistrado, por esos días, encabezaba la investigación contra la red pederasta del empresario Claudio Spiniak. De esta forma, el máximo tribunal del país, en un fallo que para muchos marcó un precedente, privilegió el derecho a la honra de las personas por sobre el derecho a la información.

## EL DERECHO A LA HONRA EN CHILE

En nuestro país el ordenamiento jurídico garantiza tanto la libertad de expresión como la protección de la vida privada.

Así mientras el artículo 19 de nuestra Constitución asegura a las personas “la libertad de emitir opinión y la de informar, sin censura previa, en cualquier forma y por cualquier medio”; el Código Penal establece como delitos la divulgación de injurias y calumnias, con la agravante de ser difundida en medios de comunicación, en los artículos 416 y 412, respectivamente. La Ley de Prensa 19.733 en tanto, también se hace cargo de este último caso permitiendo a las personas naturales o jurídicas que sientan que han sido ofendidas o aludidas injustamente en un medio de comunicación a solicitar el derecho de aclaración o rectificación por el mismo medio que difundió la información.

Pero en Chile ¿está debidamente resguardado el derecho a la honra de las personas? Para el presidente de la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico, Falmed, Dr. Sergio Rojas, “la regulación no permite una protección a la honra como corresponde”. Agrega que “como parte de los nuevos servicios de Falmed defendemos y asesoramos a los médicos cuando ven afectada su honra, pero hoy hay una liviandad para juzgar públicamente por parte de los medios de comunicación y las personas”.

Una opinión similar tiene el diputado Guillermo Ceroni,

presidente de la Comisión de Constitución, Legislación y Justicia de la cámara baja, quien hace un año vio cómo medios de comunicación fotografiaron e hicieron públicos mensajes privados que enviaba desde su celular, mientras participaba de una sesión en el parlamento. “No hay duda que se ha acrecentado la desprotección a la honra y a la vida privada de la gente. Se está haciendo común que se nombre a una persona, se le asocie a un delito y finalmente la persona sea absuelta”, dice Ceroni.

El jefe jurídico de Falmed, Juan Carlos Bello, explica que “esta protección que da el derecho chileno es más bien precaria en comparación a la protección de otros bienes jurídicos como la vida o la propiedad. Los juicios que se llevan adelante porque alguien afectó la honra de otro son bastante poco amistosos con el denunciante y rara vez llegan a juicio, y muy rara vez a una condena”.

Para Juan Carlos Bello, la principal complicación que tiene acreditar un delito de injurias es que se debe demostrar que el denunciado tuvo el ánimo de injuriar y la mayoría de las veces, estos se defienden argumentando que detrás de los dichos hubo simplemente un ánimo de criticar. Un caso emblemático, durante el último año, fue del desafortunado diputado Gaspar



Rivas, quien fue condenado a 180 días de pena remitida por proferir injurias graves, en distintos medios de comunicación, contra el empresario Andrónico Luksic.

## DERECHO AL OLVIDO EN INTERNET

A partir de la experiencia vivida hace un año, el diputado Guillermo Ceroni, presentó un proyecto que modifica la ley N°19.628 sobre Protección de la Vida Privada para garantizar el derecho al olvido. En términos simples, la moción busca que las personas tengan dominio y control del destino de sus datos y la información de esa persona presente en plataformas digitales como Google. Así por ejemplo, si una persona considera que al introducir su nombre en un motor de búsqueda aparece información inexacta, descontextualizada o falsa, pueda solicitar a Google desindexar esa información, es decir eliminarla del listado de informaciones. La moción parlamentaria, propone introducir a la ley N°19.628 conceptos como el derecho al olvido y motores de búsqueda.

Romina Garrido, presidenta de la Fundación Datos Protegidos, respalda la necesidad de que nuestro país cuente con una ley que aborde esta temática. "Las personas no tienen control de sus datos personales y eso vulnera no solamente los

derechos a la privacidad sino que el acceso a la salud, educación o al trabajo", dice Garrido.

Para la presidenta de Datos Protegidos, si bien Chile es uno de los primeros países latinoamericanos en debatir sobre este tema, se debe avanzar a la regulación lograda por la Unión Europea que legisló, hace unos años, el derecho al olvido y, pese a la negativa de Google, logró que cualquier ciudadano que es parte de la comunidad europea pueda pedir a Google la eliminación de una publicación que afecta su honra y esta solicitud sea cumplida.

Estudios sobre el manejo de internet indican que el 93% de quienes consultan en Google solo visitan la primera página de resultados. Esta realidad ha repercutido en que personas que fueron equivocadamente sindicadas como autores de delitos en la prensa, y pese a que su inocencia fue acreditada en los tribunales, para internet siguen siendo culpables.

El académico y Doctor en Derecho de la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Católica, Francisco Leturia, cree que "los medios de comunicación deberían tener más requisitos para publicar informaciones que afecten la presunción de inocencia. No publicar rostros, publicar solo iniciales".

Leturia explica que el proyecto de ley que actualmente se encuentra en la Comisión de Constitución, Legislación y Justicia

de la Cámara de Diputados, excluye como beneficiarios del derecho al olvido a personalidades públicas, como por ejemplo parlamentarios que buscarían borrar de las plataformas digitales actuaciones poco convenientes o incluso delitos.

"Los que postulan a cargos públicos están expuestos al escrutinio público y para ellos no opera el derecho al olvido", dice Leturia.

La presidenta de Datos Protegidos, menciona que esta moción expresa que "en ciertos casos debe protegerse la dignidad de las personas ya que cuando su información se ve expuesta de esa manera en internet finalmente no pueden rehacer sus vidas. No estamos hablando de las personas por las cuales hay un interés público de conocer información".

Una mirada crítica sobre el derecho al olvido y la repercusión que podría tener en la afectación del derecho a la información la entrega Juan Carlos Lara, director (i) de la Organización Derechos Digitales. Para Lara si bien en Chile la ley parece otorgar una serie de derechos de protección de datos, los mecanismos que ejecutan estos derechos son los que fracasan e impiden que esta protección sea real. "El riesgo más importante respecto del uso de estas herramientas es que efectivamente una persona elimine información o le impida encontrar información que es



**Juan Carlos Lara**

DIRECTOR EJECUTIVO (I) DE DERECHOS DIGITALES.

"El riesgo más importante del uso de estas herramientas es que una persona elimine información o impida encontrar información que es públicamente relevante".

públicamente relevante en función de su contenido como de las personas involucradas”, explica Lara.

Según el director de Derechos Digitales, si bien todo debe ser analizado caso a caso y no se puede privilegiar a priori un derecho por sobre el otro, “no afectar la libertad de la red es esencial y por lo tanto la reacción que tengamos ante una afectación de derechos debe ser cuidadosa. Por eso es importante pensar el mecanismo idealmente óptimo para ponderar derechos de forma equilibrada, y a la vez tomar medidas efectivas para que los derechos de las personas sean resguardados”.

Pero para el promotor de esta ley, no existe tal conflicto ya que se trata de un derecho que no tiene carácter de absoluto y se encuentra limitado por el derecho a la libertad de prensa y de investigación.

“Con esto uno no está afectando el derecho a la información de la prensa porque si hay algo que realmente ocurrió, que salió en un periódico, eso va a estar en la historia del periódico”, manifiesta Ceroni.

El abogado de la Pontificia Universidad Católica, Francisco Leturia, dice que el debate debe considerar siempre que el derecho a la información solo es relativo a hechos de interés público. “El morbo no está protegido por el derecho a la información”, recalca. Destaca que la iniciativa parlamentaria no

contraviene la libertad de expresión ya que “situaciones como un accidente ocurrido hace 40 años en que se expuso la identidad e imagen de uno de los heridos, y que esto vuelva a aparecer en estos buscadores, podría provocar más daño a la persona que el valor que podría darle a la sociedad”.

Google ha manifestado que frente a este conflicto son los tribunales los llamados a resolver y no ellos. “No debemos ser los intermediarios, llámese Google o cualquier otro buscador (...) la Justicia es quien debe definir qué derecho debe prevalecer, el derecho a la privacidad o el derecho a la información”, explicó Federico Deya, representante de Google en los países de habla hispana, durante su participación en el seminario “Políticas del Olvido”, realizado por la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile, en octubre pasado.

## TRIBUNALES Y LAS REDES SOCIALES

En enero pasado, la Corte de Apelaciones de Puerto Montt ordenó a una mujer de Puerto Varas eliminar las publicaciones y comentarios escritos en su Facebook contra las funcionarias de un hogar de menores y lactantes de esa ciudad, acogiendo un recurso de protección presentado por las trabajadoras del recinto que manifestaron que se les denostó y afectó su honra. El fallo se suma a lo resuelto en 2015 por la Corte


Suprema que acogió un recurso presentado por la tienda Corona y obligó a un usuario de Twitter a eliminar una serie de comentarios ofensivos e injuriosos publicados en esta red social contra la firma.

Este tipo de resoluciones judiciales que afectan publicaciones en redes sociales han sido reiterativas en los últimos años.

El jefe jurídico de Falmed explica que en algunos casos la fundación ha debido recurrir de protección en favor de médicos que han sido denostados en redes sociales. “En determinados casos hemos recurrido de protección contra algunas páginas de Facebook y cuando llegamos a los alegatos los recurridos las sacan”, dice Bello.

El jurista comenta que el recurso de protección es excepcional “y la Corte al momento de resolver, y viendo que ya no está afectada la honra y que ya no hay quebrantamiento del derecho, no acoge el recurso pero simplemente porque ya se logró nuestro objetivo”.

Esta realidad de las redes sociales, en que también proliferan páginas que informan hechos noticiosos falsos, haría perder cada día más credibilidad, advierte el presidente de Falmed.

“Tengo la impresión que las redes sociales a cada vez van a tener menos importancia por parte de los opinólogos”, dice el Dr. Sergio Rojas. 



**Francisco Leturia**  
ABOGADO, PROFESOR DE LA FACULTAD DE DERECHO PUC

“Hay una liviandad para juzgar públicamente por parte de los medios de comunicación y las personas”.



**Romina Garrido**  
PRESIDENTA DE LA FUNDACIÓN DATOS PROTEGIDOS.

“En ciertos casos debe protegerse la dignidad de las personas ya que cuando su información se ve expuesta de esa manera en internet finalmente no pueden rehacer sus vidas”.



Además la SCCP promueve el “triángulo de la seguridad”:

## CIRUGÍA PLÁSTICA EXIGE ALTO ESTÁNDAR DE CLARIDAD EN CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los tribunales de justicia chilenos tienden a exigir una obligación de resultados a quien practica la cirugía plástica, a diferencia de otras especialidades médicas donde la obligación es de proporcionar los medios adecuados para la salud del paciente. SCCP llama a moderar las expectativas de los pacientes.

---

*Por: Marcela Barros M.*

La perfección de las formas, que complace a la vista, al oído y al espíritu, que es la definición que la Real Academia de la Lengua Española da a lo bello, es una aspiración legítima que motiva a una persona a buscar la forma de alcanzarla. Algunos intentan las dietas para dejar atrás esos centímetros que molestan frente al espejo, pero también la alternativa de una cirugía plástica aparece como una solución casi mágica a aquello que “molesta”.

La Sociedad Chilena de Cirugía Plástica (SCCP) promueve la comunicación entre el médico y el paciente para moderar sus aspiraciones, tal como lo explica su vocera Dra. Teresa Chomalí. “Es muy importante que un buen cirujano plástico tenga mucha conversación con el paciente, que explique que el concepto de belleza es subjetivo, que la percepción que el paciente tiene puede corresponder o no a lo que él espera de la cirugía. Es muy importante regular las expectativas a niveles reales.

También es importante que el cirujano le dé a conocer que el procedimiento puede o no ajustarse a sus expectativas y si el paciente no es capaz de aceptar esa diferencia, es mejor abstenerse de operarlo”.

La dificultad se presenta cuando esas expectativas incumplidas se materializan en demandas por supuestas negligencias médicas, ya que los tribunales de justicia chilenos han considerado que el cirujano plástico está obligado a asegurar resultados. “La doctrina y la jurisprudencia







## “El triángulo de la seguridad: médico certificado, lugar con todas las certificaciones y que el paciente este plenamente informado”.

---

nacionales han señalado que la cirugía plástica estética, destinada a corregir defectos físicos que no constituyen enfermedad, impone en principio al profesional experto en esta ciencia y arte una responsabilidad de resultado, a diferencia de lo que ocurre con otras prestaciones de salud, en las cuales la obligación que contrae el profesional es de medios, es decir, el médico se compromete a emplear los medios apropiados en la realización de su trabajo, pero el resultado no está garantizado, pues no puede prometer la curación a su paciente enfermo, sino únicamente se obliga a actuar conforme a la *lex artis*. Por consiguiente, efectivamente la cirugía plástica estética está más expuesta que otras especialidades, ya que la responsabilidad legal del profesional surgiría cada vez que no se ha obtenido el resultado buscado”, explica el abogado jefe del Colegio Médico Adelio Misseroni.

Esta situación no solo ocurre en Chile. En Colombia, por ejemplo, los cirujanos plásticos también han enfrentado a la justicia por no cumplir las expectativas al gusto del paciente. Para la Dra. Lina Triana, segunda

vicepresidenta de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica es una visión equivocada. “No hacemos moldes y por eso no podemos garantizar resultados. Hay muchas variables quirúrgicas como post quirúrgicas” que influyen, asegura. En tanto en Alemania donde al igual que en Chile y la mayoría de los países del mundo no está regulado el ejercicio de la cirugía plástica exclusivamente al profesional que se ha especializado, los facultativos enfrentan juicios o mediaciones por un resultado que no agrada al paciente. “Obviamente un cirujano plástico nunca puede garantizar que el paciente quedará 100% satisfecho. Pero si tiene q saber q tiene q haber estándar de cuidado. Si te demandan, el perito médico va a buscar esos estándares. Si te mantuviste apegado al protocolo, está todo bien, aun cuando el paciente esté disconforme. Es por eso que existe un marco regulatorio que vela por los protocolos”, asegura el Dr. Dirk Richter, presidente electo de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica (ISAPS por sus siglas en inglés).

¿En este escenario, cuál es la recomendación entonces? Un consentimiento

informado muy específico y claro.

“El simple consentimiento que se usa hoy, que lo exigen todas las clínicas y hospitales públicos y privados, es muy genérico y no sirve a los fines de la cirugía plástica. Los cirujanos plásticos tenemos un mayor deber de informar a nuestros pacientes en forma específica de acuerdo al procedimiento que se va a efectuar”, explica la Dra. Chomalí, quien valora los documentos de este tipo que Falmed ha entregado a la SCCP.

El abogado jefe de Falmed Talca, Ignacio Uribe, recomienda ser muy estricto con el consentimiento informado. “Ojalá se firme un contrato donde se establezcan los márgenes de expectativas, lo que se puede lograr y lo que no”.

Pese a estos resguardos, una cirugía puede enfrentar situaciones inesperadas. Los pacientes son distintos entre sí, los contratiempos son una realidad al momento de la operación, en el proceso post operatorio, o una cicatrización inadecuada, partiendo siempre de la base que una cirugía puede tener riesgos, lo que no significa que sea una negligencia médica.



La Dra. Chomalí sostiene que “si llega a pasar un evento adverso, menor, que se puede recuperar o reparar, el médico tiene que acompañar al paciente, darle los servicios en forma oportuna, no abandonarlo y tratar de resolver el problema en el mejor tiempo y sin cobrar honorarios extras”.

La SCCP defiende y promueve que la cirugía plástica sea ejercida sólo por

facultativos acreditados, es decir que hayan realizado la formación académica completa: siete años de medicina, tres de especialización en cirugía general, más dos o tres años de especialización en cirugía plástica estética y reconstructiva. Esa acreditación es una parte de lo que la ISAPS llama el “triángulo de la seguridad”: médico certificado, lugar con todas las certificaciones y que

el paciente esté informado.

El cumplimiento del “triángulo de seguridad” y un riguroso consentimiento informado contribuirán a la seguridad del médico, pero además a que la cirugía plástica plasme el objetivo de producir un cambio positivo en la vida de la persona, en su calidad de vida y autoestima, con un beneficio psicológico y emocional que contribuirá en su felicidad. **F**



## RECOMENDACIONES FALMED



**Juan Carlos Bello P.**  
Abogado jefe de Falmed

Consultamos con Juan Carlos Bello, abogado jefe de la Fundación, qué tipo e casos hemos visto y cuáles son las recomendaciones que es preciso tener en cuenta a la hora de realizar este tipo de intervenciones.

**¿Qué particularidades hemos visto en casos de responsabilidad profesional vinculados a cirugía plástica estética?**

Nosotros entendemos

que las obligaciones de todos los médicos son de medios porque involucran una serie de circunstancias que escapan al quehacer médico, sin embargo en algunas ocasiones los tribunales han entendido obligación de resultados en procedimientos de cirugía plástica estética. Esto le entrega alta complejidad a cualquier juicio por responsabilidad profesional que se funde en una cirugía plástica estética en que el paciente este insatisfecho respecto de sus expectativas.

**¿Qué recomendaciones damos ante este tipo de situaciones?**

Tener mucho cuidado en el sentido de evaluar los riesgos de un paciente, discernir quién es candidato y quién no a una plástica estética y qué protocolo va a firmar ese paciente.

En caso de que la expectativa del paciente supere lo técnicamente posible, se recomienda abstenerse de realizar el acto médico. Es fundamental definir bien qué paciente vamos a operar, utilizando un criterio médico y adecuado a las posibilidades.

Es fundamental también trabajar de manera acuciosa en lo que se conoce como consentimiento informado, poniendo especial énfasis en que se de cuenta de la existencia de complicaciones ajenas al quehacer médico y que pueden ser parte de un procedimiento.

En ese sentido el llamado es a conocer bien los protocolos de consentimiento y ocuparse de ser claros en cada caso. En estos casos la comunicación efectiva es fundamental.

## Medicina Intercultural

# TAREAS PENDIENTES PARA UNA MEDICINA INTEGRADORA

Pese a que la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes incorpora garantías a los usuarios de pueblos originarios, los sistemas de salud occidental y tradicional coexisten sin mayor relación. A través del Departamento de Primeras Naciones, el Colegio Médico ha manifestado su preocupación e interés por subsanar las falencias que incluso podrían favorecer la judicialización de la medicina.

Por: Paulo Muñoz A.

Cinco meses atrás, en el hospital Las Higueras de Talcahuano, el matrimonio conformado por Hugo Rivas y Lorena Espinoza eran padres de una niña que pesó 2 kilos 675 gramos y midió 46 centímetros. La alegría que embargaba a esta pareja mapuche, no solo se explicaba por la llegada de una hija, sino también porque el recinto hospitalario accedió a la petición de ellos y les dio la posibilidad de recibir la placenta.

"Mi corazón, mi piuke está alegre por esta esta situación y espero que siga haciéndose esto. Es un gran avance en interculturalidad", decía por esos días el padre de la bebé, quien es presidente de la Agrupación Peumayén de la comuna de Tomé, Región del Biobío.

Este procedimiento fue posible debido a que el establecimiento de salud implementa, desde hace algunos años, el protocolo de entrega de placenta a solicitud a las personas pertenecientes a este pueblo originario,

quienes proceden a enterrar la placenta como ritual que brindará protección y fortaleza a la madre y su hijo.

El protocolo, que se aplica por segunda vez en el hospital de Talcahuano, es parte de las acciones del nuevo modelo de salud intercultural que en la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes incorpora ciertas garantías mínimas de respeto a las culturas originarias. Lo anterior es posible debido a que Chile debió actualizar la normativa como una de las obligaciones propias de la suscripción del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, OIT.

### **PRIMEROS PASOS HACIA UNA MEDICINA INTEGRADORA**

Desde 1990 comienza a aparecer el concepto de salud intercultural a partir de la experiencia vivida en el hospital de Maquehue, donde las autoridades de salud establecieron un modelo de gestión y atención a partir de las necesidades visualizadas por la misma población

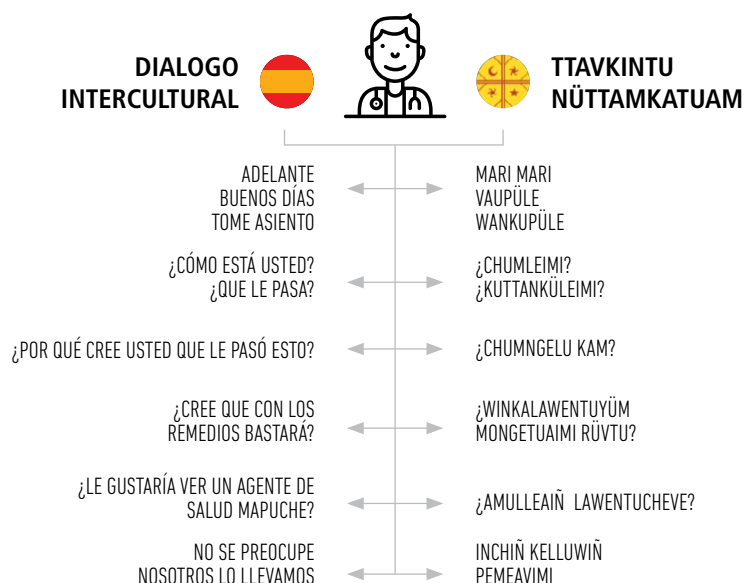
de esta localidad de la Región de la Araucanía, que en 1999 tuvo a cargo su gestión a través de la organización comunitaria "Asociación Indígena para la Salud Maquehue-Pelale".

Según aborda el trabajo "Interculturalidad en Salud" de los Dres. Nelson Vergara y David Montaña, presidente del Departamento de Primeras Naciones del Colegio Médico, "a fines de la misma década ya se hablaba de salud intercultural en los territorios donde la concentración de población de primeras naciones era notoria y donde era cada vez más necesario establecer comunicación entre el sistema médico chileno occidental y el sistema médico de las primeras naciones en cada territorio".

Fue así como al hospital Maquehue se sumaron experiencias similares en el hospital intercultural de Cañete, Higueras en Talcahuano, Hanga Roa en Isla de Pascua, Quilacahuín y San Juan de la Costa, en la Región de Los Lagos.







FUENTE: DEPARTAMENTO DE PRIMERAS NACIONES DEL COLEGIO MÉDICO

En el trabajo de los Dres. Vergara y Montaña, los facultativos constataron que “son muchos los sistemas médicos funcionando en el territorio nacional, y cada vez encontramos más personas visitando centros de sanación, consumiendo yerbas orientales o simplemente practicando alguna actividad física de la cual poco sabemos”.

A través del Departamento de Primeras Naciones, el Colegio Médico se ha preocupado de incentivar los puentes de comunicación entre ambos sistemas de salud apuntando a una mirada integradora que incluso propicie que el médico enfrentado a un paciente perteneciente a un pueblo originario pueda manifestarle la opción de ser atendido por un agente de salud, por ejemplo mapuche, protocolizando lo que se conoce como un “diálogo intercultural”.

“Uno no debe partir de la base que la machi va a estar en el hospital físicamente, la machi va a estar en su casa, por ejemplo, donde hace el proceso de

sanación o a veces en la casa del paciente. Lo importante es que se conecte un sistema de salud con el otro y estamos logrando empezar a entendernos y, si todo resulta como queremos, vamos a tener una generación de colegas nuevos que van a saber esto antes de llegar a trabajar a un hospital”, dice el Dr. Vergara.

Uno de los objetivos de este departamento de la Orden es integrar contenidos de medicina intercultural en las mallas académicas de las escuelas de medicina y otras carreras del área de la salud.

### SEGREGACIÓN Y RIESGO DE JUDICIALIZACIÓN DE LA MEDICINA

La Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes es tajante en determinar que ningún sistema médico es capaz de satisfacer por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población. El artículo 7 de la misma normativa establece que las personas de pueblos originarios tendrán derecho a recibir

una atención pertinente y “se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura”.

Pero este acercamiento entre el sistema médico occidental con el modelo de medicina tradicional ha presentado algunas complicaciones. Una de ellas: no generar un seguimiento a las personas que inicialmente fueron contratadas por un médico y, atendiendo a su voluntad, fueron derivadas a una machi.

“Cuando una persona lo pide se deriva su caso a un equipo de personas, en algunos casos es una persona que hará de nexo con el otro sistema médico

(facilitador), pero no tenemos noticias de qué pasó después. El equipo tradicional de salud se desentiende de este paciente”, advierte el Dr. Nelson Vergara.

Es decir, se abre una ventana que favorece la judicialización de la medicina porque nuestro sistema de salud no ha sido capaz de establecer flujos de derivación y contraderivación de un sistema a otro. En la práctica, se pierde información relevante en la ficha clínica como por ejemplo, no se consigna si el paciente recibió un tratamiento a base de yerbas medicinales o participó de una ceremonia mapuche. Estos primeros pasos que se dan en materia de medicina intercultural, también presentan falencias como que estas “prestaciones de salud”, no propias de la medicina occidental, no son registradas, ni están documentadas.

“Esa información se pierde, porque –por ejemplo– el espasmo o el empacho no están consignados como tal en FONASA. La pregunta es: ¿cómo lo cobro?, ¿lo cubre mi sistema de salud?, ¿qué hacemos cuando hay un tratamiento tradicional pero le sumamos yerbas medicinales o una ceremonia

mapuche?. Esa es la mayor dificultad que hemos tenido en los últimos años”, plantea el Dr. Vergara.

Pero ante estas falencias ¿cómo se resguarda el recinto asistencial o el médico? El Dr. Vergara menciona que “desde que entró en rigor, el Convenio 169 lo que da es garantía que, si existe el envío de un paciente hacia un sistema médico tradicional, estos están reconocidos por su sola existencia, lo que tiene que haber es algunos consentimientos informados para el resguardo de los establecimientos de salud y equipos de salud, y eso no está hecho. No hay comités de ética para este tipo de cuestiones”.

A juicio del facultativo estas falencias asociadas a la inexistencia de un sistema de salud integrado entre ambas culturas, genera que el Estado chileno esté incumpliendo el Convenio 169 de la OIT.

“El mayor escollo lo tenemos con la forma en que el Estado chileno ha enfrentado la interculturalidad, es decir cómo le traduzco a esta gente, que tiene otra cultura y otro idioma, mi sistema médico occidental y que les diga que sigue siendo

“Ningún sistema médico es capaz de satisfacer la totalidad de las demandas y necesidades de salud de la población”

**MINSAL, Orientaciones Programáticas**

- Decreto N° 42/2005. Medicinas Complementarias
- Decreto N° 123/2008. Acupuntura
- Norma N° 16 MINSAL. Resolución exenta n° 261 de 2006
- Convenio 169 OIT, 2009
- Salud y Pueblos Indígenas
- Decreto N° 19/2010. Homeopatía

mejor que el de ellos”, afirma el Dr. Vergara.

Por ahora, falta que las autoridades avancen hacia una integración efectiva entre quienes cumplen la función de “sanadores” y los médicos, quienes han manifestado su preocupación por el tema y así lo han dejado de manifiesto en la participación masiva que ha existido en instancias informativas como el Primer Congreso Nacional e Internacional de Primeras Naciones y Salud realizados el año pasado en Concepción y que contó con la participación de 15 machis, instancia que mezcló las formas de trabajo entre ambas culturas. <sup>F</sup>



Medicinas y Culturas en la Araucanía. Luca Citarella, Marzo 2000.

**INTERACCIÓN EN SALUD**

**CULTURA AGENTE DE SALUD**



**CULTURA DEL USUARIO**

Historias personales y colectivas diferentes. Protocolos, costumbres y valores diferentes.

- Incongruencia de marcos conceptuales
- Diálogo hegemónico y conflictivo
- Menoscabo
- Desconfianza





Unidad de Defensa Laboral Médica, UDELAM:

# Reivindicando los Derechos Maternales de las médicas

Consultar inmediatamente a sus especialistas cuando existen dudas o estén siendo vulnerados sus derechos, es la recomendación que realiza UDELAM a las médicas que hacen el doble esfuerzo para ser madres y profesionales.

Por: Marcela Barros M.

Lejos. Muy lejos estamos de la imagen de la mujer recolectora de alimentos. También de aquella que –por siglos y siglos– se dedicó exclusivamente a la crianza de los hijos. Lejos estamos de la imagen de la mujer que entra al mundo del trabajo sólo cuando la necesidad económica la obliga a salir del hogar. Hoy el camino recorrido parece no tener vuelta atrás. Mujer, madre, trabajadora, profesional y jefa de hogar son roles cada vez más frecuentes y paralelos en las féminas del siglo XXI, donde las crecientes exigencias hacen frecuente encontrarse con quienes no desean ser madres –o al menos postergan serlo– por las dificultades que ello implica en su vida profesional.

Ciertamente la sociedad y la garantía por los derechos de la maternidad y los que asisten a los niños y niñas han avanzado, pero de igual modo la necesidad de licencias de pre y posnatal,

el cumplimiento de la lactancia materna, el derecho a sala cuna, además de otros derivados de la maternidad, son una “piedra en el zapato” para las médicas del país.

La presidenta del Consejo Regional Santiago del Colegio Médico, Dra. Izkia Siches, afirma que “muchas de nosotras no somos contratadas en edad fértil. A esto se debe agregar que el embarazarse en esta etapa de la vida –entre los 25 y 30 años de edad, cuando recién estamos terminando nuestros estudios– coexiste con un proceso de formación pendiente. Considero que la edad fértil es un momento complejo para una mujer profesional, que hace que finalmente se vaya postergando la maternidad sin tener criterios objetivos para hacerlo”.

Cabe preguntarse si ejercer la medicina es más complejo para la mujer. La Dra. Zunilda Gambetta, presidenta del Consejo Regional Maule del Colegio Médico, quien tiene hijas adultas,

cree que sí. “El rol materno es mucho más demandante. Una debe estar presente en muchos ámbitos al mismo tiempo. Yo veo que los médicos tienen esposas que se encargan de la casa, los niños y sus múltiples requerimientos; les cuidan el sueño después del turno, sacan a los niños o los hacen dormir cuando ellos necesitan estudiar o preparar un tema”.

Se supone que las leyes demuestran el avance de una sociedad y son el reflejo de ella. Pero el marco legal chileno no siempre considera las particularidades de los médicos, según explica el presidente de Falmed, Dr. Sergio Rojas. “El marco normativo de los médicos es sui géneris, no es lo común. Cuando se dictan estas leyes, se dictan normalmente para la mayoría de las personas que cumplen 44 horas diurnas, que trabajan para el Estado con un contrato. No se previó que hay otro tipo de contratos, y ahí entramos al mundo médico, que tiene



un contrato especial, de 22 horas, de 11, de 33, 34 o 28 horas semanales, con turnos de sábado y domingo. Aún no está claro si se tiene derecho a permisos administrativos en turnos de urgencia. Hay vacíos legales”.

Precisamente, esos vacíos son los que aborda permanentemente en su trabajo la Unidad de Defensa Laboral Médica, UDELAM. De los 244 casos patrocinados en 2015, un 12% corresponde a conflictos por incumplimiento de derechos derivados de la maternidad. Cuatro médicos con amplios conocimientos en derecho laboral, tres abogados y un periodista dan vida a esta unidad de trabajo de Falmed, que vela por otorgar asesoría oportuna y expedita a los facultativos afiliados en materias de índole laboral y administrativa.

La abogada de UDELAM, Patricia Núñez, explica que “los principales problemas –en el caso de las médicas– son el ejercicio de alimentar al hijo al volver del descanso posnatal, porque no se respeta el tiempo de trayecto si es que no hay sala cuna en el lugar de trabajo. También el cómo hacer efectivo el subsidio maternal que reemplaza la remuneración; y los montos de este subsidio, ya que las doctoras ganan más que el tope que fija la ley, que está determinado en UF”. A ello se suma, en el periodo de prenatal, el eliminar los turnos nocturnos –considerados trabajo pesado– luego

de las 20 semanas de gestación. “Ello implica cambiar a la doctora embarazada de las funciones que está prestando, porque así lo establece el Código del Trabajo. Ese es un caso que se da harto”, sentencia.

Lo positivo es que hay soluciones para las médicas que han recurrido a UDELAM. “En caso de los tiempos para amamantar, se empezó a respetar éste. También en el caso de una doctora que tiene mellizos (1 hora por hijo), se consiguió que se le otorgaran las dos horas. Asimismo, se logró que se considere el tiempo de trayecto cuando la sala cuna está fuera de la institución”, agrega la abogada Núñez.

El derecho a sala cuna es aquel que garantiza a las madres trabajadoras de empresas con veinte o más mujeres, de cualquier edad o estado civil, llevar a sus hijos a una sala cuna durante el tiempo que prestan servicios en la empresa. El empleador debe costear este beneficio, para lo cual tiene las opciones de mantener o construir salas anexas e independientes del local de trabajo, que sea de propiedad de la empresa; mantener con otros empleadores una sala cuna conjunta; o pagar una externa donde la trabajadora deje a sus hijos. Ésta debe contar con la autorización de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, JUNJI. En este caso, el empleador debe pagar también los pasajes

de traslado hacia la sala cuna y de regreso a la empresa.

En el caso de las médicas, Patricia Núñez explica que hay dictámenes de la Dirección del Trabajo desde 2008 en adelante que “ordenan se compense el beneficio cuando no existe sala cuna, se está en localidades apartadas o en turnos nocturnos, sin que implique una renuncia porque es un derecho irrenunciable de toda trabajadora”, aun cuando –añade– hay escollos legales en el sector público que no permiten destinar un fondo en otra cosa para lo cual no fue aprobado.

## CASOS ILUSTRATIVOS

En La Serena, el Colegio Médico y Falmed presentaron ante la Corte de Apelaciones de esa ciudad un recurso de protección en contra del Servicio de Salud de Coquimbo, debido a la discriminación que vivían las Dras. Karina Cisternas y María de los Ángeles Morales, quienes fueron suspendidas de su trabajo por estar con posnatal. Ambas médicas son parte de los 50 facultativos que realizan sus residencias en los hospitales de la Región de Coquimbo, a quienes el Ministerio de Salud sólo los reconoce como becarios, pero no como funcionarios públicos, cuestión que sería el fundamento legal para la medida tomada contra ellas.



“Embarazarse entre los 25 y 30 años, cuando recién estamos terminando nuestros estudios, coexiste con un proceso de formación pendiente”.

**Dra. Izkia Siches P.**  
PRESIDENTA DEL CONSEJO REGIONAL SANTIAGO.



“Los médicos tienen esposas que se encargan de la casa, los niños y sus múltiples requerimientos; les cuidan el sueño después del turno, sacan a los niños o los hacen dormir.”

**Dra. Zunilda Gambetta A.**  
PRESIDENTA DEL CONSEJO REGIONAL MAULE.



Las facultativas mencionadas estaban haciendo sus becas en psiquiatría y pediatría, respectivamente. Era fines de octubre de 2015 y cada una tenía un hijo de tres meses en brazos. Les pareció lógico tomar la opción de cuidarlos personalmente hasta los seis meses; pero a principios de noviembre se les avisó que la semana posterior tenían que volver a trabajar porque no tenían derecho a permiso posnatal parental, es decir, a aquél que –luego de las doce semanas del descanso posteriores al nacimiento–, la madre trabajadora tiene derecho a permanecer con su guagua un tiempo que depende de la decisión de la trabajadora, con las opciones de doce semanas sin reincorporación a sus labores, o dieciocho semanas reincorporándose a sus labores medio tiempo.

El presidente del Consejo Regional La Serena del Colegio Médico y secretario de Falmed, Dr. Jaime Bastidas, explicó en su oportunidad la gravedad de la situación. “El Código de Trabajo no distingue profesión y la nueva ley es igual para todos. Para las afectadas ha sido una angustia, porque están en todo el proceso de crianza de sus bebés, con lactancia materna, que es lo que el ministerio pide para los primeros seis meses de vida de los hijos. Es una incongruencia que el Ministerio de Salud, que fue el


que más peleó porque se avanzara de tres a seis meses en el posnatal y es el que más pide que las mamás se queden con sus guaguas, que críen, que les den pecho, sea el que le está restringiendo este derecho a la mujer trabajadora”.

La Dra. Karina Cisternas explica que en su caso tomó la beca estando embarazada, que dio aviso y consultó si podía tomar la beca, recibiendo una respuesta positiva, de que no había problema y que podría optar a todos los beneficios. “Yo no quise ser poco ética al entrar embarazada. Consulté”.

Finalmente, la primera semana de diciembre de 2015 el máximo tribunal de La Serena resolvió a favor de las becarias. El abogado jefe del Zonal Norte Chico de Falmed, Pablo Martínez, señaló entonces que el recurso presentado es “el más efectivo para resolver con prontitud. La Corte de Apelaciones de La Serena aprobó el avenimiento firmado entre el Servicio de Salud Coquimbo y las becarias. En este acuerdo, el Servicio de Salud les reconoce el derecho a su permiso posnatal parental en su calidad de becarias, a la luz de lo establecido en las normas sobre protección a la maternidad, paternidad y vida familiar, y lo prescrito en los tratados internacionales ratificados por Chile, los cuales le dan la más amplia

protección a la madre trabajadora, aun cuando esta se desempeñe en las situaciones más atípicas”.

Las vulneraciones de derechos que afectan a las médicas fueron planteadas a la ministra del SERNAM, Claudia Pascual, en una reunión realizada con la secretaria de Estado y directivos del Colegio Médico. “Se planteó todo esto. Ella se mostró interesada en abordar estos temas con el Ministerio de Salud. Es un ministerio nuevo, pero es un tema pendiente”, cuenta el Dr. Sergio Rojas.

La brecha entre hombres y mujeres cada vez es más estrecha, pero queda trabajo por hacer. El extraordinario camino que inició la Dra. Eloísa Díaz en 1880 cuando entró a la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, desarrollando una brillante carrera profesional, probablemente tuvo varios escollos que superar. Su caso era atípico. La única y primera mujer médico del país. Hoy la presencia de la mujer en la medicina es una realidad importante. De los más de 24 mil facultativos colegiados, el 40% corresponde a médicas. Por ello el Colegio Médico ha realizado y seguirá realizando acciones para que el Estado se modernice en la materia y genere condiciones laborales que permitan a una mujer realizarse como médica y madre, si así lo desea. 



“El marco normativo de los médicos es sui géneris. En la legislación no se previó que hay otro tipo de contratos, como los del mundo médico, que son especiales”.

**Dr. Sergio Rojas C.**  
PRESIDENTE DE FALMED.



“Es una incongruencia que el Minsal, que es el que más pide que las mamás se queden con sus guaguas, sea el que le está restringiendo este derecho a la mujer trabajadora”.

**Dr. Jaime Bastidas A.**  
PRESIDENTE DEL CONSEJO REGIONAL LA SERENA.



# FALMED

# MUCHO

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

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

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

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

## FALMED ENTREGA ASESORÍA EN OTRAS MATERIAS VINCULADAS AL TRABAJO MÉDICO:

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



DEFIENDE



ASEGURA

ASESORA



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



# MÁS QUE UN SEGURO



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

### MEDIA CUOTA

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

### CUOTA LIBERADA

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

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

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



# Falmed <sup>EDUCA</sup> OnLine



Navega por la versión digital de nuestra revista y accede a través de tus dispositivos móviles y de escritorio a contenido audiovisual, galerías de fotos, documentos y más.



#### LINKS

Sigue los vínculos para profundizar en temas de tu interés.



#### VIDEOS

Accede a material audiovisual complementario a nuestros contenidos.



#### LECTURA MOBILE

Texto ajustado para smartphones y tablets.



#### DESCARGAS

Extrae documentos oficiales completos.

Ingresa a [www.falmed.cl](http://www.falmed.cl)

Colección completa disponible

