

VIDAMÉDICA



COLEGIO MÉDICO DE CHILE / VOLUMEN 71 N°1 / ABRIL 2019



ESPECIAL SALUD MENTAL

PROYECTO LEY CULTIVO

SEGURO: ¿Cuáles son los beneficios de la Cannabis medicinal?

VOCACIÓN PÚBLICA:

Dra. Patricia Vásquez:
35 años al servicio de la salud del país

FALMED EDUCA:

Especial "Error médico", una completa guía para saber cómo abordarlo



EN ÑUÑO A

**HAY UN ACTUAL
PARA CADA UNO**

Busca el tuyo

EDIFICIO
Seminario
• 776 •

- Quincho con Fogón
- Piscina y Gimnasio
- A pasos de Barrio Italia
- ◆◆ Irarrázaval

Informaciones:
Tel. (56 9) 4 003 5444

EDIFICIO
ALTO
Dublé
— 2776 —

- Sala de Yoga
- Pet Zone
- Lounge
- ◆◆ Ñuñoa

Informaciones:
Tel. (56 9) 6 689 2359



EDIFICIO
PEDRO DE VALDIVIA
2793
NUNCA

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

ACTUAL
PARTE DE PAGO
RECIBIMOS TU PROPIEDAD



DESCUENTO EXCLUSIVO
COLEGIO MÉDICO **2%**

Imagen referencial, Salón Gourmet Edificio Campoamor.

- Cafetería
- Salón Gourmet y Lounge
- Quincho y Fogón
- ♦♦♦ Ñuñoa

Informaciones:
Tel. (56 9) 4 013 0762

A
EDIFICIO
CAMPOAMOR
3035
ÑUÑO A

- Piscina
- Salón Gourmet
- Sector Plaza Ñuñoa
- ♦♦♦ Chile España

Informaciones:
Tel. (56 9) 3 390 4748

1·2·3 dorm.
DESDE
UF 3.490*

* Precio desde corresponde a depto. 205 de 1 dorm. de Edificio Campoamor. Sujeto a disponibilidad de producto.

Programa de beneficios

actual
Plus

Visítanos en **actual.cl**
Una empresa actualcorp

EDITORIAL

“No hay salud sin salud mental”

Esta frase es el principio fundamental del Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS. Éste, tiene un enfoque integral y multisectorial, en coordinación de los servicios de los sectores sanitario y social, con especial atención en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación. La necesidad de realizar este esfuerzo nació del hecho de que hoy las enfermedades mentales, incluido el abuso de sustancias, son una de las primeras causas de años vividos con discapacidad en Chile y el mundo, generando costos sociales y económicos muy altos, afectando el desarrollo de las personas y los colectivos humanos.

Nuestra realidad nacional, lamentablemente, no cuenta con datos que nos permitan saber su impacto pormenorizado, ya que las cifras actuales se basan en estudios antiguos, sin representación nacional o con instrumentos no estandarizados. No obstante, es evidente que enfermedades como la depresión, las demencias, el autismo o el consumo de sustancias, cobran cada día más relevancia. De acuerdo a lo señalado por el Ministerio de Salud, sólo el 20% de los pacientes que lo requieren acceden a tratamientos de salud mental. A la vez, éstas son enfermedades con baja cobertura en los seguros de salud; y el gasto en salud mental hoy apenas supera el 2% del presupuesto total del área, muy por debajo de lo que invierten otros países.

Es indudable que hemos tenido importantes avances los últimos años, como la instalación de un modelo de salud mental con un enfoque comunitario, su progresiva incorporación en la atención primaria o la inclusión de algunas patologías al Plan de Garantías Explícitas en Salud. Las mejoras

conseguidas a la fecha nos plantean nuevos desafíos: el estigma que continúa asociado a las patologías de salud mental; la ausencia de evaluaciones del impacto de las políticas implementadas a la fecha; brechas de acceso que persisten; y el aún insuficiente avance en la instalación de un modelo con una mirada sistémica que apunte a promover la salud mental a nivel poblacional.

Más aún, sabemos que una gran cantidad de las consultas que recibimos de nuestros pacientes se deben a contextos sociales adversos, tales como la pobreza, el desempleo, trabajos precarios o la soledad. Es probable que un gran número de licencias de salud mental sean atribuibles a este tipo de causas relacionados al contexto político, social y económico en que viven las personas. ¿Acaso podrá la medicina hacerse cargo de estos problemas estructurales desde la clínica?

Ésta es una realidad que nos interpela como gremio. ¿Pero por dónde partir? ¿Qué cosas debemos hacer para lograr modificar una situación tan dramática y tan estructural? Como médicos, tenemos el deber de participar de manera activa en la discusión de políticas públicas que se basen en el respeto a los derechos humanos, promuevan la no discriminación y apunten a enfrentar estos desafíos.



DRA. IZKIA SICHES PASTÉN
Presidenta
Colegio Médico de Chile

Canquén Norte · Piedra Roja

Vive un nuevo concepto de amplitud

LANZAMIENTO
ETAPA 4



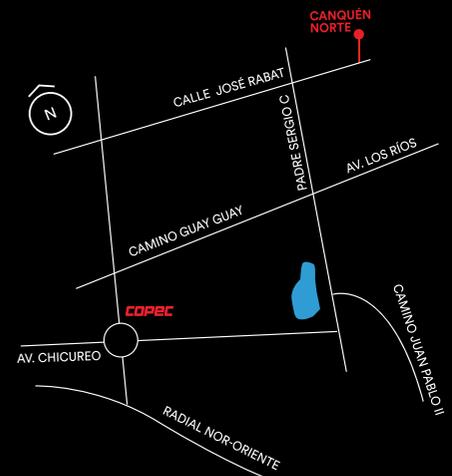
QUINCHO INCLUIDO

DISEÑO INNOVADOR EN COCINA

MÁS ILUMINACIÓN NATURAL

Exclusivas casas con amplios terrenos 4 · 5 Dorm + Estar + Servicios + Quincho

- ✓ Diseño que privilegia la amplitud de los espacios
- ✓ Excelentes terminaciones y equipamiento de cocina BOSCH
- ✓ Exclusivo condominio consolidado en el mejor sector de Piedra Roja
- ✓ Gran Parque Central de más de 5.000 m² para disfrutar la vida de barrio



📍 Av. José Rabat #12.000, Piedra Roja ☎ +569 4242 4249

siena.cl

siena
inmobiliaria

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

DIRECTORES

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

REPRESENTANTE LEGAL

Dra. Izkia Siches P.

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Izkia Siches P.
Dr. Patricio Meza R.
Dr. José Miguel Bernucci P.
Dr. Jaime Sepúlveda C.
Dra. Inés Guerrero M.
Dra. Natalia Henríquez C.
Dr. Juan Eurolo M.
Dr. Germán Acuña G.

**EDITORA PERIODÍSTICA
COLMED Y FSG**

Daniela Zúñiga R.

EDITORA FALMED

Mariela Fu R.

DIRECCIÓN DE ARTE FALMED

Pedro Soto P.

PERIODISTAS

Patricio Azolas A.
Patricio Cofré A.
Bárbara Roco P.
Alejandra Moreira B.
Paulo Muñoz A.
Marcela Barros M.
Patricio Alegre A.
Andrés Palacios P.
Red de Periodistas Regionales

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN COLMED

Carla Gutiérrez M.

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN FALMED

PALCO | Comunicaciones

PRODUCCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN

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

FOTOGRAFÍA

Comunicaciones Colmed y Falmed

MESA CENTRAL COLEGIO MÉDICO

Fono 2 2429 40 90

Las opiniones son de exclusiva responsabilidad de quienes las emiten.

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

Revista de circulación gratuita.

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



**COLEGIO MÉDICO
DE CHILE A.G.**



**FONDO DE
SOLIDARIDAD GREMIAL**



FALMED



FATMED

CONTENIDOS

08

COLUMNAS DE OPINIÓN

-“¿Cómo disminuir el alto costo en medicamentos?”, Dra. Constanza Micolich y Dr. Fernando Manríquez

-“VIH: ¿Qué hemos hecho mal?”, Dra. Yasna Alarcón

-“Hacia un cambio cultural en materia de donación de Órganos”, Dra. Anamaría Arriagada

10

COLMED INFORMA

12

COLMED REGIONALES

16

CONMEMORACIÓN

Día Internacional de la Mujer

18

REPORTAJE

Radiografía a la salud mental de Chile

22

SALUD MENTAL

¿Quién cuida a los médicos?

24

VOCACIÓN PÚBLICA

Dra. Patricia Vásquez: “Hemos fallado en la manera de abordar a los jóvenes en VIH”

28

DOCTORA MAMÁ

Mujeres unidas por la defensa del derecho a la maternidad

30

LEY DE CULTIVO SEGURO

¿Es beneficioso el uso de la cannabis medicinal?

32

ESPECIAL FALMED EDUCA

Error Médico ¿Cómo abordarlos?

60

FSG

Destacando la fidelidad y permanencia de los médicos

62

NUEVA DIRECTIVA MGZ

“Debemos seguir fortaleciendo una agrupación con 63 años de historia”

64

CLUB MÉDICO

Un espacio para la recreación y vida sana

66

SOCIALES

- 70 años Colegio Médico de Chile
- Día del Médico

70

MÉDICOS MAYORES

77

HISTORIA DE LA MEDICINA

Fray Andresito, Médico con ayuda de Dios

78

SALUD, CULTURA Y SOCIEDAD

Libros destacados

79

ACUERDOS

81

SENTENCIAS ÉTICAS

Columnas de OPINIÓN

¿CÓMO DISMINUIR EL ALTO COSTO DE BOLSILLO EN MEDICAMENTOS?



Dra. Constanza Micolich Vergara y Dr. Fernando Manríquez Vargas
Mesa Directiva Médicos Sin Marca

En el último tiempo, el tema del costo de los medicamentos ha sido de gran contingencia en nuestro país por la progresiva creación de farmacias populares, que surgen por los altos precios en las tres principales cadenas, y por la discusión del proyecto de Ley Fármacos II, que propone mejorar el acceso a estos productos a través de regulaciones en distintos niveles.

Estos fenómenos dan cuenta de un diagnóstico compartido: en Chile la salud de los ciudadanos depende del ancho de sus billeteras. Precisamente, el 32% del gasto de bolsillo (GDB) se destina a salud, lo que nos sitúa fuera del promedio de los países OCDE y que desfavorece a los más pobres, adultos mayores y mujeres. Y si desglosamos este ítem, los medicamentos se llevan el primer lugar, con 38%.

Estudios del Centro Nacional de Farmacoeconomía (CENAFAR) del año 2013, sobre el mercado chileno de los medicamentos, concluyeron que éste tiene grandes falencias: gran asimetría de información, oligopolio del mercado, escasa prescripción de genéricos y un mercado privado no regulado, dejando todo el poder a los profesionales que prescriben.

Una de las estrategias para disminuir los costos en salud y mejorar el acceso a medicamentos es favorecer la receta de genéricos bioequivalentes. A pesar de que en Chile ha ido en aumento, el incremento no se ha producido al ritmo deseable y muchos profesionales siguen mostrando cierta desconfianza respecto a su utilidad terapéutica. Dentro del mercado, los innovadores gozan de mayor prestigio entre los médicos, pero tienen un precio mucho más elevado, lo que la industria farmacéutica (IF) ha justificado debido al costo de los estudios clínicos. Lo que se ha obviado es que la IF gasta hasta el doble en marketing de lo que invierte en investigación y desarrollo, el que va principalmente dirigido a los médicos, y que se traduce, indudablemente, en el alto precio de los medicamentos. Para disminuir el costo de los tratamientos es imprescindible que la prescripción no sea sesgada por la acción de la industria farmacéutica. Este es uno de los objetivos de la Ley de Fármacos II, a través de la regulación de la receta, obligando al uso de la denominación común internacional (DCI) y prohibiendo la visita médica en establecimientos sanitarios. Los medicamentos son bienes de confianza, pues debido a la dificultad de que una persona no experta evalúe adecuadamente su valor, se hace necesario que un tercero experto guíe respecto de su adecuado acceso y uso. Es por ello que el acto de prescripción está cargado de responsabilidades, no sólo frente al paciente sino frente a toda la sociedad. Cabe recordar que el principio de uso racional de medicamentos indica que una prescripción adecuada resulta también del menor costo posible, por lo tanto, no es una opción cuidar del bolsillo de los consultantes, sino un deber.

VIH: ¿QUÉ HEMOS HECHO MAL?



Dra. Yasna Alarcón, *Infectóloga Hosp. Sótero del Río; Directora "SidaChile" y Coordinadora "Chile Tiene Sida"*

Chile es uno de los 10 países del mundo – y único de América- donde el VIH ha aumentado más de 50% en los últimos 10 años, según datos de la última Conferencia Internacional de SIDA 2018, y la mitad de los nuevos casos son jóvenes entre 15 y 29 años. ¿Qué hemos hecho mal? Al parecer, los avances en VIH/SIDA han sido más rápidos de las medidas que hemos sido capaces de implementar y nuestra cultura de aceptar. El 2013, ONUSIDA planteó la estrategia 90-90-90 para 2020, que apunta a que el 90% de las personas que tienen VIH lo sepan, 90% esté en tratamiento y 90% de ellos con virus indetectable en la sangre, de modo que el riesgo de transmisión sea mínimo (Indetectable = Intransmisible).

El objetivo es reducir para 2020 a solo 500.000 nuevos casos en el mundo. En Chile, se diagnosticaron sobre 7.000 el 2018 y entre el 30 y 40% de quienes tienen VIH, desconocen su condición, por lo que nuestro solo aporte aleja la meta mundial.

El que cada habitante conozca su estado serológico representa una responsabilidad con su salud personal y pública. He ahí la más difícil de todas las metas 2020: 0% discriminación. El temor a realizarse examen será tan grande como el estigma que genere la enfermedad. Si queremos lograr diagnosticar, tratar y prevenir nuevos casos, hay una meta que va más allá: desestigmatizar, lo que

HACIA UN CAMBIO CULTURAL EN MATERIA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS



Dra. Anamaría Arriagada

Comisión Trasplantes COLMED - Consejera Regional por Santiago

los pacientes llaman “la muerte social”. La estrategia de prevención promovida por ONUSIDA considera acciones biomédicas (testeo, acceso a tratamiento, profilaxis pre y post exposición, acceso a preservativos), pero también estructurales (leyes que protejan los derechos, abordaje de género, integración, reducción de estigma) y de comportamiento que tienen que ver con una educación sexual integral, independiente de credos y tabúes.

Afrontar el VIH representa un trabajo multidisciplinario desde el Ministerio de Salud, de Educación, de la Mujer, del Trabajo, de Justicia, de Cultura, y de los pueblos originarios, las minorías y la sociedad global.

La reciente Exposición “Chile Tiene Sida”, en el Museo de Bellas Artes, sacó a muchos de la Corporación SidaChile de sus nosocomios para encontrarse con artistas sensibilizados y sus majestuosas obras, capaces de generar un recorrido cargado de emociones. Y así como los artistas entraron a nuestros hospitales, conversaron con nuestros pacientes y con los equipos de salud, nosotros fuimos al museo e hicimos visitas guiadas sobre el VIH/SIDA con infografías y grandiosas obras de arte. 36.000 personas visitaron la exposición en los 50 días en que estuvo abierta, un flujo superior al que el museo está acostumbrado.

Los jóvenes sí quieren saber cómo prevenir las ETS, cómo vivir con VIH, cómo acompañar. Hagamos que los aportes de la ciencia lleguen a destino.

Desde el COLMED se ha creado una Comisión de Trasplantes con el objetivo de presionar y orquestar medidas que apunten a generar una Política Nacional en materia de donación y trasplantes de órganos. Pensando en eso y en partir con un Seminario sobre el tema, conversé con el Dr. Hernán Sandoval, para ver qué piensa este experto en políticas públicas, actual Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UDLA y miembro fundante del movimiento ciudadano “Patagonia sin Represas”. Hablamos sobre lo que él ve como carencias y también oportunidades, en la precaria situación chilena en la materia. Al terminar esta conversación, me quedó claro que nos falta mucho y lo primero será evaluar si efectivamente este tema está instalado en la opinión pública.

¿Qué significa que un tema sea de “interés público”? Primero, debe figurar en las encuestas sobre temas relevantes de una materia; debe movilizar iniciativas; ser noticia y materia de debates. Me pregunto si basta con que cada cierto tiempo, exista conmoción pública por un paciente -generalmente un niño o niña- esperando un órgano. Es probable que las personas “pasen de largo”, sigan con sus vidas, mantengan sus mismas creencias y mitos en esta materia, que miren como quien ve una película, un noticiero, una vitrina: se impacten y luego esperen a que venga la “anestesia” contra ese nuevo infortunio, que “menos mal afecta a otros y no a mí o a mi familia”. No hemos logrado unir a la vivencia, la emoción, la angustia, al paso siguiente, que es la movilización, el cambio de conducta y la disposición a donar.

Luego de años de trabajo desde una Unidad de Procuramiento y gestión hospitalaria, la Corporación de Trasplante y ahora el Colegio Médico, he llegado a la conclusión que este tema no puede quedarse en la esfera médica. Ésta es una parte importante -¿qué duda cabe!-, pero no lo agota. Enfrentarlo será también cosa de psicólogos, antropólogos, filósofos, comunicadores, agrupaciones de pacientes y el equipo de salud en su integridad. Siendo más específicos: es un tema frente al cual, más allá de nuestra labor sanitaria, importa cómo nos paramos como personas, con nuestra espiritualidad, valores, y sentido que damos a la vida, su trascendencia y la muerte.

Aceptar que nuestra visión como médicos es sesgada e incompleta, será un primer paso. Obligatoriamente tendremos que tender puentes hacia la sociedad en su conjunto, para entenderla, conocer lo que piensa y cree, reinterpretarla y trabajar en conjunto.

A ver si entonces realmente empieza un camino nuevo, de nuevas maneras de funcionar y organizarnos. Quizás entonces lleguemos a instaurar una política sanitaria en materia de donación de órganos, que impacte en las personas, se haga cargo de las dificultades y obstáculos y los vaya superando en el tiempo.

Por el bien de los dos mil pacientes de nuestra lista de espera, desde el COLMED ¡esperamos que así sea!

COLMEDINFORMA

COLMED Y MINSAL SUSCRIBEN CONVENIO PARA AUMENTAR ESPECIALISTAS EN EL SECTOR PÚBLICO



El acuerdo contempla un concurso para cien nuevos cargos de planta, para médicos que terminan su etapa de formación. Este proceso se llevará a cabo en los próximos meses y busca disminuir el déficit de profesionales en el sistema público. Además, el convenio incluye el compromiso del Ministerio de Salud de enviar un proyecto de ley para modificar el artículo 8 de la Ley N° 20.816, con el objeto de otorgar la asignación de estímulo por competencias profesionales a todos los especialistas que se desempeñan en la Atención Primaria de Salud.

LA ORDEN SERÁ PARTE DE EQUIPO DE TRABAJO QUE MODIFICARÁ CAPÍTULO V DEL CÓDIGO SANITARIO



Un grupo de 15 expertos, coordinados por el Dr. Oscar Arteaga, además de representantes de los colegios profesionales, sociedades científicas y organizaciones civiles, serán los encargados de generar un Proyecto de Ley de la modificación del capítulo V del Código Sanitario: "Del ejercicio de la Medicina y profesiones afines". El Ministro detalló que el plazo de trabajo se extenderá por 18 meses, tras los cuales enviarán el correspondiente proyecto de Ley al Parlamento.

GREMIO PARTICIPA EN AUDIENCIAS PÚBLICAS DE LA CIDH POR CONTAMINACIÓN EN ZONAS DE SACRIFICIO



En representación del Colegio Médico de Chile, la Dra. Juanita Fernández (Consejo Regional Valparaíso) participó en la 171° sesión de audiencias públicas de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en la que se denunció la situación de las llamadas "zonas de sacrificio" en Chile. La profesional fue parte de una delegación integrada por Alejandra Donoso, abogada de la Defensoría Ambiental, y Katta Alonso, presidenta de la Agrupación Mujeres en Zonas de Sacrificio, quienes se refirieron a la contaminación en Antofagasta, Puchuncaví, Huasco, Coronel, Tocopilla y Mejillones.

DRA. IZKIA SICHES SE REÚNE CON PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN CHILENA DE MÉDICOS EXTRANJEROS



En el encuentro con el Presidente de la Asociación Chilena de Médicos Extranjeros, Dr. Juan Carlos Riera, se abordó la problemática de la certificación y habilitación de títulos de profesionales médicos que han cursado sus estudios en otros países y se acordó iniciar acciones conjuntas en los puntos de interés común, tales como un proyecto de ley unificador para este sistema; propuestas para optimizar los tiempos de validación; exigir la aplicación de las correcciones al EUNACOM realizadas por la OPS/OMS, entre otras.

MINSAL FRENA APLICACIÓN DE RESOLUCIÓN 89 Y ACUERDA FIJAR NUEVOS PRECIOS DE HONORARIOS EN CONJUNTO CON COLMED



Tras conocerse la Resolución Exenta N° 89 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que fijaba el valor por macrozona para la hora de reemplazo contratada a través de honorarios, bajando considerablemente el precio de las mismas, la Mesa Directiva Nacional inició gestiones para revertir la medida. Finalmente, la cartera decidió suspenderla y se acordó un trabajo conjunto con el Gremio para realizar un diagnóstico y fijar nuevos valores, acordes al mercado. Ya se han generado algunas propuestas, las cuales han sido compartidas con los colegiados a través de sus respectivos Consejos Regionales.

COLEGIO MÉDICO CONSTITUYE SU PRIMERA COMISIÓN DE SALUD DIGITAL



Tras una convocatoria abierta para profesionales interesados en la salud digital, cerca de 20 profesionales -y otros que se sumaron vía streaming-, llegaron hasta la sede del Consejo Nacional del Colegio Médico para conformar este grupo de trabajo que buscará generar contenidos que sirvan de apoyo para guiar la definición de las posturas del Gremio respecto al uso de tecnologías y diferentes plataformas en el ejercicio de la medicina o la gestión de información en centros asistenciales. La coordinación de la comisión quedó a cargo del Dr. Alex Recabarren. Quienes quieran sumarse, pueden enviar un correo a saluddigital@colegiomedico.cl

DRA. SICHES SE REÚNE CON PRESIDENTA DE ASOFAMECH



El encuentro con la máxima autoridad de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH), Dra. Patricia Muñoz, tuvo como objetivo conversar sobre temas de interés común y generar una alianza estratégica con las universidades; abordar posibles mejoras en el sistema certificación y habilitación; además de avanzar hacia una política de autocuidado de los estudiantes. Asimismo, conversaron respecto a la normativa de campus clínicos y acordaron realizar un trabajo coordinado en este ámbito.

COLEGIOS PROFESIONALES SOLICITAN AL GOBIERNO QUE RETOME TRAMITACIÓN DE LEY QUE REESTABLECE TUICIÓN ÉTICA



El Secretario Nacional, Dr. José Miguel Bernucci, y dirigentes de la Federación de Colegios Profesionales, participaron en una reunión con el Jefe de Gabinete del Ministerio de la Secretaría General de la Presidencia, donde solicitaron que el Ejecutivo retome la tramitación de la iniciativa legal que reestablece la tuición ética a los Colegios Profesionales y que se encuentra en primer trámite constitucional en la Cámara de Diputados desde 2009. El objetivo es contar con más atribuciones para el control entre pares y sancionar las malas prácticas, con miras a regular el ejercicio profesional y mejorar la probidad.

GREMIO CONMEMORA SUS 70 AÑOS GENERANDO ACUERDOS PARA MEJORAR LA SALUD DE CHILE



Con un seminario en el Ex Congreso Nacional, con la participación de actores del mundo político, académico, sanitario y social, se conmemoraron las siete décadas del Colegio Médico. En la actividad participaron el Ministro de Salud, Emilio Santelices, y los pdtes. de las comisiones de salud del Senado, Guido Girardi, y de la Cámara de Diputados, Juan Luis Castro. Los paneles de discusión fueron integrados por el senador Francisco Chahuán; la Pdta. del Colegio de Matronas, Anita Román; Sonia Covarrubias (Chile Libre de Tabaco) y Jany Gutiérrez (Cabildo Abierto Quintero-Puchuncaví), a cargo de abordar acciones en torno al medioambiente, consumo de tabaco y alcohol, alimentación saludable y educación sexual. Y por la senadora Carolina Goic; el diputado Miguel Crispi; Cecilia Rodríguez (Alianza Pacientes); y el Tomás Lagomarsino (Mesa Social por el Derecho a la Salud), quienes debatieron sobre políticas de medicamentos y financiamiento del sistema sanitario, entre otras.

COLMED REGIONALES

ARICA: Consejo Regional coordina trabajo conjunto con Rotary Club



Un operativo médico conjunto en sectores rurales de la región y apoyar el programa de prótesis para amputados, fueron los principales acuerdos logrados en una reunión de trabajo sostenida en el mes de enero, en la que participaron el presidente y el vicepresidente del Consejo Regional Arica, doctores Víctor Vera y Hernán Sudy; y el Presidente y el Secretario del Rotary Club de dicha ciudad, Juan Vargas y Eduardo Espinoza, respectivamente. Estas iniciativas apuntan a enfrentar distintas necesidades de la comunidad y se espera concretarlas durante el primer semestre de este año.

IQUIQUE: Colegio Médico condena agresión que afectó a funcionaria del Hospital Regional



Un femicidio frustrado en contra de una administrativa del recinto asistencial, alertó a la directiva local, presidida por la Dra. Lía Muñoz, la cual solicitó a las autoridades aumentar la seguridad en los centros de salud y agilizar proyecto de ley para endurecer penas, ante la escalada de violencia que ha afectado a los equipos de salud en el último tiempo. La trabajadora fue apuñalada por su ex pareja, quien la abordó en la entrada de dicho recinto asistencial, a minutos de comenzar con su jornada laboral, pese a que tenía una orden de alejamiento. Los dirigentes solicitaron también que esta agresión no quede impune y se apliquen sanciones ejemplares.

ANTOFAGASTA: Gremio llama a decretar zona de emergencia sanitaria por arsénico



En diciembre de 2018, la Seremi de Salud de Antofagasta reconoció ante el Consejo Regional el riesgo de 30 mil personas afectadas con el metaloide en la capital de Segunda Región, luego de que los primeros resultados de 1500 muestras expusieran la existencia de 117 afectados (60 mujeres, 37 hombres y 20 niños). Ante esta situación y actuando en consecuencia con el trabajo desarrollado en torno a esta problemática, el Consejo Regional Antofagasta del Colegio Médico, llamó a la autoridad a decretar zona de emergencia sanitaria por arsénico, que permita a Antofagasta acceder prontamente a los fondos de necesarios y enfrentar la grave contaminación. Además, insistió en la urgencia de una ley de polimetales para la ciudad, similar a la normativa vigente en Arica.

LA SERENA: Agresión a médica de Vicuña culmina con multa a la responsable y prohibición de acercarse a la víctima



En julio del año pasado, la madre de un paciente atacó a la Dra. Natalia Villalón, lanzándole el monitor de un computador en su cabeza, tras insistir reiteradamente en que se atendiera a su hijo, pese a que no contaba con síntomas clínicos que ameritaran una atención de urgencia por sobre una serie de pacientes que en ese momento estaban siendo derivados en ambulancias por situaciones de gravedad. La profesional de Hospital San Juan de Dios de Vicuña resultó con heridas menos graves, por lo que el Tribunal de Garantía de la ciudad sancionó a la autora de la agresión con una multa de 1 UTM y la imposibilidad de acercarse a la víctima por un año.



EDIFICIO
CORINTO
VITACURA

INMOBILIARIA INSPIRA

BIENVENIDO A BLACK LABEL LIVING

Edificio boutique de Inmobiliaria Inspira ubicado en un sector residencial de Vitacura, destinado a convertirse en el ícono de esta comuna. Complemento perfecto de la vida de barrio y cercano a diferentes servicios.

8 pisos de altura. | 45 departamentos. | 2 y 3 dormitorios. | Desde 90,86 m² hasta 163,78 m² totales.
Todos los departamentos incluyen tecnología domótica integrada.
Venta en verde. | 20% de pie. Modalidades de pago y Transbank.

CONTÁCTANOS
AL WHATSAPP
+569 7213 0051

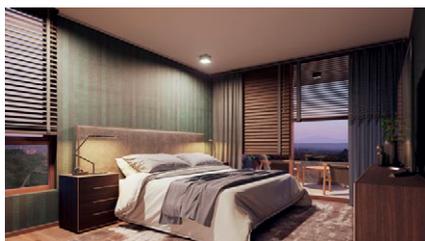
VISITA
SALA DE VENTAS
CORINTO 1820,
VITACURA.

MÁS INFORMACIÓN



Horario de atención:

Lunes a domingo de 10:30 a 14:00 y de 15:00 a 19:00 hrs.



Las imágenes, textos y planos contenidos en este material fueron elaborados con fines ilustrativos, no constituyendo necesariamente una representación exacta de la realidad, su único objetivo es mostrar las características generales del proyecto. Al momento de efectuar su compra verifique la disponibilidad, precio, características y las especificaciones definitivas que tendrá el proyecto. Estas podrían experimentar modificaciones. Lo anterior se informa en virtud de lo señalado en la Ley 19.472.



Inmobiliaria Inspira



inmobiliaria_inspira



Inmobiliaria Inspira



Inmobiliaria Inspira



Inmobiliaria Inspira

www.inspira.cl

inspira



Vive diferente

COLMEDREGIONALES

VALPARAÍSO: Colmed presenta propuesta para una Reforma Integral al Financiamiento de la Salud



En diciembre pasado, el Departamento de Salud Pública del Consejo Regional Valparaíso organizó un encuentro en el Hospital Carlos Van Buren, para dar a conocer la propuesta de financiamiento elaborada por la comisión de expertos convocada por el Colegio Médico y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. El objetivo de la actividad fue impulsar el debate respecto a los cambios necesarios en el sistema sanitario en Chile, específicamente en torno a los recursos económicos que aporta el Estado y los seguros de salud existentes. El documento tiene como eje central un Seguro Único de Salud, que incorpora a toda la población, sin discriminaciones de ningún tipo, teniendo entre sus objetivos avanzar en el corto plazo en la reducción del gasto de bolsillo; mejorar la oportunidad de la atención; unificar todas las fuentes de financiamiento, entre otros.

SANTIAGO: Hospital San Borja sale a la calle y más de 300 funcionarios se unen a las movilizaciones

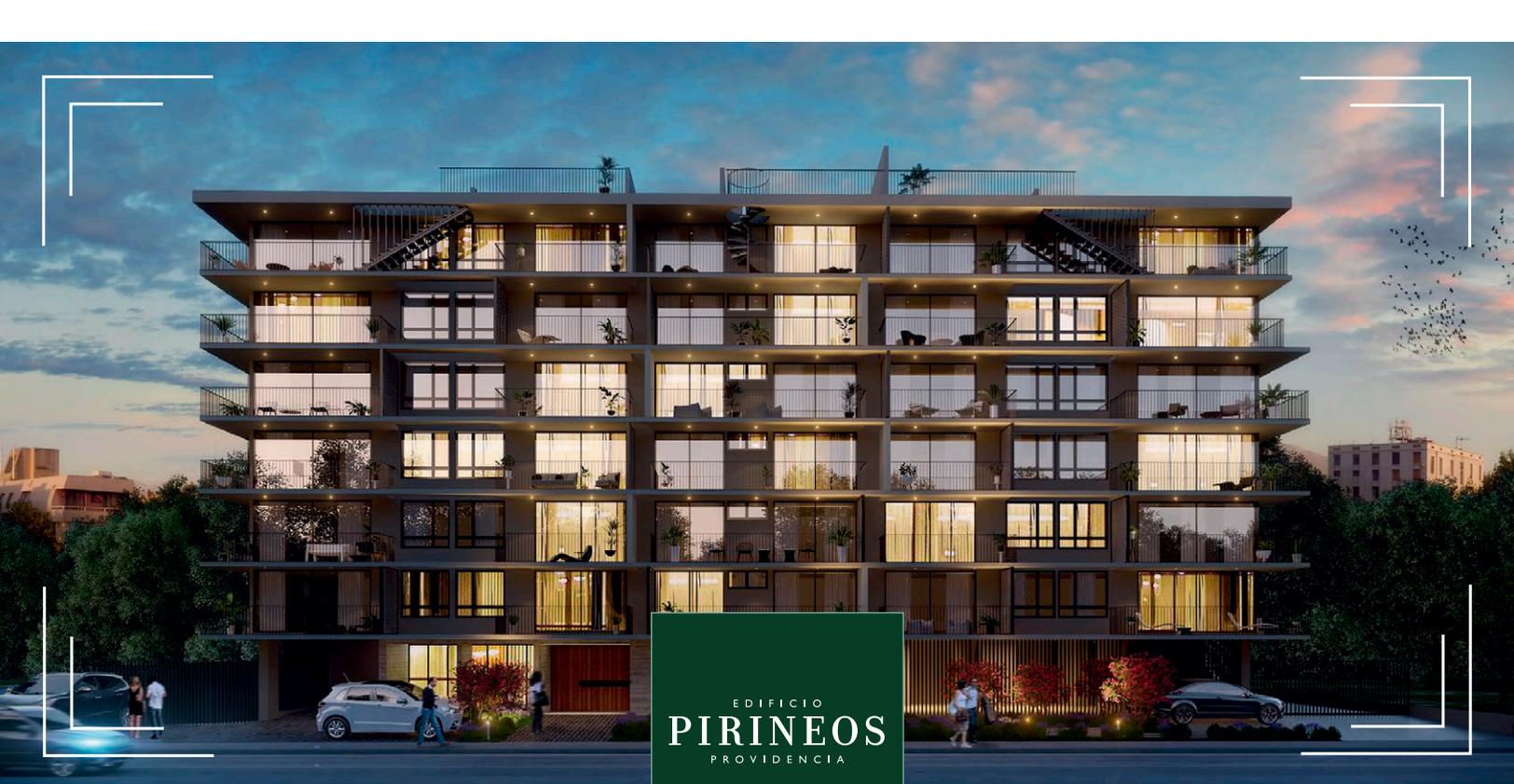


En el mes de enero, surgió un movimiento que reunió a funcionarios de todos los estamentos del recinto e incluso a los mismos pacientes, en torno a la solicitud al ministerio de Salud de medidas concretas para solucionar la crisis que afecta al recinto asistencial, consecuencia de la falta de inversión en infraestructura y recursos humanos, que impacta directamente en la calidad del servicio que se entrega a los usuarios. Durante estos meses, dirigentes de los distintos gremios presentes en el San Borja han conversado con representantes de la cartera de salud, pero la oferta de la autoridad ha sido insuficiente.

LOS ÁNGELES: Dr. Medina participa en lanzamiento de libro “Nacidos para luchar”



Con la presencia del Presidente del Consejo Regional Los Ángeles, Dr. Luis Medina, y autoridades locales, se presentó la 3ª versión del libro “Nacidos para luchar”, que reúne experiencias frente al cáncer de pacientes y funcionarios del Servicio de Salud Biobío, trabajo mancomunado entre dicha repartición pública y la Universidad del Desarrollo, que prestó apoyo para la edición y la reedición de la versión anterior. Este año, fueron 11 los trabajos seleccionados, divididos en las categorías de poesía y prosa. En esta última, el primer lugar fue para el relato “Me acuerdo”, de Joaquín Escudero Fernández; mientras que obtuvo mención honrosa el texto “Tardes de sol”, del doctor Luis Correa Hermosilla. En poesía, el primer premio lo obtuvo Silvana Bustos Catalán, con la composición “¿Cuánto más?”; y la mención honrosa fue para Víctor Pedrero, con “S.O.S.”.



EDIFICIO
PIRINEOS
PROVIDENCIA

INMOBILIARIA INSPIRA

BIENVENIDO A TIMELESS LIVING. BIENVENIDO A PIRINEOS.

Edificio que combina perfectamente la esencia de la comuna de Providencia, usando elementos arquitectónicos de los años 50 con un estilo moderno que rompe el concepto tradicional. Está ubicado en un sector privilegiado de Providencia y a sólo 3 cuadras de la estación de metro Inés de Suárez. Cercano a comercios, colegios, supermercados, restaurantes, parques, plazas, bancos y todo lo que necesites.

7 pisos de altura. | 41 departamentos. | 1, 2 y 3 dormitorios. | Desde 64 m² hasta 116,8 m² totales.
Todos los departamentos incluyen tecnología domótica integrada.
Venta en blanco. | 20% de pie. Modalidades de pago y Transbank.

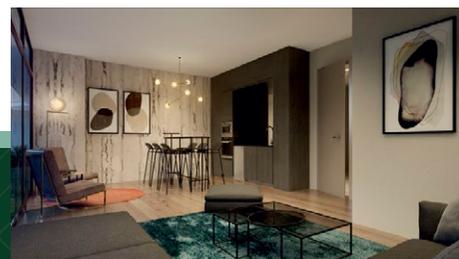
CONTÁCTANOS
AL WHATSAPP
+569 9435 6102

VISITA
SALA DE VENTAS
PIRINEOS 2002,
PROVIDENCIA.

MÁS INFORMACIÓN



Horario de atención: Lunes a domingo de 10:30 a 14:00 y de 15:00 a 19:00 hrs.



Las imágenes, textos y planos contenidos en este material fueron elaborados con fines ilustrativos, no constituyendo necesariamente una representación exacta de la realidad, su único objetivo es mostrar las características generales del proyecto. Al momento de efectuar su compra verifique la disponibilidad, precio, características y las especificaciones definitivas que tendrá el proyecto. Éstas podrían experimentar modificaciones. Lo anterior se informa en virtud de lo señalado en la Ley 19.472.

8 de Marzo: DÍA INTERNACIONAL DE LA MUJER

En este día, que reivindica la lucha por los derechos de las mujeres, la Mesa Directiva Nacional y la Comisión de Género y Salud del Colegio Médico de Chile realizaron distintas actividades para conmemorar esta fecha, rindiendo homenaje a todas las médicas a lo largo del país, recordando a las que fueron pioneras, como Eloísa Díaz y Ernestina Pérez; y a todas las que día a día trabajan por construir un entorno y una sociedad más equitativa. El llamado estuvo centrado en reflexionar sobre las prácticas de discriminación y abuso contra las mujeres y en ser partícipes del cambio de paradigma, porque la violencia de género es un problema de salud pública.

LANZAMIENTO SEGUNDO VIDEO #ENSALUDTAMBIÉN

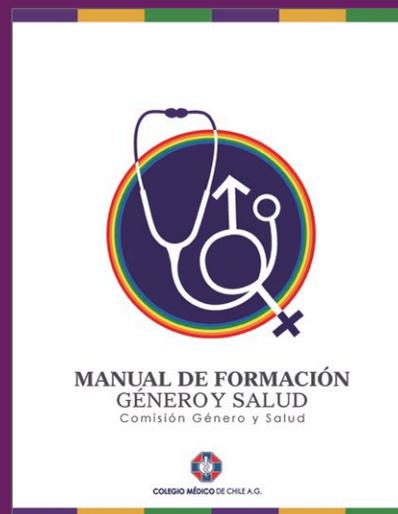


agresiones sexuales o subdiagnósticos médicos. La invitación es a reflexionar en torno a ellas y a ser parte del cambio. El material audiovisual está disponible en el canal de YouTube ColmedChile y en nuestro sitio web.

Continuando con la campaña #EnSaludTambién, que se presentó en marzo de 2018, con un llamado a denunciar y eliminar ciertas situaciones de acoso, abuso o discriminación entre colegas, este año se difundió a través de las redes sociales del Colegio Médico un nuevo video, que en esta oportunidad pone el foco en visibilizar situaciones de violencia de género en la práctica médica que afectan a las pacientes, desde la violencia obstétrica, pasando por no respetar la identidad de género, cuestionamientos en casos de

PRESENTACIÓN MANUAL DE FORMACIÓN EN GÉNERO Y SALUD

La Comisión de Género y Salud del Gremio elaboró este documento que reúne en 19 capítulos las principales clases de los destacados expositores que participaron en los tres módulos del curso gratuito que se impartió durante los meses de junio, julio y agosto de 2018. El texto busca entregar herramientas teóricas para comprender la importancia de este determinante social de la salud y para otorgar una atención no sexista y con enfoque de género. Este curso, al cual asistieron más de 400 personas, fue realizado en el Aula Magna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. En el primer módulo, se impartieron los fundamentos teóricos sobre género, identificando dicha temática como una determinante clave para una atención no sexista. El segundo, profundizó la invisibilizada realidad que vive la diversidad sexual a la hora de la atención médica; y en el último, se entregaron herramientas prácticas para llevar a cabo cambios efectivos en la red de salud. El material está disponible en la página web del Colegio Médico de Chile.



COLEGIO MÉDICO DESTACA TRAYECTORIA DE DRA. MARISA MATAMALA



En la ceremonia de conmemoración del Día Internacional de la Mujer, el Colegio Médico de Chile entregó un reconocimiento a la Dra. María Isabel Matamala Vivaldi, destacada médica feminista, por su incansable defensa de los derechos de la mujer. La profesional es médica cirujana de la Universidad de Chile y pediatra de la misma casa de estudios. Fue fundadora de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe; encargada del área de género de la oficina chilena de la Organización Panamericana de la Salud y responsable del equipo que creó el Observatorio de Equidad de Género en Salud en Santiago y en Temuco. También, fue distinguida por el Consejo Regional Santiago con el premio “Eloísa Díaz”. Actualmente, es parte de la Comisión de Género y Salud de la Orden.



GREMIO PARTICIPÓ EN MARCHA POR EL DÍA INTERNACIONAL DE LA MUJER

Por primera vez, representantes de la Mesa Directiva Nacional junto a un grupo de médicas y médicos, se sumaron a la tradicional marcha que se realiza cada 8 de marzo por la Alameda, en Santiago, y que este año reunió a más de 200 mil personas. Los facultativos asistieron con sus delantales blancos, con el fin de dar una señal de compromiso como gremio para terminar con prácticas de acoso, abuso y discriminación hacia colegas y pacientes; además de proteger la salud y el respeto de los derechos de las mujeres, considerando que la violencia de género es un problema de salud pública.

PREMIACIÓN CONCURSO FOTOGRAFÍA “MUJERES EN LA PRÁCTICA MÉDICA”

Con el fin de conmemorar este día, relevando la labor diaria de las facultativas, se realizó el primer concurso de fotografía “Mujeres en la práctica médica”. Felicitamos a todos quienes se animaron a participar e hicieron llegar sus trabajos, especialmente a la ganadora, la doctora Marcela Amar Catalán, Jefa del Equipo de Cirugía de Mamas de la Clínica Dávila, con “Mujeres por una mujer”; y a los doctores Fernando Quiroga (2° lugar), Esteban Sepúlveda (3° Lugar) y Carla Saldías (Mención Honrosa), por sus obras “La última ronda”, “Miradas” y “Donde comienza Chile”, respectivamente. Todas las fotografías que participaron están disponibles en el Facebook del Colegio Médico.



sugiere a Chile con una ley... Debido a la depresión al gobierno... Relato de un suicidio en el Metro: testigo de incidente muestra lo peor de la sociedad chilena

Vidas virtuales idealizadas pueden llevar a trastornos de la autopercepción Redes sociales y presión de pares elevan alza de problemas mentales en los adolescentes

EL DÍNAMO
NACIONAL ACTUALIDAD EDUCACIÓN OPINIÓN DEPORTES AMBIENTE VIDEOS REPORTAJES MUJER DÍNAMO

Bomberos evacuó sector de Vitcura tras muerte de hombre por cianuro

Por su parte, la fiscalía local ordenó la presencia de la Brigada de Homicidios de la PDI, a fin de descartar la intervención de terceras personas en la muerte de este hombre.

Hacia una Reforma de Salud Mental en Chile

Los 5 grandes vacíos de la salud mental en Chile

Deudas, desafíos y medidas RADIOGRAFÍA A LA SALUD MENTAL EN CHILE

Organización Internacional de la Salud Mental: Más del 10% de los chilenos adultos presentan depresión o bipolaridad

El bullying a la salud mental

emol Nacional
Santiago, Miércoles 13 de marzo del 2019 | Actualizado 18:25

respuesta de Metro de Santiago ante crítica persona que cayó a las vías

chile

Por exigencia y poco tiempo libre: Estudio revela alto nivel de estrés, depresión y consumo de fármacos contra el sueño entre estudiantes de Medicina

Salud mental en Chile: la otra cara del malestar social

T13 TELEVISIÓN
CRISIS EN VENEZUELA MEDIDORES INTELIGENTES PERMISO DE CIRCULAR

Las enfermedades mentales que más afectan a los chilenos, sus síntomas y los tratamientos

¿Se avanza en salud mental en Chile?

dehumanización como trasfondo de los suicidios
Costanera Center

FONDOS MUTUOS
Dólar Obs: \$ 665,68 | -0,21% IPSA 0,45%
UF: 27.565,76
IPC: 0,00%

Uno de cada cinco chilenos ha sufrido alguna enfermedad psiquiátrica en el último año. Pese a eso, los recursos destinados por el Estado a ese tipo de patologías son menos de la mitad de lo recomendado por organizaciones internacionales. Un problema silencioso, que se ha tornado un serio peligro, convirtiéndose, incluso, en la segunda causa de muerte entre los más jóvenes.

Por Patricio Cofré A.

Cada día, son miles de pacientes los que llegan a hospitales, clínicas y consultas médicas para preguntar por alguna molestia que va desde dolores de cabeza, ahogos, bajas de ánimo, brotes alérgicos, tics, ataques de llanto o ira. Muchos de ellos no tienen relación con patologías físicas, sino que son una primera alerta de un riesgo silencioso y que muchas veces cuesta descubrir.

Depresión, bipolaridad, esquizofrenia, trastornos de personalidad, ansiedad, crisis de pánico, fobias, son solo algunas de las enfermedades de salud mental que se pueden manifestar a través de múltiples síntomas somáticos. En ocasiones, ni el entorno, los profesionales del servicio público o los alcances de cobertura privada logran reconocer estos casos o dar una solución a estos pacientes.

Según cifras del Ministerio de Salud, la encuesta de Calidad de Vida del 2017 reveló que el 22% de la población asume haber padecido una de estas patologías y durante 2018, solo en el Programa de Salud Mental, se recibieron cerca de 4,1 millones de consultas.

“Es complejo definir lo que es la salud mental. Es imposible separarla de las condiciones de vida, trabajo, jubilación, barrios saludables o de ingresos económicos. Es un problema que excede a los psiquiatras, a los médicos e incluso al sistema sanitario, es un problema que exige de la sociedad una respuesta que no puede ser aislada, si no intersectorial. Si no hay salud mental, no hay salud”, explica el Dr. Luis Ibacache.

El psiquiatra y académico de la Universidad de Chile, es el primer encargado de la Comisión de Salud Mental del Colegio Médico, espacio que comenzó su funcionamiento en agosto pasado con el fin de abordar este tema de forma integral, analizar cifras, ser un interlocutor con diversos organismos y generar propuestas al respecto.

Con el profesional, concuerda la doctora Graciela Rojas, psiquiatra de la Universidad de Chile, primera mujer que ocupa el cargo de Directora del Hospital Clínico de esa casa de estudios y quien lideró el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la misma entidad entre 2002 y 2010. Asegura que “la tremenda inequidad social que tenemos, la violencia en todas sus facetas, el sobreendeudamiento de la población para aumentar su consumo y la educación, que debería entregar herramientas para enfrentar situaciones estresantes, no es la mejor. En cualquier descripción que se haga de nuestra sociedad uno se encuentra con condicionantes sociales que nos afectan”.

ESCENARIO PREOCUPANTE

En el último tiempo, han sido recurrentes las noticias en los medios de comunicación y redes sociales sobre suicidios en espacios públicos, como centros comerciales o el metro, y sobre la prevalencia de enfermedades como la depresión o la bipolaridad entre la población nacional, temas de los que antes no solía hablarse con tanta frecuencia.

Pese a eso, la doctora Rojas asegura que los estudios indican que las cifras respecto a este tipo de patologías se mantienen estables en las últimas décadas.

“Antes de los 90, la salud mental estaba totalmente invisibilizada en Chile, no teníamos estudios, ni preocupación, ni planes de salud pública. Las primeras investigaciones de esos años, llegaron a la conclusión de que una de cada cuatro personas que vive en sus casas presenta trastornos, una cifra similar al 25-30% de hoy”, dice.

El jefe del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, Dr. Matías Irarrázaval, comenta que “efectivamente los datos no muestran un aumento de las enfermedades mentales, tampoco las tasas de suicidios. Las cifras son claras en relación a eso, pero no significa que estamos bien. No es un aumento de la enfermedad, si no de la necesidad de la población de ser tratada y atendida adecuadamente”.

El especialista explica que “en países de ingresos medio-altos de la región, las cifras de Chile son similares o un poco más bajas. Cuando no hacemos la división por grupos, nuestra prevalencia es un poco más alta”.

Pero aunque los números se mantengan relativamente estables, no dejan de ser una señal de alerta que no se puede dejar pasar. Los reportes más recientes indican que el 6% de las personas tuvo depresión en el último año; que el suicidio es la segunda causa de muerte entre adolescentes; que de las atenciones del Programa de Salud Mental del Minsal, 63% fueron a mujeres y de ellas, las que viven en situación de vulnerabilidad tienen entre 5 y 10 veces más de probabilidades de padecer una depresión. Entre los adolescentes, en tanto, se incrementaron las prestaciones entre 2014 y 2018 en 17,3% en el tramo de 10 a 14 años y en 24,9% en el segmento de 15 a 19. En el caso de los adultos mayores, el 1% sufre de demencia; el 7% de deterioro cognitivo y el 11% de trastornos mentales.

La doctora Rojas alerta, además, que el futuro no es auspicioso, considerando el consumo excesivo de drogas y alcohol en la población, que se asocian significativamente con el desarrollo de adicciones o patologías mentales.



“Es imposible separar la salud mental de las condiciones de vida, de trabajo, de jubilación, de barrios saludables o de ingresos económicos. Este es un problema que exige de la sociedad una respuesta que no puede ser aislada, si no intersectorial. Si no hay salud mental, no hay salud”

Dr. Luis Ibacache.
Encargado de la Comisión de Salud Mental del Colmed



“Para reducir las cifras de prevalencia en la población general, especialmente en jóvenes y mujeres se necesitan más recursos. El 2% actual es insuficiente. La cifra que invirtamos tiene que tener un control riguroso de cumplimiento de indicadores”

Dra. Graciela Rojas.
Directora Hospital Clínico U. de Chile



“Una diabetes tiene una buena cobertura, pero un trastorno bipolar, no. Esa disparidad queremos que se revierta desde el punto de vista legislativo, es decir que exista misma cobertura. No es adecuado separar la naturaleza de las enfermedades y hacer coberturas diferenciadas”

Dr. Matías Irrazaval.
Jefe del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud

“Los jóvenes duplicaron el consumo de marihuana entre el año 2001 (15%) y el 2017 (30%). Mientras que la mitad, a los 15 ha consumido alcohol o una droga”, precisa.

DEL 2 AL 5%

Durante el gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, uno de los principales focos del trabajo en esta materia estuvo en la actualización del Plan Nacional de Salud Mental. El desarrollo de la iniciativa se extendió por cerca de dos años e incluyó la participación de 1.600 personas de diversos ámbitos, entre ellos miembros de la academia, de organizaciones sociales y colegios profesionales.

La ex ministra de salud, doctora Carmen Castillo, fue la encargada de liderar el proceso que terminó con un documento presentado a fines de 2017. “Había un plan que estaba vigente desde el año 2000 y había muchas nuevas situaciones en base a la Encuesta Nacional de Calidad de Vida para revisar cómo las comunidades estaban enfrentando problemáticas como la depresión, estrés, ansiedad, el consumo masivo de drogas, el alcoholismo, qué hacer con las demencias, con los adolescentes con situaciones de vulneración. Había mucho insumo que se fue trabajando para un plan que fuera importante y un sustento para una futura Ley de Salud Mental, que consideramos que debe existir”, señala.

Una vez iniciada la administración del Presidente Sebastián Piñera, comenzó una nueva fase para esta iniciativa, explica el doctor Irrazaval. “No hemos hecho cambios, es un plan que se consensuó, pero viene la etapa de bajarlo a acciones e indicadores concretos que permitan avanzar con una línea de tiempo y recursos definidos. Es un desafío, porque hay directrices bastante claras y requiere de una implementación para ver cómo impacta en la población”.

Una de las principales metas del proyecto, es precisamente uno de los puntos que se reconoce transversalmente como una necesidad fundamental para mejorar sustancialmente el sistema: el incremento desde el 2-2,4% del presupuesto del Ministerio de Salud destinado este ítem, al 5%.

El encargado de la materia en la secretaría de Estado reconoce que “en la media de los países de América, el gasto es del 2%, pero Chile por su nivel de ingresos medio alto debería tener 5% de la carga económica destinada a ese ítem, eso es el desdese. Si uno se da cuenta que este tipo de enfermedades causan un tercio de las incapacidades y causa 20% de discapacidad y muerte prematura, requiere de un soporte aun mayor”.

Para la doctora Rojas, esta medida es fundamental para atacar el problema de fondo. “Para reducir las cifras de prevalencia en la población general, especialmente en jóvenes y mujeres se necesitan más recursos. El 2% actual es insuficiente. Hoy, países como Jamaica, Brasil, Uruguay, están mejor que nosotros. Además, la cifra que invirtamos tiene que tener un control riguroso de cumplimiento de indicadores”, señala.

Actualmente, el ejecutivo se encuentra analizando la presentación de un proyecto de Ley de Salud Mental y otras herramientas para aumentar el presupuesto a los niveles recomendados internacionalmente.

DEUDAS

Una de las principales falencias para el tratamiento de este tipo de enfermedades dice relación con el acceso, tanto en el sistema público como en el privado. El psiquiatra Nicolás Zamorano, integrante de la Comisión de Salud Mental del Colegio Médico, explica que “en el sector público, hay ciertas coberturas de patologías incluidas en las Garantías Explícitas en Salud (GES) para el trastorno bipolar, el consumo de alcohol en adolescentes, depresión y esquizofrenia, pero el resto quedan bastante desplazadas y el acceso a especialistas es muy restringido. En las Isapres, en comparación con el resto de la salud, las coberturas son irrisorias. Cubren poco o no cubren y eso no ocurre así en el resto de la medicina”.

El doctor Irrarázaval plantea que ese es uno de los puntos que el gobierno espera resolver a la brevedad. “Hay mayor cobertura para situaciones físicas que para las mentales. Una diabetes tiene una buena cobertura, pero un trastorno bipolar, no. Esa disparidad que se ha causado por efecto de los seguros, es un tema que nos preocupa que se revierta desde el punto de vista legislativo, para que exista la misma cobertura. No es adecuado separar la naturaleza de las enfermedades y asegurarlas de manera diferenciada”, relata.

La doctora Castillo, en tanto, apunta a desigualdades territoriales. “Están concentrados la mayoría de los elementos de alta complejidad en Santiago y no en el resto del país. Muchas veces el acceso se dificulta mucho dependiendo de donde uno viva. En regiones no hay profesionales suficientes en el sector público”.

A su juicio, también es imperioso comenzar a avanzar en

campañas para la prevención, en especial de conductas suicidas, estrés laboral y realizar jornadas de buenas prácticas en esos ámbitos.

Otra de las principales deudas es reducir la estigmatización de las enfermedades y aumentar la capacidad de acoger la recuperación de personas con patologías psiquiátricas, desde trabajos especiales, hasta licencias médicas que permitan la reinserción paulatina.

Para el doctor Ibacache, hay que mejorar los procedimientos legales para fortalecer los derechos de este tipo de pacientes, en especial a la hora de que se les declare interdictos, se les realice procedimientos no reversibles o para internarlos contra su voluntad en caso de ser necesario.

Una problemática que, a su juicio, no ha sido abordada de la manera correcta es en el segmento infanto juvenil. “No contamos con infraestructura, personal, tampoco con un trabajo de prevención. Incluso hay pocos lugares donde se hace la especialización”.

La doctora Rojas, concluye planteando una interrogante con respecto a la efectividad de los tratamientos: “no tenemos un estudio hoy en día en que se haya evaluado cómo responde el sistema en enfermedades mentales, en el sector privado, ni en el público. No sabemos cómo lo estamos haciendo. Hemos puesto énfasis en los números de camas, de prestaciones, de revisiones, pero su calidad hay que revisarla. No basta con decir tantas personas están siendo atendidas o tratadas, sino cuántas se están mejorando. En cuántas estamos aplicando un tratamiento efectivo. Eso, no lo sabemos”.

SALUD MENTAL EN CIFRAS

22%

De los chilenos asume haber padecido una de estas patologías y durante 2018.

4,1 millones

De consultas fueron recibidas en 2018 en el marco del Plan de Salud Mental.

2 - 2,4%

Del presupuesto del Ministerio de Salud es destinado a patologías y trastornos mentales.

6%

De la población declara haber tenido depresión el último año. 63% del total, son mujeres.

24,9%

Fue el aumento de prestaciones por salud mental en jóvenes de 15 a 19 años, entre 2014 y 2018.

17,3%

En el tramo de 10 a 14.

11%

De los adultos mayores sufre algún trastorno mental.

Salud mental:

¿QUIÉN CUIDA DE LOS MÉDICOS?

A nivel mundial, se estima que entre el 10 y 12% de los facultativos pueden sufrir burnout, depresión, ansiedad o alguna adicción, debido al estrés y la alta carga laboral que enfrentan. Las cifras preocupan, pues la calidad de la atención del paciente depende de que los profesionales estén bien. Distintos países ya han desarrollado iniciativas de cuidado para los colegas y, en Chile, nuestro Regional Concepción está trabajando en un programa piloto que aspiran replicar a nivel nacional.

Por: Daniela Zúñiga R. y Paulo Muñoz A.

En octubre de 2018, el nuevo presidente de la Asociación Médica Mundial (AMM), Leonid Eidelman, planteó su preocupación por la salud mental de los colegas, en su discurso de apertura de la Asamblea General que se realizó en Reikiavik, Islandia, cuando advirtió que de los más de 10 millones de facultativos en el mundo “casi la mitad de ellos tienen síntomas de agotamiento definidos como agotamiento emocional, desconexión interpersonal y un bajo sentido de realización personal. Esto influye negativamente en la calidad de la atención y acorta el tiempo de vida que un médico puede practicar la medicina”.

De acuerdo al dirigente, esto “es síntoma de un problema mayor, un sistema de salud que sobrecarga de trabajo cada vez más a los médicos y subestima sus necesidades. Tienen una increíble cantidad de estrés laboral al enfrentar una creciente carga administrativa, mayores costos operacionales, nueva tecnología y un incremento de la demanda de pacientes por una atención de primera línea”.

Aunque los estudios de la realidad nacional son escasos o acotados, existe variada evidencia internacional en la materia. El reciente reporte nacional publicado por Medscape en enero de 2019, sobre *burnout*, depresión y suicidio en médicos, reveló que el 44% indicó sentir un agotamiento extremo; el 11% estaba angustiado o triste y el 4% tenía depresión severa. Además, que el burnout afecta más a las mujeres (50%) que a los hombres (39%), pues enfrentan también el cuidado de los hijos y responsabilidades del hogar. En general, responde a largas jornadas de trabajo, falta de descanso, sistemas de registro complejos, sobrellevar la enfermedad o muerte de un paciente y una compensación escasa a todo este esfuerzo.

En la misma línea, un estudio presentado en el último Congreso Anual de la American Psychiatric Association (APA) de 2018, realizado por la Dra. Deepika Tanwar, del Programa de Psiquiatría del Harlem Hospital Center, en Nueva York,

concluyó que los médicos tienen una tasa más alta de suicidio que cualquier profesión: el riesgo entre los hombres es el doble que en la población general y en mujeres es el triple o el cuádruple.

La investigación señala que el estrés comienza en la universidad y continúa en la residencia, con grandes exigencias y competitividad, condiciones que se repiten en cualquier parte del mundo, incluido nuestro país. Estudios de distintas universidades chilenas avalan esta hipótesis y señalan que los alumnos de carreras del área de la salud muestran una prevalencia del 36% de síntomas de estrés y en el caso específico de Medicina, la depresión y ansiedad es cercana al 40% y 13% sufre de *burnout* severo¹.

Estas cifras son preocupantes, considerando que la calidad y la seguridad de la atención del paciente dependen de que los médicos estén bien. Por ello, algunos colegios profesionales de España, Estados Unidos, Canadá, Australia, Uruguay y Argentina, entre otros, han desarrollado programas de ayuda para sus colegas. Actualmente, nuestro Colegio Médico está trabajando también para ser parte de este grupo.

AL RESCATE DE LOS MÉDICOS

El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), nació en España hace 20 años y se ha convertido en referente en Europa y el mundo. Surgió por iniciativa del Colegio de Médicos de Barcelona y, actualmente, funciona en todo el país, bajo la coordinación y financiamiento de la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSPOMC). A la fecha, han apoyado a más de 4.200 galenos, con excelentes resultados: más del 65% ha solicitado ayuda de manera voluntaria y cerca del 90% se han reincorporado a su trabajo habitual.

El Dr. Serafín Romero, presidente de la Organización Médica Colegial de España, destaca su importancia, ya que “los

estudios coinciden en que el médico que enferma suele utilizar circuitos inadecuados de solicitud de atención, donde se incluyen autodiagnóstico y autotratamiento, consultas de pasillo o indirectas y un mal seguimiento terapéutico e higiénico/dietético. Cuando a esto se le suma el estigma asociado a un proceso mental y/o adictivo la cosa empeora aún más”.

En cuanto a las claves del éxito de esta iniciativa, afirma que lo principal es que “garantiza la confidencialidad del médico afecto en todo el proceso, lo que facilita el acceso. Su abordaje profesional es especializado, tiene buenos resultados y emana de la misma profesión y el Colegio de Médicos”.

Agrega que “es una excelente herramienta de responsabilidad social corporativa de las asociaciones gremiales, que enlaza con la función de garantizar la mejor asistencia a los ciudadanos, al reconocer que podemos enfermar y como consecuencia podemos caer en la mal praxis. Esto es único en comparación con el resto de las profesiones”.

En Concepción, nuestro Consejo Regional ha decidido comenzar un trabajo de prevención y apoyo para los profesionales. “Con el correr de los años, hemos constatado que hay muchos problemas de salud mental en médicos en la zona -aunque estos datos son universales-. Tenemos muchos suicidios, casos de adicción y de depresión”, relata el Dr. Germán Acuña, presidente de nuestro regional y miembro de la Mesa Directiva Nacional.

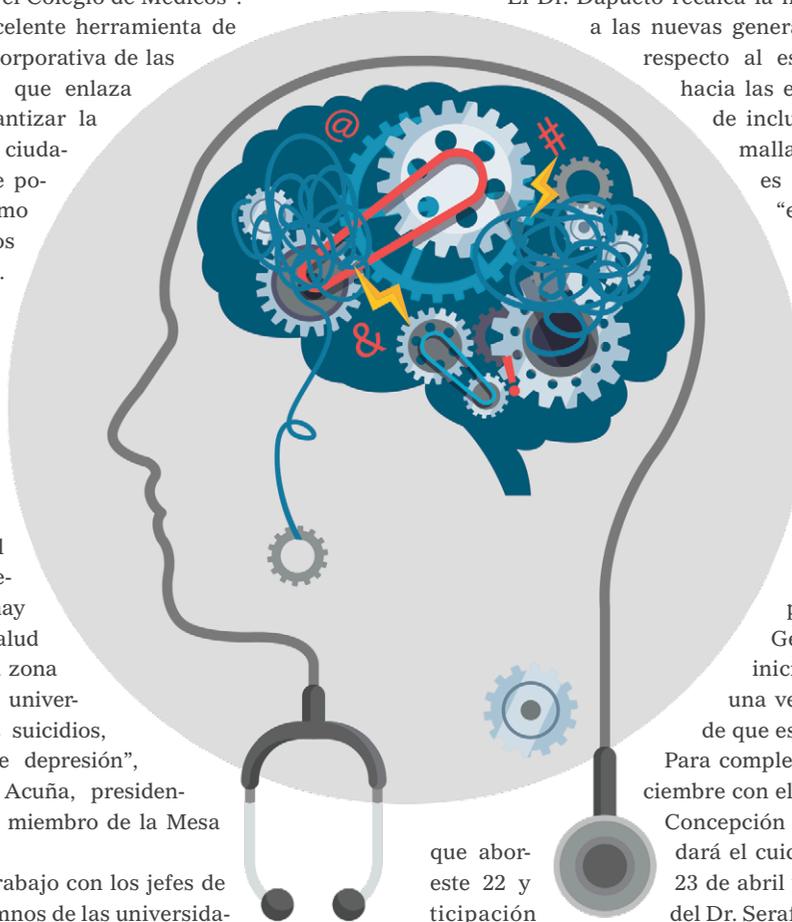
Para ello, iniciaron un trabajo con los jefes de carrera y centros de alumnos de las universidades que imparten medicina en Concepción. “Uno de los factores que más afectan la salud mental de los médicos es el bullying, que comienza el primer año de universidad. La mayor parte de los estudiantes de medicina en Chile han sido los mejores alumnos de sus cursos y llegan a un lugar donde hay mucha competencia y se genera una condición nueva, a la que no estaban acostumbrados. Luego, en el periodo de internado, los jóvenes caen en *burnout*, porque tienen jornadas absolutamente agotadoras y al día siguiente tienen que rendir exámenes. Otro momento fuerte es la residencia o beca, donde

se supone que el becado es un esclavo, no come, no descansa, tiene que hacer todo y llueven las frases como ‘si no es ahora no será nunca’, ‘te tienes que esforzar ahora para cosechar’”, subraya el Dr. Acuña.

Asimismo, para la conmemoración de la semana del médico, en diciembre pasado, invitaron al Dr. Juan José Dapuetto, a cargo del programa de Bienestar Profesional del Colegio Médico de Uruguay (BienPro), quien dictó dos charlas, una dedicada a alumnos y docentes y otra sobre el cuidado del médico enfermo.

El Dr. Dapuetto recalca la necesidad de ir formando a las nuevas generaciones y las sociedades respecto al estigma y discriminación hacia las enfermedades mentales y de incluir el autocuidado en las mallas curriculares. Además, es enfático al señalar que “es el momento de que las asociaciones profesionales se empiecen a preocupar de ello, porque es algo que lleva tiempo. Hay que darle mucha difusión, pero ser cauto en cómo se presenta, que sólo busca que se solucione su problema de salud y que de ninguna manera tiene un componente de supervisión o disciplinario. Genera mucha resistencia inicial, pero se logra superar una vez que la persona entiende que estamos para apoyarlo”.

Para complementar lo iniciado en diciembre con el Dr. Dapuetto, el Regional Concepción realizará un seminario el 22 y 23 de abril y que contará con la participación del Dr. Serafín Romero. Este hito será esencial para la definición de cómo llevarán a cabo este proyecto. De momento, el Dr. Germán Acuña adelanta que “lo que nos interesa es generar acciones que permitan disminuir esto, que tengan como base la confidencialidad, para lo que, probablemente, vamos a tener una oficina de atención en nuestro Regional, ayuda de otros colegas en sus consultas o visitas domiciliarias, según sea necesario. A esto vamos a sumar la prevención desde el primer año de medicina, a través de este trabajo conjunto con las universidades, los jefes de carrera y centros de alumnos de Medicina”.



¹¹Luis Iribarra, Pamela Mery, María Jesús Lira, Dr. Mauricio Campos, Sebastián Irrarrázaval y Francisca González. ¿Cómo es la calidad de vida reportada por los estudiantes de Medicina? Revista Médica de Chile, 2018, 146:1294-1303.



Dra. Patricia Vásquez:

“HEMOS FALLADO EN LA MANERA DE ABORDAR A LOS JÓVENES EN VIH”

Lleva 35 años en el servicio público, durante los cuales ha sido testigo y parte del cambio que ha vivido el tratamiento de esta enfermedad en Chile. La profesional se desempeña como jefa de la Unidad de Medicina del Hospital San Juan de Dios, recinto que conoce desde su infancia cuando acompañaba a su padre a hacer las visitas de pacientes los fines de semana; el mismo donde se formó y al que define de manera tajante: “es mi casa y mi familia”.

Por: Patricio Cofré A.

Recuerda con nostalgia los días en los que junto a su padre visitaban el Hospital San Juan de Dios y luego recorrían la Quinta Normal. En los pasillos del histórico recinto de Huérfanos con Matucana, la Doctora Patricia Vásquez vivió sus primeros acercamientos con la medicina cuando apenas era una escolar y, más tarde, ese mismo centro asistencial se transformó en el lugar donde se formó como médica, una influencia que venía en su sangre: su fallecido padre y su madre han sido destacados doctores del sistema público. “Este lugar está en mi ADN, es mi casa, me siento en familia”, dice.

Hace 25 años, su vocación la llevó a buscar trabajo en ese recinto que tanto conocía. Fue directamente a hablar con las autoridades de la época para ver la opción de encontrar un espacio allí, pero luego de una breve conversación, le dijeron que no existían cupos. “Estaba triste, esperando micro, cuando veo corriendo a un auxiliar del hospital que venía a decirme que el doctor a cargo recordó que había renunciado el encargado de VIH y como yo tenía algunos cursos y experiencia con pacientes en el banco de sangre de El Salvador, me pidió que tomara ese lugar”, rememora.

Después de un cuarto de siglo, hoy es la jefa de la Unidad de Medicina del establecimiento, pero su carrera ha destacado, además, por su labor en materia de VIH. Formó a mediados de los 90 el equipo de infectología que da tratamiento a los pacientes que tienen este virus. “Cuando estudié no pasamos esta patología, porque recién existían los primeros reportes. No se hablaba de VIH, se hablaba de la enfermedad gay, la enfermedad rosa, por lo tanto, ha sido un privilegio ser parte del desarrollo de los avances de los tratamientos para esta enfermedad”, cuenta.

Hace 25 años era un síndrome que tenía muchos mitos y pocas herramientas, ¿cómo fue trabajar con el VIH en esa época?

En el Hospital El Salvador tuve contactos con los primeros donantes de sangre que vivían con VIH. No había prácticamente nada, dónde derivarlos ni quién los atendiera. Ya en el San Juan de Dios, tampoco teníamos terapia, iniciamos las primeras y se fueron agregando otras, pero solo para algunos pacientes. Teníamos que ver a quienes se las dábamos. Era una angustia y un desafío enorme.

Era una enfermedad con un gran estigma, ¿cómo se reflejaba eso?

Era muerte, desolación y homosexualismo. Esa era la triada de cómo era visto por la gente. Cuando partimos, no solo discriminaban a los pacientes, nos discriminaban a nosotros. Incluso, me pidieron que buscara otro lugar para atender. Estábamos en el área broncopulmonar, porque el doctor a cargo tenía esa especialidad, pero como se había ido, me pidieron que no siguiera ahí. Nadie quería recibirlos en sus dependencias. Finalmente, me acogieron en el policlínico de Medicina. El estigma llegaba a cosas que son insólitas a estas alturas. Muchas veces se acercaban médicos a conversar y te decían “mejor no sigamos hablando porque van a pensar que tengo Sida” o se excusaban “no te puedo ofrecer un café porque vienes de atender a tus pacientes”. Costó, fue un trabajo largo, penoso, hasta poder lograr, hospital por hospital, incorporarlos al sistema.

Al inicio era casi acompañar a la muerte, ahora es completamente diferente...

Al principio los pacientes ni siquiera se hospitalizaban porque



no había nada más que ofrecer. Con una enfermera nos conseguimos un auto y partimos a hacer visitas a domicilio, a ponerles suero, a ver su estado. Fue una época muy fuerte, recuerdo haber llorado un montón de veces. Vivimos eso con mucho dolor. Por suerte, hemos avanzado enormemente. Desde el inicio del AUGE y el GES tuvimos un cambio radical en el manejo de la enfermedad y el acceso a la terapia. Pasamos desde no tener nada a contar con garantía al tratamiento, eso obligaba a armar equipos con sicólogos, químicos, matronas. La atención de esta enfermedad es multidisciplinaria y muy exitosa. A nivel médico, las personas con VIH tienen todas las opciones, los reciben en todas las unidades como cualquier otra enfermedad y eso es un logro enorme.

¿Qué factor ha jugado la salud pública?

La salud pública ha tenido un rol importantísimo en la terapia, la comenzó a entregar antes que las Isapres. Como tratantes, sufrimos esta enfermedad junto a nuestros pacientes, por no darle todo lo que sabíamos que podíamos ofrecerles. Primero, porque no había, y luego por la falta de acceso. Que hoy tengamos equipos con tantas personas involucradas en la atención de VIH es un logro del sistema público. Hay que dar la próxima pelea que es el diagnóstico oportuno.

¿Qué significa para usted trabajar en el sector público?

Es un privilegio poder atender a la gente que más lo necesita, compartir con colegas de un gran prestigio. Poder formar a nuevos médicos, compartir con profesionales no médicos y todo el intercambio que hay en un hospital público. El tipo de pacientes que uno atiende y todo lo que uno puede aportar es un regalo. Siento gratitud de poder estar acá.

EL VIH HOY

Durante los últimos meses, se dieron a conocer las cifras de nuevos casos de la enfermedad. Según las estimaciones del Ministerio de Salud, el incremento fue de cerca de 7 mil pacientes. Esto, significa un aumento del 95% de los nuevos casos entre los detectados en 2010 y los de 2018. Los datos generaron un amplio debate durante el verano, mostrando las diferentes posturas desde el sector sanitario. Mientras la máxima autoridad de la cartera, el Dr. Emilio Santelices, aseguró que el incremento tenía entre sus factores la migración y el uso de la píldora del día después, el Colegio Médico, la Sociedad Chilena de Infectología y el Comité Consultivo de SIDA de esa entidad, refutaron el análisis del representante del Ejecutivo.

¿Por qué han empeorado las cifras y han aumentado los casos?

Hemos fallado en la manera de abordar a los jóvenes, porque tenemos que llegar a ellos, debido a que es el grupo al que se están sumando la mayoría de los nuevos casos. Se le perdió el respeto o el miedo a la enfermedad. Creo que falta meterse en los ámbitos de los jóvenes, donde ellos se mueven, promocionar campañas en aplicaciones de citas, cosas que muchas veces no conocemos. Hacemos campañas para televisión y los jóvenes ya no ven televisión. Hemos sido pacatos y dejamos a las mujeres fuera. Por eso tenemos que seguir luchando para que la gente se haga el diagnóstico, que es nuestro gran problema, porque las personas no se lo están haciendo a tiempo.

¿Qué le han parecido los argumentos que se han dado sobre el incremento de nuevos casos?

Creo que la visión del ministro se debe revisar. Estoy completamente de acuerdo con lo planteado por varias agrupaciones,



entre ellas la Sociedad Chilena de Infectología. Es decir, si bien hay casos nuevos que corresponden a migrantes, el problema sigue siendo de la población chilena y, con respecto a el efecto de la píldora del día después en los datos, no hay ningún estudio que sustente esa opinión.

¿Cuáles son los principales factores de la situación que se vive hoy con la enfermedad?

Hay poca conciencia de cómo se adquiere la infección y falta educación sexual a todo nivel, desde el hogar y los colegios, hasta las campañas que no han sido frecuentes ni adecuadas para impactar en el grupo de jóvenes vulnerables. Eso se ve reflejado en la última encuesta nacional de salud que ha demostrado el poco uso de preservativo. Las personas deben hacerse permanentemente exámenes. Desde el punto de vista lógico, si se tiene actividad sexual no protegida, existe la posibilidad de estar expuesto a la enfermedad.

¿Cómo se puede previsualizar la situación a mediano plazo?

Estamos en un momento incierto de cómo va a seguir este proceso. Todas las estadísticas en salud se demoran mucho. Necesitamos conocer los detalles, las etapas de la enfermedad en los pacientes, no es inmediato. Probablemente seguirán aumentando los casos si se hacen más test. Es esperable que ocurra eso con todas las campañas que se están realizando. La idea es que tomemos una actitud más proactiva y que las personas vayan a hacerse el examen de forma natural, así, se van diagnosticando en etapas tempranas, lo que permite que se controle en el tiempo para que sea indetectable y el riesgo sea nulo. La idea es que los nuevos diagnósticos no se realicen esperando que tenga algún síntoma o durante el embarazo. Tenemos que avanzar mucho en el diagnóstico temprano. Es una de las principales metas que debemos cumplir.

LA “CURA” DE LA ENFERMEDAD

A inicios de marzo, se dio a conocer una noticia que causó un alto impacto mediático: científicos informaron que un hombre de Londres llevaba un año y medio en remisión de VIH. Esto ocurrió luego de un trasplante de médula para tratar un cáncer y es el segundo caso en el mundo de “curación” de un paciente.

La doctora Vázquez ha seguido atenta el desarrollo de estos logros, pero asegura que la situación permitirá avances significativos en los estudios, sin que la fórmula utilizada en ambos casos se pueda replicar masivamente. “El trasplante de médula es un tremendo procedimiento, no es una opción como tratamiento para alguien. Es absolutamente impracticable en la persona que tenga VIH, pero ayuda a la investigación, en ver opciones a futuro. Estos casos han servido para estudiar los mecanismos del VIH, plantear líneas de investigación a nivel molecular, es un hito sin duda alguna”, comenta.

Asociación Doctora Mamá

MUJERES UNIDAS POR LA DEFENSA DEL DERECHO A LA MATERNIDAD

En noviembre, un grupo de médicas creó un grupo de chat para compartir experiencias en torno al embarazo, la crianza y la compatibilidad con el trabajo. Poco a poco, comenzaron a sumarse más integrantes y a denunciar situaciones abusivas y discriminatorias en su entorno laboral, por lo que decidieron unir fuerzas. Hoy, cuentan con más de 2.200 miembros activos y están organizadas para exigir que mejoren estas condiciones.

Por: Daniela Zúñiga R.

Tras la explosión de la ola feminista en 2018, las demandas de las mujeres por la equidad de derechos se han hecho escuchar cada vez con más fuerza. Terminar con el acoso y abuso sexual en todos los espacios y contextos, el fin de la violencia de género e igualdad de condiciones en el trabajo, son algunas de las exigencias que llegaron para quedarse.

Este imperativo de cambio también llegó al Gremio, que ha buscado hacerse cargo de estos problemas, con la creación de una Comisión de Género y Salud y la campaña #EnSaludTambién, que aborda este asunto como un problema de salud pública y visibiliza malas prácticas hacia médicas y pacientes.

Otro tema que ha surgido con fuerza, es el respeto a los derechos de protección a la maternidad, que muchas veces son pasados a llevar, especialmente durante la beca o residencia.

Ante esta realidad, en noviembre de 2018, un grupo de madres médicas comenzaron a organizarse. Lo que comenzó como un chat entre amigas y colegas para generar redes apoyo, pasó a ser la “Asociación Doctora Mamá Chile”, un grupo de Facebook que hoy reúne a más de 2.200 mujeres en todo el país y que tiene como objetivo unir fuerzas para cambiar las inequidades a las que se ven enfrentadas a diario y buscar en conjunto cómo solucionarlos, con un gran espíritu de sororidad entre todas las participantes.

“Empezamos a agregar amigas y colegas al grupo de Facebook y nos sorprendió la excelente respuesta. En pocas horas ya había 200 integrantes y a los pocos días éramos 800. Hoy, luego de 4 meses, somos más de 2.200 miembros activos, entre mamás y futuras mamás, y seguimos creciendo”, cuentan sus organizadoras.

Decidieron no tener una directiva y funcionar en forma cooperativa, formando una comunidad participativa y no jerárquica. Se coordinan de manera digital, principalmente a través de Facebook y WhatsApp. A través de una encuesta que respondieron más de 400 participantes, pudieron conocerse un poco y obtener algunos datos bastante interesantes:

el promedio de edad es de 34 años; la mayoría es de Santiago, Concepción y la Región de Valparaíso; las especialidades más frecuentes son Medicina Interna, Pediatría, Psiquiatría y Medicina Familiar y el 85% de ellas se desempeña en el sistema público de salud.

Respecto a las problemáticas que han podido detectar, relatan que “nos han impactado algunas situaciones realmente abusivas, como mantener a la embarazada en turno hasta por 22 horas o hacerla trabajar 50 horas semanales”. Y agregan que “hay mucho desconocimiento de los derechos laborales y existe un ‘estigma cultural’ con la maternidad.

Muchas temen exigir sus derechos para que no la miren mal o quedar como conflictivas. Vemos que hay muchos vacíos legales, como

la hora de lactancia en turnos, los reemplazos en el prenatal, lo que se traduce en que las realidades varían mucho entre hospitales. En el sistema privado, muchas están contratadas a honorarios, por lo que no tienen derechos relacionados con la maternidad y la protección de la vida familiar. Falta una normativa actualizada y adecuada a la madre médica trabajadora”.

Las profesionales añaden que “hemos visto bastante violencia psicológica y exigencias que van más allá de las capacidades físicas de la doctora embarazada. Hemos sufrido en carne propia el estigma patriarcal, que se reproduce en nuestros espacios de trabajo, donde te hacen sentir que por ser madre pierdes capacidades como profesional. Vivimos estresadas, intentando



hacer coincidir nuestros múltiples roles. Hemos visto cómo compañeras becadas, han tenido que hacer miles de alegatos y trámites para que sus hijas e hijos tengan derecho a sala cuna y lo que implica en términos morales hacer valer el permiso por lactancia: algunas hemos tenido que extraernos leche escondidas en los baños del hospital”.

Explican también que la realidad es disímil y queda mucho a criterio de sus superiores. “Hemos escuchado y leído de todo, desde casos donde hay un gran apoyo de los jefes de servicio y en otras en donde se han sentido francamente discriminadas por la maternidad”, puntualizan.

Sobre las causas, creen que los recintos ni sus reglamentos están preparados para acoger a las trabajadoras madres. “Tenemos que cambiar el paradigma y apoyarlas como equipo de Salud, en vez de hacerlas sentir que son un problema. Esto es cultural, por eso se debe visibilizar que el patriarcado es violento de forma sistémica y nosotras no estamos ajenas a eso”, concluyen.

Las médicas hacen hincapié en la necesidad de informarse qué beneficios laborales les corresponden, así como los que entrega el Colegio Médico, para poder exigirlos. Por otro lado, solicitan que se actualice la normativa de derechos laborales en la Salud Pública. “Debe ser más clara y universal, para que se aplique de forma homogénea y que realmente busque proteger la maternidad. Los hospitales y clínicas deben apoyar a sus doctoras mamás mediante el establecimiento de horarios para extraerse leche y la instalación de lactarios. Y las universidades deben enseñar a los alumnos sus derechos y mejorar las mallas curriculares en temas como género, lactancia y cuidados del niño sano”, señalan.

En cuanto a lo inmediato, desde la Asociación Doctora Mamá Chile aspiran a seguir siendo un canal de apoyo para las médicas que viven la maternidad y que sea para ellas un lugar de contención, información y apoyo, que ojalá tenga presencia en otras comunas o ciudades. Destacan que “tener este espacio, muchas veces de desahogo ante estas dificultades, ha permitido mayor conocimiento y empoderamiento. Queremos que las médicas exijan sus derechos, que se den cuenta que no están solas, sino que hay varias en la misma situación, que se pueden organizar localmente y poner fin a estos abusos, abriéndole el camino a las futuras generaciones”.

TRABAJO CON EL COLEGIO MÉDICO

Además de la coordinación por redes sociales, las doctoras también están llevando a cabo un trabajo conjunto con el Gremio, a través de su Fundación de Asistencia Legal (FALMED), la Unidad de Defensa Laboral Médica (UDELAM) y la Comisión de Género y Salud, quienes les han prestado asesoría técnica y elaboraron un manual sobre la protección a la maternidad, paternidad y vida familiar, que responde a las preguntas frecuentes identificadas por las profesionales en sus entornos y práctica diaria. Las doctoras apuntan a conseguir que los Consejos Regionales se sumen y fomenten las redes entre sus colegiadas. “Algo que vemos con frecuencia en el grupo es esa necesidad de formar ‘tribu’ con otras mujeres que están viviendo la maternidad y la crianza, porque sirve mucho tener cerca a alguien que ya pasó por eso y te puede aportar experiencia”, subrayan.

¿QUÉ DERECHOS COMPRENDE LA PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD, PATERNIDAD Y VIDA FAMILIAR?

Fuero laboral: Consiste en la imposibilidad del empleador de terminar el contrato de trabajo de la mujer embarazada, sin autorización judicial. Inicia cuando empieza el embarazo y se extiende hasta un año expirado el postnatal de 12 semanas.

Descansos de Maternidad: Prenatal (6 semanas antes de la fecha de parto); Postnatal (12 semanas. Si el menor nace antes de la semana 33 o pesa menos de 1,5 kg., se extiende por 18 semanas); Postnatal extendido (en caso de partos múltiples, aumenta en 7 días por cada menor, a partir del 2°); Postnatal parental (descanso adicional al postnatal original de 12 semanas, que puede ser de 12 semanas más, en caso de reincorporarse en jornada completa; o de 18 semanas, en caso de hacerlo en jornada de medio tiempo o parcial).

Beneficio de lactancia: Se debe disponer de al menos una hora al día para alimentar a los hijos/as menores de 2 años. Es irrenunciable y no hay distinción entre jornada diurna o nocturna. También aplica a turnos.

Derecho a sala cuna: Siempre que hayan 20 o más trabajadoras, para sus hijos/as menores de 2 años.

Prohibición de realizar trabajos perjudiciales para la mujer en estado de embarazo: Levantar pesos, laborar en horario nocturno o en horas extraordinarias, exigir esfuerzo físico o lo que la matrona o médico declare como inconveniente.

Permisos especiales: Por enfermedad grave del hijo/a menor de un año; por tener cónyuge, conviviente civil o padres desahuciados o en estado terminal; por accidente o enfermedad grave, aguda y con riesgo de muerte del menor de 18 años. Y el derecho a 5 días de permiso continuo o discontinuo para el padre, tras el nacimiento de un hijo/a.

Accede al manual completo escaneando el siguiente código QR



Expertos analizan Proyecto de Ley de Cultivo Seguro

¿ES BENEFICIOSO EL USO DE LA CANNABIS MEDICINAL?

En mayo de 2018, la Cámara de Diputados aprobó la iniciativa que busca modificar el Código Sanitario permitiendo que la receta médica autorice la plantación, cultivo y cosecha de plantas de marihuana. El Colegio Médico y algunas sociedades científicas han manifestado su rechazo y han enfatizado que “no estamos disponibles para recetar marihuana hasta no contar con evidencia que respalde su uso”.

Por: *Patricio Azolas A.*



El debate sobre cannabis medicinal tocó las puertas del Congreso. En mayo de 2018, el proyecto fue aprobado por 121 votos a favor y 6 en contra y avanzó a su segundo trámite. Esto instaló la discusión entre los expertos sobre los reales beneficios de su uso y los efectos que podría tener en una masificación del autocultivo sin fines terapéuticos.

El Proyecto de “Ley de Cultivo Seguro”, consta de un artículo único que incorpora al Código Sanitario una norma que indica que “tratándose de la fabricación de productos derivados de especies, subespecies y variedades del género cannabis, destinados a la atención de un tratamiento médico, deberán ser prescritas por un médico cirujano tratante, mediante la correspondiente receta”.

Además, agrega que la prescripción “constituirá autorización suficiente para lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 20.000, cuando especifique las dosis necesarias, el tiempo de duración del tratamiento y corresponda a alguna de las

enfermedades susceptibles de ser tratadas mediante estos productos”. Finalmente, establece que la cannabis no se puede combustionar.

DEBATE TERAPÉUTICO

Desde el Colegio Médico y las sociedades científicas se ha hecho hincapié en la precariedad de la iniciativa que se discute en el Parlamento, ante la escasa evidencia científica que sustente sus beneficios reales.

El Dr. Cristóbal Cuadrado, Secretario Técnico del Dpto. de Políticas de Salud de la Orden, explica esta postura: “La planta completa de la cannabis no tiene fines terapéuticos y su uso en forma de combustión o de aceites preparados artesanalmente, no se ajusta al estándar científico ni ético de la práctica de la medicina en el Siglo XXI, por lo que no estamos dispuestos a validar su uso en base a supuestos que no han sido probados”. Por su parte, el integrante de la Comisión de Salud Mental del Gremio, Dr. Nicolás Zamorano, añade que: “No podemos asumir la responsabilidad de prescribir una sustancia de la cual no sabemos su composición exacta. La planta de Cannabis tiene más de 546 compuestos de los cuales hay más de 120 cannabinoides y 140 terpenos. Ningún fármaco conocido tiene esa cantidad de principios activos, por lo que el control de sus componentes es casi imposible. Ésta debería ser una decisión técnica, que siga los conductos regulares, al igual que toda sustancia psicotrópica conocida, no desde el Poder Legislativo”.

En la misma línea, la Dra. Viviana Venegas, past president de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA), recalca que el consumo problemático de marihuana “es la primera causa de tratamiento de adicciones en adolescentes infractores de ley. Más allá de ser un problema médico y de salud pública, que consume grandes recursos y sin posibilidad de garantizar una cobertura adecuada en los grupos sociales más vulnerables, es un problema social y comunitario”. La Dra. María Antonieta Rico, past president de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP), pone énfasis en que “la evidencia no apoya de

forma contundente el beneficio de la cannabis para el alivio del dolor, tanto crónico como agudo. El efecto analgésico es muy marginal y los estudios que se hacen en grandes poblaciones de los derivados del cannabinoide, muestran que no hay un beneficio superior. No son mejores que los analgésicos disponibles y avalados por el evidencia científica”.

Igualmente el Dr. Carlos Ibáñez, de la Comisión de Psiquiatría de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (SONEPSYN), subraya que “no es lo mismo el dato anecdótico de una persona que reporta sentirse mejor o estudios con muy pocos pacientes, sin un grupo control y a corto plazo, respecto de aquellos que cumplen con los estándares necesarios de un estudio de buena calidad. Si existiera evidencia suficiente, ésta se debería presentar en el Instituto de Salud Pública (ISP) para que siga el conducto regular de cualquier fármaco y no pasar por el Congreso o modificar una ley”.

Asimismo, Marcelo Pérez, director de alianzas estratégicas e incidencia de la Fundación Epistemonikos, detalla que “nuestro análisis, que es uno de los más grandes que se han realizado en el mundo y que cubre 82 patologías tratadas con cannabis en diferentes formatos, señala que por ningún motivo puede ser medicinal, porque la evidencia es muy baja respecto a los aspectos positivos, y sí están bien documentados los eventos adversos. Y si bien podría haber cierto beneficio, no supera los efectos negativos”.

CONSUMO EN CHILEY EFECTOS EN LA SALUD

En 2018, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda), entregó el XII segundo estudio de Drogas en Población Escolar, realizado durante 2017. La muestra destaca que el consumo de marihuana supera el de cocaína y pasta base, y de los 55.803 alumnos consultados, 30,9% dijo haberla consumido durante el último año.

El Dr. Zamorano recalca que los perjuicios a la salud son serios y en algunos casos irreversibles. “La evidencia científica disponible a la fecha, describe una serie de daños directos e indirectos del consumo de marihuana y sus componentes aislados. Y estos son mayores en niños, adolescentes y personas con vulnerabilidad genética para trastornos psiquiátricos graves, como la esquizofrenia”.

Además, enfatiza que los estudios demuestran que quienes

inician el consumo antes de los 18 años tienen un mayores riesgos de desarrollar un episodio psicótico, de dependencia y probabilidades de sufrir alteraciones cognitivas en la capacidad de atención, aprendizaje, memoria y funciones ejecutivas, incluso una disminución en el coeficiente intelectual en casos de consumo prolongado.

POSTURA DE LA OMS

En enero de 2019, Tedros Adhanom, director general de la OMS, envió una carta al secretario general de la ONU, António Guterres, con las recomendaciones de la 41° reunión del ECDD respecto a la revisión del nivel de control de la cannabis y sus sustancias derivadas, lo cual se votará durante el 62° período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes (CND) que se reunirá en Viena, Austria, en el mes de marzo.

Sin embargo, la prensa y los grupos pro cannábicos interpretaron que la OMS recomendaba cambiar el estatus de la cannabis y retirarla del listado de drogas peligrosas. No obstante, los expertos aclaran que esa lectura es incorrecta.

El Dr. Cuadrado señala que “es importante desmitificar lo que ha dicho la OMS respecto a la cannabis, la cual ha recomendado mantenerla en la lista I de sustancias narcóticas e incluir algunos de los cannabinoides derivados de la planta en la misma lista. Este documento incluye sustancias que son muy adictivas, como la cocaína y la heroína, por lo que hay un mito que se está tratando de instalar con esta recomendación de la OMS. Por otra parte, lo que sí dice y que hay una modificación es que hay una molécula que es el cannabidiol, que se deriva de la cannabis, que sería excluida de los controles internacionales de estupefacientes, debido a que podría tener un rol terapéutico en dos tipos de epilepsias refractarias que son el síndrome de Dravet y de Lennox-Gastaut, como tratamientos de última línea”.

Sobre este punto, el Dr. Ibáñez explica que “éste es uno de los componentes de la planta, es el compuesto no psicoactivo, por lo tanto, no produce adicción. Sin embargo, el comité de expertos de la OMS no sugiere sacar de la lista de las drogas más adictivas al resto de los componentes, incluida la planta”.

Finalmente, el Dr. Zamorano añade que se debe tener cuidado, “porque si bien es un error que parece conceptual, estas malas informaciones quedan en el conocimiento colectivo de las personas y lleva a las personas a la confusión”.



“No estamos dispuestos a validar su uso en base a supuestos que no han sido probados”

Dr. Cristóbal Cuadrado
Dpto. Políticas Públicas Colegio Médico



“El efecto analgésico es muy marginal. No es mejor que los analgésicos avalados por la evidencia”

Dra. María Antonieta Rico
ACHED-CP



“La evidencia es muy baja respecto a los aspectos positivos y sí están bien documentados los eventos adversos”

Marcelo Pérez
Fundación Epistemonikos



Dra. Barbara Puga Larrain
Presidenta de Falmed

EDITORIAL

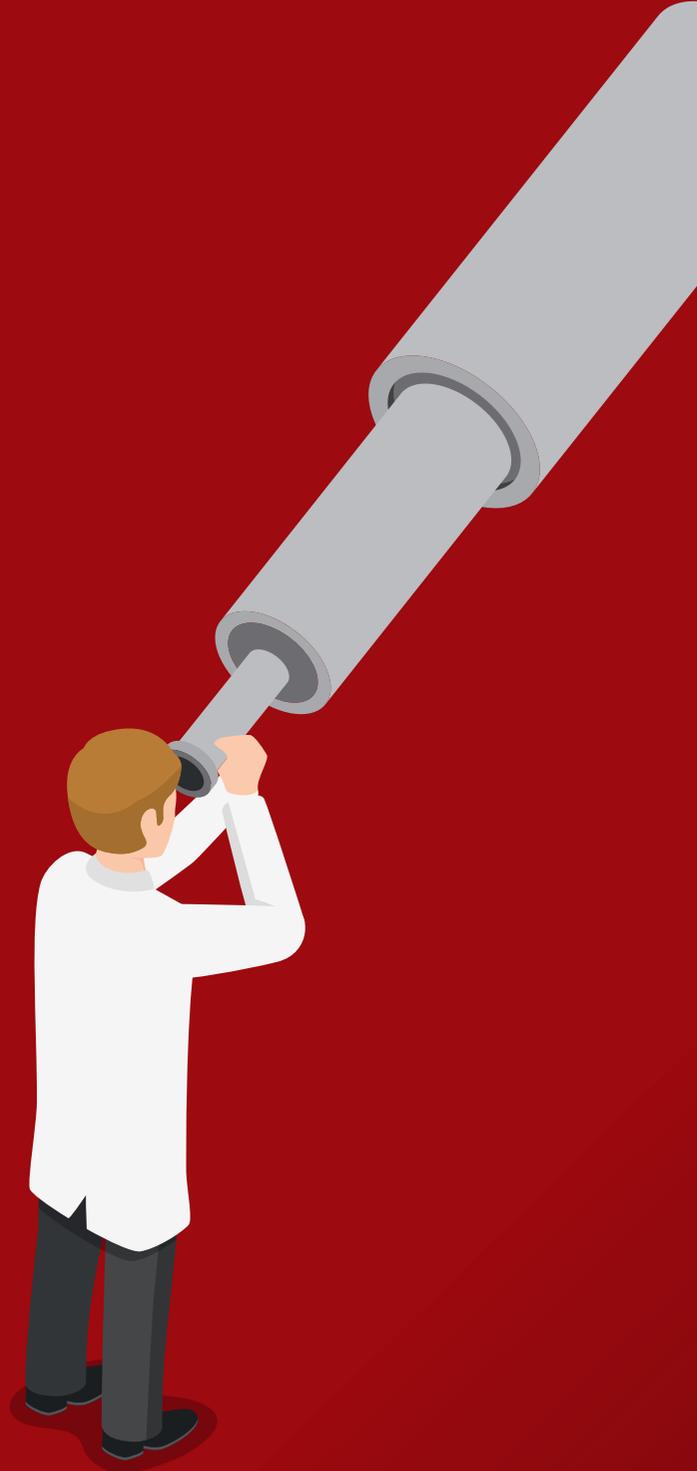
Mirar el actual panorama del ejercicio de la profesión médica puede provocar algo de vértigo. Si consideramos todos los cambios que los últimos treinta años ha tenido la atención clínica, reconocemos un giro radical sobre el modelo y lo que entendemos como una atención segura y de calidad. Sin acostumbrarnos del todo, comenzamos a asimilar que nuestra profesión puede ser cuestionada desde varias aristas, que ya no sólo incluyen nuestros diagnósticos o resultados, sino también lo legal y lo comunicacional.

Instalados como la cara visible de un sistema de salud deficitario, enfrentamos denuncias tanto en medios de comunicación y redes sociales. Así es como no nos queda más que reconocer que la población a la que atendemos día a día y sus familias, no está satisfecha con la salud que reciben. Y eso, sin duda, nos afecta.

Los errores médicos, por definición, son involuntarios, pero algunos pueden provocar daño a nuestros pacientes, convirtiéndose entonces en eventos adversos.

El objetivo de profundizar con una edición especial sobre estas materias y cómo impactan en la seguridad clínica nos pareció un abordaje necesario como Fundación dedicada a asesorar a médicos. Acercarnos a la realidad chilena para saber cuál es la prevalencia de eventos adversos en los hospitales públicos y clínicas privadas, entrevistar a profesionales de larga trayectoria y líderes de hospitales para conocer cómo han abordado el desafío de avanzar hacia una cultura de la seguridad y desarrollar un protocolo que facilite cómo actuar cuando reconocemos estar frente a un incidente relacionado con la seguridad del paciente.

Después de este importante acercamiento, nos queda claro que los procesos de ajustes no tienen que ver tanto con nuestras prácticas médicas sino con la construcción de ambientes que propicien el aprendizaje. Si bien esta acción es un gran desafío para las organizaciones, representa además una gran oportunidad de mejora para la cultura de seguridad y gestión de riesgo. En ese sentido, estamos comenzando a recorrer un camino que si bien aún no está completamente trazado, tiene un norte claro: mejorar sin dañar a los pacientes.





ERROR MÉDICO

¿CÓMO ABORDARLOS?

En Estados Unidos los errores médicos pueden llegar a ser el causante de la muerte de 98.000 pacientes al año. En Canadá y Nueva Zelanda, el 10% de los hospitalizados sufren sus consecuencias. A esto se suman los efectos económicos para el sistema sanitario: aumentan los días de hospitalización, estimulan la medicina defensiva, deterioran la relación médico paciente y por ende, aumentan la judicialización de la medicina, dañan la imagen y la confiabilidad de las instituciones de salud, provocan mayor ausentismo laboral y afectan negativamente a los equipos médicos. No existen metodologías consensuadas capaces de controlar todas las variables que influyen en la seguridad. Tampoco forma de garantizar la ausencia de eventos adversos asociados a la atención en salud. Así las cosas, la seguridad del paciente parece una promesa clínica compleja. No obstante, abordarlos durante todo el proceso de atención es un desafío abordable para los profesionales de la salud, más cuando los estudios indican que muchos de ellos son prevenibles. Pero, ¿cuánto sabemos en Chile sobre errores y eventos adversos y cuán dispuestos estamos a aprender de ellos? Profundizamos en los conceptos, cifras, protocolos de comunicación y manejo durante la presente edición especial de Falmed Educa.

*«El hombre que ha cometido un error y no lo
corrige comete otro error mayor»*

Confucio

CONTENIDOS

¿De qué hablamos cuando hablamos de ERROR MÉDICO? ● Nancy Álvarez: “Se necesita una cultura de seguridad construida con la comunidad” ● Errores médicos y eventos adversos en el mundo ● Eventos, negligencias y judicialización: ¿Qué sabemos en Chile? ● Cómo gestionar el error médico en los recintos: más allá de la acreditación ● La obsolescencia del modelo paternalista en medicina ● ¿Cómo comunicar el error médico al paciente y familiares? ● Protocolo: propuesta sobre manejo del error médico

¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE **ERROR MÉDICO**?

Eventos adversos, centinela, negligencias o incidentes en la seguridad. Fuera del mundo médico, estos conceptos suelen usarse como sinónimos, cuando lo cierto es que saber distinguirlos hace una gran diferencia entre promover o no una correcta seguridad en la hospitalización de los pacientes y gestionar el riesgo en salud.

Por Marcela Barros M. y Mariela Fu R.

Probablemente Hipócrates jamás vislumbró exámenes de imagenología de alta gama, cirugías de extrema gravedad con resultados exitosos, diagnósticos graves con positivas consecuencias, tratamientos y procesos de rehabilitación sorprendentes. El avance de la ciencia y la capacidad del ser humano de ponerla en marcha a quienes ejercen la medicina no tienen límite. Sin embargo, los miles de logros médicos no están exentos de eventos adversos, de riesgos inherentes a una intervención o procedimiento que a veces cambian el curso de lo esperado y llevan a quien ejerce la medicina a enfrentarse a un paciente o familiares disconformes, a investigaciones administrativas, juicios e incluso al escarnio público.

La medicina es una profesión de riesgo. Quien la ejerce cada día se enfrenta a un nuevo desafío. Ni el más célebre profesional, ni el más prestigioso centro médico están exentos de un posible error, negligencia o evento adverso. Aunque se adopten las providencias que amerite el caso, han ocurrido, ocurren a diario y seguirán ocurriendo.

Ante la ley “la negligencia constituye un hecho (acto u omisión) contrario a la buena práctica médica y que puede consistir en una negligencia propiamente tal, una imprudencia o una impericia. El error, es defecto susceptible de ocurrir en la aplicación de métodos, técnicas o procedimientos en las distintas fases de la actuación del médico, y por ende no constituye necesariamente una negligencia”, explica el abogado jefe de Falmed, Juan Carlos Bello, agregando que “como todo acto médico está centrado en el paciente y su bienestar, el primer dilema que enfrenta un médico ante un error es y debe ser cómo corregirlo oportunamente y tratar de que ese error no conlleve consecuencias perniciosas para su paciente”, enfatiza.

CONSECUENCIAS DE LOS ERRORES MÉDICOS

Los equipos de salud son tan amplios como diversos, abarcan desde el ámbito médico propiamente tal, como de enfermería, personal administrativo, apoyo técnico, arsenaleros/as. El referirse a los errores médicos, abarca un evento que pudo ocurrir en cualquier área del equipo o en el proceso asistencial.

El Código de Ética del Colegio Médico de Chile es claro en recalcar que no son sinónimos de negligencia el diagnóstico erróneo y el fracaso del tratamiento o de cualquiera acción médica. Ningún

médico puede asegurar la precisión de su diagnóstico ni garantizar la curación del paciente. (Ver Tabla 2).

Era 1999 cuando el Instituto de Medicina (IOM por sus siglas en inglés) de la Academia Nacional de Ciencias, Ingeniería y Medicina de Estados Unidos, puso el foco en la importancia del error médico, dándole una definición y colocando en la discusión la necesidad de prevenirlos, detectarlos, revelarlos al paciente y reportarlos. El informe “To Err is Human: Building a Safer Health System”, definió el error médico como “la falla de una acción planeada en completarse como se pretendía, o la aplicación de un plan equivocado para alcanzar un objetivo”.

Diez años más tarde, la Organización Mundial de la Salud publicó un marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente, buscando una nomenclatura común que permitiera comparar la información de distintos ámbitos, países y regiones. Este documento conocido como “Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente” define cualquier incidente relacionado con la seguridad de éste como “un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente”. De este modo, se considera que mientras el error es, por definición, siempre involuntario, se define como el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Y mientras los incidentes pueden o no provocar un daño a los pacientes, los que generan daño se les conoce como eventos adversos (EA).

El error en la atención sanitaria es probablemente el mayor causante de EA o consecuencias indeseadas del proceso de atención médica, muy por encima de la mala práctica (MP) o las condiciones del paciente, por lo que debiera ponerse la mayor atención.

¿QUÉ DICEN LAS ESTADÍSTICAS SOBRE EA?

Los reportes internacionales han mostrado no sólo que los eventos adversos ocurren en cantidades importantes, sino además que muchos de ellos son prevenibles. Por ejemplo, el reporte del IOM, señaló que en Estados Unidos ocurren más de 1 millón de EA prevenibles cada año, de los cuales aproximadamente 100.000 causarían daños graves en los pacientes, y entre 48.000 y 98.000 muertes podrían haber sido a causa de errores. Según estas cifras, hay más muertes por eventos adversos que por accidentes vehiculares,



FORMAS EN QUE SE PUEDE PRESENTAR LA CULPA MÉDICA:

NEGLIGENCIA

Omisión de actos o acciones médicas debidas en el caso en concreto.

HACER DE MENOS

IMPRUDENCIA

Acción temeraria, más allá de lo recomendado. Falta de templanza o moderación.

HACER DE MÁS

IMPERICIA

Falta total o parcial de pericia, sabiduría, experiencia o habilidad.

HACER MAL

cáncer de mama, o SIDA.

La cifra más reciente en EE.UU. es una investigación publicada en la revista British Medical Journal (BMJ), dirigida por Martin Makary, un profesor de cirugía de Johns Hopkins University School of Medicine. Según ella, los errores médicos constituirían la tercera causa de muerte en EE.UU. Makary explicó al Washington Post, que aquí se contabiliza todo, desde errores de diagnóstico hasta destrezas inadecuadas, y problemas más sistémicos como los fallos de comunicación cuando los pacientes son transferidos de departamento, razón por la cual consideran el estudio del IOM como limitado y obsoleto.

Y es que solo la revisión de las estadísticas sobre EA no es materia fácil, mucho menos los errores médicos. Hay cifras que no se cuentan, por ejemplo, los eventos adversos tras el alta, otros señalan que podrían estar infra estimadas porque se basan en datos registrados por los profesionales. En la actualidad, la muerte por error médico no queda registrada por los informes del gobierno debido a que el sistema estadounidense para asignar un código a la causa de la muerte -la clasificación internacional de enfermedades (CIE)- no dispone de la etiqueta para clasificar el error médico.

En marzo de 2002, la Organización Mundial de la Salud en su 55ª Asamblea Mundial, informó tasas altas de EA en diferentes países, que oscilaron entre 3.2 y 16.6%. Ello llevó a que el 27 de octubre de 2004 se estableciera la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes. Esta resolución define cinco dominios de acción: servicios limpios con servicios seguros para los pacientes, taxonomía de la seguridad del paciente, investigar, informar y aprender, las cuales tienen como finalidad el aprovechamiento de las lecciones aprendidas.

¿Y qué podemos decir de las cifras en Chile? El único estudio que se conoce a la fecha se realizó en 2009, liderado por Nancy Álvarez Ortiz, doctorada (PhD) en Salud Pública, Universidad Miguel Hernández de Elche, España. La investigación mostró una incidencia de EA en el sistema público de 6,7%, de los cuales 84,7% eran prevenibles, cifra que casi duplica lo reportado en EE. UU.

Una de las conclusiones del estudio es la necesidad de estimular el desarrollo de estrategias de prevención en la gestión del hospital, para evitar la ocurrencia de eventos adversos, especialmente en personas de edad avanzada y pacientes con hospitalizaciones largas y desarrollar estrategias para promover una cultura que priorice la seguridad del paciente.

La ocurrencia de los EA y el daño que provocan en las personas tienen una escala de consecuencias en el sistema sanitario: afectan

la calidad de atención, aumentan los días de estada (alza de costos y probabilidades de infecciones intrahospitalarias), estimulan la medicina defensiva, deterioran la relación médico paciente y por ende, una eventual judicialización de la medicina, dañan la imagen y la confiabilidad de las instituciones de salud, provocan mayor ausentismo laboral y afectan negativamente a los equipos médicos.

Por esto, existen dificultades por parte del personal de salud en comunicar los errores, argumentando probables daños innecesarios a los pacientes o aumento en el riesgo de demandas. No obstante, también hay estudios que indican que al revelar por completo los errores, hay menos demandas (ver reportaje página 52). En cada caso en particular es necesario abordar el

TABLA 1
DEFINICIONES

EVENTO ADVERSO (EA)

Incidente recogido en la historia clínica del paciente, que ha causado daño, incapacidad o aumento de los días de hospitalización o muerte, el cual se deriva de la atención sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

EVENTO ADVERSO EVITABLE (EAE)

Aquellos EA en que existe alguna posibilidad de prevención.

INCIDENTE

Evento que podría haber causado daño o complicación en algunas circunstancias o que puede favorecer la aparición de un evento adverso.

EVENTO ADVERSO GRAVE

Ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.

EVENTO ADVERSO MODERADO

Ocasiona una prolongación de la estancia hospitalaria de al menos 1 día.

EVENTO ADVERSO LEVE

Lesión que no prolonga la estancia hospitalaria.

Tabla 1: Definiciones tomadas del Estudio Nacional de Incidencia de Eventos Adversos en Hospitales Públicos, 2009. Nancy Álvarez Ortiz.



“El error es defecto susceptible de ocurrir en la aplicación de métodos, técnicas o procedimientos en las distintas fases de la actuación del médico, y por ende no constituye necesariamente una negligencia”

Juan Carlos Bello, abogado jefe de Falmed

tema a partir de un concepto claro de cuál es el error médico producido, la magnitud del problema, comunicar oportunamente la situación al paciente y su familia y a los superiores jerárquicos de la institución de salud, resguardando la confidencialidad de la información.

INFORMAR LOS EVENTOS ADVERSOS

La comunicación inmediata al paciente y/o sus familiares es una obligación indiscutida. La Ley de Deberes y Derechos del paciente lo consigna en su Artículo 4to. El Código de Ética del Colegio Médico, por su parte, lo señala en su artículo 12. El primero establece como un derecho del paciente conocer diversos escenarios de un

recinto como “infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas. Adicionalmente, toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquel haya ocasionado”. El segundo cuerpo normativo, en tanto, plantea que el médico debe obrar siempre con “honradez y buena fe”.

El abogado jefe de Falmed, Juan Carlos Bello, puntualiza que el deber siempre es informar, aunque no exista daño asociado. “El deber médico estará puesto en, con sabiduría y prudencia, compartir esa información con el paciente y/o sus parientes, sobre todo en función de una buena y leal relación médico paciente. Se deberá consignar en la ficha clínica, en la medida que sea relevante para el fin propio de la ficha clínica, esto es comunicar entre los distintos equipos médicos y sanitarios la información necesaria para el buen manejo del paciente”. Añade el abogado Bello que desde el punto de vista legal es bueno analizar la “oportunidad” de informar: “cuando una situación se judicializa, y dada la dinámica de los procesos judiciales, todo cobra especial relevancia, y por ello la consecuencia de error también. Enfrentar un juicio, requiere la capacidad de aquilatar cada uno de los hechos acaecidos en una cadena de atenciones, evaluar las implicancias de esos hechos y su vínculo causal con el resultado final del reproche que nos hace el paciente o su pariente, ser capaces de diferenciar lo que pudo ser un mero error, de una negligencia, ver las atenuantes de la actuación, incluso si el propio paciente concurrió en la concreción de esas consecuencias del error en cuestión, etc. Por ello es vital el tratamiento del error, también en este ámbito”.

La Dra. Gladys Bórquez, presidenta del Departamento de Ética del Colegio Médico, explica que “a veces (el error) tiene que ver con procesos administrativos donde influye el actuar del profesional o del equipo de salud y la institución donde trabaja, la existencia o no de recursos tecnológicos, entonces, el error no necesariamente va asociado a una falta del médico (...) A veces el error produce daño y otras veces no alcanza a producirlo y constituye un incidente que da la oportunidad de mejora”.

El reporte de los errores médicos cobra sentido si se busca el origen del problema. Establecer un sistema de prevención de ocurrencia de errores puede desarrollarse durante todo el proceso de atención médica. Para ello, el médico debe contar con el apoyo de la institución, y ambos deben integrar al paciente para que en sintonía puedan desarrollar los procesos adecuados de seguridad.

TABLA 2

¿QUÉ DICE EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL COLEGIO MÉDICO SOBRE NEGLIGENCIA MÉDICA?

Artículo 22. Falta a la ética el médico que en la atención de un enfermo actúe con negligencia, imprudencia o impericia.

Será **negligente** aquel profesional que poseyendo el conocimiento, las destrezas y los medios adecuados, no los haya aplicado.

Actúa con **imprudencia** aquel médico que poseyendo los recursos y preparación necesarios para la atención de un paciente, los aplicare inoportuna o desproporcionadamente, como también si, careciendo de los recursos o preparación adecuados, efectuare una atención sometiendo al paciente a un riesgo innecesario.

Un diagnóstico equivocado, o el fracaso de un tratamiento o de cualquier otra acción médica, habiéndose usado todos los elementos disponibles, no constituye necesariamente negligencia.

Constituye **impericia** la falta de los conocimientos o destrezas requeridas para el acto médico de que se trata. La falta de recursos tecnológicos, cuya existencia no dependa del médico tratante, no acarrea responsabilidad alguna para el facultativo.

No obstante, **es deber de todo médico comunicar formalmente a sus superiores jerárquicos las deficiencias del sistema sanitario en que trabaja, cuando éstas puedan afectar la adecuada atención de los pacientes.**

Entrevista a Nancy Álvarez, investigadora principal del “Estudio Nacional de Incidencia de Eventos Adversos en Hospitales Públicos, 2009”

“SE NECESITA UNA CULTURA DE SEGURIDAD CONSTRUIDA CON LA COMUNIDAD”

Por Mariela Fu R.

La principal investigación sobre eventos adversos (EA) en Chile, con una muestra representativa de 32 hospitales, reportó una incidencia en el sistema público de 6.7%, cifra menor a otros países latinoamericanos y a España. Sin embargo, dio cuenta que más del 80% eran potencialmente evitables. Financiado por la World Health Organization (WHO), World Alliance for Patient Safety-Small Research Grants de la OMS, con el apoyo administrativo del Ministerio de Salud de Chile y la colaboración del Departamento de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández, España, fue dirigido por Nancy Álvarez Ortiz, doctorada (PhD) en Salud Pública, con una larga trayectoria como profesional a cargo de sistemas de gestión de calidad, quien explicó especialmente para esta edición especial los principales resultados del estudio, contrastando datos con otras investigaciones internacionales y destacando la necesidad de reconocer los derechos en salud para avanzar hacia una cultura de seguridad que minimice los eventos adversos.

¿Con qué objetivo se realizó la investigación en 2009 y cuáles fueron los hallazgos que considera más relevantes para lo que sabe en Chile sobre EA?

El objetivo del estudio fue determinar la incidencia, la evitabilidad y el impacto de los eventos adversos en los hospitales públicos de Chile.

Considerando el alcance nacional, el muestreo fue estratificado por complejidad hospitalaria y por ubicación geográfica (norte, centro y sur), hasta completar el tamaño muestral requerido. El tamaño final de la muestra fue de 5.706 pacientes de 32 hospitales públicos.

Los hallazgos más relevantes fueron la incidencia de EA relacionado con la asistencia sanitaria de 6,7% (380/5.706, IC95% 6,0 - 7,3). En pacientes con EA relacionado directamente con la asistencia hospitalaria (excepto los provenientes de la atención primaria y de consultas especializadas en pacientes no hospitalizado) fue de 6,1% (350/5.706, IC95% 5,5 - 6,8). Cabe destacar que estos eventos adversos estaban registrados en las historias clínicas.

Se observaron diferencias significativas de los eventos adversos al analizar la muestra en mayores y menores de 65 años.



De los 380 pacientes con EA, algunos de ellos presentaron más de un evento adverso, estando más de un 50% de ellos relacionados con los procedimientos o con infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Otros eventos se asociaban al diagnóstico, los cuidados, y la medicación.

Los EA que provocaron un aumento de la estancia hospitalaria alcanzaron un 38,6%, precisaron pruebas diagnósticas adicionales un 45,9% y un 60,4% tratamientos adicionales.

De los 5.706 pacientes estudiados, en 24 (0,4%) se produjo fallecimiento, de los cuales 15 (62,5%) eran pacientes con EA y 9 (37,5%) en pacientes sin EA (p-<0,001).

Según la investigación, ¿cómo está situado Chile si se le compara con otros países? Coincidencias y diferencias en los hallazgos.

El estudio chileno presentó una incidencia menor al Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos IBEAS (Aranaz-Andrés et al, 2011), que incluyó a Argentina, Costa Rica, México, Colombia, Perú, en el cual se observó una prevalencia de pacientes con EA de 10,5% y una incidencia de 19,8%, en una muestra del 10% de los pacientes estudiados en el corte de prevalencia.

Por otra parte, observamos similitud con la incidencia encontrada en el estudio realizado en 3 hospitales del Estado de Río de Janeiro en Brasil de 7,6%; siendo los EA quirúrgicos los más frecuentes (35,2%). La proporción global de EA evitables fue del 66,7% (Mendes, 2009) y ligeramente mayor a la publicada en el estudio realizado en Colombia, en una cohorte prospectiva de pacientes hospitalizados en 3 instituciones hospitalarias, detectaron una incidencia acumulada de 4,6% (IC95% 4,1-5,1) durante la hospitalización (Hernando Gaitán-Duarte, 2006). El 61% de los EA era evitable. El 1,3% de los EA provocaba incapacidad permanente y una mortalidad del 6,4%.

Comparando nuestros resultados con otros estudios realizados fuera de América Latina, la incidencia encontrada es semejante a la publicada en Francia 6,6 (Michel, 2005), en Holanda 5,7% (Zegers, 2009), en Canadá 7,5% (Baker, 2004) y menor a las publicadas, en España 9,3% (Aranaz, 2008), en Australia 16,6% (Wilson, 1995), en Nueva Zelanda 11,2% (Davis, 2002), en Reino

Unido 10,8% (Vincent, 2001) y Suecia 12,3% (Soop, 2009).

Los disímiles resultados pueden deberse a las diferencias que presentan los estudios, en sus objetivos, metodología y principalmente a las características de la población, como también a la cultura de notificación de EA incorporada en ellos. Estas diferencias deben ser consideradas al momento de hacer comparaciones entre ellos.

¿Cuál fue el impacto del estudio y en qué sentido aportó a algunas políticas concretas al interior de los recintos de salud chilenos?

No tengo información para responder a esta pregunta, ya que no se realizó estudios para medir su impacto.

¿Cómo se está trabajando hoy en la medición y aprendizaje de los eventos adversos?

Hoy tenemos vigente la Garantía de Calidad, que otorga prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado de acuerdo a la ley N° 19.937 (Autoridad Sanitaria). Es así como, los prestadores que otorgan prestaciones GES deben estar acreditados. En la característica Gestión Clínica (GCL) del manual y de la pauta de cotejo de acreditación, tanto de atención abierta o cerrada se solicita que el prestador institucional cuente con programas para prevenir y vigilar la ocurrencia de eventos adversos asociados a la atención de los pacientes, en procesos quirúrgicos y asistenciales, y se realice vigilancia de los eventos adversos asociados a la atención.

La normativa ministerial solicita que “la actividad local sobre reporte y manejo de eventos adversos y eventos centinela será resumida para su incorporación en la memoria anual del establecimiento junto con otras actividades para la calidad y seguridad de la atención. Esta información deberá estar disponible para ser enviada al Ministerio de Salud cada vez que se requiera”. Al respecto se desconoce si esta información está disponible en el MINSAL.

Las actividades de vigilancia y reporte de EA de los prestadores permite conocer qué situaciones son las más frecuentes y cuáles son las más importantes y su análisis aporta en el cómo evitar que vuelvan a ocurrir. La protocolización participativa de procesos relevantes en temas de calidad y seguridad de pacientes, se espera que aporte en la disminución de los errores en materia de seguridad, evitando los EA y el daño que estos provocan.

La Superintendencia de Salud, en agosto del 2017, entregó un boletín con resultados de una Encuesta Nacional de Sistema de Notificación y Registro de Eventos Adversos en Prestadores de Atención Abierta, principalmente de baja complejidad, tanto públicos como privados, en el cual indica que de 326 centros encuestados, un 68% implementa dicho sistema en los últimos tres años y en sólo un 9% la notificación es anónima.

¿Existen barreras que impiden transparentar los errores médicos y los eventos adversos?

Una gran barrera es la falta de cultura de seguridad. Una cultura de seguridad construida con la comunidad a la que se le ofrece la atención. Una cultura de seguridad que no sea punitiva, que incluya valores, normas de relación, costumbres, opiniones, un marco legal, etc. que genere confianza entre los directivos y los integrantes del equipo de salud y de estos con los pacientes, sus familias y la comunidad en general. Que permita prevenir y/o

minimizar la ocurrencia de eventos adversos y mejorar la capacidad de respuesta cuando estos ya se produjeron, para lo cual es fundamental el trabajo en equipo, la confianza, la humanización y el reconocimiento de los derechos de las personas. Lo anterior debe avanzar en conjunto con el mejoramiento de la calidad técnica y el acceso a recursos humanos, recursos físicos, equipamiento, infraestructura, insumos, medicamentos, etc. que permita entregar una atención de calidad y con seguridad.

El estudio se realizó el 2009, ¿qué sabemos hoy en Chile sobre cifras de EM y EA y por qué debería ser importante saber qué ha pasado luego de diez años?

En Chile posterior al año 2009, se han realizado un par de estudios sobre eventos adversos a nivel de establecimientos privados de atención en salud. El primero (Lancis- Sepúlveda ML, Asenjo-Araya C, 2014) logra identificar una prevalencia de EA del 6,2%, considerándose evitable el 67,6%. Los procesos asociados a estos EA fueron: cuidados 32,4%, procedimientos 32,4%, medicación 13,5%, infecciones nosocomiales 10,8% y diagnóstico 8,1%. Los servicios con mayor tasa por cada 100 altas fueron: unidad de pacientes críticos (21,4), obstetricia y ginecología (7) y médico quirúrgico (6).

Otro estudio evalúa el proceso de implementación de un Programa de Vigilancia de EA de un hospital privado, evidenciando que hubo una tendencia al alza en la tasa de notificaciones de EA, siendo la administración errónea de medicamentos (58%) y las caídas (58%) las motivaciones principales para desarrollar un análisis causa raíz. Por otro lado, el 43,8% de las causas identificadas se asociaron a factores individuales y sólo en un 15,7%, como factores institucionales. (Alvaro Lefio, Nelly Alvarado (2011).

Sería muy importante conocer cifras luego de diez años, principalmente porque la población se ha ido envejeciendo y ya en el estudio nacional se observó que un 17,9% de los pacientes eran mayores de 65 años (n=998), y el 11,3% de estos pacientes presentaron EA, a diferencia de los menores de 65 años, en que los pacientes presentaron EA en un 5,7% (p<0,001).

Otros aspectos que hacen importante la actualización de estos temas, es la legislación vigente, y el mayor conocimiento y empoderamiento de los equipos de salud y de los usuarios en los temas de calidad y seguridad del paciente.

¿Quisiera agregar algo que considere importante para aumentar la conciencia de la importancia de reportar los incidentes en los recintos hospitalarios?

Destacar que en el estudio nacional, más del 80% de los eventos adversos detectados eran potencialmente evitables. Si se considera que la atención de salud es brindada por un equipo de profesionales, también se espera que el equipo en su conjunto, participe en vigilar y/o evitar que se llegue a producir el evento adverso; ya que finalmente no solo el paciente y su familia se verán afectados sino también todo el equipo de salud involucrado y la institución.

Las respuestas de esta entrevista no reflejan necesariamente las opiniones del Ministerio de Salud ni de la World Health Organization (WHO).

Parte del estudio puede encontrarse en www.pacienteseguro.cl.

ERROR MÉDICO EN EL MUNDO

Investigaciones concuerdan que fallas en la comunicación entre el médico y el paciente; un mal diagnóstico e impericia del facultativo, son elementos que provocan daño o muertes en los pacientes.

Por Pedro Soto P. y Andrés Palacios P.

El error médico (EM) está presente en los hospitales del mundo.

La concepción del EM y su entendimiento, no es sólo una preocupación del mundo moderno. Los babilónicos ya regulaban el trabajo médico a través del código de Hamurabi. En Egipto e India, existían funcionarios que observaban el cumplimiento establecido de la normativa médica. En tanto, el juramento Hipocrático sentó la base ética del actuar médico.

En la actualidad, la OMS ha establecido una metodología para el estudio de eventos adversos, la seguridad del paciente, y los errores de la atención médica. Fue así como en 2004, puso en marcha un programa de seguridad del paciente con el fin de desarrollar políticas y prácticas dirigidas a prevenir el daño. También creó Pacientes en Defensa de su Seguridad.

¿Pero, qué dicen las cifras y los estudios sobre los errores en la atención sanitaria y eventos adversos?

3° CAUSA
DE MUERTE EN EE.UU.

Así lo estableció una investigación realizada por médicos del Johns Hopkins University School of Medicine, donde analizaron cuatro estudios previos, en los cuales, examinaron la información sobre la tasa de mortalidad.

251.454
FALLECIMIENTOS ANUALES

Se estimaron producidos por errores médicos. Sin embargo, los autores creen que el número es mayor, ya que, la investigación no considera muertes por EM en hogares y hogares de ancianos, donde no se cuentan en ese total.

Fuente: Johns Hopkins University School of Medicine, 2016

EVENTOS ADVERSOS
CAUSARÍAN MÁS MUERTES
QUE SIDA Y CÁNCER

Según el reporte del Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) realizado en el año 1999, se registran más de 1 millón de EA prevenibles cada año, de los cuales aproximadamente 100.000 causarían daños graves en los pacientes, y entre 48.000 y 98.000 muertes podrían haber sido a causa de errores. Según estas cifras, los EA prevenibles causarían más muertes al año que accidentes vehiculares, cáncer de mama, o SIDA.

Fuente: Instituto de Medicina de Estados Unidos

180 MIL FALLECIDOS
EN MEDICARE

Según investigación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. realizada en 2008, determinó que fallecieron a causa de error médico.

Fuente: United States Department of Health and Human Services (HHS)

NO RECONOCIMIENTO DE ERROR
AUMENTA JUDICIALIZACIÓN

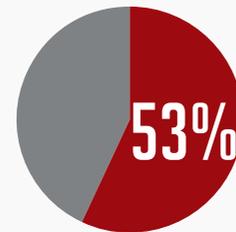
“La falta de reconocimiento y de disculpa por parte del personal genera en los pacientes y familias el deseo de denunciar. Los pacientes expresan su deseo de que si ocurre un error, se reconozca lo antes posible”.

Fuente: La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente, 2011

PORCENTAJE DE EVENTOS ADVERSOS EN DIFERENTES ESTUDIOS

Estudio	Autor	N° Hospitales	Pacientes	%EA
Estados Unidos	Brennan 1984	52	30.195	3.8
Australia	Wilson 1992	28	14.179	16.6
Reino Unido	Vincent 1999	2	1.014	11.7
Dinamarca	Schioler 2002	17	1.097	9.0
Nueva Zelanda	Davis 1998	13	6.579	11.3
Canadá	Baker 2002	20	3.720	7.5
Francia	Michel 2005	71	8.754	5.1
España	Aranaz 2006	24	5.624	9.3

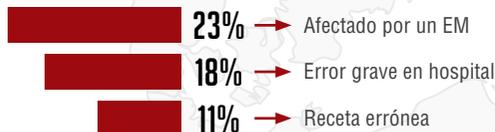
ENCUESTA EUROBARÓMETRO 2013: SEGURIDAD DEL PACIENTE



De los ciudadanos de la UE considera probable que los pacientes puedan verse perjudicados por la asistencia hospitalaria en su país.

ERROR MÉDICO EN EL VIEJO CONTINENTE

PACIENTES EUROPEOS

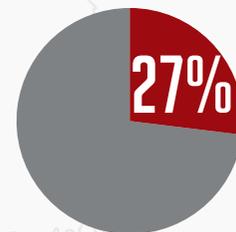


Fuente: Oficina Europea de Estadística

600 MIL
ESPAÑOLES AFECTADOS POR EL EM AL AÑO

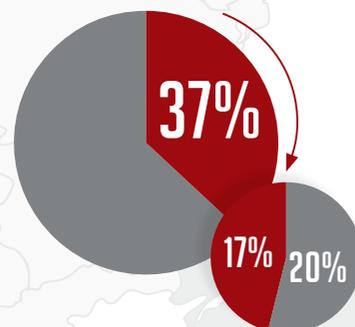
El presidente del movimiento español por la Seguridad del Paciente, Joe Kiani, calcula que entre 25.000 y 35.000 españoles morirían cada año por errores médicos. "Eso implica que alrededor de 600.000 españoles sufren algún tipo de daño por la equivocación de un profesional sanitario, ya que el número de afectados tiende a ser 20 veces superior al de los muertos", añade.

Fuente: Seguridad del Paciente (España).



Afirma haber sufrido, personalmente o en su familia, una reacción adversa durante el tratamiento.

El 37% de los casos en que se notificó la reacción adversa «no ocurrió nada».



Con todo, a un 20% de los afectados les presentó disculpas el personal médico o de enfermería, mientras que al 17% les dio una explicación del error el centro asistencial.



8% A 12%

De los europeos han sido hospitalizados anualmente a causa de un error médico, según informe presentado por la OMS el año pasado. En tanto, a casi más de una década (2007), el organismo reveló que en el viejo continente uno de cada 10 pacientes hospitalizados ha resultado víctima de alguna forma de daño prevenible.

Fuente: OMS

LA REALIDAD CHILENA

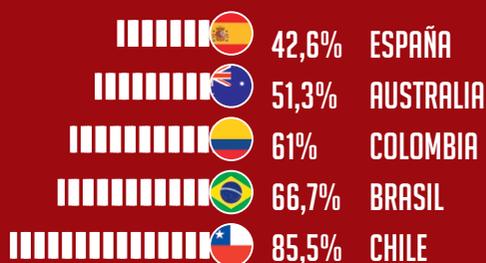
De acuerdo a lo señalado por el Ministerio de la Salud, en nuestro país no existiría un estudio a nivel nacional que permita conocer la incidencia o prevalencia de eventos adversos en atención primaria o en prestadores de atención ambulatoria. No obstante, se pueden extrapolar datos de la literatura internacional a la realidad nacional: la prevalencia en los estudios fluctúa entre un 5.2% a un 11.8%.

En el caso de los hospitales de la red asistencial del Servicio Nacional de Salud, el Estudio de Incidencia de Eventos Adversos en Hospitales Públicos de Chile, desarrollado en 2009 y liderado por Nancy Álvarez Ortiz, ofrece una mirada que a continuación destacamos.

Por Pedro Soto P.



EVITABILIDAD COMPARADA EN PAÍSES



IMPACTO DE LOS EA

Un poco más de la mitad de los EA fueron de gravedad moderada, seguidos de los leves y graves. Del total de pacientes con EA (380 identificados por el citado estudio) 15 (3,9%) fallecieron; en 95 pacientes (25%) se consideró incapacidad laboral severa y en 47 personas la incapacidad laboral se catalogó como absoluta (12,4%).

Fuente: Estudio Nacional de Incidencia de Eventos Adversos en Hospitales Públicos Chile.

¿QUIÉN PUEDE NOTIFICAR UN EVENTO ADVERSO?

Entre el 2016 y 2017 el Observatorio de Calidad en Salud realizó la Encuesta Nacional de Sistema de Notificación y Registro de Eventos Adversos en Prestadores Institucionales de Atención Abierta, donde participaron 326 centros de salud (públicos y privados).

El estudio determinó que en un 46% de los centros los EA son notificados por cualquier funcionario (equipo clínico y administrativo), mientras que en un 38% sólo pueden ser reportados por el personal del equipo clínico. En sólo un 9% la notificación se realiza de manera anónima.

Fuente: Observatorio de Calidad en Salud

2012

Año en que se establece una normativa para los recintos asistenciales para identificar eventos adversos. De acuerdo a datos emanados del Minsal, el 2013 se habrían generado 3.755 caídas en hospitales y realizado 4.068 reoperaciones quirúrgicas no programadas, las cuales se refieren a las intervenciones no planificadas para pacientes ya operados, como consecuencia de una cirugía anterior.

Fuente: Canal 13

CASUÍSTICA FALMED

La Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico, nos entrega una visión sobre lo que sucede en el ejercicio profesional médico.



JUICIOS 2018

FASE DEL ACTO MÉDICO CUESTIONADO
N: 257



CASUÍSTICA NACIONAL DE MEDIACIONES FALMED EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

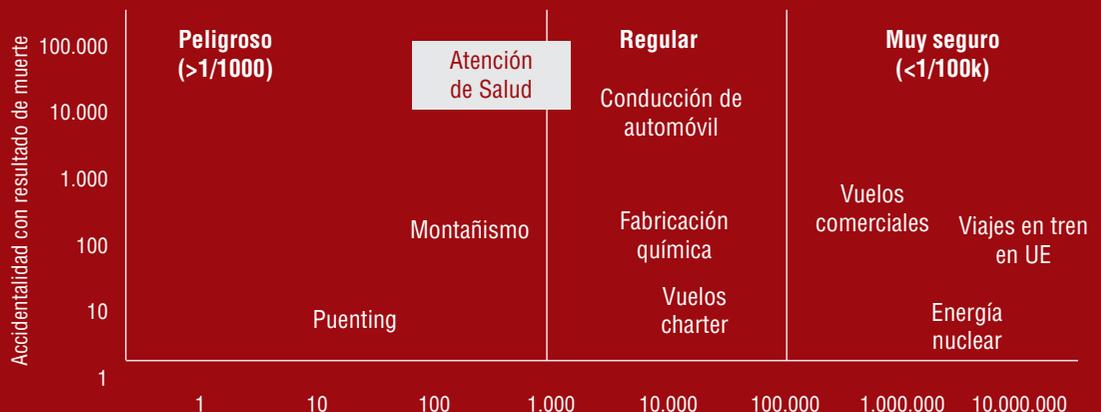
Las mediaciones son una herramienta legal para enfrentar las diferencias que puedan existir entre médicos y pacientes. Desde el 2005 a 2018 se registra un total histórico de mediaciones de **3.302**.

Fuente: FALMED



¿CUÁN PELIGROSA ES LA ATENCIÓN DE SALUD?

La investigación realizada por el Dr. Lucian Leape (Escuela de Medicina de Harvard), concluyó que la salud se encuentra en la zona de peligro, junto con el puenting y el montañismo. Aerolíneas y la energía nuclear son mucho más seguras.



PUNTOS DE VISTA

Cómo gestionar el error médico en los recintos hospitalarios: **MÁS ALLÁ DE LA ACREDITACIÓN**

Un médico y dirigente gremial, una reconocida profesional ligada a la gestión de calidad, y un especialista en salud pública revisan el abordaje de los errores médicos, incorporando su visión personal y su experiencia liderando equipos. Plantean propuestas para el Minsal, llaman al liderazgo médico para promover equipos especialistas e interdisciplinarios, capaces de escuchar pacientes para construir prácticas más seguras.



Dr. Aliro Bolados Castillo, Presidente del Regional Antofagasta

Seguridad médica: una obligación de liderazgo por los pacientes

Por Patricio Alegre A.

Según el especialista, Chile debiera avanzar a la acreditación internacional en seguridad médica, de todos sus recintos de salud, para caminar al correcto desarrollo de la medicina.

El Dr. Aliro Bolados Castillo, Presidente del Regional Antofagasta, posee una trayectoria de 50 años como médico y especialista en ginecología y obstetricia. Estudió en la Escuela de Medicina de la Universidad de Concepción. Inició sus primeros años de ejercicio profesional como Médico General de Zona (MGZ), en Lebu, Provincia de Arauco, lo que le permitió conocer lo que significa hacer medicina en un ambiente rural y con serias carencias.

Posteriormente, tuvo su formación como especialista en ginecología y cirugía, como alumno destacado del Dr. Luis Tisné. **¿Cuál cree usted que debe ser la forma de mejorar la seguridad en el trabajo médico y así evitar los eventos adversos en nuestro país?**

Se debe llevar un estricto control y monitoreo de calidad al interior de todo recinto de salud. Y tal como establece el estatuto administrativo y las normas que rigen a los funcionarios

del sector salud, esa es una tarea fundamental de los jefes de servicios clínicos, de los subdirectores médicos y directores de hospitales, los que tienen la obligación contractual de controlar. Porque la seguridad es un principio fundamental en la seguridad del paciente. Así lo viene estableciendo la OMS desde 2007.

¿O sea usted piensa que en ese camino, todos los hospitales de Chile debieran avanzar a una certificación en seguridad médica de nivel internacional y no sólo nacional?

Por supuesto que sí. Existe la certificación de los hospitales, a nivel nacional, pero creo que es necesario hacer un esfuerzo mayor y buscar la certificación internacional de nuestros recintos de salud públicos y privados. Por eso la OMS estableció desde 2007 a la fecha, una colaboración con Joint Commission y la Joint Commission International (JCI), que es la acreditadora internacional de hospitales y de organizaciones de salud, siendo la entidad más prestigiosa y exigente en términos de seguridad y calidad en la atención del paciente en todo el mundo. El desafío es mejorar la seguridad en salud y dar un salto al desarrollo de la medicina en esa área.

¿Cree usted que en este tema estamos al debe a nivel nacional?

Es en esa tarea en la que me gustaría ver al Ministerio de Salud de nuestro país abocado fuertemente y mucho más comprometido. Por lo menos, así ocurre con todos los ministerios de salud en el mundo, que han despertado a esta inquietud mundial por la seguridad médica y de nuestros pacientes que exigen salud de calidad mundial. Y es por eso, que debemos avanzar a las acreditaciones internacionales. Pero para ello, deben haber señales claras del Minsal en ese sentido, además de recursos y formación de alto nivel en liderazgo en salud. Sólo así se evitan los eventos adversos.

Los indicadores de satisfacción usuaria aplicados por el Minsal, en los hospitales públicos, dados a conocer en la prensa a fines de 2018, manifiestan que la gente no está contenta a nivel nacional con la salud que recibe.

Así es. Y cito el siguiente ejemplo. No puede ser que hospitales importantes de la capital y de regiones, sigan en lugares tan bajos en su ubicación en materia de satisfacción usuaria.

Eso es “carne de cultivo” para los eventos adversos. Eso puede incrementar la judicialización de la medicina y muchas veces podría producir también medicina defensiva, etc. Pero sumado a eso, yo agregaría otra variable, también preocupante, que complica la seguridad médica, como lo es la desorganización del ámbito clínico al interior de los hospitales.

¿A qué se refiere?

A que evidentemente existe una desestructuración organizacional de los hospitales. Con casos donde unidades pequeñas, de apoyo diagnóstico o terapéutico, asumen equivocadamente y sin corrección de las autoridades hospitalarias y de los servicios de salud, un estatus de supuesto servicio clínico en los organigramas, cuyas jefaturas, de acuerdo a las normas organizacionales administrativas vigentes, no poseen esa calidad. Todo ese desorden, sumado a la falta de control de procesos y la falta de liderazgo interno, colabora a los eventos adversos.

¿Cuál sería la solución?

Necesitamos como médicos, retomar la estructura

organizacional definida legalmente en el estatuto administrativo, en las normas funcionarias de los servicios de salud y nosotros como médicos, asumir fuertemente el liderazgo de los recintos. Eso bajaría la siniestralidad de los recintos de salud. Pero eso va a ser un trabajo largo, que requiere formación y liderazgo en ese sentido.

¿Qué perfil debe tener el médico que lidere la seguridad médica de un servicio clínico o recinto de salud?

Quien se encargue de la seguridad médica de un hospital, un servicio clínico o un recinto médico, debe tener formación en materia de liderazgo. Debe comprender la filosofía de la medicina clínica, y poseer un perfil de empatía con los pacientes, que son el fin último del proceso de salud. Lo fundamental de su tarea, será aplicar un fuerte control de procesos. Apoyar y orientar a los colegas, hacer prevención. Dichas funciones están claramente establecidas a nivel legal, a los jefes de servicios clínicos, subdirectores médicos y directores de hospitales, tal como consta en las normas funcionarias y organizacionales de salud vigentes en Chile.



Dra. María Begoña Yarza.

Directora de la Sociedad Chilena de Calidad Asistencial Soccas

“Para avanzar en la cultura de seguridad es necesario que el entorno sea abierto y sin castigos, y con foco en el paciente”

Por Mariela Fu R.

La reconocida pediatra, ex Directora del Servicio de Salud Sur, ampliamente conocida por su trabajo a la cabeza del Hospital Exequiel González Cortés, es una de las invitadas por el Ministerio de Salud a formar parte del equipo que revisará el sistema de acreditación de los prestadores de salud tras diez años de funcionamiento.

Durante esta entrevista, habla de su experiencia personal y profesional respecto a cómo gestionar los errores médicos, explicando por qué considera imprescindible un clima laboral que propicie el aprendizaje colectivo y la mejora continua, incorporando la participación de los pacientes.

Según su experiencia, ¿cómo se viven y enfrentan al interior

de los hospitales los errores médicos?

Ha sido un proceso evolutivo y heterogéneo. Mi experiencia me ha mostrado que en aquellos hospitales u organizaciones donde el clima laboral y las relaciones entre los equipos de trabajo son de confianza, dentro del equipo se da mucho más fácil el reconocer el error y aprender de él. Esa es la condición básica para que se desarrolle un proceso de aprendizaje pero en aquellas instituciones en que lo importante es el “indicador” y la “meta” y no las personas; tanto pacientes como funcionarios, allí no puede surgir un proceso de mejora continua. Hoy encontramos con mayor frecuencia equipos con esta cultura de mejora continua; aunque aún vemos profesionales, médicos e incluso directivos con secretismos en relación a los errores, esa actitud no desarrolla políticas de gestión de riesgos. Si no somos capaces de reconocer que el error existe, que es multifactorial y que la verdadera actitud profesional es compartirlo y con ello aprender, no caminaremos hacia el sentido más profundo de nuestra profesión que es tratar de mejorar a las personas sin dañar.

¿Qué es lo más difícil para los médicos, los equipos y los recintos cuando se encuentran con errores médicos y con eventos adversos?

Para aquellos que fueron parte del evento, lo más difícil es “verlo”, lograr identificarlo, documentarlo y notificarlo pero lo más importante es generar un espacio de reflexión colectiva y no confundirlo con una complicación. La complicación es parte de la evolución natural de la enfermedad y al adjudicar la situación falsamente como complicación se pierde la oportunidad de aprender y generar medidas de prevención, mitigación y potenciar mejores y más seguras prácticas clínicas.

Para el resto del equipo que no fue parte de la situación, lo más difícil es empatizar. Empatizar es pensar que todos trabajamos con altos niveles de riesgo que el error es muy frecuente, que todos los equipos tienen o tendrán en su práctica profesional



Dr. Carlos Becerra Verdugo, Secretario de Falmed

“En el sector público, aún no está funcionando un sistema de gestión del riesgo sanitario”

Por Mariela Fu R. y Andrés Palacios P.

incidentes o eventos adversos. Lo peor es “aprovechar” esta situación para “ganar algo”, “diferenciarse del que se equivocó” o “hacer comentarios superficiales”.

Para los directivos de los hospitales, es verlo como oportunidades, conversarlo con el equipo afectado y con los equipos de calidad. Acompañar el proceso con metodología de aprendizaje, con transparencia, cuidando a las personas, a todas!! Cada vez que conversamos, reflexionamos sobre estos temas, ponemos el sentido de la salud y a las personas en el centro de las decisiones.

¿Cuál sería a su juicio la mejor forma de aprender de los errores médicos para avanzar hacia una cultura donde se privilegie la seguridad de los pacientes y no una mirada punitiva?

Lo primero es que notificar el incidente o el evento no puede convertirse en un “registro epidemiológico de los errores”, no se pretende medir la incidencia de estos eventos. La notificación y la posterior reflexión y aprendizaje tiene valor en la medida que se ponga al paciente en el centro, se discuta el caso con transparencia y que los líderes de la organización sean sensibles al aprendizaje y se estandarice una determinada práctica o se asegure un determinado recurso o se capacita el equipo en algún procedimiento.

La cultura de seguridad se alcanza si el objetivo de la organización se expresa en sus políticas. No hacer daño es la expresión ética de todo el equipo. Para avanzar en la cultura de seguridad es necesario que el entorno sea abierto y sin castigos, integrar conocimientos basados en evidencia clínica e incorporar proceso de evaluación de lo aprendido y sus resultados.

¿Puede contarnos alguna experiencia de aprendizaje sobre error médico que le haya marcado en su ejercicio profesional?
Hay una historia muy significativa para mí personalmente pero

El secretario nacional de Falmed, especialista en Salud Pública, quien fue MGZ en la Región de O’Higgins, considera que a nivel país aún se está al debe con políticas públicas consolidadas que gestionen los riesgos en salud. Tampoco existen los equipos especializados al interior de los hospitales.

En los recintos públicos, ¿cómo se trata el error o la negligencia?
Está recién empezando. Conozco en otros lugares del sistema privado donde existen unidades de riesgo clínico que están a cargo de los protocolos, de los consentimientos, y hacen análisis de casos. En el mundo público está todo aún en desarrollo. Eso hace que frente a ciertas situaciones más bien se actúe de acuerdo a la contingencia.

¿Cómo explicaría usted -según su experiencia- esta distancia entre el sistema público y el privado respecto de por qué aún

también para el equipo directivo y finalmente también lo fue para el hospital. Una pequeña recién nacida de menos de diez días, que presentaba un diagnóstico muy ominoso. La enfermedad que presentaba no podía resolverse con el actual nivel de conocimiento o desarrollo tecnológico en la medicina actual. Conversé muchas veces con la familia, no fuimos capaces de prestarle la mejor atención, ni la que ellos necesitaban. Decidimos que todos los equipos debían conocer este relato para que el aprendizaje técnico y valórico fuera de todo el hospital (Exequiel González Cortés). El aprendizaje en este caso terminó convirtiéndose en la motivación para el desarrollo de un sistema predictivo de riesgo de paro cardiorrespiratorio. El compromiso era que nunca más nos pasaría una situación como la que vivieron la pequeña y su familia. Le pedimos autorización a la familia para nombrar este sistema con el nombre de su hija.

Esta historia fue dolorosa, pero no nos quedamos solo en eso sino que aprendimos colectivamente y construimos una práctica más segura para nuestros niños.

¿Qué sugerencias haría respecto a cómo actuar al interior de los recintos cuando se detecta un error?

Este análisis debe realizarse siempre colectivamente, con todo el equipo de trabajo. Nunca hacer el análisis muy cerca del momento en que ocurrió, las personas involucradas están afectivamente muy comprometidos, despersonalizar la situación, tener metodología adecuada para la detección de los múltiples factores intervinientes, nunca hablar sobre medidas punitivas. Los líderes y jefaturas de las unidades involucradas deben participar. Diría que la transparencia con el equipo, pero también con las personas que atendemos, es una clave importante: si no involucramos a los pacientes o a sus familias, este proceso no tiene sentido.

no se ha protocolizado cómo informar el error médico?

Es variable en el ámbito público, pero efectivamente cuando se produce una negligencia la comunicación es mayor que en el caso de un error médico. Existe un sistema de reporte de incidentes pero no necesariamente de manejo de gestión del caso. Diría que los sistemas de gestión de casos más bien siguen respondiendo a los directivos y a la contingencia más que a un sistema permanente de evaluación de caso. Los protocolos dependen de la gestión de los servicios de salud de cada hospital. Tampoco existe una unidad en el Ministerio de Salud que dé pauta o directrices para el resto del país, ya que los esfuerzos que existen son esfuerzos locales.

Entonces, no es un tema tan instalado todavía en el país como una política pública que asuma la gestión de la seguridad.

Yo dividiría seguridad y riesgo. Efectivamente se generan reportes y hay indicadores de seguridad hospitalaria pero otro tema es la gestión del riesgo a través del análisis. La idea sería tener un mismo sistema que permita analizar sus casos y luego generar mejoras. Esas son las áreas donde hay una oportunidad de mejora.

¿Cómo deberíamos entender la gestión de riesgos que se hace hoy?

El sector privado tiene equipos consolidados donde se hace un trabajo permanente, a partir de la reportería de incidentes, eventos centinelas, etc. Cada uno de estos eventos se analizan y se buscan los problemas sistémicos que puedan existir y a partir de eso realizan actualizaciones de protocolo, mejoras de las guías clínicas, proyectos de inversión para mejorar equipamiento, entre otros. Eso en los hospitales públicos está recién comenzando. No existe un protocolo de riesgo en el sector público que abarque el error médico.

Y en ese sentido, ¿cómo se ha ido avanzando hacia una cultura donde los equipos médicos puedan reportar, por ejemplo, incidentes a sus superiores?

Eso también es una cosa que no está bien lograda. Habitualmente esos incidentes se reportan a partir de otras vías, no a través de los médicos. Por lo general, el jefe de servicio se entera por terceros de situaciones que ocurrieron en una determinada unidad del hospital. Las alarmas se encienden cuando esto se mediatiza y se judicializa, es decir, cuando adquiere connotación o relevancia mediática.

¿Cuáles serían esas barreras que harían que dificulte que los médicos se atrevan a hablar del error médico como algo que parte de la práctica del ejercicio profesional?

Como no hay un desarrollo de este tipo de protocolos en el servicio público, todo se concentra desde las directrices que envían desde el ministerio. Por lo general, los servicios de salud implementan recursos para contratar personas y eso se va posicionando luego como una política país. Pero en el caso de Chile, esto no existe. No está tampoco la orgánica para

contratar personas que se preocupen exclusivamente de este tema.

¿Quién debiese atender este tipo incidentes?

Conozco de cerca la experiencia que tiene la clínica privada, donde tienen una subdirección de riesgo, es decir, existe un directivo que está preocupado y ante cualquier efecto anómalo está facultado para tomar cartas en el asunto. Esa persona tiene la facultad para modelar procedimientos, cambiar protocolos o flujos mal diseñados que hayan sido causante de algún problema clínico. Ese subgerente tiene un equipo con dedicación exclusiva a este tema y eso es lo que en los hospitales y en los servicios de salud no existe. Uno esperaría que ese tipo de equipos existan y que tuvieran una mirada más externa, con objetividad, que no sea una responsabilidad que recaiga en los jefes de servicio clínico.

¿Y esta es una práctica que al médico lo protege o lo culpa? ¿Existe algún equipo de apoyo para los médicos en este tipo de situaciones?

No conozco que exista algo estructurado que cumpla esta función. Normalmente cuando los casos se mediatizan la tendencia es más bien punitiva contra el médico y contra el equipo que cometió el error. Enfocarse también en los procesos judiciales es otra práctica.

Entonces pensar en un protocolo para evitar el error médico parece una utopía, tomando en cuenta que ni siquiera existen estructuras más armadas para evaluar y reconocer los errores de manera oficial, ¿no?

Por supuesto. De hecho, eso es parte del trabajo que uno esperaría que una unidad clínica fuese levantando como insu- mo, que vaya creando estos protocolos, que se preocupen de orientar y asesorar a los médicos en esos temas. En Falmed vemos con mucha frecuencia que en los hospitales nos están pidiendo este tipo de cursos desde hace bastante rato, ya que desde la orgánica de los mismos hospitales no está la capacidad instalada.

Si usted pudiera considerar algunos pasos básicos para un protocolo que facilite la disminución de los errores médicos, ¿cómo debiese abordarse?

En el caso de un médico que comete un error, debería contener cómo abordar el manejo con su equipo, cómo comunicar, ponerse en las distintas situaciones que este error puede acarrear. Por ejemplo, cuando el paciente está en ánimo de diálogo, se actúa de esta forma o, por el contrario, cuando hay algún familiar del paciente que responde con una agresión, de qué forma se responde. También incluir cómo actuar en la interna, cómo se gestiona, quién recoge, analiza, quién asesora al médico en este evento. Incluso voy más allá: más que un protocolo para ayudar al médico, yo sería más amplio y haría un protocolo para ayudar al equipo de salud. Por supuesto, con el liderazgo del médico.

¿ESTAMOS FRENTE A LA OBSOLESCENCIA DEL PATERNALISMO EN MEDICINA?

El paternalismo en la relación médico paciente según especialistas eleva el riesgo jurídico en tiempos donde la información y la autonomía son valores intransables. Analizamos los modelos y formas que los médicos tienen para relacionarse con sus pacientes, para construir una nueva cultura de seguridad en la atención médica, incluyendo su participación para establecer una relación que reconozca los derechos del paciente.

Por Alejandra Moreira B.

El paternalismo según la definición de la Real Academia Española es “la tendencia a aplicar la forma de autoridad y protección propias del padre en la familia tradicional a relaciones sociales de otro tipo; políticas, laborales, etc.” En medicina también ha sido aplicado este término en el ejercicio de la profesión y la relación que se establece entre el facultativo y el enfermo.

Hablar de paternalismo ya entrado el siglo XXI, suena añejo y descontextualizado, más aún cuando la conformación de nuestra sociedad y las familias ha dado un giro sustancial con la integración de la mujer al mundo laboral, político y social.

Inmersos en una sociedad de la información no nos parece extraño que, a diciembre de 2018, Facebook revelara que cuenta con 1.520 millones de usuarios activos diarios y 2.320 millones de personas activas en la red cada mes. Es decir, un tercio de los habitantes del mundo tiene alguna interacción de forma regular con la red social creada hace 15 años por Mark Zuckerberg. Sin duda, el internet y el acceso masivo a la información y a las nuevas tecnologías han logrado empoderar a la sociedad entera y a los pacientes que cambiaron la visión que tenían de los médicos y que a diario usan un click para obtener las respuestas del denominado Dr. Google.

Un artículo de la Revista Médica Electrónica, de abril del 2013, escrito por los doctores Cañete Villafranca, Guilhem y Brito explica que “la relación entre los profesionales de la salud y

sus pacientes ha sido universalmente reconocida como clave en la práctica médica. La orientación y la participación efectiva de los sujetos en la toma de decisiones son esenciales en la relación sanitaria y humanizan ese proceso. Sin embargo, la inadecuada percepción de muchos profesionales acerca de la importancia de esa participación ha derivado en no pocos casos de mala praxis”.

El artículo además menciona que “históricamente, los médicos han sido responsables por las decisiones relacionadas con la atención de sus pacientes asumiendo una postura eminentemente paternalista”.

MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Los modelos históricos de la relación médico y paciente se dividen hasta hoy en paternalismo; informativo; interpretativo y deliberativo. La velocidad de los cambios en la medicina ha ido acelerándose con el paso del tiempo, y los acaecidos en los últimos 25 años han superado con mucho a los de cualquier otra época de la humanidad. Por lo tanto, es esencial analizar, desde este nuevo enfoque, lo que ha sucedido en la relación del médico y su paciente y el papel que juegan ambos protagonistas.

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Para el psiquiatra Dr. Alejandro Koppmann Attoni, profesor de



PATERNALISTA

Acá la interacción del médico y el paciente asegura que el enfermo recibe las intervenciones necesarias y que mejor garantizan su salud y bienestar. Con este fin los médicos utilizan sus conocimientos para determinar la situación clínica del paciente y la fase de su proceso terapéutico para elegir qué pruebas diagnósticas y tratamientos son los más adecuados.

OTROS MODELOS

INFORMATIVO

El objetivo de la relación es proporcionar al paciente toda la información relevante para que pueda elegir la intervención que desee, tras lo cual el médico la llevará a cabo. El profesional informa al paciente sobre el estado de su enfermedad, la naturaleza de los diagnósticos y las intervenciones terapéuticas, la probabilidad tanto de los beneficios como los riesgos asociados a cualquier intervención y sobre la incertidumbre del conocimiento médico.

INTERPRETATIVO

El objetivo es determinar los valores del paciente y qué es lo que realmente desea en ese momento, y ayudarlo así a elegir, de entre todas las intervenciones médicas disponibles, aquellas que satisfagan sus valores. El médico informa al paciente sobre la naturaleza de su afección y sobre sus riesgos y beneficios de cada intervención posible y ayuda al paciente a aclarar y articular sus valores.

DELIBERATIVO

Aquí el objetivo de la relación es ayudar al paciente a determinar y elegir, de entre todos los valores relacionados con su salud y que pueden desarrollarse en el acto clínico, aquellos que son los mejores. Con este fin el médico debe esbozar la información sobre la situación clínica del paciente y ayudarlo posteriormente a dilucidar los tipos de valores incluidos en las opciones posibles.



“El principio de autonomía de los pacientes otorga a las personas la capacidad de tomar decisiones y de aceptar o rechazar un tratamiento”

Dr. Alejandro Koppmann
Médico psiquiatra, Centro de Bioética UDD



“En la actualidad, el modelo paternalista en la relación médico paciente ya no sería admisible, porque las personas esperan ser consideradas en la toma de decisiones, especialmente en circunstancias de enfermedades complejas y situaciones delicadas”

Dra. Sofía Salas
Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile

la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo, la relación hoy entre el médico y el paciente dejó de ser vertical y “esto se explica no sólo por el acceso a la información de las personas que hoy llegan a la consulta con bastantes ideas de lo que le pasa”, sino a una serie de otros factores.

“Efectivamente el modelo ha cambiado. Esta relación vertical donde el doctor era quien tenía básicamente el poder de la toma de decisiones y la información corría en un solo flujo, de arriba hacia abajo, se ha ido horizontalizando con el paso de los años”, puntualiza el también miembro del Centro Bioética de la UDD.

El académico considera que ese principio de autonomía contenido en la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes plantea que los usuarios “tienen derecho a rechazar un tratamiento, siempre y cuando esto no acelere su muerte, pero deja en claro que tienen la capacidad de poder decidir. El principio de autonomía que ha irrumpido ha hecho que el paciente tenga un rol distinto”.

A su juicio, que los pacientes tengan derecho a rechazar su tratamiento da un giro en la relación del enfermo y su médico. La judicialización y la desconfianza han creado un clima enrarecido entre el paciente y su doctor y que sea poco fluida, dice Koppmann, quien tiene varias publicaciones sobre temas de las relaciones humanas y el ejercicio de la buena medicina. La relación ideal, señala, es aquella que garantiza la confidencialidad absoluta, técnicamente suficiente, la continuidad en el cuidado y no cortar la cadena de cuidado del paciente ni desentenderse del paciente por la derivación a un especialista.

TOMAR UNA DECISIÓN INFORMADA

La doctora Sofía Salas, académica e integrante del Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile, explica que “el paternalismo está muy enraizado con la tradición hipocrática, donde el médico era el que sabía lo mejor para el

paciente, e incluso trata de ocultarle al paciente, para que no tenga temor de lo que le va a ocurrir”.

Esto funcionó durante muchos siglos como un buen ejercicio de la medicina, en el que el paciente entregaba toda su confianza al médico y no se le ocurría participar en la toma de decisiones y el médico tampoco le daba los espacios necesarios al paciente para que discutiera con él los mejores cursos de su tratamiento.

“En la actualidad ese tipo de modelo en la relación médico paciente ya no sería admisible porque las personas esperan ser consideradas en la toma de decisiones, especialmente en circunstancias de enfermedades complejas y situaciones delicadas”, señala la doctora Salas quien también es docente en el Centro de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo.

La Dra. Salas subraya la importancia que tiene en la relación médico paciente el principio de autonomía, puesto que “otorga a las personas la capacidad de tomar decisiones y de aceptar o rechazar un tratamiento”.

Según la académica, los médicos tienen el desafío de hacer participar a los pacientes en la toma de decisiones, haciendo un esfuerzo para que comprendan las alternativas de tratamiento y las consecuencias de las decisiones que tomen. “Cuando las alternativas son más complejas, por ejemplo, decidir para tratar este cáncer es mejor operar o hacer radioterapia, o hacer quimioterapia y cada una de esas alternativas tienen posibilidades de resultados distintos y que van a afectar su calidad de vida, hay que hacer participar al paciente de la decisión”, enfatiza.

“Nos encontramos con el problema que hay una asimetría de información que no es menor entre la información que maneja el médico desde el punto de vista científico técnico y lo que el paciente es capaz de comprender de la información que le entrega el médico. A mi juicio, el médico debe hacer el esfuerzo



“Si el médico toma las decisiones sin el paciente, se pone en riesgo ante un eventual escenario judicial”

Isabel Margarita Salas
Abogada civilista Falmed

para lograr que el paciente entienda bien las alternativas y participe en la toma de decisiones, sobre todo cuando son decisiones importantes que tienen impacto en la calidad de vida”, añade.

Un punto importante sobre el cual llama la atención la Dra. Salas es el error de considerar que los pacientes de edad avanzada no debieran participar en la toma de decisiones. “A mí me ha tocado experiencias de médicos que hablando de una forma muy sencilla logran que el paciente decida de acuerdo a sus valores, resolviendo cosas tremendamente importantes, como por ejemplo, acepto o no acepto una quimioterapia. Un buen médico lo puede explicar de una manera tal que el paciente, incluso adulto mayor o sin mayor educación, puede entenderlo y tomar una decisión informada”, sentencia la doctora.

La Alianza Chilena de Agrupaciones de Pacientes de Chile (ACHAP) también ha reparado en el cambio de la relación entre los enfermos y sus tratantes. “Los pacientes también debemos aprender a ser mejores a la hora de comunicar nuestras dolencias, anotar las preguntas que vamos a hacer a nuestro doctor, poner atención a las indicaciones de nuestro tratamiento sobre todo en pacientes con dolencias de enfermedades crónicas”, señala Cecilia Rodríguez socia fundadora y Directora Ejecutiva de la Fundación Me Nuevo.

Observa que la cantidad de información que desee recibir un paciente y sus familiares dependerá de la situación de salud en la que se encuentre. “En una urgencia con un familiar, uno no necesita de un médico que salga a preguntar cuáles son los intereses de la persona que tenemos en la camilla. Uno quiere que el doctor haga todo lo que tenga que hacer, no pierda tiempo y (actúe) rápido para no arriesgar más la vida de nuestro ser querido. Sin embargo, cuando tenemos esta gran epidemia de enfermedades crónicas, ahí cambia la figura. Cuando tengo una enfermedad que es de por vida, uno no puede seguir indicaciones médicas y punto” dice la vocera de la ACHAP.

Rodríguez señala que “en este tipo de enfermedades crónicas los pacientes estamos sólo el 1% del tiempo en contacto con el sistema de salud, el resto del 99% yo estoy en mi vida y es allí donde tengo que aprender a resolver y para eso necesito entender ciertas cosas. Entonces este otro modelo paternalista que quizás funcionó por mucho tiempo, empieza a tener otros requerimientos”.

En este sentido, señala que “hay que entender, comprender detalles, para saber sobrellevar una enfermedad que nos acompañará para siempre y entonces no basta con escuchar al doctor y quedarse callada como era antes”.

RIESGO JURÍDICO EN LA RELACIÓN PATERNALISTA

Una de las obligaciones del médico es informar para que el paciente pueda decidir sobre su tratamiento. Esta obligación no es solamente derivada del cumplimiento genérico de la lex artis sino que además, como hemos mencionado antes, está establecida como obligación en la Ley de Derechos y Deberes del Paciente N° 20.584.

“Cuando el médico no cumple su obligación porque toma la decisión por el paciente, vulnera derechamente la ley, pero además incurre en incumplimiento de sus obligaciones, lo que puede dar lugar a que sea responsable civilmente y tenga que indemnizar al paciente”, enfatiza la Isabel Margarita Salas, abogada civilista de la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico de Chile.

A tal llega los alcances de la responsabilidad jurídica del facultativo en nuestro país, que “incluso en materia civil no es estrictamente necesario que esa acción traiga como consecuencia una secuela física para que haya responsabilidad en una complicación, lesión, u otro efecto no esperado de la intervención del médico, basta la mera infracción de la obligación para que se pueda entender que incumplió sus obligaciones”, puntualiza la abogada Salas.

En materia penal también pueden encontrarse casos de falta de consentimiento del paciente. La abogada de Falmed explica que hay decenas de casos de actos médicos judicializados, donde los profesionales son imputados de haber cometido un delito de negligencia médica, sólo porque el médico tomó una conducta quirúrgica distinta de lo que se había programado y consentido por el paciente en la etapa preoperatoria. Esto sucede cuando los hallazgos en la propia intervención hacen que el médico tome una decisión sin el consentimiento informado correspondiente.

Lo que hay detrás en muchos de estos casos, dice la profesional de Falmed es la “sorpresa” del paciente cuando se encuentra con un acto médico no consentido. Si a ello le sumamos una secuela negativa, como la pérdida de un órgano, una complicación o efecto adverso, el panorama judicial no es muy esperanzador para el galeno. “La toma de decisiones unilaterales del médico habla de una relación médico paciente poco saludable”, advierte.

La recomendación de Falmed es mantener un adecuado uso de la ficha clínica y la constancia de su actualización para evitar discrepancias posteriores con el paciente que puedan terminar judicializando el acto médico.

¿CÓMO COMUNICAR EL ERROR MÉDICO AL PACIENTE Y FAMILIARES?

Un profesional que experimente un evento adverso se enfrentará a la necesidad de transparentar lo ocurrido, siguiendo un protocolo de comunicación para estos casos. La falta de información, improvisación, temores y falsas creencias se convierten en los principales enemigos del facultativo, que impedirán, hacer de esto una oportunidad para generar aprendizajes. Los especialistas ahondan en estos problemas y entregan algunas recomendaciones desde la dimensión ética y legal.

Por Paulo Muñoz A. y Marcela Barros M.

La exposición ante los pares, la afectación del prestigio profesional, la pérdida de estatus, y el temor de enfrentar acciones legales, emergen como los principales temores de quien protagoniza un error médico.

¿Comunicar o callar? Una interrogante que recorre los pasillos de hospitales, clínicas y centros de salud, que conlleva un estrés y agobio hacia él o los profesionales involucrados en un evento adverso. En nuestro país, la Ley 20.584 que regula los Derechos y Deberes de los pacientes, de 2012, se hace cargo de esta interrogante y establece en el artículo 4° como un derecho del paciente ser informado “acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independiente de la magnitud de los daños que aquel haya ocasionado”.

Desde la dimensión ética, lo que se espera del profesional es una actuación transparente, honesta y marcada por la empatía hacia su paciente y familiares, por lo que será de suma importancia la preparación de esta instancia, generando protocolos institucionalizados, minimizando las probabilidades de improvisación.

La Dra. Ruth Stalnikowicz jefa del departamento de Medicina de Emergencia en la Universidad de Hadassah, Israel, expuso sobre “Cómo transparentar el error médico a la familia” en la II Jornada de Bioética en el quehacer hospitalario que realizó la Universidad Católica del Maule en Talca, en noviembre de 2018.

La profesional reconoce que quien comete un error se siente “en un estado caótico y es todo junto: el enfrentar al enfermo/familia, el qué dirán, el posible juicio”, de igual modo “debe ser

comunicado (el evento adverso) lo antes posible al enfermo o a su familia.

Sugiere la Dra. Stalnikowicz que en paralelo a la información al paciente y/o su familia, se informe también a la administración y al equipo de gestión de riesgos del hospital.

“Antes de encontrarse con el enfermo, si hay tiempo, conviene prepararse en consultar con los que estuvieron envueltos en el caso y con el director del departamento; el encuentro debe hacerse lo más cercano al incidente, aunque las cosas no están totalmente claras todavía; el lugar físico debe ser tranquilo, nunca en el corredor; es conveniente que siempre haya un médico más senior y equipo multidisciplinario frente al enfermo y familiares”, destaca.

Además agrega que “hay que tratar de averiguar con la familia si a lo mejor no quieren que un médico específico esté presente; hay que entender que se trata de un proceso, que seguramente en el primer encuentro no se dirá todo. En todo caso no hay que esperar al director del hospital o al equipo de gestión de riesgos para comunicarle al paciente que se cometió un error. En Estados Unidos existen coaches o facilitadores generalmente enfermeras o trabajadores sociales que han sido entrenados en el proceso de comunicación de errores y que están disponibles 24/7 para acompañar a los equipos”, explica la Dra. Stalnicowicz.

Precisamente, los especialistas coinciden en que el error médico ya genera un grado de incertidumbre que se ve incrementado si no existe un plan de comunicación. El oncólogo británico, Robert Buckmann, elaboró una pauta de acción referida a la



comunicación de errores médicos con un protocolo que incluye cinco pasos claves: contexto, apertura, narrativa, emociones; y plan y resumen (CANEP, ver página 55).

La Dra. Anamaria Arriagada, integrante del Departamento de Ética del Colegio Médico, profundiza en este modelo y explica que la entrega de esta información debe darse en un espacio físico adecuado, que genere un clima de confianza entre el médico y su paciente, dejando fuera las posibilidades de interrupciones.

“Voy a comunicar algo que quizás será difícil de entender”,

“qué es lo que ustedes quieren saber”, pueden surgir como los primeros mensajes del profesional para abrir el diálogo y generar una retroalimentación con los receptores del mensaje.

Precisamente, en el artículo “Comunicación de errores médicos a pacientes y familiares: interrogantes y herramientas”, en 2016, la Dra. Arriagada y la psicóloga María Luz Bascañán, recomiendan que si el paciente está en conocimiento del error médico es importante comenzar reconociéndolo y lamentándolo. “Cuando uno le dice a una familia: yo entiendo que aquí hay mucha rabia, mucha angustia; o entiendo que aquí hay mucho



“La información del evento adverso podría conllevar un riesgo jurídico, sin embargo esto depende del paciente y su comprensión, de la forma y oportunidad de la información, del apoyo por parte de colegas y la institución”

Carmen Gloria Pierart
Abogada del Departamento
Jurídico de Falmed



“Cuando uno le dice a una familia: yo entiendo que aquí hay mucha rabia, mucha angustia; o entiendo que aquí hay mucho miedo, desconfianza, logra que las dos partes se hagan cargo. No hay que tenerle miedo a eso”

Dra. Anamaría Arriagada
Integrante del Departamento de
Ética del Colegio Médico

miedo, desconfianza, logra que las dos partes se hagan cargo. No hay que tenerle miedo a eso”, dice la Dra. Arriagada.

Lograda la apertura, los pasos siguientes son la narrativa, entendida como la entrega de información que entregue un recuento cronológico de los eventos ocurridos y responder las inquietudes; etapa que nos dará las primeras señales de la posición que encontraremos en el paciente y sus familiares.

En este sentido, la psicóloga María Luz Bascuñán y la Dra. Anamaría Arriagada se refieren a su manejo, donde la rabia e indignación son los primeros sentimientos en aparecer, sin embargo se deben entender como parte del proceso de recepción de información adversa. El profesional que informa “debe permitir que estas emociones sean expresadas y el hecho de no interrumpir al paciente y dejarlo manifestarse, le ayuda a digerir la situación”, explican.

La última fase de este protocolo incluye la elaboración, en conjunto, de un plan de acción que demuestre el compromiso del profesional y la institución, centrados en el bienestar del paciente.

TEMOR A LA JUDICIALIZACIÓN

La realidad internacional da cuenta que la judicialización de la medicina es un fenómeno que va creciendo, e incluso en países como Estados Unidos la ocurrencia de errores médicos ya se convierte en un problema sanitario.

El artículo “Análisis de las barreras y oportunidades legales-éticas de la comunicación y disculpa de errores asistenciales en España”, escrito entre otros autores por Priscila Giraldo, del Servicio de Epidemiología y Evaluación del Hospital del Mar, Barcelona, y Josep Corbella, del mismo recinto asistencial, entre otros autores, recogió la mirada que tenían abogados expertos en derecho sanitario-bioética ante la comunicación del error médico.

El estudio, que incluyó la participación de 46 especialistas, arrojó que el 84,7% creía que siempre debían comunicarse los eventos adversos; además 97,8% respondió que era necesario que también se informaran las causas y posibles soluciones ante el error, y el 73,9% que la comunicación del error debía ser incluida en la ficha clínica.

“Se identificó que la principal oportunidad derivada de una comunicación es la mejora de la confianza entre el/la médico/a y el/la paciente y sus familiares”. Sin embargo, el miedo a las consecuencias legales, a los medios de comunicación o a la reacción de la profesión se identificó como la barrera de mayor índole”, mencionan los autores españoles en el artículo.

La Dra. Anamaría Arriagada y la psicóloga María Luz Bascuñán también abordan esta relación entre comunicar un error y la judicialización. Plantean que no existe información certera que asocie la comunicación del error con el aumento de demandas o acciones legales contra el médico; y, por el contrario, enfatizan que el reconocimiento y responsabilidad del daño favorecerán al profesional, incluso al enfrentarse a un escenario judicial.

La integrante del Departamento Jurídico de Falmed, abogada Carmen Gloria Pierart, destaca que informar un evento adverso, por una parte, beneficia al paciente al permitir buscar soluciones de forma precoz y apropiada, disminuyendo no solo su estrés, sino también el del facultativo.

“Para el profesional puede disminuir el estrés, estrecharía la relación médico – paciente, podría disminuir los reclamos y litigios o mejorar la posición del demandado en caso de que estos se produjeran, permitiría aprender de los errores y aceptar la responsabilidad pudiendo cambiar la práctica

CANEP: COMUNICACIÓN DE ERRORES MÉDICOS



CONTEXTO

Preparar el lugar en que se comunicará el error. Un espacio físico íntimo, cerrado y sin ruidos en el que dialogarán médico paciente. Médico debe transmitir calma. El lugar no da lo mismo.

APERTURA

El médico debe abrir el diálogo. Se recomienda entregar mensajes como: “Voy a comunicar algo que quizás será difícil de entender”, “qué es lo que ustedes quieren saber”. Si el paciente y su familia ya manejan la información, apoyar con frases como: yo entiendo que aquí hay mucha rabia o yo entiendo que aquí hay mucho miedo o yo entiendo que aquí hay desconfianza.

NARRATIVA

Narración cronológica de lo ocurrido. Saber escuchar o interpretar comunicación no verbal y reacciones emocionales del paciente o familiares.

MANEJO EMOCIONAL

Aparecen tres fases una vez informado lo ocurrido: La recepción de la noticia (estado de shock), luego la negación (“no puede ser, esto no está pasando”) y la reacción (expresión de rabia y malestar). El médico debe permitir que se expresen las emociones.

PLAN DE ACCIÓN

Manifiestar que el profesional y la institución no abandonarán al paciente.

Manifiestar compromiso e idea de hacerse cargo. (“Pasó esto pero hicimos o estamos haciendo esto”).

Fuente: Protocolo para la comunicación de errores médicos, R. Buckman. En “Comunicación de errores médicos a pacientes y familiares: interrogantes y herramientas. María Luz Bascuñán y Anamaría Arriagada.

clínica”, explica la abogada de Falmed.

Si bien la probabilidad de que la comunicación de un evento adverso al paciente y su familia culmine en la presentación de una denuncia, demanda o querrela contra él o los profesionales implicados, en esta decisión será clave la forma en que se entrega la información, la relación médico paciente y las estrategias implementadas para comunicar.

“La información del evento adverso podría conllevar un riesgo jurídico, sin embargo esto depende del paciente y su comprensión, de la forma y oportunidad de la información, del apoyo por parte de colegas y la institución, de la formación y ayuda al momento de informar los eventos adversos, etc”, agrega Carmen Gloria Pierart.

Este aprendizaje que plantea la abogada del Falmed como una de las oportunidades que genera el verse expuesto a un error, también es recogido por la Dra. Anamaría Arriagada no solo como un aprendizaje para el facultativo afectado, sino también para sus colegas.

Según la integrante del Departamento de Ética del Colegio Médico, hay una tarea pendiente desde la dimensión ética en cómo se realiza este abordaje y masificar el mensaje de que el error es algo que pasará y del que hay que sacar enseñanzas. “No hay reuniones periódicas para hablar las cosas que

podimos hacer mejor, no hacemos públicos, de manera positiva, los resultados de las auditorías dentro de las instituciones. Hay doctores que se restan de llevar estos casos al comité de ética porque piensan, erradamente, que el comité los va a enjuiciar. Existe una desconfianza entre nosotros, pensamos que el error va a ser una oportunidad de descrédito y no es así”, dice la Dra. Arriagada.

No obstante, esta mirada crítica tiene matices que vienen en los contenidos que están recibiendo los futuros profesionales en las escuelas de medicina del país, que a menudo, y desde los primeros cursos, son enfrentados a la importancia de comunicar no solo errores médicos, sino también malas noticias. Como conclusión, es relevante señalar que el aumento de la judicialización de la medicina es un hecho cierto de lo cual Falmed es testigo. Dado su fin estratégico, cobra especial relevancia contar con una asesoría legal oportuna al momento de enfrentar un evento adverso.

“Contar con consejos legales, desde el inicio de un eventual quiebre y más aún desde el momento del reclamo, es vital pues permite en algunos casos ayudar a resolver el conflicto, y en otros casos, es necesario para delinear las ‘posibles vías que ese conflicto pueda tomar’”, puntualiza el abogado jefe de Falmed, Juan Carlos Bello.

Recomendaciones para reportar incidentes

UNA PROPUESTA PARA AVANZAR EN LA SEGURIDAD MÉDICA

Abordar la construcción de un sistema de registros de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, independiente de si causaron o no daño, es un desafío ambicioso, pero para el cual se requiere primero afianzar una cultura de aprendizaje y no punitiva sobre los errores médicos.

Por Patricio Alegre A. y Mariela Fu R.

La Fundación, durante el desarrollo del presente trabajo, se planteó la necesidad de saber cómo abordar los errores médicos, buscando recomendaciones que permitan avanzar hacia la seguridad de nuestro actual sistema sanitario y así evitar el daño a los pacientes.

Para ello, conversamos con especialistas en gestión de calidad, con médicos de destacada trayectoria, con investigadores y académicos, bioéticos, abogados, incluyendo la mirada de los pacientes. Revisamos también la literatura internacional así como normas y protocolos técnicos del Minsal.

El siguiente artículo busca entregar recomendaciones respecto

a cuáles son los pilares para comenzar a construir un sistema de vigilancia de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, reconociendo que en ellos está la base para RECONOCER los eventos, revisar POR QUÉ ocurrieron, y aplicar MEDIDAS para corregirlo.

Sin embargo, se estima que para desarrollar la seguridad en los recintos de salud, se requiere además un impulso desde el Ministerio de Salud, quien en conjunto con el Colegio Médico, busque la institucionalización de la Seguridad Médica, ya sea con una unidad o subdirección orientada específicamente a ese propósito.

RECOMENDACIONES PARA UN BUEN SISTEMA DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS

01

Debe constituir una herramienta de aprendizaje y no utilizarse punitivamente. Lo que se busca es crear un sistema de mejora continua, orientado a mejorar la calidad de la atención y su seguridad.

+ Se recomienda que el reporte se realice de manera anónima. Al contrario de preguntarnos “quién” ha cometido el error, preguntamos “por qué”.

02

Retroalimentación de la información a los profesionales. Establecer informes con determinada periodicidad y difundirlos al interior de la institución contribuye a la sustentabilidad del sistema de notificación.

+ Se recomienda que exista un mecanismo que permita a la persona que notificó, realizar un seguimiento de su reporte, resguardando la **confidencialidad** de su identificación.

03

Cuidar la terminología. Las definiciones de los conceptos debe ser clara y explícita en el formulario, no dejando a dudas de qué se está reportando, si es un evento adverso, incidente de seguridad o cualquier otro al que se esté invitando a reportar.

04

Cuidar el anonimato. Confidencialidad y anonimato de informadores, analizadores y pacientes.

+ Se recomienda que sea independiente de las administraciones sanitarias.



05 **Asegurar una adecuada protección de datos.**
 + Independiente de los reclamos, acciones disciplinarias, quejas administrativas.

06 **Promover una rapidez en las respuestas ante situaciones urgentes.**
 + Generar un sistema de alertas.

07 **Centrado más en los defectos del sistema u organización que en los errores individuales.**
 + Reorientarse hacia el paciente como centro de la atención.

08 **Contar con una infraestructura técnica adecuada, fácil de usar.**
 + Maximizar las oportunidades proporcionadas por las modernas tecnologías digitales para aumentar la calidad y eficacia de la transferencia de datos y el intercambio de información.

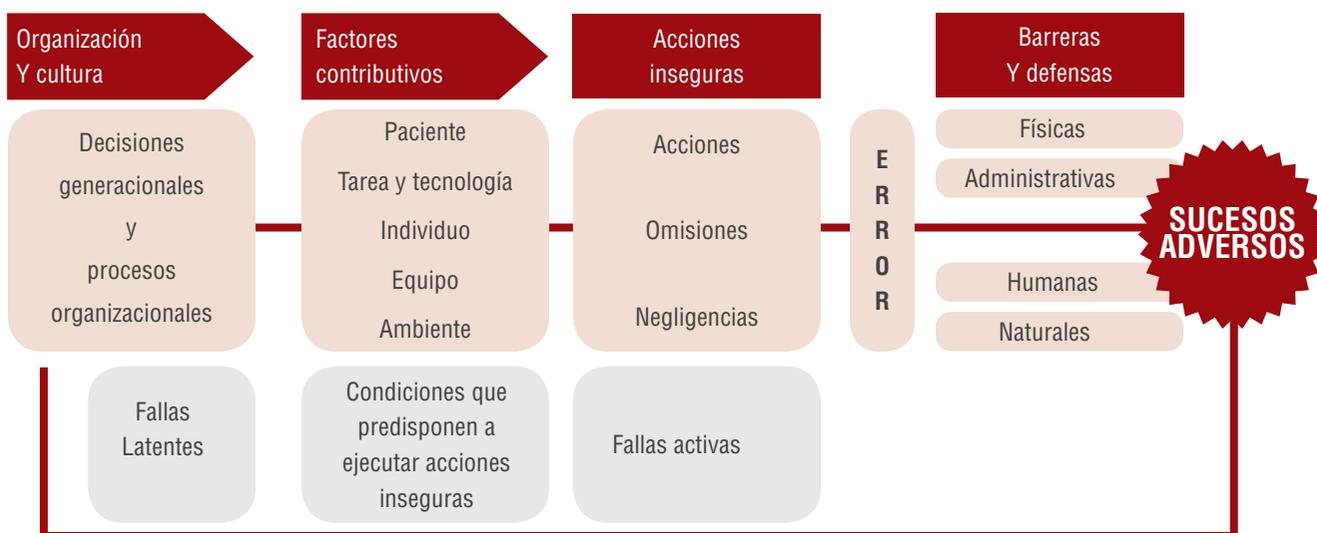
09 **Obtener un aprendizaje a partir del incidente crítico para emitir recomendaciones basadas en la gestión del riesgo.**
 + Avanzar hacia un análisis de los puntos más vulnerables del sistema sobre los que actuar.

10 **Definir el tipo de metodología para analizar la información.** Todas las notificaciones deben sistemáticamente someterse al mismo análisis, para resguardar la objetividad en la interpretación de los resultados obtenidos.
 + Requiere el análisis de expertos con criterios unificados.

PROCOLO DE LONDRES

MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE SUCESOS ADVERSOS

El Protocolo de Londres es una metodología validada internacionalmente, que permite indagar el origen de los eventos adversos. Cabe destacar que este método es una versión revisada y actualizada de un documento anterior llamado “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”. Dicho método es una guía para gestionar el riesgo sanitario, que facilita una investigación clara de los sucesos o eventos adversos.



Fuente: Protocolo de Londres. Autor: James Reason

INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES (ERRORES O EVENTOS ADVERSOS)



Fuente: Protocolo de Londres. Autor: James Reason



¿Cómo obtener y organizar la información?

Una de las mejores formas de obtener información son las entrevistas personales. El equipo investigador decide a quién entrevistar y la entrevista debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener de él un análisis y unas conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos.

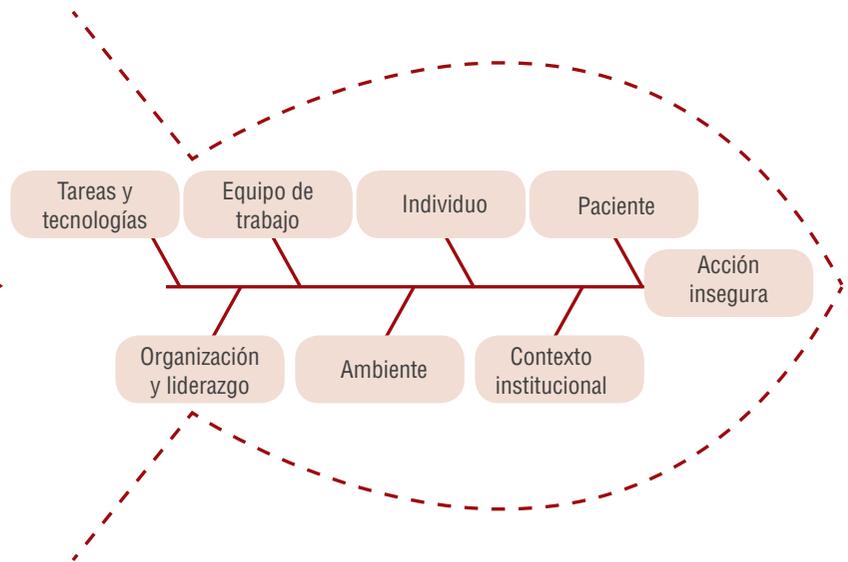
¿Cómo identificar las acciones inseguras?

La gente que de alguna manera participó en el incidente usualmente es capaz de identificar el motivo por el cual ocurrió.

¿Cómo identificar los factores contribuyentes?

Identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. También conocidos como la- tentes, se refiere a características del paciente o del sistema, que pueden contribuir a la produc- ción de un incidente. Cuando hay un gran núme- ro de acciones inseguras es bueno seleccionar las más importantes y proceder a analizarlas una a una.

EN LA FIGURA SE MUESTRA UN **DIAGRAMA DE ESPINA DE PESCADO** ASOCIADA A UNA ACCIÓN INSEGURA, TENIENDO EN CUENTA LOS FACTORES CONTRIBUYENTES.



PLAN DE ACCIÓN

Finalmente, cómo establecer un **plan de acción y recomendaciones** para mejorar las debilidades encontradas.

- A** Priorizar los factores contribuyentes de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
- B** Lista de acciones para enfrentar cada factor contribuyente identificado por el equipo investigador.
- C** Asignar un responsable de implementar las acciones.
- D** Definir tiempo de implementación de las acciones.
- E** Identificar y asignar los recursos necesarios.
- F** Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
- G** Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
- H** Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

A TENER EN CUENTA

- » La calidad debe ser planificada, pero no impuesta: No se impone «desde arriba» sino que es el resultado del esfuerzo de todo el personal.
- » Requiere de un cambio organizacional. Los ambientes autoritarios y demasiado verticales no facilitan el aprendizaje continuo, que requiere una mirada interdisciplinaria.
- » Necesita un liderazgo: El personal debe ser estimulado y motivado por la jefatura correspondiente.
- » Evita las prácticas paternalistas: Los protocolos de mejora no se harán efectivos si primero no se conversan con pacientes y familiares.
- » Las nuevas prácticas deben ser evaluables.

Fondo de Solidaridad Gremial DESTACANDO LA FIDELIDAD Y PERMANENCIA DE LOS MÉDICOS

Por segundo año consecutivo, tres de nuestros afiliados fueron beneficiados con el “Premio a la Solidaridad”, que consiste en apoyo financiero de \$5 millones a cada uno, para financiar algún programa de formación en el extranjero.

Por: *Patricio Azolas A.*



Como ya es una tradición, el Fondo de Solidaridad Gremial entrega cada año el “Premio a la Solidaridad”, que busca retribuir y destacar a los médicos que se encuentran al día en sus cuotas, tanto en el Colegio Médico como en el FSG.

En 2017, se cambió la modalidad de este reconocimiento, que anteriormente consistía en el sorteo de un vehículo, por la entrega de un aporte de \$5 millones para financiar algún programa de formación en el extranjero, para tres afiliados de las zonas norte, centro y sur del país.

El sorteo se realizó en sesión de Mesa Directiva Nacional, ante notario público, el miércoles 7 de noviembre de 2018 y resultaron ganadores la Dra. Gladis Del Valle Chacín, perteneciente al Consejo Regional Santiago; el Dr. Rainer Schulz Chopelo, del Consejo Regional Valparaíso; y José Palma Flores, del Consejo Regional Maule, quienes recibieron su premio en el marco de la ceremonia del Día del Médico, realizada el 30 de noviembre del año recién pasado.

La Dra. Gladis Del Valle detalla que “cuando me llamaron, pensé que era una broma”. Ella es venezolana y llegó hace cuatro años a Chile. Revalidó su título mediante Eunacom y

Conacem y desde el 2015 que está afiliada al Colegio Médico. “El trato con el Gremio ha sido muy positivo, ya que pensé que por ser extranjera podría ser distinto, pero ha sido de aceptación. La verdad es que no sabía que el premio se llamaba Solidaridad y varios colegas venezolanos y chilenos me felicitaron. Sinceramente se me cayeron algunas lágrimas por este reconocimiento”, relata.

La anestesióloga agrega que tiene definida una breve pasantía en el extranjero, pues “siempre he querido ir a España a estudiar sobre dolor pediátrico, dolor agudo; así que envié solicitudes a dos hospitales en Madrid y tres a Barcelona, y finalmente me respondieron positivamente del servicio de anestesia pediátrica del Hospital La Paz de Madrid. Mi idea es poder estar dos meses especializándome. Estoy muy contenta con este regalo. Felicito esta iniciativa y que el Colegio Médico no haya puesto algún reparo por ser extranjera”.

2017: EL AÑO DE LAS MÉDICAS

En el sorteo efectuado en 2017, casualmente fueron tres doctoras las favorecidas con este premio: Macarena Muñoz Pérez, del Consejo Regional Aconcagua; Karen Zamorano León, del Consejo Regional Santiago; y Elena Muñoz Fonseca, del Consejo Regional Concepción.

La Dra. Macarena Muñoz destaca que la entrega de este premio a varias personas, es positivo porque tienen un fin sanitario. “Este sorteo es un reconocimiento que valora que uno como médico pueda colaborar con los colegas que pueden necesitar la ayuda del Fondo”. Respecto a su experiencia, señala que “me permitió asistir a la versión N° 52 del Congreso Argentino de Cirugía Pediátrica de la ciudad de Buenos Aires y además realizar un poco de turismo y descansar de las actividades laborales. Agradezco a la dirigencia por esta instancia”.

Por su parte, la Dra. Karen Zamorano, quien también asistió al mismo simposio en la capital Argentina, cuenta que “fuimos bien recibidos y participamos de forma activa. En mi caso estuve como una semana y media, ya que pude conocer nuevos lugares. Fue una experiencia maravillosa, porque nunca me había ganado un premio de estas características”.

“Me parece fabuloso este estímulo, ya que permite premiar a varias personas y no sólo a una. Espero que se siga manteniendo en el tiempo”, agrega.



Nueva Directiva MGZ

“DEBEMOS SEGUIR FORTALECIENDO UNA AGRUPACIÓN CON 63 AÑOS DE HISTORIA”

Después de 15 años, la organización que reúne a los médicos en etapa de destinación y formación a lo largo del país, vuelve a contar con una mujer en la presidencia. Entre sus principales metas, los dirigentes buscan profundizar los mecanismos que permitan asegurar la continuidad de los profesionales en el sistema público.

Por: Daniela Zúñiga R.



Luego de tres meses de transición, el pasado 1 de enero de 2019 asumió oficialmente la nueva Directiva de la Agrupación de Médicos Generales de Zona, integrada por la Dra. Carol Muñoz Quinteros, del Servicio de Salud O'Higgins, en la presidencia; el Dr. Sebastián Glaría Grego, del SS O'Higgins, en la vicepresidencia; el Dr. Nicolás López Iribarra, del SS Coquimbo, como secretario; el Dr. Francisco Águila Tapia, del SS Osorno, como tesorero; y la Dra. Gisela Viveros Moncada, del SS Biobío, como prosecretaria.

Todos ellos habían participado en la agrupación como delegados de los capítulos regionales o en la directiva saliente y quisieron profundizar este trabajo desde la dirigencia nacional, ya que ésta es una plataforma desde la cual se puede aportar en el desarrollo de políticas públicas, con una mirada transversal del sistema. “Como médicos jóvenes, estamos llamados a ocupar

todos los espacios donde podamos incidir, con el respaldo de un gremio potente como es el Colegio Médico, complementado con la visión que te entrega el trabajo con el Chile real”, afirman.

¿Cuáles son sus principales metas y proyectos para su mandato?

Seguir fortaleciendo una agrupación con 63 años de historia, que ha trabajado por la consolidación y mantención del generalato de zona como política de dotación de recurso humano médico al sistema de salud. Queremos que se perfeccionen los mecanismos que aseguren la continuidad de los médicos EDF en el sistema público. Para ello es necesario un aumento en los cupos de especialización y el trabajo con las universidades, para regular la habilitación para el ingreso a la especialidad. Además, este año participaremos en la implementación del

primer concurso de Ingreso a Planta Superior, un proceso histórico que creemos que es la vía para retener a nuestros especialistas, por lo que debemos avanzar en un marco regulatorio asegure su permanencia en el tiempo. Otro eje central son las agresiones hacia los trabajadores de los establecimientos de salud. Son hechos intolerables y gravísimos, que lamentablemente ocurren de forma rutinaria en diferentes regiones del país. Si bien se han concretado avances, como el proyecto de ley que aumenta las sanciones contra los agresores, aún queda bastante por hacer en cuanto a medidas preventivas junto a las comunidades. Hoy tenemos a diferentes delegados de nuestra agrupación en mesas de trabajo junto a los gobiernos regionales, para buscar estrategias locales contra esta problemática y seguiremos impulsando iniciativas que aseguren la integridad en el trabajo diario de nuestros colegas.

¿Qué medidas esperan que tomen las autoridades para fortalecer la salud pública y al sector que ustedes representan?

Esperamos que el Gobierno siga potenciando la llegada de más médicos a la atención primaria del país, con más y mejores mecanismos de retención para los especialistas que se encuentran en formación en estos momentos. Es fundamental que la autoridad reconozca la relevancia del sistema de salud, dando prioridad a este ministerio, con mayor inyección de recursos e interés por sus problemáticas, garantizando espacios de trabajo libres de violencia, fortaleciendo la atención primaria y disminuyendo las brechas de especialistas. Sobre este punto, valoramos el gran paso que esta administración ha concretado al comprometer el concurso para la contratación de especialistas que terminan su etapa de formación. Estos son los mecanismos que permiten mantener a estos profesionales dentro del sistema público y se pueden profundizar aún más, para resguardar la continuidad de la carrera médica en el sistema público.

En la última Asamblea General se acordó devolver el derecho a voz y voto de la Agrupación, ¿cuál es la importancia de este cambio para ustedes?

Los Médicos Generales de Zona tenemos una larga trayectoria de trabajo gremial. Recuperar el voto, por lo tanto, significa respaldar el trabajo que hemos levantando como organización a lo largo de nuestra historia. Para nosotros es de vital importancia que los médicos que representamos estén a su vez representados al interior del Consejo Nacional y la Asamblea, ya que como generales de zona tenemos particularidades que

nos unen e intereses que se ven reflejados por la Agrupación.

Después de casi 15 años, vuelven a contar con una presidenta mujer. ¿Cuál es la importancia de que mujeres ocupen espacios de liderazgo, particularmente en el gremio médico?

Chile ha tenido un cambio exponencial y necesario durante los últimos años, alcanzando su cúspide con el movimiento feminista que explotó el año pasado. Su relevancia mediática no es gratuita, sino que debe su apogeo al espacio que han logrado ocupar las mujeres, posicionando sus demandas de equidad de género. Pero hemos visto en particular en el gremio médico, que aún tenemos una deuda pendiente en construir este espacio de desarrollo, donde tanto mujeres como hombres puedan desenvolverse con equidad y respeto. La elección de la doctora Izkia Siches como primera mujer presidenta del Colegio Médico, el año 2017, vino a revolucionar nuestra mirada tanto gremial como en la práctica profesional, haciendo relevantes temas como la maternidad, el acoso sexual, la atención integral de la mujer y el respeto de sus derechos, como determinante de salud pública. Hoy, logramos ponernos a tono con este empoderamiento de mujeres en espacios de liderazgo. Esto también responde a un diagnóstico que la Agrupación ha identificado como una necesidad y corona el trabajo realizado por colegas dirigentes que han compuesto la organización durante los últimos años. Además, son las mujeres las llamadas a participar en el diseño de políticas públicas, para que se incluya la mirada de quienes viven las desigualdades, tanto como pacientes y en la práctica médica.

¿Qué mensaje entregarían a sus colegas más jóvenes, para que opten por ser Generales de Zona y ser parte de la agrupación?

Ser Médico General de Zona es mucho más que atender pacientes, llegar a diagnósticos y tratar enfermedades. Significa formar parte de la comunidad donde trabajan, llevar equidad en salud a los diferentes rincones de Chile, tanto rural como urbano; mejorar el acceso, la calidad y continuidad de atención en centros donde los colegas pueden llegar incluso a ser el único recurso médico disponible. Esto nos permite desarrollar juntos mejoras sustanciales para la población con menos acceso a la salud. Es ser motores de cambios positivos, dentro y fuera de los establecimientos asistenciales, crear lazos y colaboraciones con los distintos actores locales, con una mirada de una salud más integral, más justa, de mejor calidad y a la que todos puedan acceder. Ésta es una de las mejores experiencias que pueden tener como médicos en el servicio público y marcará un sello en su quehacer profesional por el resto de sus vidas.



Escuelas Deportivas Club Médico: **UN ESPACIO PARA LA RECREACIÓN Y LA VIDA SANA**

Durante 2018, cerca de 700 niños y niñas entre 4 y 17 años participaron de este programa de larga trayectoria. Este año, siete son las disciplinas ofrecidas, que apuntan a incentivar la actividad física, mejorar la destreza en ciertos deportes, potenciar talentos y enseñar hábitos de vida saludables.

Por: *Bárbara Roco P.*



El pasado 12 de marzo, comenzó un nuevo ciclo de las Escuelas Deportivas del Club Médico, programa pedagógico y técnico que ofrece clases para niños y niñas de 4 a 17 años en siete disciplinas y que busca ser una alternativa para incentivar la actividad física, contribuir en la formación de nuevos talentos deportivos e impactar en el desarrollo y la calidad de vida de sus alumnos.

Esta nueva versión, incluye clases de taekwondo, tenis, golf, fútbol, natación, ballet y nado sincronizado, a través de las cuales se busca potenciar el rendimiento y los resultados deportivos, además de dinamizar procesos sociales, emocionales y cognitivos. La idea es que los alumnos desarrollen sus capacidades en plenitud y adquieran un estilo de vida más activo. En las Escuelas participan niños con diferentes intereses y capacidades, por lo que la metodología se relaciona con estos dos aspectos, por un lado, que se produzcan aprendizajes, pero al mismo tiempo que los alumnos estén motivados, adopten una mejor actitud y puedan crecer personalmente.

Durante 2018, más de 680 niños y niñas se inscribieron en las distintas disciplinas que ofrece este programa de larga trayectoria, pudiendo disfrutar de las clases propuestas y comprobar cómo la actividad física forma parte importante de sus vidas.

En este sentido, para el Club es esencial formar personas que sean más sanas, tanto física como psíquicamente, independientemente de que el niño que participa en una escuela deportiva se convierta en un deportista de elite o en uno amateur.

UN ESPACIO DE CRECIMIENTO PERSONAL Y COLECTIVO

Existen aspectos muy favorables que ofrecen las distintas metodologías a emplear en el deporte, por ejemplo en una tradicional se mejora la organización, se aumenta la seguridad y además permite aprovechar el tiempo disponible para la práctica. Por otro lado, en un estilo más individual, se beneficia la autoevaluación y el alumno puede percibir de mejor forma su progreso y capacidades.

María Mañana de Tezanos (44) -médica cirujana-, es socia del Club y madre de 3 hijos. Cuenta que ingresó al Colegio Médico de Chile con el propósito de unirse al Club de Campo, el cual trata de aprovechar al máximo. Pascual, Vicente y Catalina aprendieron a nadar en la piscina temperada, y también han participado de las escuelas de tenis, fútbol, natación y nado sincronizado, llegando a crecer en un ámbito personal y competitivo.

Según relata la Dra. Mañana, el entrenamiento y participación en competencias ayuda mucho a que los niños aprendan a gestionar su tiempo, equilibrando el estudio, la práctica y el ocio. También permite un desarrollo armónico de la personalidad y a tener prioridades. “Todos estos años les han servido para aprender sobre el trabajo en equipo y para lidiar con sus propias frustraciones. Eso es algo que no se aprende en otro lado”, afirma.

UNIÓN DE EXPERIENCIA Y APRENDIZAJE

Otro de los aspectos importantes y positivos de las escuelas es que los alumnos experimentan nuevas vivencias y entablan relaciones de amistad que se forjan en el día a día. Gonzalo Parot León (15), es el capitán de la sub 15 de fútbol del Club Médico y entrena en las dependencias de La Dehesa desde hace 8 años. Durante este tiempo ha forjado amistades con compañeros de equipo e incluso ha tenido la oportunidad de viajar a competir en su disciplina a otros países.

En diciembre de 2018, junto a una comitiva compuesta por profesores y alumnos del Club, viajaron por 7 días para participar en el torneo internacional Soccer do Brasil, evento deportivo que convoca a jugadores de diferentes países. En la oportunidad, se enfrentaron a cinco equipos provenientes de Argentina, Brasil y Paraguay. Pero no todo fue concentración. También pudo disfrutar junto a sus amigos y entrenadores de hermosos lugares turísticos, como las Cataratas de Iguazú, y restaurantes típicos de la zona.

“El viaje nos sirvió mucho como equipo, principalmente desde un punto de vista futbolístico. En Brasil el nivel es muy alto, ya que es parte de su cultura, y eso nos significó entrenar más, mejorar nuestro rendimiento y esforzarnos. Fue una experiencia que sirvió para conocer de mejor manera a los profesores y equipo”, subraya.

Gonzalo, quien además es atleta, señala que el ambiente en las clases de fútbol es muy agradable y lo hace sentirse cómodo:

“Rodearse de amigos con quienes compartes intereses en común, a la hora de entrenar, lo hace mucho más divertido”.

EL TAEKWONDO RETORNA AL CLUB MÉDICO

Cada vez son más las personas que se aventuran a practicar este deporte de origen coreano, una de las artes marciales tradicionales más sistemáticas y que enseña habilidades de combate físico a grandes y pequeños.

Desde marzo, el taekwondo se reintegró al programa de Escuelas del Club Médico, pero a diferencia de las otras disciplinas, ésta ofrece sus clases a público de todas las edades, mediante las cuales enseña técnicas de combate como defensa personal, rompimiento y posturas. Los niveles van desde el cinturón blanco (principiante), pasando por el cinturón verde (intermedio) y cinturón de poom (avanzado), hasta llegar al cinturón negro (gran maestro).

La decisión de reincorporar este deporte dentro de las Escuelas, responde al alto interés demostrado por los niños y niñas que participaron en las Colonias de Verano, durante enero y febrero de este año, instancia en la que se aproximaron a esta disciplina que transmite valores tan importantes como el respeto y la perseverancia. Cientos de ellos se maravillaron con algunas técnicas básicas y la más popular fue la del rompimiento de madera.

El que maestro coreano Heewon Kim, -cinturón negro de 6to grado-, a cargo de liderar esta escuela, subraya que “la idea de las clases es ir practicando y subiendo de nivel. En un principio, logramos conseguir técnicas básicas de esta disciplina; luego vamos complejizando el proceso, pero siempre fijándonos metas que puedan ser alcanzadas por todos”.

Las clases de Taekwondo son realizadas por profesores certificados, en el salón multiuso del Club Médico, los días martes y jueves. Los alumnos y alumnas se dividen en tres grupos distintos de acuerdo a su edad: de 4 a 6 años; de 7 a 11; y de 12 y más (familiar).



70 AÑOS

Colegio Médico de Chile

El 10 de diciembre de 2018 se cumplieron 70 años desde que se publicó la Ley 9.263 que creó oficialmente el Colegio Médico de Chile. En el marco de esta conmemoración, se realizó en el Salón de Honor del Ex Congreso Nacional el Seminario “Construyamos acuerdos para la salud de Chile”, que convocó a parlamentarios, académicos y a representantes de organizaciones de la sociedad civil para debatir sobre iniciativas de prevención y protección en salud.



Además, se realizó un almuerzo de camaradería en el restaurant del Club Médico, en el que participaron dirigentes nacionales y de los distintos regionales del Colegio Médico, además de integrantes de los departamentos y comisiones de la Orden.



DÍA DEL MÉDICO

Colegio Médico de Chile A.G.

La Mesa Directiva Nacional encabezó la ceremonia realizada en las dependencias del Club Médico el pasado 30 de noviembre, en la que fueron homenajeados los egresados de la generación de 1968, que cumplieron medio siglo de ejercicio profesional.



En la oportunidad, se otorgó la Condecoración de Honor de la Orden Médica Chilena, máximo reconocimiento del Gremio a la trayectoria profesional y personal, al Dr. Álvaro Reyes Bazán.



También, fueron destacados los mejores egresados de las distintas universidades que imparten la carrera de medicina a lo largo del país.



Y la Dra. Valentina Bustos, de la Universidad de Valparaíso, recibió el “Premio Colegio Médico”, por tener ser la mejor egresada del país durante el año 2017.



Además, se hizo entrega del “Premio de Ética 2018” a la Dra. Sofía Salas, por su trabajo “La objeción de conciencia en la educación médica”.

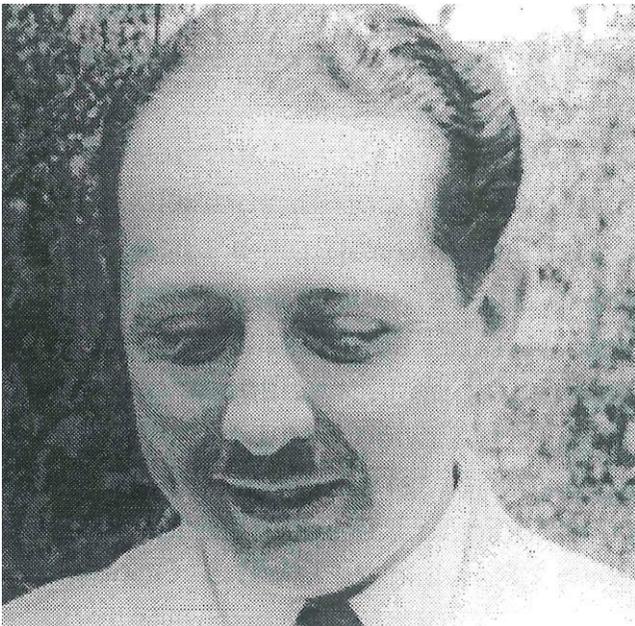
Y en representación de la generación de 1968, los doctores Jorge Jiménez de la Jara y María Inés Romero relataron las mejores historias y anécdotas de la época universitaria.



Reportaje Médicos Mayores LA CONFERENCIA ZAPATA DÍAZ (1999)

Dr. Fernando Lanás Z., Profesor titular Facultad de Medicina - Universidad de la Frontera, Temuco.

Nota de la redacción: Continuando con el recuerdo de figuras de la medicina nacional, pero al contrario de lo acontecido con la mayoría de las “semblanzas” realizadas por esta publicación, que han sido de médicos de gran trayectoria y meritoria figuración, vamos a presentar figuras más jóvenes y menos conocidas, pero dignas también de un reconocimiento justo. Es el caso del Dr. Jorge Zapata Díaz (QEPD).



En Abril de 1954, el Directorio de la entonces “Sociedad Chilena de Cardiología” -todavía sin el apellido de “y Cirugía Cardiovascular”-, decidió crear una Conferencia anual llamada “Jorge Zapata Díaz”, en homenaje y recuerdo a la persona y obra de este destacado cardiólogo chileno que había fallecido en Enero de ese año, a los 31 años de edad. ¿Qué había hecho Jorge Zapata para merecer este reconocimiento pese a su corta existencia?

Estudió en la Facultad de Medicina de la U. de Chile y fue

seleccionado para realizar un internado de cuatro meses en el Hospital Broussais de Paris en 1948. Allí, se relacionó con cardiólogos franceses y en el Servicio de Cardiología del Profesor Lenégre logró adiestrarse en la técnica del sondeo cardíaco.

A su regreso a Chile, desarrolló esta técnica en el Servicio de Medicina del Profesor Garretón Silva, en el Hospital J.J. Aguirre. Antes de intentar esta técnica en pacientes, se insertó personalmente una sonda de cateterismo y caminando con ella al Servicio de Radiología, pudo comprobar su presencia en las cavidades derechas del corazón.

Recibió su título de médico en 1949 y entre ese año y 1952 realizó una formación en el Instituto de Cardiología de México, además de una estadía en la Clínica Mayo antes de regresar a Chile. Una vez de regreso, se dedicó a trabajar intensamente en el estudio hemodinámico de pacientes cardiológicos y a fines del año 1953 presentó un cuadro hemorrágico y febril, diagnosticándosele una Leucemia aguda, probablemente consecutiva de su actividad laboral, de la cual falleció en Enero de 1954.

La Conferencia Zapata Díaz ha iniciado o culminado los Congresos de la Sociedad Chilena de Cardiología desde la década de los cincuenta. Los conferencistas han sido siempre destacados profesionales del ambiente nacional y han reflejado el interés de la Sociedad por temas diversos. Así, el abogado y profesor Alfredo Etcheverry habló en 1984 de los “Aspectos clínicos y legales de la práctica médica en Chile”, y en 1987, el Dr. Ennio Vivaldi dictó una conferencia sobre “Aplicaciones de la Computación en Medicina. Estado actual y perspectivas”. Durante los últimos años, el perfil del conferencista ha sido más identificable: destacados cardiólogos que han hecho una contribución importante al desarrollo de la Cardiología chilena a través de un trabajo como clínico o investigador.

ADENDA DEL DR. OSCAR ROMÁN A.

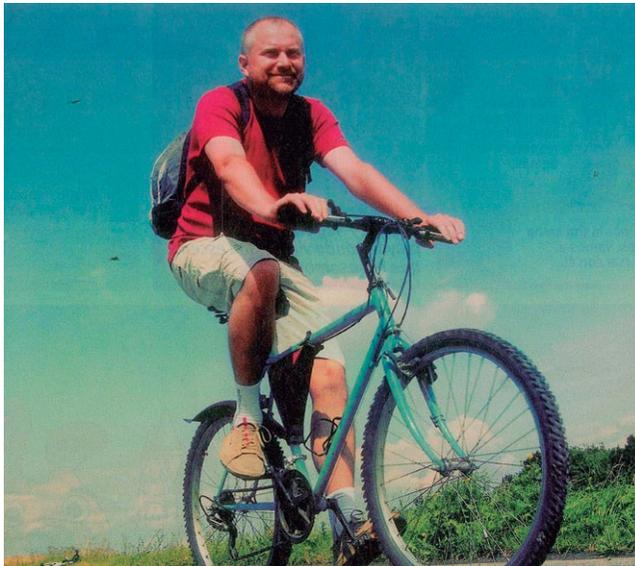
Tuve la oportunidad de conocer personalmente a Jorge Zapata mientras realizaba mi internado y memoria de título en Electrocardiograma en el Hospital de la Universidad de Chile. Allí, el Dr. Zapata Díaz era un recién llegado, pero estaba trabajando intensamente en Hemodinamia, en un recinto dependiente de Rayos X, que no tenía nada de los últimos avances en Cardiología. Yo desconocía que se había realizado por sí mismo un sondeo cardíaco en su persona, emulando al iniciador de esta técnica, el alemán Dr. Forssmann, que lo había realizado en 1929. Pero en ese entonces, pasaron más de 15 años hasta que el Cateterismo cardíaco alcanzara ribetes científicos definidos con Cournand y otros a finales de la década del 40.

Zapata Díaz, viendo mi intrusión en su trabajo, me invitó a acompañarlo en un procedimiento rutinario. Comprobé, por un lado, su experticia y su entusiasmo, pero por el otro (sin que yo lo supiera entonces claramente), que utilizaba un antiguo y peligroso equipo radiológico, casi sin protecciones hacia el operador, lo que casi con seguridad determinó su enfermedad letal.

Reportaje Médicos Mayores

LA ACTIVIDAD FÍSICA Y SU ROL EN LA MEDICINA PREVENTIVA

Dr. Juan Carlos Molina, Geriatra y Profesor Asistente Universidad de Chile



La actividad física surge como una excelente alternativa para la medicina, tanto desde lo preventivo, como para el control de los pacientes que ya padecen enfermedades crónicas.

En el año 2002, la Directora de la OMS de la época, Dra. Gro Harlem Brundtland, señalaba:

“Tenemos un remedio inmediato, seguro y confiable para algunos de los principales riesgos de salud relacionados al consumo insalubre. Es gratis, funciona para ambos: ricos y pobres, para hombres y mujeres, para jóvenes y mayores. Es la actividad física. Al menos 30 minutos todos los días”.

Un ejemplo de la importancia del ejercicio en la enfermedad es la hipertensión arterial, que si no es abordada de una forma efectiva, no va a permitir que el paciente pueda llevar una vida activa, por cuanto si es sedentario, podrá no solo eliminar ese factor de riesgo tan importante, sino que podrá recibir un fármaco tan mal utilizado como es el “ejercicio”, que como todo medicamento, tendrá indicaciones precisas, dosis, precauciones y contraindicaciones.

Cuando realizamos un ejercicio debemos entender que su acción es multimodal, esto es, que existen ciertos tipos de ejercicio preferentes para una u otra indicación. Así, existen ejercicios de flexibilidad y relajación (como pudiera ser yoga) que no solo son muy útiles en el estrés, también permiten

evitar lesiones y mantener rangos de movilidad adecuados en nuestras articulaciones y, además, permiten a nuestra musculatura estar mejor predispuesta a esfuerzos mayores.

Por su parte, los ejercicios de equilibrio permiten estar mejor preparados para situaciones imprevistas que pueden determinar caídas, junto con tener mejor desempeño en la vida diaria, como el ejercicio Tai- Chi, que es útil cuando se está mareado frecuentemente.

En enfermedades cardiovasculares, tienen gran efecto los ejercicios aeróbicos, como caminar rápido, nadar, pedalear, bailar, porque a la larga generan mejorías metabólicas, como son el manejo de la resistencia a la insulina, de las glicemias y la disminución de la grasa corporal.

Asimismo, en el corto plazo, recuperan la capacidad de las arterias de producir una sustancia antihipertensiva y protectora de la aterosclerosis, que se denomina óxido nítrico.

Los mayores consejos que se pueden dar son que el reposo mata y hay que hacer ejercicio, en una cantidad que permita adecuar mejor la intensidad y frecuencia, como medidas precautorias de enfermedades cardiovasculares.

No se trata de obtener y realizar ejercicios a nivel competitivo. No es esa la indicación en Medicina.

Es preciso además, al realizar ejercicio preventivo C-V, hidratarse adecuadamente, usar vestimenta que no le genere ni hipotermia (baja temperatura) ni hipertermia (exceso de calor), que sea cómoda y con zapatillas livianas y en espacios seguros.





Reportaje Médicos Mayores

LA ASPIRINA: 36 AÑOS EFECTIVOS COMO ANTIPLAQUET

Dr. Oscar Román A.

El ácido acetil-salicílico (aspirina) ha sido conocido y empleado como anti-inflamatorio y analgésico desde hace más de dos siglos (1899). En Chile lo conocí como tratamiento de la Enfermedad Reumática aguda, virtualmente desaparecida con la profilaxis primaria antibiótica. Pero, como es el clásico camino en la investigación científica, se buscaron nuevas acciones para la aspirina como para cualquier nuevo fármaco. Fue así como a fines del siglo XX, se observó que la inactivaba permanentemente la ciclooxigenasa (Cox 1 y 2) y

con ello bloqueaba el agente plaquetario que producía la agregación de las plaquetas en caso de hemorragias o lesiones del endotelio. Se observó entonces, que una dosis de 160 mg de aspirina reducía casi totalmente la producción del factor agregante de las plaquetas.

De inmediato surgió una nueva indicación del fármaco: la trombosis arterial es el resultado no solo de la aterosclerosis de la pared arterial, sino también y particularmente, de la producción de una trombosis luminal in situ, debido a una lesión

endotelial, con adhesión y actividad procoagulante de las plaquetas a ese nivel, generando la trombosis u oclusión total del lumen, con la necrosis (infarto) consiguiente.

Farmacológicamente, la aspirina se absorbe rápidamente en el estómago y tracto intestinal y alcanza niveles plasmáticos a la media hora, pero con la forma recubierta, lo hace entre 3 a 4 horas. Su biodisponibilidad es del 50%, pero no guarda relación con el efecto antiplaquetario, que depende de su acción sobre la Cox 2.

Con estos antecedentes, en 1982, en EE. UU. se inició un estudio muy significativo de prevención de la Enfermedad Coronaria en médicos entre 40 y 84 años de edad que no hubiesen tenido historia de infarto miocárdico, accidente cerebro-vascular o isquemia cerebral transitoria. Además, que no hubiesen presentado otras enfermedades crónicas, como enfermedad hepática o renal, úlcera péptica o gota. Se excluyeron pacientes médicos con antecedentes de uso crónico de aspirina y de agentes anti-inflamatorios no esteroidales.

Para dar curso a un protocolo riguroso de investigación, se enviaron sendas notas de invitación a participar en el estudio a 261.288 médicos, de los cuales 112 mil respondieron, pero solo 59.282 aceptaron participar en el estudio. A este total se les aplicaron las contraindicaciones señaladas, por lo cual, solo 33.233 fueron incluidos para continuar el estudio. Entonces se inició una fase de marcha, durante la cual a todos los participantes se les entregó un pack de aspirina o placebo. El propósito de esta fase de puesta en marcha fue excluir a las personas que no quisieran o fuesen incapaces de cumplir con el régimen terapéutico en estudio. Por ello, el número total final de médicos que fueron randomizados fue de 22.071. Mediante un doble ciego, la mitad (11.037), recibieron aspirina activa y 11.036, placebo. Los controles se hicieron, al principio, cada seis meses y luego cada año, hasta completar 57 meses (5 ½ años), con 87% de seguimiento completo.

Resultados: los diagnósticos comunicados durante el seguimiento fueron en total: 104 infartos fatales y no fatales correspondientes al grupo activo (con aspirina) y 189 a placebo. La diferencia fue altamente significativa (<0.00001). En cuanto al accidente cerebro-vascular, hubo 80 eventos con Aspirina y 70 con placebo, lo que equivale a $p<0,41$, no significativo.

En diciembre de 1987 el Board externo, que monitoreaba el seguimiento, recomendó un paso inhabitual: la terminación precoz de la rama del componente aspirina dado el resultado altamente significativo sobre el Infarto miocárdico fatal y no fatal, para que el resultado se comunicase rápida y oficialmente. El resto del estudio se continuó hasta 1990, con similar resultado.

Otro estudio paralelo, también randomizado, se realizó en

5.139 médicos ingleses, con dosis de 500 mg de aspirina, y no presentó diferencias con el estudio americano. Sólo hubo una ligera mayor proporción de AVE en el grupo activo.

Lo importante de ambos estudios residió en que el riesgo de Infarto mostró una reducción del 47%, altamente significativo ($p<0.00001$). Respecto al AVE, separando los de origen isquémico de los hemorrágicos, se observó solo un resultado significativo en los de origen hemorrágico, con poca discapacidad y en número real de 10 casos en el grupo activo con aspirina y 2 casos en el grupo placebo.

Como siempre en la clínica, la decisión de administrar aspirina 375 mg (y luego solo 100 y 80 mg diarios) como prevención primaria respecto a eventos isquémicos miocárdicos debe hacerse pesando las características de cada paciente, en especial evaluando el riesgo de posibles accidentes gastrointestinales, con dolor y hemorragia. Además debe considerarse el riesgo de accidente cerebral hemorrágico.

En el ensayo americano, con dosis de 325 mg, se observó dolor o molestias abdominales en el 24% de los casos, lo cual se debió a la dosis utilizada y a la fase de observación previa (run-in), que eliminó la posible intolerancia al fármaco. Actualmente, se utilizan dosis diarias de 80 y 100 mgs de Aspirina, en la clínica cardiológica y, al parecer, dosis superiores (325 mg) en la clínica neuro-quirúrgica.

Han pasado 40 años desde el final del estudio sobre profilaxis primaria de eventos isquémicos coronarios, y la experiencia mundial avala esos resultados. Más aún, la introducción de dos nuevos agentes anti-agregantes plaquetarios (clopidogrel y ticagrenol), ha permitido, al sumar dos de ellos, obtener un mayor efecto farmacológico y clínico en la última década.

Un punto aún en discusión se relaciona con la eventual aparición de eventos isquémicos o hemorrágicos cerebro-vasculares, que han sido escasos y no claramente significativos desde el punto de vista estadístico, en los pacientes coronarios que están recibiendo aspirina. Sin embargo, esos eventos se pueden producir en forma de accidentes isquémicos transitorios (TIA) o hemorrágicos. En esos casos, el médico debe evaluar el riesgo relativo de esas dos patologías simultáneas en su paciente. Si el riesgo cardíaco es alto, la aparición de un evento isquémico no hemorrágico debe hacer optar por mantener la aspirina sola o asociada a clopidogrel, en espera de un informe decisivo del estudio cerebro-vascular.

En resumen, no se debe desacreditar a la aspirina en su efecto beneficioso a raíz de la posible aparición de efectos adversos abdominales, habitualmente leves. Además, aunque es muy poco frecuente, es preciso tener en cuenta que pueden haber pacientes con resistencia a la acción anti-agregante de la aspirina, lo que ocurre sólo en el 5% de los pacientes.

REFERENCIAS

1. HARVARD MEDICAL SCHOOL. *The Steering Committee of the Physicians Health Study Research Group*. Boston MA, 02115.
2. DUSAILLANT G. ET AL. *Frecuencia y características de la resistencia a aspirina en pacientes cardiovasculares chilenos*. *Rev Med Chile* 2015; 133. 409-17.
3. PEREIRA J. *Papel de las plaquetas en la aterotrombosis y mecanismos de acción de las drogas antiplaquetarias*. *Rev. Ch. Cardiol.* 2006; 25:301-310.

Perfil

CLAUDIO BRAVO, EL PINTOR

Dr. Rafael Ferrer B.



Foto: Facebook Claudio Bravo Camus

La tecnología nos permite conocer la vida de los grandes músicos y pintores que existen o han existido en el mundo. Hoy escribiré una autobiografía descrita por el propio autor: Claudio Bravo, el mayor pintor superrealista chileno que ha existido, quien falleció en Marruecos el 4 de junio de 2011.

Nació el 8 de noviembre de 1936, en Valparaíso, porque aun- que vivía en Viña del Mar, en esa época solo existía una clínica maternal en esa ciudad, en Valle del Paraíso, como él la describe.

Su padre era agricultor y vivían en Melipilla. A su madre solo la recuerda como que su única preocupación era su familia; según él, era una santa. Tuvo 7 hermanos.

Estudió en el Colegio San Ignacio como interno, desde los 9 años hasta las humanidades. Fue un mal alumno, pero cuando le ponían mala nota, hacía un dibujo del profesor y se lo regalaba. Con ello, ese maestro le mejoraba la nota. Nunca tuvo vacaciones, porque su padre en esas fechas lo obligaba a hacer boletos. Por ello, siempre fue un “trabajólico”. Sus padres murieron jóvenes, él a los 49 años y ella a los 52.

Su profesor, el sacerdote Dussel, le dijo al padre de Claudio que le pagara un curso de pintura a su hijo. “Ni hablar -le contestó el padre-, para que sea un melenudo, un vago, y alimentado por sus hermanos, no, imposible”. El sacerdote le pagó durante unos meses un curso de pintura con Miguel Venegas y luego fue hablar con el padre. Le mostró varios cuadros.

- Estos cuadros lo pintó un alumno de mi curso, que le parecen-, dijo Dussel.

- Extraordinarios. A ese alumno si le pagaría un curso-, respondió el padre.

- Ese alumno es su hijo-, le contestó el sacerdote. El padre le pagó el curso y devolvió el dinero a Dussel.

Fue un divo. Tenía muy buena voz y participaba en el coro. Era solista. Comenta que en el colegio siempre era elegido como director: había una academia literaria, la dirigía; una academia de teatro, lo mismo. Fue bailarín profesional del ballet de Santiago, (esto último lo supe por internet).

A los 17 años presentó su primera exposición de pintura en Santiago. Desde niño montaba caballos, por ello el gran amor que tenía por estos animales. Según él, el caballo es uno de los más hermosos animales (yo siempre he dicho lo mismo). En el fundo que compró en Chile, cerca del Lago Villarrica, tenía una caballeriza. Para él, el caballo chileno, el corralero -que fue traído por los españoles a Chile-, es uno de los más hermosos del mundo.

Cuenta que en el famoso cuadro de Pedro Subercaseaux, “La batalla de Maipú” el pintó los caballos, 15 en total.

Su amistad con el filósofo Luis Oyarzún, profesor nato y de gran calidad humana, lo marcó. Siempre buscó personas mayores que le enseñaran. Fue amigo de Benjamín Subercaseaux, autor de “Chile o una loca geografía”, quien lo llenó de libros.

¿Qué dice de la pintura? Que el modelo para pintar naturaleza muerta, frutas, flores, maceteros, etc., significa ocupar gran tiempo en modificar distintas posiciones de ellos, hasta encontrar los lugares exactos. Según él, es un proceso mental que ocupa gran tiempo. En cambio, el paisaje lo puede cambiar buscando la composición más bella. Comenta que según Van Gogh el futuro de la pintura estaba en el color. Él lo usó siempre. Para él el color más hermoso es el color rojo colonial. La pintura para él es la “pintura del alma”. En el realismo hay que dar el realismo personal.

Empezó a pintar retratos y tuvo el gran problema, todo el mundo empezó a pedirle uno.

Pintó también pintura abstracta representada por “paquetes”.

En su autobiografía va mostrando cuadros de retratos, paisajes, “paquetes” y comentándolos.

Muestras varios desnudos, entre ellos una mujer muy hermosa. Comenta que cuando ella paseaba por las calles de París todo el mundo se daba vuelta para mirarla.

Además, sobre el cuadro de un enano relata que “no es un modelo, solo es un boceto” y que cuando empezó a pintarlo, le dijo “debe pagarme ahora”. Le pagó. Al día siguiente, volvió a repetirle: “debe pagarme nuevamente, ponerme música y traerme mujeres desnudas para mirarlas, además, usted me cae mal”. Lo despidió de inmediato.

Le gustaba pintar “príncipes”, pero también personas del pueblo.

Decían que sus cuadros eran solo fotografía, ante lo que él contestó “pero hoy en la civilización, la fotografía está en todo, en las calles, en los diarios, en el cine, en la TV”. La esencia del pintor se consigue con el modelo, no con la fotografía.

Para él la persona que le compraba un cuadro adquiría una relación con su vida, con su hogar. La pintura es larga, difícil, no es fácil.

De Chile viaja a Europa en barco, mareado todo el tiempo, comenta, para peor, con un temporal. Solo al llegar al mediterráneo el viaje se calmó. Para él un paraíso, más aún escoltado por docenas de delfines. Desembarcó en Barcelona. Vivió en Madrid algunos años y luego en París, otros más.

En Madrid se relacionó con la sociedad de ese lugar pintando retratos. Pintó también a la hija de Franco (1960). Fue muy mimado en Madrid, todo el mundo lo invitaba a las fiestas.

Marcos, de Filipinas lo invitó a su país para que pintara a su señora que era bellísima. Como también le ocurrió en España, donde pintó retratos de la sociedad finlandesa (1968).

Fue invitado a exponer en la galería de Malboroug, en EE.UU., una de la más grandes galerías del mundo, que solo exhibe a los mejores pintores y, en beneficio para él, la que pide más caro por los cuadros que muestra (las otras galerías de Malboroug están en España, Japón e Inglaterra).

La exposición que realizó en Chile fue muy visitada, porque para los chilenos él era un mito (muestra una fotografía donde está la gente aglomerada para entrar al museo de Bellas Arte de Santiago). Todo el mundo lo abrazaba, le tocaban las manos, le pedían autógrafos, fue maravilloso.

En Chile compró un fundo al lado del Lago Villarrica donde vivió un tiempo. El problema que tuvo para pintar paisajes, dice, fue porque el país tiene un clima muy cambiante y tenía

a veces que esperar varios días para recuperar la luz.

El año 1972 se trasladó a vivir en Tanger donde vivió el resto de su vida y donde pintó sus mejores cuadros, porque la luz del mediterráneo era extraordinaria, desconectándose además del teléfono y de la vida social. Pintaba de 8 a 10 horas diarias. Investigó el tema árabe, un mundo exótico para él.

Recuerda que cuando pintó el cuadro “La Última Cena”, éste fue destruido por el personal de la aduana, porque en el cuadro estaba Jesucristo vaciando vino en un vaso. El vino estaba prohibido por el Corán. Le fue muy difícil reparar el cuadro.

Cuando expuso en EE.UU, el crítico más famoso de New York lo alabó diciendo: “Bravo- Bravo- Bravo”. Posteriormente, el mismo lo habló mal de él, después de haber pintado un cuadro donde estaba desnudo encima de un “paquete”. En represalia, cuando llegó a Madrid imprimió tarjetas de navidad con este cuadro y lo repartió a numerosas personas.

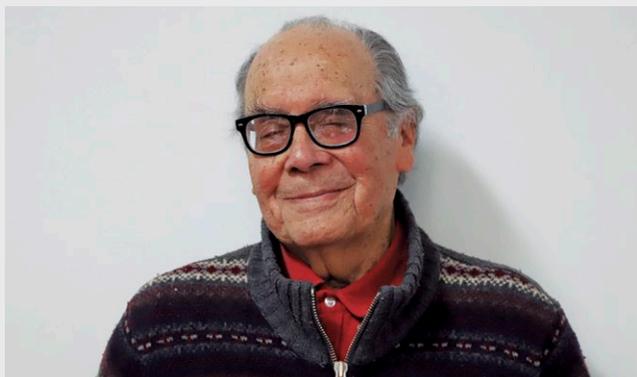
Finalmente, murió en Tanger, Marruecos, después de haber presentado dos ataques de epilepsia y un infarto camino al hospital, a los 75 años de edad.



Cuadro “Nouredine” (Retrato de un hombre joven) [1983]
Óleo sobre lienzo. (Facebook Claudio Bravo Camus)

Semblanza: DR. MARIO ESPEJO ARGANDOÑA (QEPD)

Dr. Álvaro Yáñez, Pdte. Agrupación de Médicos Mayores



En nombre de la Agrupación de Médicos Mayores deseo hacer un sentido homenaje a Mario, colega, compañero de nuestra agrupación y amigo, quien nos dejó el pasado 31 de mayo de 2018.

Mario nació en Coquimbo, pero se crió y educó en Concepción, su querida Patria Chica, donde inició sus estudios de medicina, los que finalmente completó en Santiago, ciudad donde ejerció su profesión.

Comenzó como Médico de Urgencia, pero derivó a la práctica de la Medicina Psicosomática, convirtiéndose en uno de los primeros especialistas en esa área médica.

Muchos años después, ya retirado, se incorporó a nuestra Agrupación, destacando rápidamente por su buen trato, cordialidad, ponderado brillo intelectual, fina ironía, cortesía y amigable presencia física.

Participó con entusiasmo en el Taller Literario, siendo parte de animadas conversaciones y presentaciones. Según nos contó, había heredado de su padre la afición poética. Le gustaba jugar con las palabras y elaborar acrósticos en sus poemas, cargados de sentimiento y riqueza descriptiva. Pocos años atrás, nos entregó un libro con sus escritos.

También, se sumó al taller de acuarelas, trabajando meticulosamente pequeños y luminosos cuadros. Además, tenía buena voz, por lo que en nuestras reuniones sociales actuaba como locutor. Pero en el último tiempo había espaciado su presencia. Poco antes de su fallecimiento, hablé con él. Mantenía el entusiasmo y ánimo. Su voz sonaba como de costumbre e intercambiamos algunos chistes.

En nuestra organización de Médicos Mayores, sabemos que estamos recorriendo el final del camino y que el fin se esconde tras algunas de sus vueltas. Sin embargo, su fallecimiento nos sorprendió dolorosamente y aún extrañamos su pérdida.

Poesía: ELEGÍA A VALENTINA

Dr. Eralio Cortés del Fierro

*Ausencia, ausencia, mariposa multicolor
De alas doradas*

Polvo de estrellas, mariposa inquieta ausente

Pasajera del no tiempo ¿cuéntame cómo viajas?

Dime si eres, lo que no pudiste ser en tierra atormentada

Dime si eres soplo, dime que solo tu carne duerme

Te liberaste de tu mortaja humana para estar libre en el viento

Entregaste tu abrazo, tierno y amoroso al no espacio

Dime mariposa, dime mariposa si ya encontraste la luz

Dime si tus colores no cayeron, si tus alas estrelladas descansan desnudas

¿Dime por qué mariposa?

Dime mariposa ausente en sangre y barro, por qué volaste tan brusca

Dime qué no hice para que no te despidieras con fuego, si eras fuego

Dime por qué te fuiste de noche cuando las mariposas lo hacen de día.

Cuidabas los niños y les diste la savia de tus días

Enseñaste a hablar al que no oía

Fuiste regazo de la que te parió el día

Fuiste consuelo de pobres y día

Fuiste madre de los que no te entendieron

Pobre la casa, la casa parida

Tuviste casa, pero no hogar esos días

¿Te protegí demasiado, mariposa mía?

Las horas de mis días

Eran las horas de tus días

No entendiste como te quería, solo dijiste tierra soy y a ella volveré

Los gladiolos y rosas me cubran

Porque estaré dormida.

Ausencia, ausencia mariposa mía

Te recuerdo bailando al son de marimbas

Donde la ceiba de tierra toca el cielo

Sonreías eras feliz

No me di cuenta, te despedías.

Te dije te entregaré azahares

Descansa mariposa

Dime mariposa mía

Que no estás lejos, solo dormida.

Juntos seremos espacios eternos

Donde el trueno no llega ni la lluvia moja

Juntos seremos ausencias unidas

Haremos lo que no pudimos

Darnos mariposa un beso

En el cielo estrellado.

FRAY ANDRESITO, MÉDICO CON AYUDA DE DIOS (1800 – 1853)

Dr. Eduardo Medina Cárdenas, Sociedad Chilena de Historia de la Medicina



Andrés Antonio García Acosta, nacido el 10 de enero de 1800 en Fuerteventura, Islas Canarias, lugar de antigua tradición franciscana; de escasa instrucción primaria, fue labriego y pastor de ganado menor, también conocedor de enfermedades y plantas medicinales. Tras fallecer su madre en 1832, migró a Montevideo, Uruguay, donde luego de distintos trabajos menores ingresó a la Orden Franciscana en 1835 como hermano donado limosnero y portero. En octubre de 1838, las autoridades militares locales decretaron la expulsión de esta Orden, por lo que viajó a Chile junto a su director espiritual, arribando en julio de 1839 al Convento de la Recoleta Franciscana de Santiago.

Era de baja estatura y aspecto rústico, siempre vistiendo el mismo hábito gris y sandalias. Mantuvo las mismas funciones que en Montevideo: levantada de madrugada; misa y oración, para luego recorrer hasta el atardecer la ciudad recolectando recursos para las obras del convento. Visitaba a los presos en la cárcel y a los enfermos, aconsejando en problemas personales y haciendo curaciones mediante imposición de manos y remedios en base a yerbas medicinales que él mismo preparaba, invitando a quien quisiera acompañarlo los domingos por la tarde al cementerio a rezar por las ánimas del purgatorio. Así, pronto se hizo conocido y prestigiado en esos ambientes, recibiendo cariñosamente el apodo de Fray Andresito.

En 1842 supo por primera vez de Santa Filomena, quedando tan impactado por su compromiso cristiano y martirio de vida, que inició su culto y se autodenominó Andrés Filomeno. Finalizada la nueva Recoleta Franciscana, encargó al arquitecto Fermín Vivaceta un altar para su veneración. Por esa misma época, reunía en las noches a trabajadores, con quienes rezaba y luego entregaba reflexiones, movimiento que creció con el apoyo del Padre Guardián Fray Francisco Pacheco, llegando a constituirse la “Hermandad del Corazón de Jesús”, entidad de autoayuda en casos de pobreza, enfermedad, vejez y accidentes laborales, despertando inicialmente suspicacias entre los católicos conservadores por su coincidencia con la aparición del Manifiesto Comunista en Europa; no obstante, tuvo capillas,

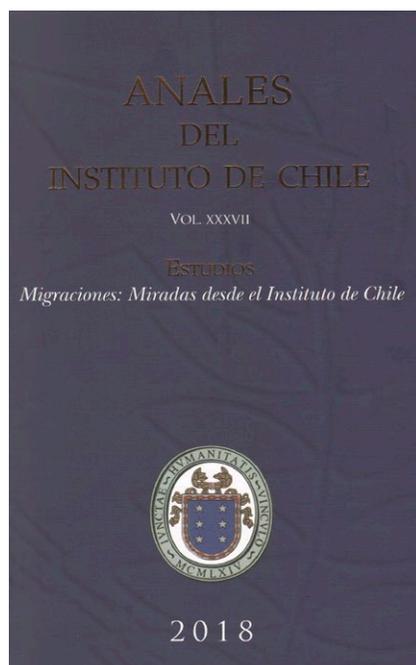
escuelas y talleres con algunos miles de socios en Santiago y otras ciudades del centro del país. Esto lo convierte en el precursor de la organización social de los trabajadores en Chile.

Variados testimonios contemporáneos suyos acreditan que sanó a muchas personas, algunas incluso desahuciadas por la medicina tradicional. Además, orientó a otras respecto de circunstancias difíciles o inciertas. Con ocasión de la batalla de Loncomilla (durante la revolución de 1851), entre las fuerzas de Santiago y las de Concepción, estando Fray Andresito en el hogar del Gral. Bulnes, se ‘inspiró’ y tranquilizó a su esposa respecto a su indemnidad, pero advirtiéndole que los que ahora habían triunfado, dentro de 40 años serían derrotados (profecía entonces ‘hermética’, cumplida en 1891 en la revolución contra el Presidente Balmaceda).

Se presentaba como ‘médico’ por la gracia de Cristo, la Virgen y Santa Filomena, a la que consideraba su inspiración espiritual. Esta vida sencilla, al servicio de los demás, alcanzando mediante estados mentales de trance sus roles de sanador y taurmaturgo, lo hacen partícipe del paradigma chamánico clásico. Falleció de una neumonía el 14 de enero de 1853, habiendo aceptando poco antes recibir sus órdenes religiosas menores, que previamente había rechazado por no sentirse suficientemente digno. Fue enterrado en el cementerio aledaño al convento, pero por una modificación arquitectónica debió ser exhumado dos años después, encontrándose su ataúd de madera podrido por la humedad, pero con el cadáver incorrupto, hecho certificado por el Rector de la Universidad de Chile, Ignacio Domeyko, y el Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Lorenzo Sazié. Años después sus restos fueron colocados definitivamente dentro del templo en una urna adyacente al altar de Santa Filomena. En julio de 1892 el R.P. Pacheco y el Dr. Eleodoro Fontecilla dejaron constancia ante el Notario que la sangre de Fray Andresito, obtenida de una sangría realizada por éste último 40 años atrás, pocos días antes de su muerte, y guardada en un frasco común, aún se conservaba líquida. En enero de 1893 el Padre Guardián Fray Julio Uteau solicitó al Padre General de la Orden autorización para iniciar la causa de canonización, proceso aún no finalizado.

Desde entonces, un gran número de personas visitan su tumba para pedir su intercesión o manifestar su gratitud por favores recibidos, y sus devotos asisten los días 14 de cada mes a una misa por su canonización. La Orden Franciscana continúa su obra social mediante un comedor popular que lleva su nombre y un museo en el interior del templo guarda recuerdos y documentos suyos. Desde su fallecimiento hasta hoy, su vida y roles sanadores y religiosos han motivado diferentes publicaciones. Y el Papa Francisco lo distinguió como ‘Venerable’, en julio de 2016.

LIBROS DESTACADOS...



ANALES DEL INSTITUTO DE CHILE - MIGRACIONES: MIRADAS DESDE EL INSTITUTO DE CHILE

Desde sus comienzos, en 1981, Anales del Instituto de Chile recogía información sobre las actividades, miembros y producción intelectual de los académicos de las academias que constituyen la institución. Hasta que en el año 2004 se decidió que el acontecer institucional sería objeto de un volumen especial y los artículos serían parte de una serie, denominada “Estudios”.

En su última edición, correspondiente al Vol. XXXVII, los trabajos publicados abordan el tema de la migración desde una aproximación general del fenómeno; las disciplinas que se cultivan en el seno de las academias del Instituto de Chile, como el derecho, la filosofía política, las artes visuales, las ciencias y la historia; los medios de comunicación social y la salud.

Este último punto es trabajado por los integrantes de la Academia Chilena de Medicina, doctores Rodolfo Armas (Presidente de la entidad), Marcelo Wolff, Colomba Norero, José A. Rodríguez y Humberto Reyes; y la PhD. Báltica Cabieses, directora del Programa de Estudios Sociales en Salud de la UDD. En su artículo “Salud y proceso migratorio actual”, los autores plantean que quienes llegan a nuestro país deben recibir la misma asistencia sanitaria que la población chilena, considerando su heterogeneidad demográfica, sanitaria, económica y cultural; cuáles son los problemas de salud más frecuentes que presentan; y la necesidad de desarrollar estudios focalizados para orientar estrategias de protección sanitaria.

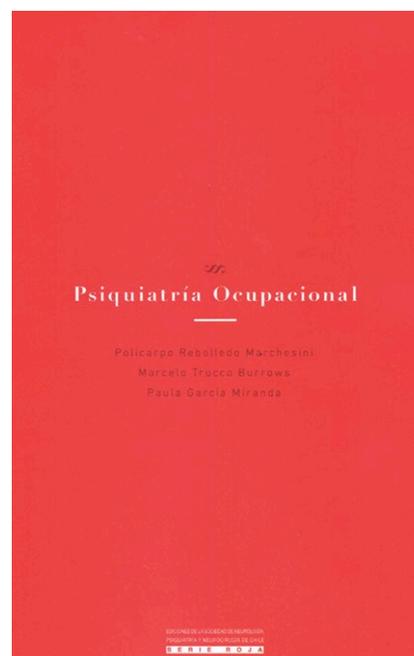
PSIQUIATRÍA OCUPACIONAL

Editores: Policarpo Rebolledo y Marcelo Trucco

Editora periodística: Paula García

Este libro, perteneciente a la Serie Roja de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN), está dedicado a la Psiquiatría Ocupacional, una subespecialidad de la psiquiatría, la cual estudia la patología mental de los individuos en sus lugares de trabajo. En Chile no existen obras similares y el propósito es entregar algunas herramientas a los profesionales de la salud a cargo de la calificación y tratamiento de los accidentes laborales y las enfermedades originadas en el trabajo. La obra está dirigida a estudiantes y profesionales de salud mental, médicos-psiquiatras, fisiatras, médicos integrales y de atención primaria, psicólogos, enfermeras y terapeutas ocupacionales y abogados. También tiene un carácter formativo por lo que cualquiera se puede beneficiar con sus contenidos.

En sus 480 páginas, aborda la importancia del trabajo en el ser humano; aspectos históricos de la salud ocupacional y su desarrollo en Chile y elementos generales de la ley 16.744 que rige las enfermedades profesionales, en particular a las psiquiátricas, incluyendo las derivadas de los accidentes del trabajo; las consecuencias del estrés en el trabajo, el consumo de alcohol y drogas en la población laboralmente activa y las consecuencias, además de promoción de la salud mental y manejo del estrés; aspectos generales de los accidentes del trabajo y el impacto emocional sobre el trabajador así como también las repercusiones psicosociales; y la ética y su relación con el estilo de desarrollo ligado al mundo del trabajo. El libro se puede adquirir en www.sonepsyn.cl





ACUERDOS

ACUERDOS SESIÓN N°014 DEL H. CONSEJO NACIONAL CELEBRADA EL VIERNES 16 DE NOVIEMBRE DE 2018

ACUERDO N° 111: Se aprueba, por la unanimidad de los Consejeros Nacionales presentes, el acta de la Sesión N° 013, del 26.10.18.

ACUERDO N° 112: Se acuerda, por 28 votos a favor, cero en contra y dos abstenciones, reabrir debate sobre aprobación de Estatutos de la Agrupación de Residentes Chile para ser discutida en Sesión de H.C.N del 14 de diciembre de 2018.

ACUERDO N° 113: Por 30 votos a favor, cero en contra y dos abstenciones, se aprueba presupuesto del Colegio Médico de Chile para el año 2019, que se adjunta a la presente acta, y que comprende de H.C.N, Regionales, Club Médico y Casino Club, presentado por el Tesorero Nacional de la Orden, Dr. Jaime Sepúlveda Cisternas.

ACUERDO N° 114: Se apoya iniciativa y líneas generales planteadas en Presentación realizada por Departamento de Políticas de Salud y Estudios, por 26 votos a favor y uno en contra. Documento que se adjunta, titulado "Construyamos acuerdos para la Salud de Chile" y que se presentará en Seminario del día 03.12.18.

ACUERDO N° 115: Se acuerda, por unanimidad, prorrogar la sesión del H.C.N. hasta las 14:00 horas.

ACUERDO N° 116: Se acuerda, en forma unánime, postergar hasta la próxima Sesión del H.C.N. de diciembre el tema de tabla "FALMED: discusión por temas de acoso".

ACUERDO N° 117: Se acuerda, en forma unánime, elegir al Dr. Juan Carlos Acuña Cisternas como representante del Colegio Médico de Chile ante organismos internacionales y para la organización del próximo encuentro de la AMM que se realizará en Chile.

ACUERDO N° 118: Se encomienda al Consejo Regional Valparaíso, en forma unánime, hacerse cargo de todo lo relacionado con informática médica y, en especial, licencia médica electrónica y posibilidad de Colmed de asumir esta materia.

ACUERDOS SESIÓN N°015 DEL H. CONSEJO NACIONAL CELEBRADA EL VIERNES 14 DE DICIEMBRE DE 2018

ACUERDO N° 119: Se aprueba, por la unanimidad de los Consejeros Nacionales presentes, el acta de la Sesión N° 014, del 16.11.2018

ACUERDO N° 120: Por 27 votos a favor, 6 en contra y 2 abstenciones, se aprueban los Estatutos de la Agrupación de Médicos Residentes Chile, cuya copia se adjunta a la presente Acta.

ACUERDO N° 121: En relación con proyecto de inversiones en el Club Médico de Santiago, que incluyen la construcción del nuevo recinto para la piscina temperada, que colapsó con ocasión de la nevazón ocurrida en invierno de 2017, se informa que se hará un master plan que ordene los grandes proyectos existentes; que las obras preliminares ascienden a 12 millones de pesos y la parte más costosa a 350 millones de pesos, y otros 40 millones de pesos adicionales, por lo que el directorio del Club aprobó contratar un

crédito bancario de 400 millones de pesos, pagaderos a 12 años y con una cuota mensual 2.3 millones de pesos. El H. Consejo Nacional, por 30 votos a favor y 2 abstenciones, aprueba el referido plan y contratación del crédito.

ACUERDO N° 122: Por 30 votos a favor, 1 en contra y 3 abstenciones, el H. Consejo Nacional acuerda:

1.- Designar a los doctores Hugo Reyes, Juan Eurolo e Iván Mendoza para que presenten en la sesión de Consejo Nacional de marzo de 2019 una propuesta para el pago de honorarios a dirigentes gremiales que gocen de subsidio por incapacidad laboral temporal.

2.- En forma transitoria y hasta que se apruebe el régimen definitivo que propondrán los consejeros precedentemente señalados, se mantendrá el pago de honorarios para dirigentes gremiales que se encuentren afectos a incapacidad laboral transitoria.

ACUERDO N° 123: Por 31 votos a favor, 1 contra y 1 abstención, el HCN acuerda sugerir a la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico de Chile (FALMED), lo siguiente:

1.- Si un médico afiliado a la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico de Chile, acusado de acoso sexual, solicitare asesoría legal, será patrocinado por sus abogados, sin participación de la Unidad de Defensa Laboral de la Orden (UDELAM).

2.- Para que los abogados de FALMED pueden patrocinar a los afiliados de la Fundación que se encuentren en la situación descrita precedentemente, los hechos que se les atribuyen deberán derivar del ejercicio profesional.

3.- Si un médico afiliado a la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico de Chile, acusado de abuso sexual, solicitare asesoría de dicha Fundación, sólo será patrocinado por sus abogados si los hechos constitutivos del presunto delito derivaren del ejercicio profesional.

4.- Si los Tribunales de Justicia sancionaren a un médico por los hechos señalados en los numerales precedentes, la Mesa Directiva Nacional del Colegio Médico, el H. Consejo Nacional o el Consejo Regional al que perteneciere el sancionado, deberá solicitar al Tribunal Regional de Ética competente que inicie el correspondiente juicio ético.

ACUERDO N° 124: Se encomienda al Dr. Gonzalo Sáez Torres, presidente del Consejo Regional Punta Arenas, redactar declaración sobre la resolución del Tribunal Constitucional que declaró inconstitucional el inciso 2° del artículo 13 del D.S. N° 67, de 29 de junio de 2018, del Ministerio de Salud, que Aprueba el Reglamento Para Ejercer Objeción de Conciencia según lo dispuesto en el artículo 119TER del Código Sanitario, publicado en el Diario Oficial el 23 de octubre de 2018, y que preceptúa que "los establecimientos privados de salud, que hayan suscrito convenios regidos por las disposiciones del decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud, no podrán ser objetores de conciencia cuando contemplen prestaciones de obstetricia y ginecología que por su naturaleza comprendan atenciones en pabellón".

ACUERDO N° 125: PRIMERO: En el ámbito del proceso de renegociación de las condiciones financieras de los créditos que el Colegio Médico de Chile (A.G.) mantiene actualmente con Bancos e Instituciones Financieras, especialmente con el Banco Itaú y con el Banco Internacional, el Consejo Nacional del Colegio Médico de Chile (A.G.) acuerda, por veinticinco votos a favor, cero votos en contra y dos abstenciones de los miembros presentes con derecho a voto, y de conformidad con lo dispuesto por el artículo nueve, número cuatro, letra a), de los Estatutos

Sociales, constituir nuevas hipotecas, gravámenes y prohibiciones sobre los inmuebles de su propiedad, para garantizar los créditos que otorguen otras instituciones bancarias, en mejores condiciones financieras que las existentes en la actualidad, previo pago de los créditos existentes y alzamiento de las hipotecas, gravámenes y prohibiciones que caucionan en el presente estas mismas acreencias.

SEGUNDO: Para asegurar el exacto cumplimiento de todas y de cada una de las obligaciones contraídas o que en el futuro contraiga el Colegio Médico de Chile (A.G.) con el Banco Scotiabank (ex Banco BBVA), el Consejo Nacional acuerda, por veinticinco votos a favor, cero en contra y dos abstenciones de los miembros presentes con derecho a voto, y de conformidad con lo dispuesto por el artículo nueve, número cuatro, letra a), de los Estatutos Sociales, constituir hipoteca en favor del Banco acreedor, sobre los siguientes inmuebles: Uno) Lote número uno del plano de loteo de la propiedad ubicada en calle Esmeralda número seiscientos setenta y cuatro, de esta ciudad, que deslinda: al Norte, en veintitrés metros setenta y cinco centímetros con calle Esmeralda; Sur, en veintitrés metros setenta y cinco centímetros con lote número dos, de dominio del vendedor; al Oriente, en dieciséis metros cincuenta centímetros con propiedad de los herederos de don Vicente Bustillos, y al Poniente, en dieciséis metros cincuenta centímetros con de la Sucesión de don Juan de la Barra y otros. Lo adquirió por compra a la Sociedad Médica de Santiago, según escritura de dieciocho de enero del año mil novecientos cincuenta y cinco, otorgada ante el Notario de Santiago don Ernesto Almarza, inscrita en el Conservador de Bienes Raíces de Santiago a fojas mil ochocientos noventa y seis número tres mil trescientos treinta y uno en el Registro de Propiedad del año mil novecientos cincuenta y cinco. Dos) Propiedad ubicada en calle Esmeralda número seiscientos cincuenta y seis, de esta ciudad, cuyos deslindes son: Al Norte, calle Esmeralda, al Sur, Adelina Besa viuda de Puelma, al Oriente, Carmen Martínez de Velasco; y al Poniente, Ramón Aránguiz, hoy propiedad de dominio en parte del comprador y en parte de la Sociedad Médica de Santiago. Lo adquirió por compra a doña María Teresa Zamora Riveros, de este domicilio, según escritura de treinta y uno de enero del año mil novecientos sesenta y seis, otorgada en Santiago en la Notaría de don Eliseo Peña Abos-Padilla, inscrita en el Conservador de Bienes Raíces de Santiago a fojas dos mil setecientos noventa número dos mil ochocientos cincuenta y cuatro en el Registro de Propiedad del año mil novecientos sesenta y seis. Tres) Propiedad de calle Esmeralda número seiscientos setenta y ocho interior, de esta ciudad, cuyos deslindes son: Al Norte, en veintidós metros, en línea oblicua con lote número uno, hay propiedad del Colegio Médico de Chile A.G. Sur; en dieciocho metros treinta centímetros con propiedad de don José María Velasco y de la señora Ariztía de Marcoleta, Oriente, en treinta y un metros, con la propiedad de los herederos de don Vicente Bustillos y Poniente, en treinta y cuatro metros cincuenta centímetros con propiedad de la Sucesión de don Juan de la Barra y otros. Lo adquirió por compra a la Sociedad Médica de Santiago, según escritura de fecha veintitrés de diciembre del año mil novecientos ochenta y siete otorgada ante el Notario de Santiago don Patricio Zaldívar M., inscrita en el Conservador de Bienes Raíces de Santiago a fojas setenta y nueve mil trescientos setenta y siete números sesenta y dos mil noventa y dos en el Registro de Propiedad del año mil novecientos ochenta y siete. B/ Fusión Estas tres propiedades se fusionaron, según plano aprobado por Resolución U-cuarenta y seis de cuatro de agosto de dos mil dieciséis, por la Dirección de Obras, Departamento de Urbanismo, de la I. Municipalidad de Santiago, que se encuentra archivado bajo el número cincuenta y un mil cincuenta y dos, con fecha veintidós de septiembre de

dos mil dieciséis en el Conservador de Bienes Raíces de Santiago, dando origen al predio ubicado en calle Esmeralda número seiscientos setenta y ocho, de esta ciudad, de una superficie de mil quinientos setenta y uno coma setenta y un metros cuadrados y cuyos deslindes son los siguientes: Al Norte, en treinta y siete metros sesenta y tres centímetros con calle Esmeralda; Al Sur, en doce metros noventa y tres centímetros, Adelina Besa viuda de Puelma y en dieciocho metros treinta centímetros, con propiedad don José María Velasco y de la señora Ariztía de Marcoleta; Al Oriente, en cuarenta y dos metros doce centímetros, Carmen Martínez de Velasco, y Al Poniente, en cincuenta metros veintiún centímetros con la propiedad de la sucesión de don Juan de la Barra y otros. Rol doscientos uno-cincuenta y nueve, de la Comuna de Santiago. TERCERO: Se faculta a la presidenta del Colegio Médico de Chile (A.G.), Dra. Izkia Jasvin Siches Pastén, conjuntamente con el Tesorero Nacional, Dr. Jaime Alfonso Sepúlveda Cisternas, para comparecer en representación del Colegio Médico de Chile (A.G.), firmar la correspondiente escritura de constitución de los gravámenes que en el presente acuerdo se autorizan, con amplias facultades, pudiendo estipular las cláusulas, condiciones y modalidades que estime conveniente o necesarias para llevar adelante la operación.

CUARTO: El presente acuerdo se cumplirá inmediatamente, sin esperar su aprobación en una sesión posterior.

QUINTO: Este acuerdo, certificado por el Secretario Nacional del Colegio Médico de Chile (A.G.), será reducido a escritura pública, facultándose para ello a los abogados señores Adelio Misseroni Raddatz, Hugo Bertolotto Norero y Patricia Núñez Vargas, pudiendo actuar conjunta, separada o indistintamente. -

ACUERDOS SESIÓN N°016 DEL H. CONSEJO NACIONAL CELEBRADA EL VIERNES 25 DE ENERO DE 2019

ACUERDO N° 126: Se aprueba, por 21 votos a favor y una abstención de los Consejeros Nacionales presentes, el acta de la Sesión N° 015, del 14.12.2018.

ACUERDO N° 127: Por 28 votos a favor, uno en contra y una abstención, de los Consejeros Nacionales presentes, se acuerda homenajear en el Día Internacional de la Mujer a la Dra. María Isabel Matamala Vivaldi.

ACUERDO N° 128: Por la unanimidad de los Consejeros Nacionales presentes, se acuerda convocar a Asamblea General Ordinaria del Colegio Médico de Chile para los días 4 y 5 de abril de 2019, y a Asamblea General Extraordinaria para el día 6 del referido mes y año.

ACUERDO N° 129: Por 20 votos a favor se acuerda designar al Dr. Jorge Mura Castro como integrante del Comité de Neurocirugía de CONACEM.

ACUERDO N° 130: Por la unanimidad de los Consejeros presentes (28 votos), se acuerda designar a la Dra. Loreto Rojas Huepe como integrante del Comité de Infectología de CONACEM.

ACUERDO N° 131: Por 23 votos a favor y 6 en contra, se aprueba el siguiente calendario de sesiones de H. Consejo Nacional:

- Año 2019: 15 de marzo, 10 de mayo, 14 de junio, 12 de julio, 9 de agosto, 6 de septiembre, 11 de octubre, 8 de noviembre, 13 de diciembre

- Año 2020: 10 de enero y 13 de marzo.

ACUERDO N° 132: Se aprueba, por la unanimidad de los presentes, prorrogar la sesión del HCN por una hora, hasta las 14:00 hrs.

SENTENCIAS ÉTICAS

En causa Rol N° 001-2017, el Tribunal Nacional de Ética, mediante sentencia de 18 de julio de 2018, sancionó al **Dr. EDUARDO ADOLFO ARRIAGADA REHREN** con la pena de **EXPULSIÓN** del Colegio Médico de Chile, en virtud de los siguientes antecedentes y consideraciones:

1.- El juicio se inició por solicitud de la Mesa Directiva Nacional del Colegio Médico, al haber sido condenado el referido facultativo por la justicia ordinaria, en primera instancia, por sentencia de 16 de febrero de 2017, a la pena de 20 años de presidio, en calidad de autor de dos delitos de homicidio calificado consumado y cinco homicidios calificados frustrados, cometidos en la ciudad de Santiago a partir del 07 de diciembre de 1981, mediante inoculación de toxina botulínica a las víctimas, por agentes del estado de la dictadura militar existente en esos años en Chile.

2.- El denunciado es médico cirujano y General (R) del Ejército. La causa por la que fue condenado dice relación con los hechos acaecidos el día 7 de diciembre de 1981, en la Ex Cárcel Pública de Santiago, en donde ocho reos de la galería N° 2, sufrieron una intoxicación botulínica, falleciendo dos de ellos y otros seis sufrieron graves lesiones, pero lograron sobrevivir a pesar de la tardanza en el auxilio.

3.- Se tuvo por establecido en la sentencia que, con la finalidad de proceder a la eliminación física e imperceptible de opositores al régimen militar, se realizó una “operación especial de inteligencia” que habría terminado con los resultados señalados en el número anterior, al ingerir las víctimas alimentos contaminados con la denominada “toxina botulínica”, la que fue traída al país por el ser servicio público encargado de velar por la salud de la población y, previamente, entregada a los encargados de un laboratorio secreto a cargo de la Dirección de Inteligencia del Ejército (DINE).

4- En cuanto a la participación del Dr. Arriagada Rehren en los hechos antes referidos, el fallo condenatorio de primera instancia refiere que el denunciado señaló haber ingresado al Ejército en 1968 al Regimiento Colchagua de Santiago como teniente de Sanidad y el año 1975 se vino a Santiago a trabajar al Hospital Exequiel González Cortés y al Ejército en el CIE o cuerpo de inteligencia del ejército. Agregó que de 1975 a 1978 hizo su beca de especialización cumpliendo una jornada parcial en el CIE, realizando un año más de especialidad en enfermedades broncopulmonares en el mismo hospital. Posteriormente, el antiguo CIE adquirió la denominación de BIE y él siguió prestando funciones en dicho lugar ininterrumpidamente.

El denunciado declaró que el año 1978 fue llamado por el general director de DINE Héctor Orozco, quien le señaló que la situación internacional de Chile era muy complicada por la existencia de problemas con los vecinos, especialmente con Perú y Argentina, y que este último país tenía una escuela de

guerra tóxica, con la finalidad de producir una bacteria llamada ántrax y se tenía informes de inteligencia que ella podría ser usada no solamente con el ganado chileno sino que también contra las tropas de nuestro país, por lo que era necesario realizar investigación y elaboración de un antídoto contra dicha bacteria. Hicieron un análisis de casos producidos por ántrax y también se pensó en la creación de una antitoxina botulínica, pero después esa idea se desechó porque era imposible que se utilizara esta bacteria en tropas enemigas, ya que solo provoca efectos introduciéndola en agua potable y alimentos; en cambio la bacteria del ántrax sí puede ser empleada netamente con fines militares.

Indicó en su declaración que en ese tiempo le pidieron al Bacteriológico a través de su director que se solicitara cepas del clostridium botulinum al Brasil (Butantan), para realizar las tareas señaladas anteriormente y ello era para fabricar la antitoxina o vacuna de dicha toxina.

También señaló que en el año 1975 fue enviado en comisión de servido a Estados Unidos para estudiar el manejo del denominado “polígrafo de voz”, que es un instrumento que de acuerdo a la frecuencia de la voz permite determinar si una persona miente o dice la verdad.

Además, señala que como oficial de sanidad estuvo en CIE, BIE, DINE y Escuela de Inteligencia por 18 años, y reconoce que se sintió motivado con las actividades de inteligencia porque existía un estímulo económico de 25% de sobresueldo que se obtenía una vez aprobado el curso.

Indica que como jefe del laboratorio de Carmen 339, tenía dependencia jerárquica del director de DINE, el referido laboratorio no se encontraba comprendido dentro de la orgánica institucional, por cuanto se trataba de un tema muy secreto por el problema existente con Argentina, país que ya se tenía conocimiento de la existencia de un laboratorio de guerra bacteriológica en Chile.

Respecto de las anotaciones que figuran en su hoja de vida, relativas a la denominada “operación luciérnaga”, trabajo de investigación en servicio secreto y operaciones especiales de inteligencia, y una operación secreta en el extranjero, señala que todos fueron misiones institucionales donde se le comisionó por su calidad de experto en interrogatorios y obtención de información en Argentina.

5.- Las declaraciones efectuadas por el Dr. Eduardo Arriagada Rehren, más allá de la participación que le pueda haber cabido en los homicidios investigados –cuestión que será determinada por los tribunales superiores de justicia-, especialmente su solicitud al director del instituto bacteriológico de la época para que utilizara sus facultades administrativas con la finalidad de recabar el envío del clostridium botulinum, el que fue

peticionado al laboratorio correspondiente de Sao Paulo Brasil y posteriormente retirado desde la Cancillería chilena y remitido al señalado servicio de salud, siendo posteriormente trasladado, al igual que un liofilizador, a un laboratorio secreto del ejército, así como las numerosas actividades en el área de inteligencia que constan en su hoja de vida y su propio reconocimiento, según señala el fallo condenatorio, evidencian que durante dicha época su labor profesional se encaminó principalmente a la realización de dichas actividades las que no guardan ninguna relación con su profesión de médico cirujano, tal como él lo reconoce en su declaración.

6.- Según preceptúa el Código de Ética del Colegio Médico de Chile en su Título II, que lleva por epígrafe, precisamente, “Deberes Generales del Médico”, señala que este profesional *“tanto en su ejercicio profesional como en su vida pública, debe observar un comportamiento acorde con la moral, el decoro y el prestigio de la medicina”* (artículo 7°), agregando que *“el respeto de la vida humana desde su inicio y hasta su término constituye el fundamento básico del ejercicio profesional médico”* (artículo 8°). Indica posteriormente que *“El médico no podrá realizar acciones cuyo objetivo directo sea poner fin a la vida de un paciente bajo consideración alguna”* (artículo 9°).

Por su parte, el artículo 10 del referido cuerpo normativo estatuye que *“Falta a la ética profesional el médico que apoye, consienta o participe en la práctica de torturas u otras formas de procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, cualquiera sea la ofensa que se impute a la víctima y las circunstancias invocadas, incluyendo conflicto armado o guerra civil. El médico no podrá proveer medio alguno tendiente a facilitar las conductas descritas en el inciso precedente, o a disminuir la capacidad de la víctima para resistir a tales procedimientos. El médico no deberá estar presente antes, durante o después de cualquier procedimiento en que la tortura u otras formas de tratamientos crueles, inhumanos o degradantes sean utilizados como amenaza”*.

Finalmente, pertinente resulta recordar que el artículo 14 del Código de Ética indica que *“En la atención institucional, el médico procurará armonizar su ejercicio profesional con las normas de la institución, siempre que éstas no contravengan las disposiciones del presente Código”* y el artículo 15 indica que *“Constituirá preocupación preferente del médico prestar su colaboración al progreso de la ciencia y sus acciones deberán ser destinadas a elevar el nivel de la salud del país”*.

7- Las actividades desplegadas por el Dr. Eduardo Arriagada Rehren en la época en que ocurrieron los hechos que fundamentan su condena a veinte años de presidio, según sus propias declaraciones y más allá de la participación en los homicidios por los que fue condenado, son prueba suficiente de que se apartó completamente del ejercicio de la Medicina para incursionar en actividades ajenas a los fines de esta profesión, vulnerando gravemente la ética médica.

Es un hecho público y notorio, avalado por múltiples fallos de los tribunales de justicia, que los integrantes de los organismos de inteligencia de la dictadura militar que gobernó a Chile desde 1973 y hasta 1990, cometieron múltiples homicidios y actos de tortura en contra de opositores a ese régimen, por lo que la sola participación de médicos en tales organismos contraviene la ética profesional.

8- El Tribunal Nacional de Ética, en definitiva, concluye que el Dr. Arriagada ha vulnerado gravemente las normas contenidas en los artículos 7°, 8°, 9°, 10, 14 y 15 del Código de Ética, por lo que se le aplicó la sanción de expulsión del Colegio Médico de Chile.

El Dr. Arriagada Rehren interpuso recurso de protección en contra del Tribunal Nacional de Ética, el que fue rechazado por la Corte de Apelaciones de Santiago, sentencia que fue confirmada

por la Corte Suprema de Justicia.

En Causa Rol N° 664-18, el Tribunal de Ética del Consejo Regional Santiago, conoció de la denuncia de la Sra. “G. R. R.” en contra del **Dr. ORLANDO ROJAS IGLESIAS**, que la atendió en el Hospital San Luis de Buin por una incontinencia urinaria, por una serie de afirmaciones impropias que le habría vertido el profesional, tales como señalarle que estaba “buenona”, o indagar “el porqué no ha tenido relaciones sexuales”, “que era una mujer muy guapa”, “que contaba con un servidor para poner remedio a su situación”, “que podía tener telas de araña ahí”, etc. y otras insinuaciones sexuales por el estilo. Relata que el profesional denunciado le dijo en la consulta “que van a tener que tener sexo para resolver el problema “in situ””, agregando a continuación: “viejo fresco”, dejando entrever que había sido una broma. Señala que hizo la denuncia al Hospital y al Ministerio de Salud, sin obtener una respuesta satisfactoria a la fecha. El denunciado hace presente que él nunca tuvo la intención de herir o acosar sexualmente a la paciente, que la patología que la afectaba era incontinencia de orina del piso pélvico, enfermedad que requiere saber si ha mantenido relaciones sexuales y si se ha escapado orina, que es posible que le haya dicho lo que la paciente menciona, pero con ánimo de tertulia o de confianza hacia ella, como lo hace frente a los internos de medicina y pide las disculpas correspondientes. El Tribunal concluye que ha quedado probado, más allá de toda duda razonable, que la conducta del Dr. Gabriel Rojas Iglesias, se aparta claramente de un recto proceder, y demuestra la concurrencia de actuaciones y circunstancias que escapan al comportamiento decoroso que rige el actuar médico, toda vez que no corresponde a un profesional de la medicina tener actitudes patriarcales y emplear un lenguaje impropio o vulgar con una paciente, donde de sus dichos pueden desprenderse insinuaciones de connotación sexual, máxime si son vertidos en un servicio de ginecología de un establecimiento público de salud y señala que tampoco resulta pertinente para el médico hablar de esta forma frente a becados. El Tribunal estima que el Dr. Rojas ha infringido las normas contenidas en el Capítulo II del Código de Ética, particularmente el artículo 7°, relativo al comportamiento del médico ante sus pacientes que debe ser acorde con la moral, el decoro y el prestigio de la medicina y le aplicó la sanción prevista en el artículo 77 letra e) del Código de Ética, esto es Inhabilidad para desempeñarse en cargos gremiales por el plazo de 6 meses. La sentencia fue en consulta al Tribunal Nacional de Ética, conforme a lo previsto en el artículo 46 del Reglamento de los Tribunales de Ética, que la confirmó con la prevención de aplicar al Dr. Gabriel Rojas Iglesias, la sanción establecida en el artículo 77, letra d) del Código de Ética, esto es la **suspensión por 6 meses de su calidad de asociado, con la obligación de continuar pagando las cuotas sociales, sin derecho a ejercer las facultades ni gozar de los beneficios que la calidad de asociado le confiere y con la inhabilitación para ocupar cargos gremiales por igual período.**

En causa Rol N° TE/636-17, el Tribunal de Ética del Consejo Regional Santiago, sancionó al **Dr. NILTON RODRIGO SILVA DURÁN**, con CENSURA, por estimarse que el denunciado transgredió los artículos 61 y siguientes del Código de Ética, normas que regulan las relaciones entre colegas, al proferir expresiones discriminatorias e impropias de un médico en contra del Dr. Pablo Araya Baltra en correo electrónico dirigido al denunciante, aludiendo en términos ofensivos a su discapacidad motora, hechos agravados por la no comparecencia personal del denunciado al Tribunal de Ética.



WMA COUNCIL SESSION SANTIAGO, CHILE 25 -27 April 2019

*Lugar: Hotel Santiago
Avenida Presidente Kennedy 4601, Las Condes*



Conoce el programa y más detalles en www.wma.net y en www.colegiomedico.cl



Te invitamos a vivir la experiencia Itaú Personal Bank

Una propuesta única con soluciones diseñadas para ti

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

Hazte cliente ahora escribiéndonos a:
hazteclienteipb@itau.cl

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

Infórmese sobre la garantía estatal de los depósitos en su banco o en www.sbif.cl