

Universidad de Chile
Instituto de la Comunicación e Imagen
Escuela de Periodismo

**NEGLIGENCIAS MÉDICAS EN CHILE:
RADIOGRAFÍA DEL ETERNO CONFLICTO**

Memoria para optar al título de periodista

**Autor: Rubén Oscar Bravo La Vega
Profesor guía: Raúl Muñoz Chaut**

**Santiago de Chile
Octubre de 2005**

SUMARIO

Sumario.....	Página 2
Introducción.....	Página 3
Capítulo 1: Los casos emblemáticos.....	Página 12
Capítulo 2: Los abogados caza-ambulancias.....	Página 23
Capítulo 3: La familia médica.....	Página 36
Capítulo 4: El nuevo escenario legal.....	Página 48
Capítulo 5: El manejo de las comunicaciones.....	Página 62
Capítulo 6: Bajo la lupa de los costos.....	Página 70
Capítulo 7: El desafío de los docentes.....	Página 78

APÉNDICES

Anexo 1: Juramento de Hipócrates.....	Página 91
Anexo 2: Decálogo de la Buena Práctica Médica.....	Página 93
Anexo 3: Carta sobre Profesionalismo Médico.....	Página 95
Anexo 4: Carta de Derechos del Paciente.....	Página 98
Anexo 5: Proyecto de Ley de Derechos del Paciente.....	Página 100

CONSIDERACIONES FINALES

Conclusiones.....	Página 116
Nómina de entrevistados.....	Página 120
Bibliografía.....	Página 122

INTRODUCCIÓN

Desde que cayó el muro de Berlín, en 1989, y se desplomó la ex Unión Soviética, en 1991, el mundo ha entrado en un proceso de globalización política, económica y social que ha hecho desaparecer las fronteras en todo el orbe y ha impuesto una visión capitalista luego que Estados Unidos, ante el fracaso del enemigo encarnado en el sistema socialista, se alzara como la mega-potencia, el amo del mundo unipolar.

Es la “aldea global” con la cual ya teorizaba en los años sesenta el sociólogo canadiense Marshall Mac Luhan, uno de los padres de la teoría de la comunicación del siglo XX, para dar cuenta que las grandes tendencias de este universo van a terminar, tarde o temprano, rebotando en casa, dada nuestra súper condición de ciudadanos del mundo. El campo de la salud no se escapa a esa tendencia y está viviendo su propia revolución internacional con el avance de la ciencia y la tecnología, lo cual ha aumentado las expectativas de las personas sobre los resultados de la medicina; los cambios epidemiológicos y el surgimiento de nuevas enfermedades, como el Sida; y el nuevo conflicto en la relación médico-paciente.

¿Qué pasa? Ha surgido una estirpe de paciente que, rescatando algunos principios del hombre moderno que luchaba por sus ideales, ya no se somete pasivamente, como sí ocurría algunas décadas atrás, a los designios del médico tratante, incluso tolerándole errores en el ejercicio de su profesión. Son pacientes del posmodernismo y por lo tanto actúan con los médicos como consumistas que exigen un buen servicio de medicina, estableciendo más una “relación comercial”, propia de la oferta y la demanda, que en una relación “humanista” médico-paciente basada en la confianza hacia el profesional.

En este vínculo un acto temerario que signifique un daño del médico al cliente, es decir, al paciente, no es tolerado por este último, quien recurrirá a todas las instancias para hacer valer sus derechos, para enrostrar al hombre del delantal blanco que es negligente y exigir una compensación. Por cierto, es probable que en el camino este paciente encuentre grandes aliados, principalmente periodistas que cumplen un rol social denunciando estos

casos, aunque muchas veces con poca rigurosidad profesional, y abogados que representan a los afectados en los tribunales –incluso alentando las denuncias- porque descubrieron un nicho comercial donde desarrollarse profesionalmente.

Héctor Sánchez, magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile, director ejecutivo del Instituto de Políticas Públicas y Gestión en Salud “Salud y Futuro” de la Universidad Nacional Andrés Bello y uno de los más reconocidos analistas del sistema de salud nacional, dice que “en el mundo entero está pasando lo mismo sobre todo en aquellos países donde funciona de forma mucho más abierta el mercado en la relación médico-paciente”.

Y menciona por cierto el referente internacional clásico, Estados Unidos, donde se han disparado las denuncias por presuntas negligencias médicas hasta llegar a ser un tremendo problema nacional. Se dice que las demandas son responsables en ese país del 20% de los costos en salud y por eso médicos y prestadores de salud (públicos, privados o institucionales) se han metido en la locura de contratar seguros para protegerse de las millonarias indemnizaciones, incentivadas por los fallos categóricos de los jueces norteamericanos. Ha llegado a tanto la demanda por seguros médicos que algunas compañías simplemente optaron por no ofrecer más dicha cobertura.

En un seminario realizado el 28 de abril del 2005 por el instituto “Salud y Futuro”, el abogado Ricardo Sateler afirmó que cada año Estados Unidos gasta entre 17 y 29 billones de dólares por efecto de las denuncias por negligencias médicas; que los gastos de los litigios (incluyendo el monto de las indemnizaciones) superan con creces lo recaudado por concepto de primas (140%) y en algunos estados puede alcanzar fácilmente los 100 millones de dólares, lo que ha llevado al mencionado retiro de algunas empresas de este mercado de seguros médicos. Esto ha hecho que, incluso el Presidente de ese país esté promoviendo proyectos de ley que, junto con reconocer el problema, limiten las indemnizaciones por “daño moral” a un máximo de 250 mil dólares. Las pólizas de los seguros en Chile son por un tope de 5.000 UF (1)

¿Y qué es una negligencia médica? En el transcurso de esta investigación periodística nos encontraremos con múltiples definiciones, con distintos matices, entregadas por los diversos actores vinculados a este conflicto. Sin embargo, es valioso destacar que el remodelado Código de Ética del Colegio Médico, en su versión 2004, dice en su artículo 22 que “falta a la ética el médico que en la atención de su enfermo actúe con negligencia, imprudencia o impericia”; que “será negligente aquel profesional que poseyendo el conocimiento, las destrezas y los medios adecuados, no los haya aplicado” y que “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” (2)

¿Qué dice la ley en Chile sobre las negligencias médicas? Si bien existen diversas interpretaciones del concepto, dadas por los distintos actores consultados, como quedará de manifiesto en el transcurso de la investigación, desde el punto de vista legal deben darse ciertas circunstancias para acreditar responsabilidades del médico, por mala praxis, en el acto médico: un daño no justificado, la conducta desviada objetiva o subjetivamente del sujeto activo (la comisión de un delito o cuasidelito, el incumplimiento culpable de las obligaciones que le impone un contrato o la falta de otorgamiento de un servicio existiendo la obligación y los medios para prestarlo) y la relación causal entre alguna de estas situaciones y el daño injustificado (3).

Esto pueda dar origen, eventualmente, a sanciones penales (como la cárcel), civiles (pago de indemnizaciones en dinero), además de sanciones éticas de los colegios profesionales, ahora que éstos recuperaron dicho control en las reformas a la Constitución de 1980, promulgadas este 2005 por el Presidente Ricardo Lagos.

El artículo 491 del Código Penal establece base jurídica para que el paciente que considere que el diagnóstico ha sido errado o el tratamiento curativo ha fracasado, y de ello resulta un menoscabo en la integridad física o la muerte de él producto de un actuar negligente, por impericia del facultativo, pretenda una sanción y a su vez una indemnización pecuniaria, tanto por el daño material como por el daño moral.

En el párrafo anterior se alude a algunos términos jurídicos tales como negligencia, impericia, indemnización pecuniaria, daño moral, que suelen repetirse en éste y otros informes sobre la materia, como el desarrollado –en términos más acotados a su profesión– por el odontólogo legista chileno Patricio Carrasco Tapia (4) este año o en los protocolos nacionales e internacionales con que se rige el actuar médico (5).

El dentista Patricio Carrasco recuerda en dicho informe, disponible en internet, que “antes del año 1980, casi no se conocen querellas o demandas en contra de profesionales de la salud, pero a partir de esa fecha el aumento de ellas ha sido progresivo. Una explicación posible es el hecho de que a contar de esa fecha los colegios profesionales ya no tienen la tuición sobre el ejercicio profesional”.

Añade que cuando comenzó en 1983 a colaborar y a formarme como perito en el Servicio Médico Legal, no se tenía gran experiencia en la pericia por responsabilidad profesional médica. “Fuimos los primeros testigos de la primera querella contra un odontólogo y las primeras contra médicos. Eran muy pocas al año, pero lamentablemente, con el tiempo esto fue aumentando, hasta convertirse en noticia cotidiana y que se publicita todos los días por los medios de comunicación”.

Así comenzamos a transitar, poco a poco, desde el caso más recordado, de 1993, con el fallo judicial a favor del ex ministro de la Corte Suprema, Leonel Beraud, que definió una indemnización de 49 millones de pesos porque un traumatólogo del Hospital Militar le instaló la prótesis en la cadera contraria, hasta el dramático caso del fallecimiento, el pasado 23 de octubre de 2005, de Jéssica Osorio, quien estuvo en coma varios días tras sufrir los efectos de una sobredosis de anestesia administrada durante una abdominoplastía, por un médico cirujano ecuatoriano que no era cirujano plástico.

Las estadísticas del Colegio Médico sobre las denuncias por negligencias médicas, consignadas en ese estudio (3), que coinciden con las recopiladas en esta investigación, son elocuentes: de 36 en 1995 a 1.044 el 2004. De ese total, el 52% demandas afectan al sistema de salud privado, el 39% al público y el 9% a los centros de salud de las Fuerzas

Armadas. De estas acusaciones, el 79% ha sido sin difusión periodística y el 21% abordadas en los medios de comunicación social de masas.

Las principales especialidades médicas afectadas con estas denuncias son Ginecología y Obstetricia (20%), seguida de Cirugía General (12%), aunque las especialidades diversas abarcan ocupan un 15%.

El problema es que no sólo las denuncias crecen. También lo hacen los juicios. De tres litigios judiciales en 1995 se llegó a 83 en el 2003, lo cual implica un incremento del 2.666% en el período. El aumento más notorio se produce entre 2001 y 2003, precisamente cuando aparece el abogado Raúl Meza. Lo hace primero a través del programa de Megavisión “Aló, Ely” y después creando la Organización Anti-Negligencias Médicas (ex Fiscalía). El marca la pauta para muchos abogados que se embarcan en perseguir a los médicos, y la prensa rápidamente los bautiza con el rótulo de “caza-ambulancias”.

En los juicios las cifras indican que, también, hay millonarias platas en juego. En 1997 se habían pagado 277 millones en juicios por negligencias médicas y se adeudaban 1.758. Al 2004 se habían pagado 793 millones y se adeudaban 38.463. Las estadísticas podrían ser peor, dado que, de acuerdo a estas estadísticas del Colegio Médico, el 90% de las causas se fallan a favor del médico y apenas el 10% en beneficio del paciente.

Cifras consignadas por el Servicio Médico Legal reflejan también la tendencia (4). En 1987 los tribunales sólo habían pedido a ese organismo estatal cuatro peritajes sobre negligencias médicas, que subieron a 53 en 1991 y a 273 el 2001. El área de ginecología y urgencia acumula el 70% de los casos tramitados (en 560 casos) en ese organismo.

Otros números de esa institución indican que 41,2% de las pericias son por cuasi delito de homicidio y el 58,8% por lesiones graves. Los principales imputados son en un 80% médicos (en un 70% de esos casos especialistas), un 10% odontólogos y un 10% otras profesiones, como kinesiólogos y enfermeras.

Este es el escenario “amenazante” que se vive en Chile, como los describen varios médicos entrevistados en esta investigación. Pero hay otro dato que llama a la reflexión. De acuerdo a antecedentes divulgados por Clínica Alemana (6) si se tiene en cuenta las miles de intervenciones que se realizan cada año en Chile (en el 2002, 469.473 en el sistema público de salud y 312.665 en el sistema privado), la cifra de denuncias no es exorbitante, pero sí la publicidad y notoriedad que han adquirido, sobretodo en algunos de los casos.

Por cierto que hay responsabilidades compartidas en este problema. Los periodistas cargan con la mediatización, para bien o para mal. Muchos de los antecedentes recopilados en esta investigación apuntan a que, efectivamente, el problema es real, pero el cambio radica en el aumento de la divulgación del tema a nivel público, de casos justificados y de otros sin fundamento, lo cual ha sensibilizado a la población para defender sus derechos como paciente, aumentando las demandas.

Y también parece claro que este problema cruza la sociedad transversalmente. Los prestadores de salud que cargan con la acusación de víctimas de negligencias médicas (porque fueron o se sintieron víctimas del sistema) son de diverso tipo: hospitales públicos, privados e incluso de las Fuerzas Armadas. A juicio de los entrevistados, no hay un claro perfil de las víctimas, aunque el Servicio Médico Legal estima que son principalmente personas entre 25 y 44 años, sobretodo mujeres (avalado por las cifras en que la mayor cantidad de denuncias son hacia ginecólogos). Tampoco pareciera haber un patrón claro que se repita en los médicos demandados, salvo que lo reclamo se concentran en algunas especialidades más que en otras.

También son disímiles los fundamentos de las denuncias. Hay casos en que la negligencia médica es evidente, porque el error profesional es del porte de una catedral, como el mismo caso de Jéssica Osorio, y otros en los cuales no es tan clara la mala praxis médica o sólo existió en la mente del paciente por su falta de conocimientos sobre lo sucedido.

Una de las principales esperanzas para contener esto que los médicos llaman “la judicialización de la medicina” debutó en marzo pasado con el plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (Auge), uno de los pilares de la reforma en salud impulsada por el gobierno del Presidente Ricardo Lagos (ley 19.966), que contempla la creación de la figura de mediación tanto a nivel de salud pública, a través de una unidad del Consejo de Defensa del Estado (CDE), como en la salud privada, por la vía de la recién creada Superintendencia de Salud.

Tal como lo reconoce el ministro de Salud, Pedro García, en el transcurso de esta investigación, es la gran apuesta para constituir un filtro prejudicial a las demandas que emanen de la atención en salud, en el marco de la nueva reforma, debido a que se abre a los pacientes a posibilidad de reclamar por múltiples aspectos de la atención de salud y no solamente por eventuales negligencias médicas. Por ello también la mediación es vista con buenos ojos por el Colegio Médico, aunque no por todos los médicos. Esta modalidad existe en países como Argentina y México, cuyos casos exitosos son abordados en este trabajo, aunque operan con más ventajas que esta “mediación a la chilena”.

Y si de grandes ajustes se trata no quedan ausente también las modificaciones al sistema judicial que en junio pasado entró en su última fase, con la incorporación de la Región Metropolitana a la Reforma Procesal Penal, que venía aplicándose por etapas en regiones desde el 2000, la cual abre la posibilidad de que los médicos investigados por denuncias de negligencias sean llevados a juicio oral, pero también que puedan llegar a acuerdos reparatorios o salidas alternativas para evitar la exposición pública considerada por el gremio como un “asesinato de imagen”.

Otro factor a considerar es que, a partir de los gobiernos de la Concertación, se ha abierto un nuevo campo laboral para periodistas y relacionadores públicos en los hospitales públicos, siguiendo el paso de aquellos que desde antes se desempeñaban en el exclusivo mundo de la salud privada de las clínicas.

Estos profesionales de la red estatal deben lidiar con los reporteros de medios de comunicación y sus denuncias, ejecutando “manejo de crisis”, porque entienden que, como dijo en alguna de sus múltiples exposiciones el destacado estratega comunicacional, Pablo Halpern, y hoy asesor del comando presidencial de la candidata Michelle Bachelet, “el escenario principal de una crisis moderna –donde empieza y termina- son los medios de comunicación”.

Son estos últimos periodistas los que, de alguna forma, vienen hace años haciendo “mediación en salud”, particularmente en el sector público, muchas veces dándole solución a los reclamos y denuncias para evitar que pongan en jaque la imagen corporativa de su institución.

Por último, también desde los gobiernos de la Concertación surgió lo que en un inicio fue una simple declaración de buenas intenciones de los prestadores del sector público de salud para reconocer los derechos y deberes de los pacientes: la llamada “Carta de los Derechos del Paciente” del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), creada durante el gobierno de Eduardo Frei Ruiz Tagle (1994-2000). Hoy ese instrumento ha dado paso a un proyecto de ley de derechos y deberes del paciente, que ingresó a la Cámara Baja el 2001 y se discute en el Parlamento, pero que recién está en etapa preliminar de trámite, a la espera de una informe de la comisión de salud, sin carácter de urgencia (7).

Tal como sostiene el fundamento de dicho proyecto de ley, una iniciativa de un grupo de parlamentarios concertacionistas del bloque PS-PPD “nuestro ordenamiento jurídico, a diferencia de los de gran parte de los países modernos y algunos latinoamericanos, carece absolutamente de regulaciones sobre la actividad médica y los derechos de los pacientes. No existe, en efecto, disposición legal alguna que haga una referencia explícita a derechos y deberes entre médico y paciente ni menos un sistema o estatuto jurídico relativo a los pacientes”.

Efectivamente, en otros países desarrollados, como Estados Unidos, España (Convenio de Oviedo) y Holanda, existe desde hace varios años un sin número de leyes que protegen los derechos y deberes de los pacientes, incluso –como en el caso holandés- para regular materias tan específicas y polémicas como la eutanasia, el derecho del paciente a solicitar su muerte intencional sin sufrimientos, por medio de agentes adecuados, en personas con enfermedades incurables (8).

Este es el marco general, nacional e internacional, teórico y legal, en que se desarrolla esta investigación periodística que, a través de la técnica del reportaje interpretativo, procura dar una visión integral del pasado y del presente del conflicto médico-paciente en salud, centrado en las denuncias por presuntas negligencias médicas. A partir de ello, intento proyectar el futuro de este tema y su impacto en la atención de los pacientes, en el recién reformado sistema de salud chileno.

LOS CASOS EMBLEMÁTICOS

(Capítulo 1)

El sábado y el domingo del 15 y 16 de octubre del 2005 fueron bastante agitados para los periodistas que deben hacer maravillas para encontrar grandes noticias el fin de semana. La historia había comenzado el viernes 14 cuando Jéssica Osorio, una mujer de 38 años obsesionada con ser más bella, había caído en las manos del médico ecuatoriano Galo Andrade. El extranjero, en vez de ayudarla, la dejó al borde de la muerte.

El médico –con su título profesional validado por la Cancillería chilena- había intentado practicar a la paciente una abdominoplastía para reducir su tejido graso. El problema es que lo hizo sin tener la especialidad de cirugía plástica, ni los conocimientos para hacerla, utilizando anestésicos inapropiados y en dosis excesivas, y no en un pabellón quirúrgico sino sobre una camilla de una consulta de precarias condiciones, ubicada en Independencia 3990, en la comuna de Conchalí.

Jéssica –madre de dos hijos de 10 y 14 años- presentó un paro cardiorrespiratorio en el mismo lugar de la operación y el personal del Samu –que había sido alertado de la emergencia- alcanzó a llegar al lugar y estabilizarla mientras era trasladada al servicio de urgencia del Hospital San José. La suegra de Galo Andrade dice que el mismo doctor pidió auxilio cuando se vio sobrepasado, pero después huyó y estuvo prófugo unos días.

La víctima ingresó a la citada posta a las 21.17 horas del viernes 14, con muerte cerebral, y fue internada en la Unidad de Cuidados Intensivos. Daniel Mamani, el médico que recibió a la paciente en la urgencia, dijo a Televisión Nacional que tenía como 80 pinchazos en la zona abdominal (procedimientos utilizados para anestesarla). “Era grotesco, monstruoso. También tenía una lesión en la cabeza. Supongo que al convulsionar se debe haber pegado en la cabeza”, declaró.

El domingo 16 de octubre –alentado por las voces del Colegio Médico de Chile llamando a ejercer mayor control sobre el ejercicio profesional en nuestro país de los

médicos extranjeros- el ministro de Salud, doctor Pedro García, hizo declaraciones públicas en que anunciaba su idea de instaurar un Examen Médico Nacional para todos los facultativos nacionales y extranjeros, pero al día siguiente tal posibilidad fue descartada por el secretario general de la Presidencia, Eduardo Dockendorf, lo que generó una polémica política pública en medio de una inmensa cobertura en torno al caso de Jessica Osorio de la radio, televisión y prensa escrita, incluso en los programas de entretenimiento y farándula.

Galo Andrade terminó por entregarse a la justicia a las 21 horas de ese 18 de octubre a la entrada del túnel Lo Prado, en la ruta 68, según consignó El Mercurio en su edición matutina del día siguiente. Su víctima siguió en un coma profundo hasta el mismo día de su muerte, el 23 de octubre, el mismo de la canonización del Padre Hurtado. Galo Andrade estuvo preso pero quedó en libertad provisional en la semana siguiente y sigue el juicio en su contra pues está imputado de homicidio simple.

Antes que el caso pasara a hibernación periodística para ser usado a futuro como background (archivo), a la espera de otro gran caso en torno a las negligencias que puede cometer un médico, la familia de la víctima descartó que lo ocurrido haya sido “un accidente” como trató de explicar Galo Andrade en una carta enviada a un matutino, en la cual decía que lo querían crucificar. Los parientes pidieron el máximo rigor de la ley y que todos asumieran sus responsabilidades, incluidas las autoridades.

El miércoles 26 de octubre, en una entrevista en el marco de esta investigación periodística, dos días después del entierro de su hermana, Sergio Osorio, hermano mayor de la víctima, estima sobre el tema de las negligencias médicas que “los pacientes están bastante desprotegidos. No hay una entidad pública que fiscalice a los médicos, que certifique los estudios de las personas y si tienen o no tal o cual especialidad. Aquí los médicos hacen lo que quieren y dónde quieren. Resulta que uno simplemente confía en lo que dicen o en lo que ve, pero ahora hasta los títulos profesionales se pueden falsificar y poner en un bonito marco en una consulta”.

Osorio formula una dura crítica que toca a médicos y abogados. “Hoy en Chile los médicos primero cuidan sus intereses y después está el paciente. Primero el lucro, después la salud. No son todos pero yo creo que son la gran mayoría. Y los abogados que andan hablando con la gente para hacer denuncias caen en lo mismo. Lo hacen por figurar, por ganar plata y no por vocación de ayudar a las personas”, considera.

A propósito de la crítica de muchos médicos chilenos respecto de sus colegas ecuatorianos y extranjeros en general, Osorio aclara que “esto no se trata de nacionalidades sino del actuar médico. Le pudo ocurrir a un extranjero o a un chileno y hubiéramos actuado igual (con una querrela) denunciando este asesinato”.

Este es el último caso emblemático, con gran cobertura periodística, de negligencias médicas. El problema siempre ha existido pero comenzó a aparecer tímidamente en los noventa, luego del retorno de la democracia. Por esos tiempos, quizá el caso más destacado de fines del siglo pasado que recuerde el inconsciente colectivo ocurrió el 6 de junio de 1993, cuando el doctor Alfredo Elgueta, ex jefe de Traumatología del Hospital Militar, implantó una prótesis en la cadera izquierda del ex ministro de la Corte Suprema, Leonel Beraud, cuando la derecha era la mala. Tras la demanda, el juez recibió 49 millones de pesos como indemnización.

Después de eso, mucha agua ha corrido bajo los puentes. En los últimos cinco años varios episodios de este tipo han ocupado amplios espacios en la prensa, unos por el drama de modestos chilenos (oportunidad en que los medios de comunicación apelaron a remover la conciencia social y los corazones de nuestra sociedad), otros porque el afectado era un personaje público o famoso, factor fuertemente noticioso, conocido como "prominencia del personaje". Algunas víctimas viven. Otros han muerto. Todos se toparon con un delantal blanco en algún momento de su existencia. He aquí otros tres casos emblemáticos.

LA MUJER QUE NO QUERÍA VIVIR

En marzo del 2000, durante mi incursión como reportero del sector salud en Las Últimas Noticias, tras un largo paso de nueve años de reporteo policial-judicial en ese medio y previamente en La Epoca, me correspondió denunciar públicamente el caso de la señora Berta Morales, entonces de 58 años de edad.

Ella no quería seguir viviendo desde que –según dijo- quedó inválida, tras una operación a su columna vertebral realizada en el Hospital San Borja Arriarán, y mandó una carta, de su puño y letra, a la entonces sección de Servicio Público del diario, la que fue derivada a mis manos por la colega responsable de la página. La afectada clamaba la eutanasia, o sea, que la dejaran morir por razones humanitarias.

La entrevisté al lado de la cama en que permanecía postrada por largo tiempo, en su modesta casa ubicada en un antiguo cité de General Gana 1329, en el barrio antiguo de Santiago. Y esa nota motivó el titular de portada de Las Últimas Noticias del 16 de marzo del 2000 “Mujer pide morir por eutanasia”, el mismo que meses después vería reproducido en gigantografías pegadas a los microbuses amarillos capitalinos en una campaña de reposicionamiento comercial del diario.

Aquella vez, cuando le pregunté cuándo comenzaron sus problemas, no dudó en culpar a terceros. “Fue con la operación. Llegué caminando al hospital para operarme de la columna porque tenía algunos dolores. Salí así, inválida. Nadie respondió. Nadie dijo nada. No hubo rehabilitación. Y aquí estoy” respondió entre sollozos la mujer.

Al ser consultada sobre si creía que hubo negligencia médica en su caso, respondió: “Los médicos deberían afrontar mi desgracia”. Y luego se explayó sobre su soledad. La menor de sus tres hijos, Claudia Sepúlveda, entonces de 27 años, fue más categórica: “Llevamos más de tres años y nunca en el Hospital San Borja Arriarán nos han dado una respuesta satisfactoria sobre las razones que motivaron que mi madre haya quedado inválida. Si tuviera los medios económicos, ya le hubiera presentando una demanda”.

Por cierto que la misma mañana que salió la publicación de prensa, un ejército de periodistas, reporteros gráficos y camarógrafos aguardaba en las afueras de la casa de Berta Morales para recoger el caso. Algunos incluso intentaron tomar imágenes por las ventanas, con cero respeto a la privacidad, según reclamaron los residentes. El medio que logró tomar el panderero fue Megavisión, que entrevistó a la paciente en el programa “Aló, Eli” e inició una campaña para obtener fondos e intentar su recuperación, lo que se tradujo en una nueva operación a la mujer, poco tiempo después, con mínimos avances.

Lo ocurrido con la paciente, según la versión en su oportunidad del director del Hospital San Borja Arriarán, doctor Luis Díaz, es que la condición de invalidez de Berta Morales no fue el resultado de una negligencia médica sino que una secuela del Mal de Pott, una infección inflamatoria tuberculosa crónica que afectaba su columna vertebral, y que además le provocó una parálisis intestinal desde la cintura para abajo, junto con fuertes dolores en el cuerpo.

“La cirugía (de 1996) no es la causa de la invalidez, sino que la disminuyó”, afirmó aquella vez el doctor Díaz, contando que después de dicha intervención quirúrgica la paciente desapareció durante dos años y no fue a controles hasta noviembre de 1998, fecha desde la cual fue tratada por diversos especialistas.

El mismo jueves 16 de marzo en que pasó del anonimato a ser un caso público, la mujer reconoció a Megavisión que en realidad nunca quiso realmente que la dejaran morir (eutanasia). “El San Borja Arriarán prácticamente me desahució. Mi testimonio fue un grito de auxilio”, fueron sus palabras aclaratorias.

Más allá de todas las aristas del caso, quedó registrado en la historia como otro episodio de cuestionamiento a los hombres de blanco. Ni la primera ni la última.

EL HOMBRE QUE LE CANTABA AL AMOR

El 9 de febrero de 1976 el cantante Roberto “Viking” Valdés ganó el Festival de la Canción de Viña del Mar con el tema “Una noche de amor”. Eran tiempos en que el certamen era el gran panorama del verano y muchos recuerdan todavía aquella final, con una muchedumbre con antorchas encendidas (con fuego de verdad y no con llamas a pilas) coreando “Se va, se va, se va el amor, llevándose la ilusión...”

En los años ochenta el artista se transformó en número fijo del programa “Sábados Gigantes”, conducido por Don Francisco. Destacaba por su alegría y por sus trajes blancos con mangas a medio remangar. Su vida se apagó a las 9.15 horas del 26 de noviembre del 2002, producto de un infarto al miocardio.

La última noche de su vida fue el polo opuesto de su dicha del 76. En esas horas “Viking” Valdés desarrolló la crisis cardíaca que no fue detectada oportunamente por los médicos de la Clínica Avansalud de La Florida, que cuenta con Servicio de Urgencia, pero no tiene sector de hospitalización.

Las dolencias comenzaron a desarrollarse a las 23 horas del lunes y a las 2 de la madrugada siguiente, su malestar fue notado por su esposa, María Soledad de Pablo, y por sus tres hijos, Rey, piloto comercial, Dorian, abogado, y Reina, estudiante de Periodismo.

“Le dolía mucho el pecho y mi mamá y mis dos hermanos lo llevaron a la Clínica Avansalud porque era la más cercana” recuerda Reina, hoy de 23 años y próxima a ser parte de la primera generación de egresados de la carrera de la Universidad de las Américas de Providencia.

Con mis apenas dos años de estudios en Medicina en la Universidad Finis Terrae aprendí que todo dolor opresivo al pecho, de ubicación retroesternal (detrás del esternón), con duración de más de media hora, que se irradie al brazo izquierdo, a la mano

correspondiente y a la mandíbula, “debe ser considerado un infarto hasta que no se demuestre lo contrario” como decía un cardiólogo ex profesor mío.

Esos precisamente eran los síntomas que decía padecer el artista, según su hija, pero el médico que lo atendió en la clínica pensó en un problema estomacal agudo (gastroenteritis). No obstante, le hicieron un electrocardiograma, pero por algún extraño motivo este último examen –clave para detectar un infarto- salió normal.

Le dieron cerca de las seis de la madrugada en la clínica y lo mandaron de regreso a su hogar. Reina recuerda que su familia le cuenta que el médico golpeteaba repetidamente con un dedo su sien, aludiendo a que era un cuadro más bien sicosomático, es decir, su dolor corporal era producto de su mente.

“Jamás le hicieron un monitoreo permanente ni el médico detectó la gravedad de lo que le ocurría. Cuando regresó a la casa venía peor. Tenía que volver a las 9 de la mañana a la clínica para practicarse una endoscopia, pero como a las 7 de la mañana gritaba de dolor. Lo último que escuché fue que gritó el nombre de mi mamá y perdió el conocimiento. Rey y yo tratamos de reanimarlo, haciéndole primero auxilios. No reaccionaba. Entonces, con ayuda de Dorian, lo subimos al vehículo y partimos todos a la misma clínica. Había cambiado el turno y lo recibió otro médico que comprobó que todavía tenía signos vitales. Se lo llevaron a un box. Un par de horas después nos avisaron de su muerte”, es el triste relato de su hija universitaria, la regalona del papá.

“La atención médica fue mala. No fueron capaces de darse cuenta de algo evidente. Perdí a mi papá a los 20 años. Para mí mis padres son todo. La vida se detuvo pero teníamos que salir adelante” cuenta la joven, quien recuerda a su padre como un hombre cariñoso, alegre, sin vicios y muy preocupado de mantenerse en forma y llevar un estilo de vida saludable.

Por eso declara que le dan “rabia y pena” algunas versiones periodísticas que circularon sobre el caso, atribuyendo la muerte a una supuesta sobredosis de drogas. Y

recuerda que de su padre también dijeron que había llegado “pasado a trago” a la clínica, tal como se rumoreó en el gremio el 2004 sobre la muerte del músico Eloy Alquinta, hijo del también fallecido líder y vocalista de Los Jaivas, Eduardo “Gato” Alquinta, este último ahogado en las playas de Coquimbo.

El joven falleció a los 33 años, también de un infarto al miocardio, en la Posta Central de Santiago. También se deslizó la idea de una posible negligencia porque no habría recibido atención oportuna en el Hospital del Salvador, donde sólo estuvo algunos minutos pues sus familiares optaron por trasladarlo al citado hospital de urgencia capitalino, donde los médicos no pudieron reanimarlo.

En el caso de “Viking” Valdés, su hija Reina dice que “a mi papá no me lo van a devolver”. Asegura que mantienen la querrela en contra de quienes resulten responsables no en busca de indemnizaciones económicas, sino simplemente para que se haga justicia, aunque el proceso hasta ahora no ha tenido resultados.

El 23 de enero de 2003, la Clínica Avansalud emitió un comunicado en que dijo haber actuado de forma “adecuada y oportuna” durante la atención que se hizo a Roberto “Viking” Valdés antes de morir, aunque la hija del artista dice que después del hecho todo el personal involucrado fue despedido de la empresa.

“Hablamos con otros médicos que saben lo que pasó pero no se atreven a decirlo porque se protegen entre ellos. Acá en Chile los pacientes están desprotegidos. No hay normas ni leyes que regulen esto. Nadie es perfecto. Nadie se puede creer Dios y ese es el error de los médicos. Les falta más humanidad. Creen que con estudiar 10 años basta. Quizá esto se puede corregir desde sus escuelas de Medicina, pero cuando ellos acepten que no son dioses”, es la dura crítica de la hija del cantante sobre el tema de negligencias médicas.

Sobre la avalancha noticiosa a partir del estado vegetal en que quedó Jéssica Osorio tras ser operada por el médico ecuatoriano Galo Andrade y la postura dura del Colegio

Médico pidiendo rígidos controles para los médicos foráneos, esta joven estudiante de Periodismo dice que “claro, cuando los responsables son extranjeros sacan las garras pero cuando son chilenos no, porque en ese caso se produce el litigio del paciente con las grandes instituciones. Es una pelea entre David y Goliat”.

EL INCREÍBLE CASO DEL “NIÑO RESUCITADO”

El teléfono celular del mecánico José Pinilla debe estar en la agenda de muchos periodistas chilenos que siguen cada cierto tiempo monitoreando su drama familiar. Es que la historia que protagonizó su hijo Luis Alfredo Pinilla, el 7 de julio del 2002, cuando tenía 14 años, es una tragedia propia de una película de suspenso de Alfred Hitchcock o una novela de Edgar Allan Poe.

Se le conoce como el “niño resucitado” , aunque de resucitado no tiene nada porque en realidad nunca murió. Figura en esta investigación porque existe una demanda por negligencia médica contra quienes resulten responsables de lo sucedido en el Hospital Padre Hurtado, de la comuna de San Ramón, donde fue llevado a las 15 horas del día mencionado, luego de que su madre lo encontrara ahorcado con un cinturón en su casa de La Pintana. El escolar usó un cinturón y hasta hoy su familia niega la posibilidad de un intento de suicidio, atribuyendo lo sucedido a un juego. Hoy vive en estado de coma.

El niño llegó en paro cardiorrespiratorio al Servicio de Urgencia Infantil y luego de hacerle las maniobras de reanimación correspondientes, sin resultados, la decisión médica fue trasladarlo a la morgue del recinto y comunicar el deceso a sus padres, ante la ausencia de signos vitales. Eran las 15.35 horas y sólo a las 17:20 horas el cuerpo fue ingresado a la cámara frigorífica. Según su padre, “estuvo más una hora en la morgue” hasta que a las 18:40 horas un médico comprobó que Luis estaba vivo y lo trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde fue conectado a un respirador artificial. Quedó en estado vegetativo.

“¿Cómo no va a hablar negligencia en este caso?” se pregunta José Pinilla. Y da un montón de argumentos: “Todas las pruebas que se han recogido en el proceso avalan una negligencia. El niño no llegó con daño neurológico al hospital. Allí ni siquiera le hicieron un escáner desde el momento que ingresó a la urgencia. Siempre tuvo frecuencia cardíaca y temperatura hasta que llegó a la morgue. En el trayecto, según me ha dicho una enfermera que nunca ha declarado porque sigue en el hospital y teme perder su trabajo, el Alfredo la tomó fuerte de un brazo y la rasguñó. Eso quiere decir que su subconsciente estaba trabajando. Y hay otro carabinero que afirma que lo dejaron en un pasillo y no lo ingresaron al tiro a la morgue. ¿Para qué?. Todo esto es una tremenda irresponsabilidad”.

Y reitera su pregunta: “¿Cómo no va a haber negligencia médica si hay doctores que van a la morgue, alertados por el paramédicos, y no los dejan entrar porque hay una orden de no acceder, la cual es emanada del médico que firmó la defunción del niño. Yo creo que el Alfredo no murió porque simplemente era bien sano”.

Sobre las causas que desencadenaron la tragedia, Luis Pinilla es categórico en descartar un suicidio. “Para mí siempre fue un accidente. Es muy fácil decir que se intentó suicidar pero no es así. Hasta el momento en que ocurrió todo esto nuestra relación con él era buena. El niño alguna vez se puso el cinturón en el cuello. Fue una travesura que termino en esto” reafirma.

En relación con el tema de las negligencias médicas opina que “hay mucho descuido con los pacientes. Las personas que trabajan en salud están acostumbradas y a veces no clasifican bien las urgencias y así ocurren los errores. Debería haber más gente especializada en este campo”.

Y al hablar de los médicos estima que “hay algunos excelentes, incluso del mismo Hospital Padre Hurtado, pero hay doctores que no son tan profesionales, que atienden a la rápida, a la pacotilla. Y ante ellos los pacientes estamos desprotegidos. Falta que nos atiendan mejor, tanto en la salud pública como la privada”.

Hoy José Pinilla sigue trabajando arduamente como mecánico, al lado de su esposa, Jacqueline Parraguez y otros dos hijos de seis y 20 años. Con ayuda solidaria logra salir adelante con su familia, solventando los gastos de 250 mil pesos mensuales que implica el mantener a Luis Alfredo. Dice que igual la familia siente una comunicación con él “porque cuando algo le incomoda hace ruidos”. Ya no lo llamaremos el menor. Acaba de cumplir 18 años el 12 de octubre pasado.

Sobre este caso, la dirección del Hospital Padre Hurtado reiteró en agosto de 2005, en un comunicado de prensa, que “no existe responsabilidad de la institución en el daño neurológico que lamentablemente presenta el menor Luis Pinilla Parraguez, quien llegó a este centro en paro respiratorio, como resultado de un ahorcamiento, y manifiesta su convencimiento de que el personal que lo atendió realizó todos los esfuerzos médicos necesarios para salvarle la vida”.

Recuerda que “oportunamente se realizó una auditoría médica y un sumario administrativo, que establecieron la inexistencia de responsabilidad funcionaria, tanto en los procedimientos de reanimación, como en la decisión de suspender las maniobras, una vez que se tuvo la certeza de que no había posibilidades de sobrevivida, ajustándose a las normas técnicas y éticas vigentes en el campo médico”.

El caso de Luis Alfredo Pinilla Parraguez sigue en proceso en los tribunales. Y la parte querellante está a cargo de un abogado que se ha transformado en el personaje más odiado por los médicos, en el peor de sus dolores de cabeza. Es algo así como el líder sin cargo de una nueva estirpe que los periodistas ya bautizaron como “los abogados caza-ambulancias”, que tienen en la prensa a su gran aliado. Su nombre: Luis Meza Rodríguez.

LOS ABOGADOS CAZA-AMBULANCIAS

(Capítulo 2)

En la oficina 1505 del moderno edificio ubicado en San Pío X número 2460, en Providencia, nada hace pensar que ese pequeño inmueble, de escasos ambientes, decorado en forma minimalista, es el centro de operaciones de una nueva entidad: la Organización (ex Fiscalía) contra las Negligencias Médicas.

Sólo al escuchar una conversación telefónica de mi entrevistado, mientras su única secretaria me hace esperar en un hall de recepción con sólo dos sillas, comprendo que estoy en el lugar adecuado. “Le diagnosticaron Sida por error y le perjudicaron la vida”, comenta a su interlocutor con el entusiasmo de tener una nueva bomba en sus manos.

El que habla es el creador de la red de un naciente equipo de cerca de una decena de abogados que en Santiago, Iquique, Antofagasta, La Serena, Valparaíso, Viña del Mar, y Talca trabajan para un objetivo: representar lo mejor posible a las víctimas de negligencias médicas, su nicho de especialidad profesional.

“Me llaman personas de Arica a Punta Arenas. Recibimos 15 a 20 llamadas semanales. Y cuando hay alguna intervención mía en los medios de comunicación, como ocurrió ayer en televisión (un día hábil de finales de septiembre de 2005) al día siguiente, o sea hoy, nos llaman 70 personas”, cuenta a modo de estadística.

Este es Luis Meza Rodríguez, el nuevo zar anti-negligencias médicas, un abogado treintón titulado en 1994 en la Universidad Católica y egresado del Colegio San Marcos de Macul, perteneciente al Arzobispado de Santiago, donde su padre todavía hoy hace clases de religión. “Fui formado en la Pontificia Universidad Católica. Mi norte es cumplir con los principios de la moral cristiana católica y mi inspiración es entregar un servicio a los demás, principalmente a los más desposeídos” es su declaración de principios.

Él es la versión remodelada, siglo XXI, de los primeros abogados que durante los años noventa se acercaron a especializarse en esa área de ejercicio profesional, entre ellos Juan Enrique Prieto, pero que a diferencia de lo que logró Meza no llegó a crear una organización del rubro propiamente tal.

Lo cierto es que Prieto lo aventaja en que lleva 26 años defendiendo pacientes. Para él no es correcto decir que los abogados estén induciendo un incremento de los juicios. En un reportaje publicado en Economía y Negocios de El Mercurio, el 18 de mayo del 2003, afirma que “las causas llegan al juez cuando no hay reciprocidad en la relación médico-paciente. La gente siente que planteando ante la justicia su caso obtiene las respuestas que no se le dieron”.

Precisamente fue en el estudio de este último conocido abogado, en pleno centro capitalino, que me tocó hace algunos años conocer a su ayudante, la entonces estudiante de Derecho, Solange de Vidtz, quien ingresó a dicha carrera motivada por su afán de hacer justicia: su hijo falleció producto de una presunta negligencia médica.

Son nombres como estos los que han influido en el surgimiento de una nueva escuela de abogados, aquella que la prensa ya ha bautizado como los “caza-ambulancias”, cuyas bases se han extendido a operar en torno a los recintos asistenciales. Las autoridades de gobierno, los médicos y muchos estudiantes de Medicina, entre otros actores del conflicto, ya detectaron a este nuevo actor del conflicto en salud.

“Evidentemente hay más abogados que se están dedicando a este tema, pero espero que no les resulte y eso depende de cómo hagamos nosotros las cosas” , dice sobre este punto el ministro de Salud, doctor Pedro García, entrevistado en el marco de esta investigación periodística.

“Los abogados están persiguiendo a los pacientes para que les cuenten que el médico se equivocó”, afirma el doctor Santiago Soto, destacado médico internista y decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Finis Terrae.

“En el Hospital Félix Bulnes se instaló una oficina de abogados y andan preguntando a la gente si la trataron bien”, coincide Andrea Srur, estudiante de cuarto año de Medicina de la Universidad Mayor.

“Es legítimo que los paciente se defiendan si sienten que se cometió una negligencia y que los médicos se defiendan, pero cuando alguien quiere lucrar con esta actividad entramos en confrontación con los abogados. Hay muchos inescrupulosos que, efectivamente, se ponen afuera de los hospitales, a conversar con los pacientes, para ver si tuvieran algún reclamo qué hacer. Claro, la gente siempre tiene algo que reclamar, sobretodo en los temas de salud. Y los abogados incentivan la demanda ante cualquier posible complicación pintándole a la gente un futuro espectacular, diciéndole que vamos a demandar al médico y le vamos a pedir 100 millones de pesos... Nosotros vamos a combatir legalmente a esos abogados inescrupulosos”, es la declaración de guerra que hace a estos abogados el doctor Pablo Rodríguez, director de la Fundación de Asistencia Legal Médica (Falmed) del Colegio Médico.

Su superior jerárquico, el presidente del Colegio Médico, doctor Juan Luis Castro, cuenta que estos abogados “se ofrecen sin un pago previo para asumir una causa y acuerdan una comisión contra resultados. Pueden pedir el 10 o el 20 por ciento de la indemnización posible a conseguir, que pueden ser 10, 50 millones o más. Póngale todos los dígitos que quiera. O sea gratuitamente ofrecen presentar una querrela y eso es sacar una barrera tremenda para que la gente se sienta animada a probar”.

“Así hay gente que quiere que aparezca más negligencia porque le sirve para validar el ejercicio de esta práctica. Quieren decir “miren hay tantos casos que yo abogado soy imprescindible”. Y lo mismo pueden sugerir las compañías de seguro al médico, al cirujano, conminándolo a adquirir una póliza ante la gran escalada de denuncias”, alega.

Quizá por ello el doctor Vito Schiaraffia, director del Instituto de Administración en Salud (IAS) de la Universidad de Chile, clama porque “los abogados actúen lealmente y no

busquen irregularidades donde no las hay. Que no transformen a la medicina en algo mercantil”.

Y el doctor Ricardo Peña, presidente de la Asociación Metropolitana de Médicos de Urgencia, expresa que “estos abogados han descubierto una buena veta de trabajo porque ellos no arriesgan nada y sí pueden tener provecho –vía honorarios- de una parte importante de la reparación si llegan los tribunales a concederla. Entonces estimulan este tipo de cosas y de esta forma llegamos a esta escalada en que, de cualquier cosa, hay que decir que hay una negligencia médica”

Por eso recomienda a la gente “que tengan cuidado porque el único que va a salir ganando en esa relación es el abogado caza-ambulancias”.

LA MARCA DE PERDER UN HIJO

Una historia similar a la de Solange de Vidtz tiene el abogado Luis Meza, quien lleva hoy el panderero en el tema de denuncias por negligencias médicas. Todo se inició el 2000. Ese año a su hijo Benjamín Meza Pierattini, a la edad de dos años y ocho meses, le detectaron un carcinoma de plexo coroideo, un tipo de cáncer al cerebro.

Fue una larga y dolorosa batalla de un año ocho meses para intentar revertir la enfermedad, siendo el niño atendido en un hospital clínico universitario que Meza prefiere no precisar. En este período, a juicio del abogado, los equipos médicos que lo atendieron cometieron “al menos tres negligencias en la atención de mi hijo”.

Describe como la más grave de ellas la extracción inadecuada de un catéter empleado en una quimioterapia al pequeño, que fue extraída de mala forma por un oncólogo, quien cercenó una parte del dispositivo, el cual circuló por el torrente sanguíneo del paciente llegando a dos centímetros del corazón. Ello obligó a una angiografía de urgencia y mediante una sonda microscópica le retiraron el cuerpo extraño. La explicación del facultativo a Meza fue que en mil 500 procedimientos era la primera vez que eso le

ocurría. “El médico actuó apurado y eso le pudo haber costado la vida en ese momento a mi hijo” afirma el abogado.

Los otros dos episodios fueron la administración inadecuada de un medicamento al niño durante un postoperatorio, que le provocó convulsiones, y la quemadura de la zona del cuello y un hombro por exceso de líquido yodado, durante una cirugía. “En general tuvimos una muy mala relación médico-paciente, que es el origen de todo el conflicto médico (ver capítulo 6). El neurocirujano a cargo era una persona soberbia, que no contestaba todas las preguntas que uno le hacía, que no entregaba información, que siempre decía tener la última palabra, pero se contradecía con el oncólogo” dice Meza.

A partir de eso sacó sus propias conclusiones. “Entonces me di cuenta de la tremenda indefensión en que uno se encuentra como paciente. Los médicos peleaban entre ellos. Uno decía que mi hijo se iba a morir y otro decía que me lo iban a salvar.... Vivíamos cada momento al lado de los médicos. Tuvimos que ingresar a un mundo que no conocíamos. A mi hijo le hicieron tres cirugías de cerebro, cada una de 11 horas. Después venía la quimioterapia y luego la radioterapia. Esa experiencia a mí me marcó mucho” dice Mesa, compungido por el recuerdo de ese calvario. Su hijo falleció el 2001.

Ese mismo año otro episodio, de tipo profesional, marcaría el rumbo a este joven abogado, luego de participar en el programa televisivo “Aló, Eli”, de Megavisión, al cual se incorporó como panelista estable.

“Ahí me doy cuenta, por los llamados, que hay una gran demanda pendiente en el país, que era tierra de nadie y donde había muchas injusticias y abusos con pacientes que estaban en la absoluta indefensión, y eso independiente de los regímenes políticos. Me atrevería a decir que desde el momento en que empezamos a hablar de negligencias médicas, de diez llamados telefónicos seis eran relacionados con consultas por falta de información en salud, maltrato al paciente y otros hechos similares. El rating era alto, porque quedó en evidencia esa inquietud contenida debido a que la gente no tenía conocimientos de sus derechos como paciente y por lo tanto no podía reclamar.

Por este motivo, a principios del 2002, Meza comienza a idear la creación de dicha estructura para abordar el problema ya que, de acuerdo a lo que investigó, no existía en el área pública ni privada una entidad específica que resguardara los derechos de los pacientes. “En julio de ese año se funda esta organización con el caso emblemático del niño resucitado del Hospital Padre Hurtado”, precisa el abogado.

Ese nuevo evento, a juicio del profesional, sirvió para que la gente se atreviera a denunciar más. Y le llegan personas que cruzan transversalmente toda la sociedad, por lo tanto considera que no se puede hablar de un perfil determinado del denunciante. “Yo tengo pacientes del Hospital Parroquial de San Bernardo hasta pacientes de la Clínica Las Condes. Aquí no hay distinción de clases sociales, nivel cultural, intelectual o profesional. El tema toca a toda la sociedad aunque las personas con las que más se abusa son aquellas de escasos recursos”, cuenta.

En este contexto general la tendencia comenzó a cambiar: “Yo creo que hay más denuncias que negligencias. La gente ha tomado conciencia que puede denunciar a un médico porque tienen derechos como paciente. Esa denuncia se ha judicializado, o sea hay un aumento de las demandas en contra de los médicos, también porque la gente sabe que ahora existe una organización a la cual recurrir”, considera.

Las cifras del Colegio Médico avalan su impresión. En los años ochenta las denuncias eran en promedio cinco por año, en los noventa subieron a 50 anuales y en el nuevo siglo están superando las cinco mil por año, esto es un aumento en cien veces. Por eso el abogado se alzó como el principal enemigo del gremio.

Él así lo siente y no por ello ablanda su discurso contra los hombres de blanco. “En el gremio médico hay una suerte de corporativismo. Se creen semidioses, intocables, intratables. Ellos nunca se equivocan y tienen subestimación por el paciente, sobretodo intelectual. Siempre están por sobre el paciente. Piensan que el paciente nunca entiende y por eso no entregan información. Ellos tienen la última palabra y nunca antes se los había cuestionado en toda la historia de la República” es su dura crítica.

¿Y qué es negligencia médica para Meza? La definición será abordada por muchas voces en esta investigación. Para este abogado es “una acción o una omisión médica, que comete un facultativo, que tiene como consecuencia directa un daño en la salud de las personas, que se traduce en la muerte del paciente, en lesiones graves o menos graves. Por lo tanto el error médico es simplemente una falta de acuciosidad o de preparación que comete el médico sobre la base de antecedentes que le entrega el paciente. Visto así el simple error de diagnóstico, cuando no genera daño en la salud de las personas, eso no es una negligencia sino un simple error médico, y para efectos legales es una falta y no un delito”.

Meza está consciente de que “efectivamente la actividad médica es esencialmente riesgosa” y por eso hace la distinción entre riesgo previsible e imprevisible.

“El riesgo imputable al médico es el riesgo previsible, o sea el que él, conforme a su conocimiento y a su experticia, no es capaz de prever para evitarle un riesgo al paciente. Por ejemplo, si el medico después de una cirugía cardíaca sabe que el paciente puede tener un paro cardiorrespiratorio y no le pone un monitor cardíaco o un control de seguimientos, él sabe que si se muere de un infarto ese riesgo era evitable. Esto es diferente al riesgo imprevisible, que es el implícito en toda intervención quirúrgica producto de, por ejemplo, las infecciones intrahospitalarias que existen en todo pabellón, en Chile y en el mundo. Claro, yo entiendo que a veces hay matices y dos más dos no son cuatro”, afirma.

Aplicando estos criterios al caso Pinilla dice que “hubo al menos dos peritajes médicos que concluyen que hubo mala praxis médica en el sentido de que el medico no constató el cese completo de los signos vitales (riesgo previsible de acuerdo a la argumentación de Meza), para certificar clínicamente la muerte del paciente. Esto significa que desconectó al menor cuando todavía mantenía signos vitales que iban decreciendo para llegar a niveles planos, pero el niño seguía respirando en un grado casi imperceptible. Por eso las máquinas estaban en límites muy bajos. De eso se dieron cuenta los paramédicos, los carabineros y los camilleros mientras lo conducían a la morgue. Prueba de ello es que más de una hora después el niño aparece tosiendo. Estaba vivo. El acto negligente fue que

el médico que estaba a cargo de la urgencia debió haber constatado el cese completo de los signos vitales y no lo hizo”.

Sobre las versiones que tratan de centrar el caso en que todo partió con un presunto intento de suicidio del menor, quien posiblemente llegó al hospital ya con daño neurológico, el abogado Meza responde que “el médico no tiene derecho a preguntar cuál fue la causa de la lesión o patología por la cual atiende a un paciente. Su deber profesional y ético es atender al paciente en forma competente y diligente. Si no ocurre y la atención es supeditada a la causa que originó el problema estamos en presencia de una atención discriminatoria en materia médica. En este país se atiende muy distinto a personas que llegan a un recinto asistencial por intentos de suicidio, por drogas o por alcoholismo a una persona que llega por accidente o por una patología normal. Pero resulta que el paciente es uno solo, es persona y tiene los mismos derechos. Aquí el menor se colgó porque estaba jugando. Es una situación accidental y no intento de suicidio”.

Con respecto a un posible perfil de los médicos que pueden cometer errores como los descritos, Meza dice que no lo hay. “Pueden incurrir en una negligencia médica aquellos médicos recién titulados que están iniciando su ejercicio profesional como aquellos de mucha experiencia. Al comienzo es por su falta de práctica y experiencia pero el médico que ya lleva años en una especialidad peca de soberbia o de exceso de confianza, y ahí está el peligro. El mejor oftalmólogo de Chile igual tiene derecho a equivocarse”, manifiesta.

LOS FILTROS ANTES DE ACCIONES LEGALES

Para llevar adelante una acción legal, la Organización Anti-Negligencias Médicas aplica los criterios generales de definición del acto cuestionado junto con una serie en filtros para separar las denuncias sin fundamentos de las que realmente ameritan ser investigadas en los tribunales.

Entre los pasos a seguir para el denunciante se contempla una entrevista personal del abogado con el denunciante; se le pide traer un relato escrito de todos los hechos y fotocopias de todos los antecedentes médicos, y luego de esto es sometido a un análisis de un equipo de abogados en que ellos intercambian opiniones desde el punto de vista jurídico.

“Una vez que vemos una viabilidad de emprender acciones legales pedimos una opinión médica externa, ya que contamos con asesores médicos de distintas especialidades, cuyos nombres no puedo dar porque serían crucificados en la Plaza de Armas de este país”, dice Mesa. También han pedido la opinión de peritos de instituciones extranjeras especializadas que no existen en Chile.

Pasando estos filtros han asumido finalmente casos emblemáticos, como los dos casos desarrollados en esta investigación (Roberto “Viking” Valdés y Luis Pinilla Parraguez), además de la presunta negligencia médica que alega haber sufrido la actriz Rebeca Giglioto, a quien no se le diagnosticó oportunamente un cáncer el 2000.

Y de esta misma forma “se caen” por lo menos la mitad de los casos que llegan a la organización porque no poseen una base sólida para entablar una demanda. Y de las que siguen su curso en tribunales, tanto en el área civil como penal, de acuerdo a los datos de Mesa, el 70 a 80 por ciento de los casos “queda en nada”.

“Hay que hacer notar entonces que no porque haya más denuncias los jueces están fallando más a favor de los pacientes. Los triunfos judiciales siguen siendo mínimos. De 10 casos se están ganando dos o tres. El resto, a juicio de los tribunales, no constituyen negligencias médicas”, informa.

CAUSAS DEL FRACASO EN TRIBUNALES

¿A qué se atribuye entonces el alto fracaso de las acciones legales en los tribunales? Para el abogado líder de la Organización contra las Negligencias Médicas, hay tres causas

nítidas: falta de una ley de especialidades médicas, ausencia de tribunales especializados y de expertos independientes que realicen pericias en Chile.

“Que no haya ley de especialidades médicas implica que alguien que se tituló como médico-cirujano general, tras estudiar en Chile siete años, está en condiciones de realizar una operación a corazón abierto de 15 horas (quizá sin dominar bien cirugía cardiovascular) sin que nadie se lo impida”, afirma el abogado.

En relación con la falta de tribunales, argumenta que “en Chile los jueces son ignorantes en materia de responsabilidad médica por lo tanto el no existir un magistrado especialmente en negligencias médicas y en el área médica, el juez delega responsabilidad en el informe pericial que encarga al Servicio Médico Legal. Hoy ellos están fallando exclusivamente sobre la base de ese informe”.

Claro, admite Meza, por ley el demandante tiene derecho a una pericia particular complementaria, pero esto tiene un costo que muchas personas pobres afectadas por malas praxis médicas no pueden solventar.

Por eso propone la creación de tribunales especiales en el área de responsabilidad médica, con jueces que tengan un master o un magíster en derecho médico sanitario en el extranjero (en Chile no se ofrece), con alguna experiencia en el área clínica profesional del tema y que tenga un número reducido de casos a su cargo.

En tercer lugar, sobre la falta de peritos en el Servicio Médico Legal, puntualiza que “no basta con ser médico forense. Hay especialidades médicas que por su complejidad requieren estudios muy especializados en determinadas áreas. Hoy esta institución no cuenta con expertos en todos los campos de la Medicina”. Ejemplifica diciendo que si se requiere una opinión de un neuroncólogo, sólo la Universidad Católica cuenta con uno, por lo tanto la especialidad “prácticamente no existe en Chile”.

“En este escenario –acota- nos encontramos con informes médicos absolutamente confusos, poco categóricos, poco contundentes. ¿Qué es lo que ocurre? Que al igual que en los arbitrajes, en la duda, si el Servicio Médico Legal no es determinante en atribuir responsabilidad médica en el acto que se investiga, el juez absuelve al imputado. Este es su gran error ya que no pueden basar su resolución exclusivamente en este informe”.

También cuestiona “la imparcialidad que tienen esos médicos del Servicio Médico Legal para juzgar a sus pares porque se están juzgando ellos mismos. En Chile los médicos son corporativistas y se conocen todos. Yo he constatado en muchas causas que el médico imputado tiene a un tío, a un primo o a un amigo que trabaja en ese servicio público. Cuando hay una familia médica esto incide en la falta de objetividad del informe”

¿Meza habla de tráfico de influencias? El abogado responde que “el tráfico de influencias no sólo ocurre en esta área sino en todas las instituciones públicas. Obviamente, el corporativismo médico tiene como principio ayudar a sus pares y ese perito del Servicio Médico Legal, que redacta un informe en un caso de cuestionamiento a un médico, quien tiene dedicación exclusiva para trabajar en ese servicio, sabe que el día de la mañana le pueden pasar la cuenta en el área privada o pública...”.

En consecuencia, estima que no se le puede pedir imparcialidad “a un organismo público cuando el informe que emite es eventualmente de otra institución pública, como un hospital de la red estatal. Ese perito, al cual le paga el Fisco, está consciente que si falla a favor del paciente eso le puede costar dinero al Estado. Por eso sólo le doy un grado de imparcialidad sólo cuando el informe es sobre salud privada”.

La aspiración de Meza es que en Chile haya institutos periciales específicos en temas médicos conflictivos, como los hay en Madrid, España, y en muchos otros países europeos, e incluso más cerca, en Argentina.

De corregirse algunas o todas de estas falencias, el abogado expresa no saber si ello significaría un aumento de los juicios por negligencias médicas ganados “pero sí mejoraría

la transparencia del sistema y daría tranquilidad al paciente, porque hoy el abogado debe darle a su cliente una explicación de los fracasos en las demandas y a veces uno no tiene qué explicación darle”.

EL EFECTO: AMENAZAS Y PERSECUCIÓN

Por cierto que haberse alzado como el líder de los abogados que persigue a los médicos le ha traído a Meza un montón de problemas. “Los costos personales, laborales, profesionales y familiares que me ha significado dedicarme públicamente a esta especialidad en Chile son altos. Los médicos se han visto amedrentados más que por la organización por mi persona. Quiero reconocer que mi discurso ha sido duro, pero ha tenido acogida en la comunidad y eso me ha significado una persecución permanente, amenazas verbales, anónimas, telefónicas o incluso con terceros”, declara.

Cuenta, a modo de ejemplo, que se le ha despedido como académico de varias instituciones de educación superior. “Yo trabajaba en una universidad que tiene hospital clínico y los grupos médicos de esa universidad han presionado a las autoridades de Derecho para desvincularme de la institución”, denuncia.

Y añade que también ha sufrido “persecución persistente y mal intencionada” de diarios del grupo Edwards, “El Mercurio, Las Últimas Noticias y La Segunda”, con lo cual descarta que todos los medios de comunicación sean sus aliados.

“Todo esto me ha significado un perjuicio profesional tremendo pero no un desprestigio porque con esto he logrado un tremendo prestigio entre mis pares abogados. Yo creo que ha habido una reacción exagerada del Colegio Médico y de los médicos en general que han visto su autoridad, su prestigio, amenazado con la creación de la Organización Anti-.Negligencias Médicos”, es su impresión.

También refuta las denuncias de los médicos que cuestionan su ética y alegan que es Meza quien les manda a estos profesionales cartas amenazándolos con denuncias en la

prensa y con juicios. “Aquí cometen un profundo error los médicos por ignorancia en materia judicial. Cuando yo decido enviar una carta, previo a la iniciación de las acciones judiciales, lo que yo estoy haciendo al médico o a la institución es invitarlo a comenzar un proceso de negociación, de diálogo, que puede que fracase. No hay amenazas”, responde.

¿Y qué puede decir Raúl Meza a quienes dicen que está motivado por el lucro? No elude el tema y sostiene que su especialización en materia de negligencias médicas le ha significado “un empobrecimiento patrimonial. No me he enriquecido ni un solo peso. Hoy tengo un nivel de ingresos muy distinto, bastante inferior, al que tenía antes de entrar en esto”

Recuerda que hay que considerar que un 30 o 40 por ciento de los casos los trabaja en forma gratuita dado que como organización laboran contra resultados. “O sea que en el evento que haya una indemnización cobramos contra resultado. Y si no la hay no cobramos”, puntualiza.

“No tengo antecedente alguno que me impida dedicarme en forma transparente a esta actividad. Aunque he perdido de ganar plata, estoy feliz con lo que hago. Mi interés no es hacer beneficio económico. Mi inspiración es de vocación por hacer justicia y espiritual, por la muerte de mi hijo. Siempre me he planteado que estoy en esto a partir de la muerte de él. A lo mejor no estaría hoy diciendo todo esto si no hubiera pasado esa experiencia personal”, reflexiona.

“Si no tuviera familia que alimentar y a la cual adoro (casado y con una hija pequeña nacida el 2002) me dedicaría a esto las 24 horas del día en forma gratuita, con pasión, porque he encontrado algo en que hay mucho por hacer y no se había hecho nada. Tengo enemigos y detractores. Es David contra Goliat (lo mismo que dijo la hija de Roberto “Vicking” Valdés). Sé que soy el personaje más odiado por los médicos de este país. Lo tengo claro. Y si eso significa un costo de todo tipo en beneficio de los pacientes, yo estoy dispuesto a asumirlo. Cuando uno en la vida ha perdido un hijo no tiene nada más que perder y por el contrario mucho que ganar”, concluye en tono de arenga.

LA FAMILIA MÉDICA

(Capítulo 3)

Se llama Pablo Rodríguez pero no tiene nada que ver con el destacado abogado del mismo nombre que lideró el ultraderechista y nacionalista movimiento “Patria y Libertad” y que hoy, fiel a su línea política, defiende a Augusto Pinochet en el caso Riggs. Este otro es traumatólogo, y uno de los hombres claves de la “familia médica”, que defiende a sus colegiados en las denuncias sobre mala praxis profesional, alegando que la mayoría son denuncias sin fundamento y negando redes de protección gremial en cualquier caso.

Para ese objetivo el Colegio Médico cuenta con la Fundación de Asistencia Legal (Falmed), única institución de asesoría legal 100 por ciento médica y que preside Pablo Rodríguez Whipple desde el primero de julio de 2004. Y el responsable de esta entidad, en una entrevista concedida en el marco de esta investigación periodística, muestra un lenguaje sin contemplaciones para criticar lo que está sucediendo.

“Hablemos de las grandes ligas que tienen el problema: Estados Unidos. Allí el 75% de las demandas por presunta negligencia médica no tienen nada que ver con el acto médico. En el 25% de los casos hay un reclamo, que toca más bien el ámbito de lo médico, pero no necesariamente corresponde a una negligencia médica. Sólo entre un 5 a 10 por ciento corresponde efectivamente a esta figura. En Chile es más o menos lo mismo, tenemos similares estándares de salud pero aquí el problema es más por carencias del servicio de salud”, expone al comenzar su análisis del problema.

Ejemplifica diciendo que “casos hay montones y los periodistas los conocen bien, como el de la guaguüita que se cayó en el Hospital Félix Bulnes y se murió, pero porque estaba probablemente en un catre inadecuado, a lo mejor no había el suficiente personal para cuidarla, pero en esto no tiene nada que ver el médico. Puede derivar en un reclamo sobre el servicio pero no en una acusación de negligencia médica”.

A su juicio hoy estamos dando los primeros pasos para la “industrialización” en torno al tema de las negligencias médicas. “Estamos creando una bola de nieve que lo único que hace es llevar a la judicialización de la medicina, con el aumento de los costos para todo el mundo porque cada día hay que tomar más seguros, hospitalizar más a los enfermos y pedir más exámenes”, argumenta (ver capítulo 6)

Ante escenario su palabra es desafiante: “Estamos muy activos para impedir que avancemos en el desarrollo de la industria que se nutre y vive de la negligencia que está formada por abogados inescrupulosos (ver capítulo 2), medios de comunicación y crónica roja (ver capítulo 5), compañías de seguro, actores que a lo único que llevan es a subir los costos de la medicina” (ver capítulo 6).

Con las denuncias sólo se logra, a su entender, que “cunda la desconfianza total provocando que nadie se siente seguro y se piden exámenes que al final tienen que pagar los consumidores. Si llega alguien con un dolor de cabeza común y corriente le doy analgésicos pero yo médico, ante la posibilidad de una demanda, mando a hacer un escáner por si esa persona estuviera dentro del 1% de pacientes que pueden tener un tumor cerebral... Y eso va a salir 150 mil pesos”.

Falmed ya cumplió una década de existencia y es una corporación “sin fines de lucro”, según Rodríguez. La institución cuenta con 22 abogados y en los últimos 10 años ha defendido a los médicos en más de 2500 juicios patrocinados, respondiendo más de 9000 consultas especializadas e ha impartido más de 100 cursos sobre derecho médico.

Su cartera de clientes al 2005 asciende a poco más de 8000 médicos de los 14.500 colegiados en el país, los cuales a su vez están insertos en los 20 mil médicos que trabajan en Chile, tanto chilenos como extranjeros. No todos requieren potencialmente ser defendidos en juicios porque algunos están dedicados a otras labores que no son directamente el ejercicio profesional, como cargos directivos, asesorías o docencia.

“La afiliación a Falmed es voluntaria y no obligatoria y sólo en términos relacionados con mala praxis”, precisa Rodríguez. Los inscritos pagan 14.500 pesos mensuales, de los cuales 7500 son por contar con la asesoría y defensoría legal de la entidad, 7000 son por un “un seguro colectivo que contratamos con una compañía, que es solidario, para todas las especialidades, aunque hay algunas que tienen una siniestralidad más alta que otras”, indica Rodríguez (ver introducción).

Al respecto, ratifica que la oferta en el mundo en términos de seguros tiende a excluir a estas especialidades más riesgosas, entre las cuales menciona a Cirugía Estética, Gineco-Obstetricia y Anestesiología. “En nuestro seguro no ocurre eso sino que las de menor riesgo subsidian a las de mayor riesgo y además los médicos juegan de local”, afirma el directivo dado que los seguros externos suelen designar cualquier abogado que muchas veces suele resultar un completo extraño para los médicos asesorados.

“Nos interesa que si nuestros médicos son demandados tengan el derecho a una legítima y buena defensa. O sea que cuando un paciente se ponga difícil, ya sea porque empiece a tomar distancia en la relación con el médico, que amenace con la intervención de familiares abogados o comience a pedir fotocopias de su ficha clínica, es decir, en la sospecha del conflicto legal, entonces los afiliados a Falmed puedan llamar pidiendo asesoría y nuestro abogados lo van a representar en todo momento”, afirma

En el último año Falmed ha iniciado una campaña promocional en los 19 regionales del Colegio Médico intentado lograr la mayor captación de médicos que ingresen a su servicio, lo que incluyó la realización de un seminario el 5 de agosto pasado con asistencia de altas autoridades del sector y del aparato estatal. “Hemos elevado en un año la filiación de 4500 a médicos a poco más 8000. Casi la hemos duplicado” cuenta Rodríguez.

Sobre este punto, el presidente de Falmed cree importante que los seguros estén concentrados en su entidad porque “si actuamos corporativamente podemos conseguir buen poder negociador con las compañías de seguros y obtener mejores precios y primas, pero si nos empezamos a disgregar y atomizar, y no velamos, por ejemplo, que se discrimine por

especialidad, nos van a subir las pólizas y podemos llegar a casos como Estados Unidos en que llega a 100 mil dólares al año. Y las cifras en Chile no dan para eso”.

Sus palabras aluden que muchas redes de salud privada, como Integra Médica, están ofreciendo sus propios seguros. Esto amenaza la estabilidad económica de Falmed si la clientela se disgrega ya que los directivos del gremio sienten que pueden perder el poder negociador como bloque y los médicos quedarán a la deriva, tratando de protegerse cada uno como pueda, sin un mismo paraguas grande y común que los cobije.

Otro aspecto, por cierto, que preocupa mucho a los médicos son el accionar de los llamados abogados caza-ambulancias (ver capítulo 2). Rodríguez lamenta que “en Chile no exista la contra demanda, a diferencia de otros países anglosajones, como en Estados Unidos, donde los daños a la moral son muy importantes y a alguien lo pueden secar en la cárcel por eso u obligar a pagar una tremenda indemnización. Aquí eso no funciona. Una persona puede decir lo que le ocurra de otra y nunca será condenada”.

“En la ley basta que se desista el que injurió, en alguna etapa del proceso, para terminar todo. Claro, entonces alguien por televisión puede decir que el médico es un criminal y después basta que explique que estaba muy alterado porque su familiar no estaba en buenas condiciones de salud y se libera” reclama el directivo médico.

El presidente de Falmed no manifiesta mucho optimismo de cambiar estas situaciones cotidianas pero sí considera fundamental “que los abogados que inducen ciertas acusaciones sin fundamento sean denunciados y reciban una sanción ética”. “Hace un tiempo atrás un abogado indujo a un familiar de una niñita hospitalizada en una clínica a hacer una filmación nocturna, clandestina, en un lugar privado. La clínica demandó a ese abogado y nosotros nos hicimos parte”, recuerda sobre un caso en proceso.

Admite que no han abordado esta materia en una reunión conjunta con el Colegio de Abogados ya que no tiene esperanzas en que esto tenga alguna solución real por la vía del diálogo entre gremios. Tampoco parece dispuesto a hablar con el abogado Raúl Meza

porque considera que “él se autodenominó el fiscal anti-negligencias médicas y le manda cartas a los médicos, amenazándolos, a que paguen una cantidad millonaria para llegar a un acuerdo”.

LAS RECOMENDACIONES BÁSICAS

El doctor Rodríguez niega que los médicos amparen las negligencias cometidas por otro colega. “Nosotros no podemos amparar la negligencia médica sobre todo cuando tiene un costo para el paciente. Eso de que los médicos se protegen corporativamente no es verdad. El primero que no va proteger a un colega, cuando uno sabe que ha habido un acto negligente, es uno mismo porque es inaceptable”.

Como no quieren que ello ocurra, la Falmed –relata- está dándole prioridad a la prevención para que no se llegue a la denuncia, por lo entrega una serie de recomendaciones que debieran seguir los médicos.

“Este es un tema que está adquiriendo mayor relevancia que la que tenía hace 10 o 5 años atrás. Nuestra tarea principal es la prevención. Queremos evitar que se provoquen reclamos por negligencia médica. Esto significa actuar de acuerdo a la *Lex Artis*, es decir, de acuerdo a lo que se está decidido hacer en cada caso, ni más ni menos”, expresa.

Por eso dice que es importante “separar las responsabilidades profesionales de lo que son las carencias del sistema. Esto de las demandas nos va a complicar y debemos tomar resguardos. El médico tiene que trabajar, hacer funcionar los hospitales, pero ya no a todo evento”.

“Por años hemos asumido todos los costos que significa actuar en beneficio del paciente. Si no hay anestesista decimos “no importa que el anestesista opere a dos pabellones”. Hoy, si no están todos los recursos para operar o para atender como se debe al paciente debiéramos, ante cualquier error, actuar igual que un piloto que se sube a un avión

que, al detectar una falla, cualquiera que sea, se baja del avión y hace bajar a los pasajeros”, expone recurriendo a una analogía.

Puntualiza que “delimitar responsabilidades significa que alguien manda”. “Esto significa que si hay un error debiéramos simplemente mandar una carta al director del hospital, del servicio o de las autoridades de Salud, dando cuenta, por ejemplo, que la máquina de anestesia no está funcionando bien y por lo tanto nos vemos en la obligación de no seguir operando en esas condiciones. Ahora, es cierto que una autoridad manda una carta diciendo que asume esto pero igual las responsabilidades penales son individuales y las civiles se pueden compartir con la institución. Si se muere un enfermo, por mucho que tenga yo esa carta, el juez me va a culpar igual a mí”, manifiesta.

Ante esta situación considera imprescindible “conseguir el consentimiento informado porque la gente hoy exige más participación en las decisiones de los procedimientos médicos. Hay que explicarle bien qué se la va hacer, los riesgos, las eventuales complicaciones, de tal manera que el paciente consienta, informadamente, de los procedimientos médicos programados”.

“Tampoco –añade- hay que entregar expectativas desmesuradas si se trata de ofrecer tratamiento con un cien por cien de garantía pero también es bueno transmitirle cierta seguridad porque resulta que si le decimos que el 1% de los pacientes que se operan de problemas a la vesícula muere o que el cero y tanto por ciento le cortan el colédoco (conducto biliar) el paciente se asusta”.

Por último, recomienda darle un buen uso a la ficha clínica. “Es la bitácora del paciente porque ahí hay que dejar consignados todos los elementos que son relevantes pues si uno no registra todo lo que hizo, lo que está pensando, las carencias que tuvo el paciente, después no hay respaldo para constatar los problemas. Hay que leer las fichas. Si uno no hace esto después llega al juzgado, no sabe o no se acuerda de nada. O sea una ficha no puede decir, como en el pasado, paciente sin variación, tres veces repetidas, y al cuarto

informe, colocar “paciente falleció”. Claro. El médico lo examinaba pero no consignaba todos los datos de la evolución”, detalla Rodríguez.

“Si se cumplen todo estos pasos las posibilidades de que haya fallas son mucho menores. Las complicaciones pueden ocurrir igual pero el paciente no me va a demandar por otros intereses. Por eso hay que cuidarse no sólo de la relación médico-paciente sino también de la relación médico-pariente, al cual también hay que mantener muy informado de todo lo que se está haciendo”, asegura.

Hace la salvedad que aunque los médicos siguieran al pie de la letra todos estos pasos “hay enfermedades que tienen complicaciones que le son propias, impredecibles, desde un shock anafiláctico (una reacción exagerada y descontrolada del sistema inmune) en el cual el paciente se murió por la inyección de un medicamento cualquiera, sin tener ningún antecedentes alérgico o el caso de un niño que llega a una urgencia con síntomas de gripe, lo mandan para la casa con cuidados básicos y las seis horas se muere de una meningococemia, pues no tenía signos meníngeos al ser visto por el médico, pero no podemos dejar hospitalizadas todas las personas con síntomas de gripes porque puede ser una meningococemia”.

“La medicina no es una profesión de resultados. La gente tiende a creer que un mal resultado es una negligencia médica. No siempre es posible tener éxito. Yo soy un traumatólogo y después de una fractura trato de reconstituir la anatomía del hueso tal como estaba antes pero a veces no se puede porque era un hueso osteoporeótico, está fragmentado, o a veces no quedó alineado. Eso no es una negligencia. La evolución no fue lo que uno hubiera querido”, concluye.

LA VOS DE LOS LÍDERES DEL GREMIO

Los doctores Enrique Accorsi (PPD) y Juan Luis Castro (PS) eran la dupla que lideraba los destinos del Colegio Médico de Chile en los tiempos en que me tocó reportear salud (1999-2000), a fines del gobierno de Eduardo Frei Ruiz Tagle y a comienzos del que

siguió, el de Ricardo Lagos, marcado por la bullada meta que éste impuso a su entonces ministra de Salud, Michelle Bachelet, de acabar con las colas en los consultorios. Con el inicio del nuevo siglo se produjo el cambio de timón en la orden gremial: Accorsi fue electo diputado por La Reina y Castro ganó en las urnas el derecho a encabezar el gremio.

Hoy el diputado Accorsi estima, en el marco de esta investigación periodística, que producto de esta ola de denuncias por negligencias médicas “va a haber restricciones del médico al tomar decisiones porque por este tema de las demandas va a pensar todo dos veces. Se va a ajustar a los protocolos pensando en un eventual juicio. Eso va entrapar todo: va a encarecer los costos y los tratamientos van a ser más lentos”.

Por ello destaca que es importante que salga adelante el proyecto de ley sobre derechos y deberes ciudadanos que se discute en el Parlamento desde el 2001, que está radicado hoy en la comisión de salud de la Cámara Baja, pero que no tiene carácter de urgencia para su discusión (ver anexo 5).

“Hay artículos como el que tiene el Convenio de Oviedo (España) en Europa en que da derechos a las personas de exigir salud pero también le fija deberes, como el autocuidado. Y si tiene esos problemas va a tener que pagar más. Aquí se acabó el subsidio de los sanos a los que tienen otras patologías como el tabaquismo, el alcoholismo o el tema de una sexualidad desordenada. Creo que se va a ir ordenando el mapa” dice Accorsi sobre un potencial efecto futuro de la iniciativa legal que duerme en el Congreso.

Sobre el nuevo conflicto en salud, las denuncias por negligencias médicas, el presidente del Colegio Médico, el doctor Juan Luis Castro, afirma que, efectivamente, “ha habido una creciente sobre expectativa de los resultados de la medicina y de las nuevas tecnologías que se han introducido en el mundo”.

“No es un fenómeno local sólo de nuestro país, aunque acá ha sido acentuada por la discusión en torno a la reforma de la salud, que ha aumentado más las expectativas de la gente con respecto a la oferta asistencial, la cual sigue siendo limitada, escasa en algunos

lugares y por lo tanto es una ilusión social muy acentuada que colisiona con la realidad de esperas prolongadas, como hemos visto en las postas, con dificultades de acceso que persisten en el tiempo. En consecuencia, la gente busca responsabilidades porque sienten que la tramitan y centra su crítica en el rostro del médico y genera hacia él situaciones que no son de su propia carga, aunque es cierto que el médico para la gente representa al sistema de salud en algún lugar determinado”, expresa Castro.

Bajo esta panorama confirma que “hay más denuncias que casos verídicos en una relación mucho mas horizontal de la medicina con la gente. Hay amplio acceso de información, por lo tanto los pacientes piden una segunda opinión, busca en internet y la gente polemiza con el médico. De alguna manera ya no hay una verticalidad como existía antes”.

Para Castro hay negligencia “cuando hay una falta de acción médica, diagnóstica o terapéutica en el momento oportuno, o se dejar de hacer algo cuando hubo que realizarlo, cuya consecuencia puede o no provocar daño. Sí es negligencia, por ejemplo, si no se operó a un paciente por peritonitis, pasaron tres horas, el enfermo se complicó, cayó en shock y se murió”.

Según el dirigente gremial “no es negligencia cuando ocurre un error médico, por ejemplo, un caso complejo en que no se ha podido llegar a un diagnóstico, como puede ser un síndrome febril prolongado, de larga evolución, donde hay que hacer una serie de exámenes cada vez complejos. En estos casos el paciente legítimamente está angustiado porque no sabe lo que pasa y eso se puede interpretar como una suerte de desidia de por qué pasan días y días y no se llega a un diagnóstico”.

Tampoco considera negligencias médicas las complicaciones propias de un procedimiento médico o situaciones en que no se hizo algo, pero no se puso en riesgo nada, “lo que puede ser considerado como un atenuante en un juicio”.

Coincide con el doctor Rodríguez en que “el problema es que hoy se usa indiscriminadamente el concepto de negligencia englobando muchas realidades y situaciones que no dependen del médico. Pudo haber una negligencia de un auxiliar, de un paramédico, de una enfermera, de un administrativo, pero no del médico. Se ha usado el término en forma abusiva. En Argentina se denomina la litigiosidad indebida para aludir a los casos que no son negligencia pero que se les denomina negligencias”.

Ratifica que con el incremento de las denuncias “lo que se ha creado es un nuevo mercado y aquí una clara intencionalidad de crear litigio. Me refiero a los estudios jurídicos que están buscando ahí una forma de crecimiento (ver capítulo 2) y en la prensa (ver capítulo 5), que por poner una noticia que es más sensacionalista, colocan casos impactantes en un contexto de una supuesta negligencia médica”.

En esa misma línea, dice “existe temor en los médicos y en la población lo cual produce una relación médico-paciente más rígida, más deshumanizada, con los pacientes con una postura más crítica, censuradora o inquisitiva, lo que hace que todos estemos un poco bajo sospecha. Los médicos se retraen. Ahora en vez de adoptar decisiones más audaces, lo que antes hacía, opta por el papeleo, ajustarse a los protocolos y a los consentimientos informados”.

Castro tiene claro que una de las críticas más recurrentes que se la hacen a los médicos es que actúan como dioses y por eso se equivocan. “Antiguamente el rol del médico estaba muy endiosado. Eso es un asunto cultural, pero en el mundo ya no es así” comenta.

Y sobre las acusaciones de corporativismo médico reitera que “eso quedó atrás. Es muy difícil ocultar la realidad, ocultar una ficha clínica, o tapar un error porque son demasiados los testigos. Casi siempre hay una institución de por medio o grandes centros médicos. La consulta de barrio y particular se extinguió. Yo no veo esto como un problema. No es el ánimo del gremio”.

“El caso más emblemático es el de la doctora María Luisa Cordero que la expulsamos de inmediato (denuncias de Chilevisión por presunto cobro por licencias médicas fraudulentas) apenas se supo que había un video. Aquí no se trata de que dice que dijeron”, concluye.

LA VISIÓN DE UN MÉDICO DE URGENCIA

En los mismos tiempos en que Accorsi y Castro lideraban el Colegio Médico, otro de sus colegas presidía el Regional Santiago de la orden gremial, el más influyente y numeroso de su red nacional de 19 regionales. Lo solían llamar el “comandante Peña”, por su espíritu combativo, crítico y denunciante de cualquier situación irregular que detectara en el sistema de salud, más allá de sus compromisos políticos.

Es el doctor Ricardo Peña (PPD), quien ya no está en la presidencia del Regional Santiago pero sí encabeza la Asociación Metropolitana de Médicos de Urgencia, una de las áreas más expuestas a cometer posibles negligencias médicas dado que sus profesionales deben actuar bajo presión y decidir en poco tiempo cómo salvar o mejorar a un paciente.

Sobre el tema de las denuncias de negligencias médicas sostiene que “es un problema difícil de revertir. Desde el momento en que se hace andar la bolita ésta se transforma en un alud. Se está viendo esto en Estados Unidos, en muchos países de Europa y en Latinoamérica. Va a llegar un momento en que un importante sector de la población va a quedar sin prestaciones de la salud”.

Concuerda en que “la urgencia es el área más sensible y no porque la defina el médico sino porque la define la persona. Y muchas veces por falta de recursos humanos, por problemas de carencias dado los problemas económicos del sistema, o porque la persona demanda y demanda, se puede dejar a veces de atender a alguien que no tiene ni siquiera la fuerza de alegar porque la atiendan. Puede ocurrir también que el poco tiempo que tiene el médico para determinar una decisión derive en un diagnóstico equivocado o puede pasar que la gente se hace muchas expectativas”.

Y ejemplifica. “Si atropellaron a un paciente no porque llegó al servicio de urgencia va a salir caminando. Muchas veces ingresa con tal nivel de gravedad que muere y después su familia alega que no lo atendieron, que hubo negligencia médica, cuando se hizo todo lo posible por salvarlo. Claro, también es un poco culpa nuestra porque, para tranquilizar al pariente, uno suele decir “haremos todo lo posible” pero si fallece da la sensación que no hicimos todo. Esa insatisfacción hace muchas veces que exijan reparaciones”, comenta

Expone que el médico, incluido el que atiende en urgencias, debe actuar con la regla básica para no cometer negligencias médicas “que es el principio de no hacer daño o el daño menor”. Este último caso lo enmarca en el contexto de médicos que deben atender urgencias vitales en apartados lugares, que pueden no tener los recursos mínimos para atender a una persona que se está muriendo y no hay tiempo para trasladarla, quedando solo la opción de intentar ellos una intervención desesperada, aunque sea asumiendo riesgos.

EL NUEVO ESCENARIO LEGAL

(Capítulo 4)

El 2005 será recordado por todos los actores involucrados en el problema de las denuncias por negligencias médicas como el año en que el escenario legal cambió. Sí, hoy están en marcha dos importantes reformas que vienen a cambiar parte del escenario en que se desarrollaban muchos de los quehaceres de pacientes, abogados y médicos en este tema.

Lo primero ocurrió el 4 de marzo cuando entró en vigencia, en el marco de la reforma a la salud impulsada por el gobierno del Presidente Ricardo Lagos, la nueva ley 19.966 sobre Acceso Universal de Garantías Explícitas, más conocido como el polémico plan Auge. En lo que respecta al centro del tema tratado en esta investigación, introduce una nueva figura de impacto directo en el problema: la mediación en salud tanto para el sector público como privado.

Se trata de establecer un procedimiento para recibir los reclamos en contra de los establecimientos de salud, cuando las personas consideren haber sufrido daños con ocasión de atenciones médicas. Ello implica que cualquier habitante de nuestro país podrá ejercer su derecho a reclamar y solicitar reparación por daños, generándose un procedimiento de mediación en el que participarán el establecimiento de salud, la persona que reclame en igualdad de condiciones y un profesional mediador.

El sistema partió con un registro de mediadores para los conflictos que surjan a raíz de las prestaciones de salud. Para capacitarlos, al igual que lo que ha ocurrido con la necesidad de preparar mediadores familiares en el marco de la reforma judicial, ya algunas universidades están ofreciendo a profesionales titulados la posibilidad de estudiar un diplomado, equivalente a un postítulo, en mediación en salud.

Hoy la oferta figura en la Universidad Bolivariana, la Universidad Católica, y la Universidad de Chile. La iniciativa de esta última casa de estudios –contemplada para

realizarse entre octubre y diciembre de 2005 en su Escuela de Derecho- nació de un convenio entre el Consejo de Defensa del Estado y la Asociación Nacional de Abogados.

La entidad gremial mencionada, en su página web (asociaciondeabogados.cl) estima que “el nuevo sistema de mediación establecido en la reforma de salud debería ser, en teoría, un mecanismo que evite judicializar las controversias asociadas a la implantación de un sistema de salud garantizado”.

Precisa que la ley establece que en el caso de los pacientes de Fonasa sea el Consejo de Defensa del Estado –CDE- el que ayude a llegar a un acuerdo prejudicial, mientras que en el caso de los pacientes de las Isapres, este rol lo asumen los mediadores acreditados ante el registro de Mediadores de la Superintendencia de Salud.

En este marco concluye que en el sistema público, toda indemnización superior a las mil UF –unos 18 millones de pesos- deberá ser autorizada por el Ministerio de Hacienda, mientras que en el área privada no existen límites. Además, el hospital tiene la posibilidad de hacer financieramente a los médicos que participaron en eventuales actos negligentes.

El ministro de Salud, Pedro García, en el marco de esta investigación periodística, consultado sobre si la mediación en salud puede ayudar a contener las denuncias por negligencias médicas que han ido en aumento en los últimos años en el país, admite que “evidentemente ese fue el espíritu de la ley”.

“La idea es que cualquier denuncia o interpelación a la justicia tiene que haber pasado previamente por una mediación, aun cuando ésta no se concrete en un buen resultado. O sea alguien puede negarse a la mediación pero con eso deja de manifiesto una actitud que probablemente va a ser evaluada por el juez”, expresa.

“Hoy hay una percepción que es mayor que la realidad, que demuestra que si bien hay una tendencia al aumento (de las denuncias de negligencias médicas) también estoy convencido que van a disminuir las demandas judiciales por la mediación y así lo está

demostrando. Esto pasa también porque el personal de salud sea más cauteloso en sus procedimientos y no porque la gente sea perversa”, manifiesta.

“El hecho de ajustarse a determinados protocolos también protege a los equipos de salud. Puede que haya algún juicio pero no va a llegar a más porque se va a defender al profesional si se siguieron las normas establecidas. El hecho de que las personas vean que los procedimientos exceden a las voluntades de los profesionales, porque hay toda una coordinación de distintos niveles de atención, también protege a los equipos de salud, porque debiera tender a una mejor percepción de la ciudadanía” expone el secretario de Estado sobre la mediación y otros ajustes para evitar las demandas en salud.

LA PRIMERA POLÉMICA

El mismo día del inicio del sistema de mediación, la presidente del Consejo de Defensa del Estado, Clara Szczeranski, declaraba orgullosa las bondades de la reforma explicando que las personas que "sientan que están lesionados sus derechos esenciales en materia de prestaciones de salud" podrán solicitar una audiencia de mediación, con "gratuidad total y una velocidad 60 días máximo de plazo (prorrogables a 120)", para ayudarlos a solucionar sus reclamos.

Curiosamente, pese a que el Colegio Médico fue impulsor de levantar la mediación en salud como una forma de contener lo que llaman la “judicialización de la medicina” (negligencias médicas y reclamos contra la atención en salud), un sector del gremio levantó sus críticas contra la mediación. Y el vocero fue el doctor Emilio Santelices, de la agrupación “Médicos para Chile”, base de la lista de derecha que perdió la presidencia máxima de la orden profesional en las últimas elecciones internas ante la nómina encabezada por el doctor socialista Juan Luis Castro.

Santelices manifestó a radio Cooperativa, el 5 de marzo de 2005, un día después del debut de la mediación, su rechazo a que un organismo del Estado pudiera actuar como una especie de mediador y parte, y de cuyo proceso puedan emanar instructivos que impliquen sanciones para los médicos de los hospitales públicos (incluidas las económicas), incluso,

“muchas veces responsabilizando a quienes ni siquiera participaron en esa mediación”. “Los médicos van a estar en una situación de indefensión”, alertó.

“El Consejo (de Defensa del Estado) no resuelve, lo que hace es sentar a la mesa, en paridad de condiciones, al usuario, a la persona que siente que no le cumplieron, y al servicio médico, a su responsable a los médicos o enfermeros o personal que intervinieron en la prestación para que conversen, no inútilmente, sino que vaya objetivizando el problema” rebatió Clara Szczaranski, quien enfatizó que el objetivo del CDE “primero es la defensa del estado de derecho, y segundo del Fisco”.

El doctor Santelices no es el único detractor de la Unidad de Mediación en Salud del CDE. No era difícil imaginar que para los llamados abogados caza-ambulancias este nuevo marco legal no les acomoda. Raúl Meza considera que “la mediación es absolutamente inconstitucional” y como Organización Anti-negligencias médicas están a la espera de una coyuntura legal para impugnar la nueva norma.

“Hoy se establece que previo a la acción jurisdiccional, según el plan Auge, hay que pasar por un proceso de mediación. Aquí se le ponen condiciones al paciente para el ejercicio de acciones legales y nosotros consideramos que el constituyente no establece condición alguna para ello”, dice Meza.

Y luego lanza de nuevo toda su artillería contra los médicos. “Todo esto constituye otro privilegio más a favor de su gremio. Y un privilegio legal. ¿Por qué? Porque si yo, ciudadano común Raúl Meza Rodríguez, cometo un cuasi delito de homicidio, por ejemplo producto de un accidente de tránsito, a mí se me puede presentar una demanda judicial directamente en 24 o 48 horas más. Y resulta que si un médico comete lo mismo, porque se le murió un paciente como consecuencia de una negligencia médica durante una cirugía, la ley dice que antes de demandarlo hay que pasar por la mediación. Eso no es igualdad ante la ley. No puede ser que como médico tengan un privilegio que yo no tengo”, alega.

Dice que –específicamente- están esperando que haya un pronunciamiento de un tribunal civil avalando esta situación en toda la jurisdicción nacional (que determine que

“ocurra donde corresponde” en conformidad a la ley 19.966) para presentar un recurso de inaplicabilidad de esta disposición legal ante la Corte Suprema. “Esa resolución, cuando ocurra, la determinamos inconstitucional”, puntualiza.

¿Qué está pasando en la práctica con la mediación? Meza dice que a nivel de Superintendencia de Salud, es decir, por conflictos surgidos en el ámbito de la salud privada “no ha habido más de 30” y en las que coordina el Consejo de Defensa del Estado, a nivel de salud pública, “no van más de 100” (las cifras oficiales son distintas)

“Desgraciadamente este sistema en la práctica está absolutamente fracasado porque a las audiencias de mediación quienes están concurriendo no son los médicos involucrados en los hechos sino que los directores de hospitales o clínicas, los directores de departamentos o los abogados de las instituciones de salud correspondiente. Por otro lado está el paciente, pero resulta que en la otra parte hay dos o tres profesionales que van a hacer una defensa corporativa, una exposición científico-médica de que aquí no se ha cometido. El paciente después me llama y me dice que no entendió nada”, expresa.

Al respecto, considera que “la mediación debe ser una cara a cara entre el paciente y el médico regulada por el mediador” pero hoy, además de los inconvenientes expuestos, observa que hasta ahora los mediadores registrados tanto en la Superintendencia de Salud como en el Consejo de Defensa del Estado “ninguno tiene experiencia en conflictos médicos sino que son mediadores familiares. Les falta competencia, preparación, especialización en el conflicto médico que no es el conflicto familiar. Entonces este tipo de mediaciones no tiene ningún destino, la resta utilidad práctica.

No obstante, Meza valora el rol de la mediación en el sentido de que muchas veces el paciente que concurre a reclamar o denunciar un caso a la Organización Anti-Negligencias Médicas “lo único que persigue es que se les dé una explicación, desde el punto de vista médicos, de la lesión, grave o menos grave que sufrió”.

PEDRO BARRÍA, EL HOMBRE DE CONSENSO

El que comparte algunas críticas a los médicos, pero no está para de acuerdo con las críticas del doctor Emilio Santelices y de Raúl Meza sobre la mediación en salud, es otro abogado con el cual tenía un tronco en común en cuanto a intentar hacer justicia en este sector: Pedro Barría, el mismo que se alzó a comienzos de los 2000 como líder de las denuncias de los abusos de las Isapres; el mismo que ganó un histórico fallo a una de ellas por esos años; el mismo que creó la fallida Corporación de Usuarios de Isapres (Corpusapres) para luchar por los derechos de los cotizantes en ese sistema; el mismo que ahora es precisamente el flamante encargado de la Unidad de Mediación en Salud del Consejo de Defensa del Estado (CDE).

Barría, especialista en derecho sanitario, y una especie de hombre de consenso o crítico constructivo de las deficiencias del sistema de salud chileno, coincide en que el conflicto en el sector está determinado por la relación médico-paciente y entiende a la negligencia médica como hacer algo sin preguntar, dejar de hacer algo o simplemente impericia en el acto médico. De sus palabras se desprenden tres ejemplos: inyectarle penicilina a un alérgico al medicamento, no realizar exámenes de coagulación a alguien previo a una operación (lo que puede provocar una hemorragia) o dejar un cuerpo extraño en el organismo, una compresa, luego de finalizar una cirugía.

Sobre los médicos, Pedro Barría opina que, en general, tiene una buena impresión de ellos pero “se equivocan porque son seres humanos”. “Se quejan de que no son dioses y de que cometen errores, pero resulta que el paciente, sobretodo el modesto, percibe que reciben un trato de personas que se comportan como si fueran dioses. Los dioses no explican y no hacen partícipes al otro. Lo que debieran hacer es hacer partícipe a los pacientes de los eventuales riesgos que puede haber en sus procedimientos. Es un problema de trato y de comunicación en que también tienen responsabilidad los pacientes”, dice.

En relación con sus colegas, aquellos de la estirpe que la prensa llama los “caza-ambulancias”, afirma que “puede haber tres, cuatro o cinco abogados que exacerben un sentimiento cruzado entre pacientes y médicos. Pero si los pacientes se agrupan en un bando y los médicos por otro defendiéndose corporativamente, la Medicina en Chile simplemente se murió”.

Y ante este escenario, lo que hay que hacer, a su juicio, es distender este conflicto porque “no tienen la razón aquellos que dicen que todos los médicos son sinvergüenzas ni tampoco los médicos que dicen que todas las demandas son alentadas por abogados que persiguen un afán de lucro y andan metiéndole cosas en la cabeza a la gente. Entonces hay que hacer un esfuerzo por objetivizar el tema”.

BALANCE DE MODELOS COMPARATIVOS

Barría hace un balance positivo de los primeros seis meses de funcionamiento del sistema de mediación de eventos ocurridos exclusivamente en el sector público de salud (que es la tarea de su unidad porque lo que ocurre en el sector privado lo coordina la Superintendencia de Salud) es positivo porque de mil llamados telefónicos efectuados a una línea telefónica 800 gratuita (800 800 233), “lo que demuestra que esto era algo muy sentido y necesario se han activado 245 reclamos para mediación, y eso desprende una efectividad de al menos un 20% o quizá un tercio”, según estima.

Evalúa la estadística como “muy buena” si se considera que México, por ejemplo, funciona desde 1996, con pleno apoyo de su Estado, la Comisión Nacional de Mediación y Arbitraje Médico (Conamed), que “es un organismo de gran prestigio, consolidado en la sociedad mexicana”. Cuenta con un edificio en Ciudad de México con más de 100 profesionales a su servicio, la mayoría médicos y abogados paritarios, es decir, cada caso en que se presenta un paciente es atendido por un representante de cada profesión.

“En México el 2002 la comisión intercedió en 1200 casos y resolvió la mitad pero llevaban seis años funcionando y nosotros apenas seis meses” dice con orgullo Barría. Y de

paso cuenta que en este momento el personal que está haciendo mediaciones bajo su alero son sólo abogados, unos 40 que operan en las principales ciudades del país, y nueve personas, que realizan funciones administrativas, que contempla la planta de empleados públicos en su oficina de calle Estado 360, oficina 701, en el centro de Santiago.

Los abogados recibieron una capacitación rápida de una semana en el verano y por eso hoy el departamento está en proceso de reforzar y entregar nuevas opciones de perfeccionamiento. De ahí el convenio con la Universidad de Chile y con la Asociación de Abogados en el diplomado que partió en octubre de 2005. El requisito para acceder a ser mediador no implica necesariamente ser profesional pero el aspirante debe ser funcionario público. Incluso, confidencia, que están apoyando que algunas secretarías de la repartición, que han demostrado gran manejo de las comunicaciones, puedan realizar los cursos.

Sobre el éxito del modelo mexicano de mediación, Barría dice que además se explica porque no tiene una limitante que sí podría entrapar el sistema chileno.

“Los pagos por indemnizaciones aquí tienen topes. Claro, a veces las personas piden mucho menos que el tope el problema es que acá se establece que tienen que salir del presupuesto del servicio de salud respectivo y no del Estado, como ocurre en México. En esas condiciones, en que esas platas van a significar que el servicio de salud (estructura de la cual dependen los hospitales públicos) tengan que hacer recortes de dinero que puede destinar a su funcionamiento interno, es muy difícil llegar a acuerdo”, explica Barría.

La otra diferencia es que la Conamed mexicana tiene amplias facultades para hacer recomendaciones a todos los prestadores de salud, por ejemplo en el área de prevención de riesgos, ha hecho más de 1300 pericias, y opera tanto para aquellos públicos como privados. En el caso chileno no es así ya que el CDE media en eventuales denuncias de hechos cometidas en la red pública y en el privado existe otro organismo para cumplir ese rol, que es la Superintendencia de Salud.

Argentina también nos lleva adelante en materias de mediación. “En 1995 dictaron una ley considerando que sus juzgados estaban atochados y el 90% de los problemas se podían resolver antes en mediación, conciliación o arbitrajes. Y la justicia lenta y tardía no es justicia. Esa ley implicó que todos los juicios civiles no podían ir a un tribunal sino que pasar previamente ante mediadores registrados en el Ministerio de Justicia, que les exigió someterse a altas exigencias de capacitación”.

Partió el sistema y cuando llevaba como seis años dos tercios de las causas terminaba en acuerdo y apenas un tercio pasaba a juicio (otro éxito similar al de México). “Fue un logro espectacular. La abogada Gladys Estela Alvarez, una de las líderes en ese país del movimiento de mediación en latinoamérica, escribió un artículo la importancia de la mediación para el cambio cultural porque significaba que las personas resolvieran por si mismas los problemas con ayuda de un mediador. No era que un juez extraño les diera la solución desde arriba, lo que muy importante para la reafirmación de la seguridad de las personas y de su compromiso con el sistema democrático”, cuenta Barría.

“La mediación es una forma de vida. Y como decía esta colega argentina hay que aplicarla desde la niñez, desde el jardín infantil hasta la universidad. Y nosotros hemos visto logros que pueden parecer insignificantes pero son importantes, por ejemplo, que el director de un hospital le de disculpas al paciente porque reconoce que fue maltratado, que se le dio un trato vejatorio que no contempló su dignidad. Y el paciente lo único que quería era eso” declara el funcionario público.

No se atreve a decir que su unidad será la gran barrera de contención para evitar un aumento de las denuncias por negligencia médica diciendo que “puede ser una expectativa que alguien se haya hecho un tanto desmedida” pero está optimista en que al menos lograra darle equilibrio al sistema y esto no se transforme en un avalancha de denuncias en los tribunales sin fundamentos. “Si el sistema fracasa Chile se perderá una excelente oportunidad para mejorar”, comenta.

“Nosotros nos damos cuenta que vamos a cumplir funciones colaterales, y uno de ellos es que creemos que podemos hacer una fuerte contribución al mejoramiento de la relación médico-paciente. El 95% de los reclamos son de gente que llega a la unidad sin abogado e incluso los que llegan sin él vienen en un ánimo conciliador. Al comienzo la primera reunión es tensa pero después todo se va arreglando a la siguiente y hasta ahora nadie acá se ha tirado un cenicero por la cabeza ”, cuenta.

Al respecto, coincide con Clara Sczaranski, en desestimar los cuestionamientos a la unidad de representar al Estado como mediador y parte en los conflictos.

“Dado que el Consejo de Defensa del Estado también defiende al fisco en materia de negligencia médicas hemos organizado esto como un compartimento aparte. Los mediadores, pese a que trabajan para el Estado, jamás van a defender al Fisco en un juicio por salud porque está prohibido en la ley en calidad de secreto profesional. Ahora sí es un fin lícito ahorrarle dinero al Estado porque si éste se gastara toda la plata en indemnizaciones no habría fondos para sustentar la reforma en salud”, asegura el abogado.

Un tanto distinta es la realidad contemplada en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo que explica Barría, puesto que –pese a que esta repartición y la unidad del CDE se coordinan mutuamente derivando reclamos de los pacientes según sus jurisdicciones- la entidad que controla los alegatos de los usuarios de la salud privada tiene un “rol más pasivo derivado de un defecto grave de la ley” puesto que no está obligado – como sí lo hace la institución estatal- a nombrar mediadores para los casos (rol más activo). Por este motivo, la mediación queda sujeta a que el prestador de salud denunciado (una clínica por ejemplo) acepte al mediador propuesto por la Superintendencia en una quina de profesionales acreditados, pero si no hay consenso el proceso se entrapa.

Como sea, el abogado Pedro Barría declara que “el Colegio Médico fue que pidió una instancia que actuara como contención de la judicialización de la medicina y yo creo que para los médicos esto es bueno, aunque puede que haya uno y otro médico que crean que esto no es bueno por diferentes razones, entre ellos que les quite tiempo. Pero los

médicos tienen que venir a las mediaciones y, en general, así lo están haciendo. Si no lo hacen no los podemos obligar pero se formula el reclamo a la institución correspondiente”.

Aparte de lo que significa la mediación, el doctor Juan Luis Castro estima que el no cumplimiento de algunas de las nuevas garantías de atención en salud dispuestas por el plan Auge, incluyendo plazos fijados de intervenciones quirúrgicas, “puede llevar a la gente a decir que aquí hubo negligencia médica porque no se operó oportunamente como se había prometido por escrito o por ley frente a determinada enfermedad. A un usuario le da lo mismo si es culpa del doctor, del director. El último eslabón es el médico y todo se va a echar a ese gran saco que le llaman negligencias medicas”.

LA REFORMA PROCESAL PENAL

La otra gran modificación que toca el tema de las negligencias médicas, aunque en forma más indirecta que la mediación en salud, fue el inicio en la Región Metropolitana, a contar del 16 de junio de este año, de la Reforma Procesal Penal, la gran reforma del sistema judicial levantada por la actual administración gubernamental, que se había iniciado paulatinamente en regiones desde el 2000.

Ahora todo los chilenos pueden ser juzgados en el nuevo marco legal, esto es mediante investigaciones conducidas por fiscales de un nuevo organismo autónomo de los poderes del Estado, el Ministerio Público. Tienen la posibilidad de ser defendidos por abogados de la Defensoría Pública y existen la opción de ir a un juicio oral. Los jueces se abocarán a garantizar un debido proceso y a dictar sentencias.

La idea de todo este nuevo engranaje, aprobado por todos los sectores políticos con representación en el Parlamento, es remecer el anquilosado y lento sistema judicial chileno, agilizando los procesos quitándole funciones a los jueces; tratando de abreviar los juicios, y además evitar que la cárcel sea la principal condena para los imputados mediante una serie de salidas alternativas para los imputados.

En relación a la Reforma Procesal Penal, el abogado Raúl Meza es muy duro en afirmar que con esta nueva forma de aplicar justicia “nuestra legislación ha consagrado la absoluta impunidad penal en lo que respecta a negligencias médicas en este país”.

“Conforme al nuevo proceso penal los delitos culposos son objeto de acuerdos reparatorios (como cuasi delito de homicidio que suele ser aplicado en los casos de negligencias médicas). Y las salidas alternativas evitan que el médico vaya a un juicio oral mediante un acuerdo indemnizatorio de dinero. O sea si el médico logra ese acuerdo no irá a juicio oral y no recibirá condena penal alguno. Para eso basta que cuente con un buen seguro médico”, alega.

Meza dice que lo expuesto es “otra falta de igualdad ante la ley” pero no es la única en el ámbito de las negligencias médicas y la reforma procesal penal.

“Existe la suspensión condicional del procedimiento, que es un acuerdo al que llega el fiscal (el encargado de investigar en la nueva reforma judicial) con el imputado, es decir, en este caso, con el médico, “sin considerarle la opinión a la víctima con la sola circunstancia que el médico se someta al cumplimiento de ciertas condiciones”.

Por ejemplo, para evitar el juicio oral el médico puede reemplazar la pena penal por una indemnización en dinero o por incumplimiento de una condición por un plazo de uno a tres años, como la prestación de un servicio a la víctima o por un concepto de indemnización.

“Visto así un cirujano plástico puede cometer una grave negligencia médica ocasionando la mutilación de un miembro importante o una desfiguración física, estética, y le puede ofrecer el médico perfectamente hacer cirugías reparatorias hasta dejar al paciente bien y además ofrecer una indemnización en dinero”, es el análisis de Meza.

La otra alternativa para los médicos para evitar el juicio oral es someterse al juicio abreviado, tal como ocurrió en Temuco con el senador Jorge Lavandero en el bullado caso de abusos sexuales contra menores, “reconociendo no culpabilidad pero sí los hechos”, aclara Meza (un matiz legal de la nueva reforma). De paso rebajan la sentencia.

“Con todo esto puede que nunca un médico vaya a juicio oral. ¿Por qué? Porque crear una casta con fuero, una casta privilegiada. Está el grupo médico y está el resto. Todos podemos ser llevados a juicio oral y por ello ser objeto, como ellos llaman, de desprestigio público. Nosotros tenemos la esperanza como organización de llevar el primer médico a juicio oral, como un gesto emblemático. Probablemente no lo logremos precisamente por estas salidas alternativas” declara.

No sólo por estos aspectos relacionados con juicio oral están preocupados los médicos por los coletazos de la Reforma Procesal Penal. También por el hecho de que el nuevo sistema de justicia implicará mayor demanda de peritajes. “Los médicos están muy preocupados por estas cargas procesales”, dice sobre este punto el abogado Pedro Barría, lo que hace recordar las palabras de Meza. El doctor Castro confirma esta inquietud, sobretodo porque esa tarea resta tiempo a la atención en salud.

Tampoco los médicos creen que la reforma judicial los va a favorecer en lo que compete a las negligencias médicas. “No va a contener los juicios sino que los va a aumentar de una manera enorme porque el fiscal es el que busca las pruebas y hace las acusaciones. Es un sistema amplio para que se desarrolle el tema de las negligencias. Por lo menos se logró un acuerdo importante que es la mediación en conflictos, lo cual implica que hay una valvulita de contención”, estima el diputado y doctor Enrique Accorsi.

El doctor Pablo Rodríguez estima que un aumento en los tiempos de resolución de las demandas penales, por mayor agilización de la justicia, puede acelerar las demandas civiles pero lo que más le inquieta es el juicio oral “porque es como una sentencia anticipada del médico que aparecerá mayor expuesto públicamente, en el banquillo de los acusados y filmado por la televisión. Eso es un desmedro moral porque la gente no se va a ir a atender con ese doctor, aunque el profesional sea absuelto. Hay una especie de asesinato de imagen”.

Por este motivo el doctor Juan Luis Castro se reunió en junio pasado, apenas entró a operar la Reforma Procesal Penal en la Región Metropolitana, con el fiscal nacional a cargo del Ministerio Público, Guillermo Piedrabuena, para pedirles que se actuara con criterio en este tema procurando “evitar conflictos innecesarios”.

Un último elemento del cambio del escenario legal es la restitución del control de la ética de los colegios profesionales en el marco de las reformas a la Constitución de 1980 promulgadas el 2005 por el Presidente Ricardo Lagos, lo que significará que, por ejemplo, el Colegio Médico pueda ejercer una regulación efectiva del ejercicio ético de quienes practican la medicina médica en Chile, sancionando a quienes cometan negligencias médicas que puedan enlodar a su profesión (ver capítulos 3 y 7)

Sin embargo, como recuerda el doctor Juan Luis Castro, presidente del Colegio Médico, “no todos los particulares activan una querrela y a la vez una denuncia ética. Desde los años 90 para adelante en Santiago debe ser unas 20 mensuales y unas 50 a nivel país”.

EL MANEJO DE LAS COMUNICACIONES

(Capítulo 5)

Si uno revisa los libros de comunicaciones, como el clásico de Denis McQuail “Introducción a la Teoría de las Comunicaciones de Masas” se encuentra con un paradigma dominante que describe a los medios de comunicación social de hoy como determinantes en la construcción de la realidad que percibe la sociedad, mediadores de las definiciones que elabora cada hombre sobre su entorno, ejerciendo el llamado “cuarto poder”, rótulo pomposo con el cual se suele definir al Periodismo.

Y paradigma, según la definición clásica del filósofo alemán, Tomás Kunt, es “un patrón que establece límite, proporciona fórmulas para el éxito y actúa como filtro. Sólo acepta lo que coincide con su paradigma pues filtra las experiencias e impide que se elaboren soluciones creativas a problemas difíciles”

O sea las formas de análisis de un objeto del conocimiento están sujetas a una especie de univisión. Pareciera fácil decir que mirado sólo desde un punto de vista, las negligencias médicas son temas reales que han sufrido un fuerte proceso de mediatización de la prensa en los últimos años, particularmente a partir de la creación de la organización que lidera el abogado Raúl Meza, y los reporteros han desempeñado roles de denuncia activa de estos episodios. Me incluyo.

Este es un paradigma: el Periodismo que, dentro de su función esencial que es informar, alienta las demandas como caja de resonancia de los abogados y de los pacientes. Y el mismo Meza lo ve así diciendo que los medios de comunicación social “han cumplido un rol fundamental en poner el tema de las negligencias médicas en el debate público”.

Al respecto, el abogado Pedro Barría, piensa que ha aumentando la cantidad de gente que denuncia posibles negligencias médicas y concuerda en que simplemente el Periodismo “cumple su función de informar y poner los temas en el debate público, porque tampoco es bueno que se oculten los temas sociales”. Hizo notar que por lo menos “siempre

aprecio que los periodistas dan la posibilidad al médico o institución afectada de ejercer su derecho a réplica, aunque a veces los afectados no hacen uso de ese derecho”.

Más crítico es el doctor Ricardo Peña, quien sostiene que “no tienen claridad sobre negligencias médicas ni la gente ni los medios que, como el tema vende, suelen publicitar mucho la denuncia de la demanda pero no el resultado final. Y así hay que agregar que mucho de lo que llaman negligencia médica no están relacionados con estos profesionales. Resulta que una persona no tiene derecho a morir en este país porque todo parecer ser presentando como negligencia médica”.

Reafirma la crítica el doctor Pablo Rodríguez, de Falmed, quien llama a “denominar las cosas por su nombre porque para los periodistas parece que todo lo que ocurre dentro de un hospital es negligencia médica. Sólo se puede hablar de esto cuando está directamente involucrado el trabajo y el quehacer profesional del médico. Tampoco yo puedo decir que todo lo que pasa dentro de un diario es culpa de los periodistas”.

Reclama que “además la TV, como Chilevisión, inicia todos los días sus noticieros con noticias policiales o de presunta negligencia médica. Claro, el tema vende, crucifican públicamente al médico, perjudicando su carrera, su imagen, su familia, y después nadie se preocupar de averiguar si lo que se dijo era verdad. Entonces aquí la Prensa tiene que hacer una contribución”.

Víctor Hugo Durán, periodista del sector salud durante los últimos 10 años, en diarios como La Tercera y El Mercurio, cuestiona también el tratamiento de las denuncias de negligencias médicas de quienes ejercen el Periodismo.

“Más bien tengo críticas. Mi percepción parte de la simple lógica que los colegas no distinguen siquiera la negligencia de un error o una negación o falta de servicio. Pocos son los colegas que tienen claro que en el caso de las negligencias hay una actitud temeraria o simple dolo. Pocos cotejan los datos antes de darlos a conocer. Esto es especialmente crítico en algunos medios televisivos, que viven a expensas de estos casos. De hecho, el

mítico abogado Raúl Meza surgió de la televisión. Un solo dato permite ilustrar lo que digo: las negligencias médicas escasamente estallan por los diarios, es más frecuente que aparezcan por la TV, donde el llanto y la foto de la "víctima" vende mucho más", dice.

Consultado por los mecanismos de control que él aplicaba en su ejercicio profesional para abordar las denuncias de negligencias médicas responde que “después de estos años, creo que el primer filtro era yo mismo. Pedía a la persona que llamaba para denunciar todos los antecedentes de la presunta negligencia. Me juntaba a dialogar. Escuchaba y revisaba papeles. Veía quién estaba apoyando la denuncia. Llamaba a uno o dos amigos médicos que manejaban los temas y hablaba en off para consultar por los reclamos y si pudiera ser posible que hubiera negligencia. Si pasaba todos esos filtros, hablaba con el recinto o médico aludido en la acusación. La mayoría de las veces las denuncias quedaban a mitad de camino”.

Durán tampoco elude los temas que cuestionan la relación entre periodistas o médicos o periodistas y abogados. “Nunca he sabido de pagos a periodistas por denunciar este tipo de hechos. Sería grave si fuera así. A mí nunca me ofrecieron nada. Los abogados son los que habitualmente se contactan con los periodistas. La relación de los abogados con los periodistas es unilateral: el abogado cuenta lo que quiere. En el caso de los médicos, siempre se protegen entre ellos ante estos casos. Suelen no hablar de colegas. A los médicos en general les molesta que los periodistas les hablemos de negligencia, pues ponemos en tela de juicio su prestigio y su bolsillo. Obviamente más si se trata de acusaciones infundadas”.

Sobre el tratamiento de las denuncias en el escenario público del debate, los medios de comunicación social de masas, el abogado Barría hace notar que la diferencia de su unidad con la discusión mediática es que es “un espacio de calma, de privacidad para hacer catarsis, donde no llegan las cámaras detrás de los pacientes”.

Pero resulta que ese espacio también lo han desarrollado periodistas que han actuando en roles no de denuncia sino de filtro para contener demandas de los pacientes –

tanto en la prensa como judiciales- muchas veces sin fundamento o irresponsables, que son a veces reproducidas por algunos reporteros con escaso chequeo de antecedentes, tal como apunta la crítica de Víctor Hugo Durán. Me tocó leer y conocer decenas de casos así en mis 14 años de trabajo en medios de comunicación.

Y los mismos abogados, de distintos bandos, coinciden en que esta crítica es real. Meza admite que algunos periodistas emiten a veces en los medios informaciones inadecuadas. “Hay que tener cuidado con las afirmaciones que puedan hacer porque hacer un juicio público al médico tampoco se ajusta a derecho. El tema es que el abuso que puede hacer la prensa no genere un juzgamiento de la culpabilidad o inocencia de un médico”.

Pedro Barría, en tanto, recuerda que en el abordaje de estos casos “muchas veces hay gente que cree que ha sufrido un daño pero acá en el Consejo de Defensa del Estado se le indica que aparentemente no y que lo sucedió estaba dentro de lo normal que le podía ocurrir después de una atención de salud. No vale la pena ni siquiera echar andar un proceso de mediación. Lo ideal es que no venga o más bien que nos plantee su problema cuando ha agotado toda posibilidad de arreglo con el prestador. En nuestro caso que se arregle en el hospital”.

LOS PERIODISTAS DE LOS HOSPITALES

Efectivamente, en los hospitales, de manera creciente, a partir de los gobiernos de la Concertación, se ha producido un empoderamiento de los usuarios, cansados de hacer honor a su denominación de “pacientes” y una apertura de estos establecimientos hacia la comunidad cada vez más educada y demandante de salud. Como contraparte, el sector público de salud decidió la contratación de profesionales de la comunicación, periodistas y relacionadores públicos, quienes han desarrollado diversas estrategias hacia sus públicos objetivos, siendo uno de los ámbitos centrales de su acción el abordaje de los conflictos institucionales en la relación medico- paciente, entre los cuales se cuentan las denuncias por negligencias medicas.

A mediados de la década del noventa, el Hospital Sótero del Río, que atendía a la mayor cantidad de pacientes del país, dado el explosivo crecimiento demográfico de las comunas asignadas, como La Pintana, La Florida y Puente Alto, incorporó a la periodista de la Universidad de Chile, Sandra Pizarro, a su planta directiva, la misma que hoy está a cargo de Comunicaciones y Relaciones Públicas del Hospital Padre Hurtado, de San Ramón, donde ocurrió el desafortunado episodio del adolescente Pinilla.

Ella cuenta que en su primer día de trabajo se dio cuenta de que las quejas de los pacientes quedaban registradas en el libro de reclamos cuyo único ejemplar estaba en la dirección del establecimiento. Le pareció que no era el canal más adecuado para conocer opiniones y necesidades de los usuarios y que se estaba desperdiciando una oportunidad importante de comunicación bidireccional.

Con más intuición que conocimientos, implementó un sistema de sugerencias que consistió en atender directamente al público, responder formalmente, dentro de un plazo acotado y aportar al mejoramiento de la gestión institucional.

Ese mismo sistema de sugerencias es el que actualmente mantiene en el Hospital Padre Hurtado, que es un establecimiento de tipo experimental, abocado a la atención de tres de las comunas más pobres de la Región Metropolitana: La Granja, La Pintana y San Ramón .

La periodista explica que “hoy es imposible concebir un servicio público de salud sin un espacio donde los usuarios manifiesten sus inquietudes, porque las autoridades han promovido el ejercicio de los derechos ciudadanos y las personas los están haciendo valer, aunque a mi juicio sin la suficiente contraparte de deberes que deberían también exigirse” (ver anexo 6).

En términos generales, el sistema de sugerencias mencionado acoge aproximadamente 1400 casos anuales, que en su mayoría se refieren a problemas

administrativos y a falta de oferta de horas médicas. Las quejas por resultados adversos son las menos y todas se investigan.

“El 1 por ciento de los casos que se reciben corresponden a actos médicos que se pudieran considerar como posibles negligencias médicas y por ser una cifra tan acotada, se despliegan todos los esfuerzos comunicacionales para dialogar con los reclamantes y abordar las diversas aristas del problema, lo cual generalmente incluye conversaciones con el director y los jefes de la unidad donde se atendió al paciente y los apoyos necesarios” relata la periodista.

Sandra Pizarro hace presente que “esto lo hacemos independientemente de que la persona amenace con hacer la denuncia o acudir a los medios de comunicación. Le decimos que puede ejercer su derecho de recurrir a las instancias que estime, pero a la vez como institución nos queda la tranquilidad de haber respondido responsablemente. Por lo tanto, la gestión de Comunicaciones o Relaciones Públicas, como se le quiera llamar, no tiene por finalidad que las personas desistan de ir los tribunales o de hacer público su caso, aunque puede ser uno de los resultados”.

Finalmente, la jefa de Comunicaciones del Hospital Padre Hurtado declara: “Soy una convencida de que es un deber ético de los encargados de las comunicaciones promover el comportamiento responsable de las instituciones frente a sus públicos, conducta que debe ser permanente y no solo para las cámaras de televisión y flashes”.

Sobre este tipo de colegas, el periodista Víctor Hugo Durán no tiene cuestionamiento, simplemente estima que “hacen su trabajo” .

“El ideal es que este tipo de denuncias no se sepa, pues afecta la labor de todo un hospital. Sin embargo, cuando un caso se hace público, creo que debería haber capacidad para reaccionar más rápido y facilitar la entrega de información transparente. Lo peor ante estos casos es la desinformación. Y afecta mucho cuando un hospital se queda en silencio.

Contribuye a generar más dudas. Una respuesta rápida ayuda a contener la explosión de una nota y ayuda a calmar a los clientes-pacientes”, expone.

LA ESTRATEGIA DE UNA CLÍNICA

Un rol similar cumplen periodistas y relacionadoras públicos en la salud privada, principalmente las clínicas. Y tienen todo un plan de manejo de crisis para enfrentar, comunicacionalmente, eventuales denuncias de negligencias médicas, sobre todo porque – de acuerdo a estudios en conocimiento de Clínica Alemana- el 70% de las demandas en Chile suelen afectar a establecimientos de salud privados.

Haydée Rojas, periodista y jefa de Comunicaciones de Clínica Alemana, reafirma aspectos analizados sobre el tema en una exposición que realizó ante la Asociación de Isapres. Para la profesional, “la judicialización de la medicina en Chile es ya un fenómeno real. En este contexto, los medios de comunicación no dejan pasar la oportunidad de denunciar hechos de este tipo, dentro del rol social que “sienten” la sociedad les ha asignado. Y los periodistas al cubrir estos hechos lo hacen con un criterio de denuncia social”.

No obstante, Rojas critica que el trabajo de los reporteros “ha consistido básicamente en limitarse a informar en su fase inicial casos de este tipo, alertados generalmente por abogados y no por un trabajo de investigación periodística como debiera ser. Por si fuera poco, muchas veces la única fuente es el denunciante. Y como los casos son complejos y los periodistas no saben del tema, confunden error o imprudencia, con negligencia. El resultado es un artículo sensacionalista”.

Considerando estos aspectos, la periodista afirma que “entonces con justa razón los médicos sienten que los periodistas los declaran culpables sin juicio, lo que se denomina “asesinato de imagen”. Creo que falta rigurosidad en general para tratar los temas médicos. Y las consecuencias son catastróficas: dejan en entredicho el prestigio y la honestidad de los profesionales involucrados”.

Ahora, enfrentados a esa realidad, los periodistas que trabajan en el área de Comunicaciones y Relaciones Públicas, saben que, como dice Haydée Rojas, “la difusión a través de los medios de comunicación de una supuesta negligencia médica representa para una institución de salud una crisis. Sí o sí. Y por lo tanto puede afectar negativamente su reputación o credibilidad. Por lo tanto, es un asunto al que hay que otorgarle máxima prioridad y para el que hay que estar preparado”.

Por este motivo, la periodista cuenta que Clínica Alemana ha elaborado un protocolo de crisis para manejar denuncias periodísticas de negligencias médicas, que contiene aspectos generales que debiera saber todo profesional de las comunicaciones que se desempeñe en instituciones de salud.

¿Qué hacer? La periodista de esta clínica dice que “cuando no se da la cara se presume culpabilidad. Esto significa averiguar qué pasó y decir que se está investigando para ganar tiempo en elaborar una debida respuesta a la crisis. No se trata de devolver el golpe contra los periodistas. Hay que mantener buenas relaciones con ellos. Son profesionales y lo que hacen es parte de su trabajo”.

Estos son los dos poderes comunicacionales que se cruzan en el tema de las negligencias médicas. Por un lado, muchos periodistas dispuestos a denunciar a toda costa, con diferentes formaciones profesionales, motivados por disímiles razones y con distintas formas de ejercer el Periodismo; y por otro los periodistas al servicio de los prestadores de salud –públicos o privados- que utilizan sus conocimientos para filtrar las denuncias, evitando la mediatización y/o judicialización de los casos, para manejar la crisis institucional, evitando que se transforme en una avalancha. O simplemente, para escuchar a los pacientes, que muchas veces sólo quieren eso: ser escuchados.

BAJO LA LUPA DE LOS COSTOS

(Capítulo 6)

El encarecimiento de los seguros médicos y de aquellos que cubren a los diversos centros de salud público, privados o institucionales, y el aumento de los costos generales en salud, es otra de las aristas que se han discutido en torno al complejo impacto del aumento de las denuncias por negligencias médicas.

“Hay costos innecesarios como por ejemplo los juicios por negligencias medicas. Estamos viendo una explosión de ellos. No puede ser que las platas para la salud se las estemos pagando en indemnizaciones a las personas en vez de invertirla en prevención y en prestaciones de salud” expresaba con molestia la senadora Evelyn Mathei, durante un seminario realizado en el primer semestre de 2005 en la Universidad Santo Tomás sobre las reformas al sistema de salud, en que también participaron Enrique Accorsi y Héctor Sánchez, dos de los principales actores del sector salud.

Para el abogado Raúl Meza “si el aumento por una parte de esta judicialización de la medicina va en beneficio directo de resguardar la vida, la dignidad y la integridad de las personas, cualquier costo económico se justifica. Aquí el derecho a la vida de las personas y su protección está por sobre factores de orden económico”.

“Probablemente sí signifique un aumento de los costos en términos de los seguros médicos pero estamos muy lejos de la realidad de Estados Unidos donde las compañías de seguros ya no están entregando seguros de ese tipo porque las primas son absolutamente elevadas. Discrepo con los abogados que defienden a los médicos de este país que afirman que va a venir una avalancha y nos vamos a transformar en el sistema americano”, dice.

“Aquí las compañías de seguros ofrecen el servicio precisamente porque los resultados judiciales son de muy baja tasa favorables para los pacientes. Ahora, si esas empresas tienen que empezar a asumir eventuales costos de acuerdos reparatorios en el marco de la Reforma Procesal Penal”, considera Meza.

Estima que en ese escenario incluso pueden producirse desigualdades entre los propios médicos ya que aquellos profesionales prestigiados, de larga trayectoria y que les ha ido bien en la vida, no tendrían problemas de financiar los seguros pero no es la misma realidad de un médico al que no le sobra la plata o a un joven recién titulado que está tan expuestos a cometer los mismos errores que sus colegas.

Para el doctor Ricardo Peña no todo pasa exclusivamente por el tema de los seguros de protección de médicos y prestadores sino de los costos que implica para el sistema de salud, en general, público y privado, que se estén pidiendo más exámenes para todo tipo de diagnóstico “ya sea porque los médicos están más a la defensiva o porque los pacientes llegan a la consulta o al centro de salud pidiéndolos”.

“Antes que existieran los exámenes si uno palpaba en un paciente una masa y éste tenía un dolor en el hipocondrio derecho (zona donde está la vesícula e hígado inmediatamente bajo las costillas), con antecedentes de intolerancia a las comidas grasas, uno operaba pensando en un cuadro de vesícula aguda y se encontraba con un riñón tumoral y la vesícula sana. Se explicaba lo sucedido y la gente agradecía porque se había encontrado un tumor renal, pero ahora te demanda. Y te dicen por qué no hiciste una ecotomografía o un escáner o solicitan que se haga una resonancia magnética como quien pide una aspirina en una farmacia, sin saber su utilidad”, ejemplifica.

Y añade que “todo esto está generando un aumento en los costos de salud porque aquí siempre alguien paga. La salud no es gratis. Y todos estos exámenes encarecen la atención médica. Ya no hay persona que no tenga uno o dos escáner normales guardados en su casa. Y eso alguien lo pagó”. Por ello estima que por este efecto pueden subir los planes de salud de las Isapres que “alegan que ellos necesitan el IPC de la salud. Hay que pensar que desde el año 80 a la fecha el costo de su seguro privado ha aumentando en más de un mil por ciento”.

LOS “ECONOMISTAS” DE LA SALUD

Sobre cómo mirar el tema bajo la lupa de los costos, mucho tienen que decir Vito Schiaraffia y Héctor Sánchez, aunque no sean economistas de profesión. El primero es médico-cirujano y el segundo médico veterinario. Pero ambos tienen algo en común: se han especializado en analizar el sistema de salud desde un punto de vista económico, con énfasis en la gestión y administración, y hoy están a la cabeza, respectivamente, de dos de las más prestigiadas instituciones chilenas del área: el Instituto de Administración en Salud (IAS) de la Universidad de Chile, dependiente de su Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas y el Instituto de Políticas Públicas y Gestión en Salud “Salud y Futuro” de la Universidad Nacional Andrés Bello (ver introducción).

Schiaraffia parte aclarando que si bien en materia de negligencias médicas “los juicios han ido aumentando exponencialmente”, no existe, en términos generales, mala praxis médica. Su idea es que hay que “cuidar la profesión médica”, dando la mejor educación “a los estudiantes más talentosos”, que sean sometidos a altas exigencias, que cuando sean médicos rindan un Examen Médico Nacional, con capacitación continua y sin olvidar que día a día deben procurar mejorar la relación médico-paciente. “Yo al menos no creo en la proletarización de la Medicina” declara. Ese es su rayado de cancha.

Él tiene claro que el paciente, el consumidor visto desde una perspectiva económica, “es hoy un ciudadano mucho más informado de sus derechos y utiliza los mecanismos del sistema para hacerlos valer. Basta mirar el éxito, por ejemplo que ha tenido el Servicio Nacional del Consumidor (Sernac)”. De hecho este organismo, antes de la creación de las unidades de mediación en salud, el 2005, era el que recibía muchos reclamos por mala atención de los servicios de salud.

Para Schiaraffia el aumento de las denuncias por negligencias médicas “va contribuir a esta escalada de aumento de los precios de la salud. El ejemplo es lo ocurrido en Estados Unidos. La mayor parte del costo sanitario es por seguros, aparte de la incidencia de otros factores, como los gastos por tecnología. Lo que pasa es que los

médicos se asustan y empiezan a contratar seguros y también lo hacen los prestadores, hospitales, clínicas o centros médicos”.

El directivo valora la creación de instancias que actúen como filtro regulador en el conflicto médico-paciente, como el sistema de mediación en salud, que a su juicio fueron pensadas por el legislador “para evitar que haya tantos juicios”, pero hizo ver que “una mediación también es cara. Por supuesto que no es comparable con los 20 o 500 millones que puede demandar el pago de una indemnización en esta materia, pero es un costo adicional que de alguna parte va a tener que salir”.

En todo caso advierte que “es difícil todavía aventurar un pronóstico” dado que a la tendencia en materia de negligencias médicas recién se está viendo enfrentada a un nuevo escenario y hay muchas variables en juego. Aparte de la irrupción de la mediación en salud, coincide que hay que considerar también que de 95 juicios quizá 5 llegan a traducirse en una sentencia. Ello puede que –a juicio de algunos expertos en salud - no necesariamente haga subir los costos. Al menos no tanto por ahora.

En esta postura está Héctor Sánchez, quien coincide con Sciaraffia en que hay un cambio en la conducta del consumidor (pacientes), que reclaman más por sus derechos (un buen servicio de salud) pero además hoy, en los casos de denuncias por negligencias médicas, aparece “un nuevo incentivo económico en el contexto de una relación más comercial. El antiguo paciente, cuando las cosas no se hacían bien, tenía tolerancia, pero ahora se observa un deterioro evidente en la relación médico-paciente”, recuerda.

“Hoy, en cambio, hay cada vez más información respecto de los consumidores que perciben que cuando se produce algún daño ven en esto una fuente de ingreso, más allá de la justa retribución del perjuicio causado. Hay muchas personas que ven, producto de esta situación, dineros que le pueden resolver los problemas de su vida, sobretodo cuando observan en los medios de comunicación que a algunos les ha resultado, como el caso señorero del juez Beraud. La gente recibió ese mensaje de manera muy fuerte y se dijo “o sea

que si a mí me pasa alguna cosa yo puedo cobrar”. Ese es el “efecto espejo” expone el ideólogo del instituto “Salud y Futuro”.

Añade que “también hay un problema de expectativas en los consumidores donde los médicos y la medicina se han encargado de decirle a la gente que es capaz de resolver casi todo. Hoy son muy pocas las personas que creen, salvo en algunas patologías como el cáncer u otras, que alguno de sus problemas no tenga solución. En parte la responsabilidad es de los propios actores del sector salud que, en forma explícita o implícita, han transmitido esta sensación o esta imagen”

A su juicio, de esta forma se ha ido imponiendo una nueva tendencia global. “En el mundo entero está pasando lo mismo sobre todo en aquellos donde funcionan de forma mucho más abierta el mercado en la relación médico-paciente. Casos como Estados Unidos se ha disparado la demanda hasta llegar a ser un tremendo problema nacional. Se dice que las demandas son responsables en ese país del 20% del aumento del costo de la salud, tanto por el costo directo de los juicios como por todas las acciones de prevención que toman las instituciones y los profesionales para evitar que vayan a llegar a un tribunal”.

Entonces ocurre que, médicos y prestadores del sector salud, “a veces sobredemandan servicios, como petición de exámenes, para estar protegidos de los eventos que puedan demandar algún tipo de siniestro derivado de un acto médico. Si aquí una se plantea como posibilidad hacer un escáner allá lo hacen igual. Sí o sí”.

Afortunadamente, de acuerdo a la visión de Sánchez, en Chile al menos esta realidad “hoy todavía es un problema bastante incipiente”. “Lo que preocupa es la tendencia no tanto el volumen. Porque hay una tendencia preocupante si uno considera que hoy se hacen 85 demandas al mes, hace tres años eran 60 y hace cinco 20 o 10. Sin embargo, el problema está recién empezando a desarrollarse y se nota en el incremento de las primas de los seguros por mala práctica, que han aumentado de manera sustancial, en los últimos cinco, yo diría que un porcentaje bastante superior al cincuenta por ciento”.

Opina que “los seguros son el mejor indicador de lo que está pasando en el mundo real. Además ha aumentado el mercado de profesionales que se adscribían al seguro. Antes eran algunas especialidades médicas, en algunas clínicas, y hoy se está haciendo en forma mucho más masiva y a costos más altos”.

BARRERAS E INCENTIVOS A LA DEMANDA

En este panorama, explica el ejecutivo de “Salud y Futuro”, se visualizan tres realidades distintas en comparación con la realidad estadounidense, que puede que ayudar a contener la tendencia.

“Primero acontece que, normalmente, los jueces en Chile han sido muy prudentes en la definición de las indemnizaciones, con lo cual han bajado el incentivo. Mientras más imprudentes hubieran sido, como sí lo ha sido la justicia de Estados Unidos, habría ocurrido lo contrario; segundo que en Chile se incorpora con fuerza un sistema de mediación que va a ser un catalizador importante de los conflictos y debiera haber una menor cantidad de casos que terminen en la justicia.; y lo tercero es que todas las grandes las instituciones de salud que actúan como prestadores en el sistema han tomado un conjunto de medidas, centradas en prevención de riesgos, para evitar que se produzcan al interior de ellas elementos adversos”, argumenta Sánchez.

Como contrapeso a estos tres factores, que pueden atornillar al revés, incentivando las demandas, este experto en salud pública sostiene dice “hay elementos que pueden estimular la judicialización de la medicina, como la explicitación de los derechos de las personas (calidad, oportunidad y protección financiera), en que se le dice al paciente que estas tres variables van a estar garantizadas cuando recurra a una prestación médica y las cosas se le van a hacer bien. Eso puede generar un incentivo para que aumenten las denuncias, pero, difícilmente, vamos a llegar a los niveles americanos que, por lo demás vienen de vuelta”, expone.

En este sentido, para Sánchez hay que entender de distinta forma al plan Auge en el mundo público que privado. Concuera en que el plan de Acceso Universal de Garantías

Explícitas incentiva las denuncias, en general, en salud, pero pone un marco regulatorio a todo el sistema.

“Yo creo que en el mundo público el Auge coloca más las cosas en su lugar. Yo creo que siempre este fue un sistema de salud público, en que los usuarios eran objetos de ese sistema y no sujetos. Había un desequilibrio de poder muy importante. La gente recibía servicio que el sistema le quería dar. Los usuarios prácticamente no tenían voz y sus derechos no estaba en absoluto protegidos. Con el Auge hay mayor equilibrio y hay un traspaso de poder desde la institución de salud al consumidor. Ahora los pacientes tienen derecho explícitos y si no respetados pueden quejarse ante el sistema. Por eso se creo un sistema de mediación” es la opinión del analista.

Agrega que “en el caso del mundo privado los derechos estaba garantizados por contrato y había una Superintendencia (de Isapres) que permanente se preocupa en la relación seguro y afiliado pero no había nada respecto de la relación prestador-paciente porque ni siquiera bastaban las reglas del Sernac, dado que era un ámbito muy pequeño. En ese escenario la ley introduce un ordenamiento (Superintendencia de Salud) pero yo creo que el efecto más grande va a estar en el sistema público”.

CRÍTICA A ABOGADOS Y MÉDICOS

Por último, el director ejecutivo de “Salud y Futuro” que en todo escenario surgen los abogados –en oposición a los médicos- como actores del conflicto

“Los abogados han visto una fuente de trabajo y desarrollo profesional y por lo tanto ellos se han encargado de fomentar que las demandas se lleven adelante, o más bien facilitar sus servicios profesionales para aquellos que se sientan perjudicados. Así hoy estamos teniendo 85 denuncias mensuales, esto es unas mil por año, pero de las cuales un porcentaje muy alto terminan en nada” es la opinión de Sánchez a los hombres de leyes.

Pero luego amplía su crítica y agrega: “Los abogados han descubierto un nicho de mercado al igual que los médicos lo hicieron con la obesidad, que es un problema y por lo

tanto surgieron especialistas con un producto para resolver una necesidad real. Y ahí están en la TV programas como “Cirugía de cuerpo y alma”, que se dedicó a este tema un año entero. Y la gente comenzó a darse cuenta que su problema tenía una vía de solución y un grupo de profesionales médicos están aprovechando ese nicho”.

Al reflexionar sobre estas dos realidades profesionales, Héctor Sánchez advierte que “el cuidado que tienen que tener, médicos y abogados, es cómo actuar porque si yo voy a provocar demandas artificiales estamos ante otro problema”.

“En el caso de los abogados, el problema está que usen, en algunos casos, mecanismo que no sean legítimos, como ocurre cuando las funerarias se ponen en las puertas de los hospitales o actuarios que andan mirando en esos recintos pacientes para ver quién se murió. Eso es censurable. Pero si es un profesional que se especializa en la materia y da a conocer mecanismos legítimos para dar a conocer sus servicios, eso está bien, porque es el consumidor el que determinó que sus derechos estaba vulnerados y buscó a un profesional para que lo atendiera”, expresa.

Por lo anterior, Héctor Sánchez concluye llamando a “matizar la crítica de los médicos, que le echan todo la culpa a los abogados”.

Al respecto, manifiesta: “Yo creo que los médicos y abogados tienen que asumir cada uno su propia culpa. Cuando yo entro a una consulta y encuentro un muro lleno de diplomas ¿Cuál es el mensaje que le estoy transmitiendo al consumidor. Señor, no se preocupe porque entro al lugar donde está la sabiduría y aquí sus problemas yo se los voy a resolver. Mientras se esté difundiendo ese mensaje y no aquel que dice que la medicina tiene límites, y que el ser humano también, y que estamos frente a doctores y no “Diostores”, hay una responsabilidad importante de los propios médicos”.

EL DESAFÍO DE LOS DOCENTES

(Capítulo 7)

El tema de la judicialización de la Medicina, como ha quedado de manifiesto en el transcurso de esta investigación, tiene múltiples aristas y por ello es que hace rato excedió con creces la mera batalla entre médicos y abogados “caza-ambulancias”, en representación de los pacientes, y con cobertura de la prensa. El debate también está instalado en las universidades ya que hay preocupación por el incremento de las denuncias de negligencias médica tanto en las escuelas como en los campus clínicos donde hoy estudian los futuros hombres de blanco. Allí el tema flota e inquieta.

Lo reafirma Andrea Srur, la estudiante de cuarto año de Medicina de la Universidad Mayor, quien además desde este año preside la International Federation Medical Students Association en nuestro país (IFMSA-Chile), una organización global de estudiantes de la carrera de Medicina.

“El médico tendrá que cuidarse las espaldas. El problema es una realidad y de todas maneras nos preocupa. Hay gente que se aprovecha pero también hay personas que no entienden bien y buscan ese tipo de soluciones. Quizá falla la comunicación del médico con el paciente por eso una buena relación entre ambos es cien por ciento importante”, dice a título personal.

El sentido común de la joven la acerca a lo que es el gran consenso entre todos los actores del problema: se debe mejorar la relación médico-paciente. Si hasta el crítico abogado Mesa está de acuerdo cuando dice que “todo el conflicto nace de una buena o mala relación y las deficiencias obedecen a una falta de formación ética en las escuelas de medicina de este país que no están enseñando a los futuros médicos a mantener una buena relación con su paciente, aun en condiciones desfavorables”.

“Lo que corresponde es que el médico le informe al paciente, a su familia, cada uno de los pasos que va a ir desarrollando en el proceso médico y además le precise los riesgos

que ese procedimiento significa e incluso mencionarle que este, eventualmente, puede provocarle la muerte. Esto no puede ser un monólogo sino un diálogo permanente con el paciente para compartir con él las decisiones médicas y el llamado consentimiento informado, donde se le informe al paciente y manifieste su voluntad de someterse a determinado acto médico. Pero todo esto no se enseña mucho desde la base y lo que ocurre es que después el médico explica lo que nunca dijo, cuando se ve en una complicación. En este contexto la relación médico-paciente en Chile no es igualitaria. El médico está por allá arriba y el paciente abajo” es el diagnóstico de Meza.

Su colega, el abogado Pedro Barría, reafirma que “la relación médico-paciente es el fundamento de toda buena medicina. Si no existe no vamos a tener esa medicina. Desgraciadamente la sociedad no ha meditado, respecto de sus actores, sobre qué medicina queremos tener. Una medicina humana, por ejemplo, requiere por lo menos usuarios informados y que en los programas educacionales, desde la básica para adelante, se les enseñe prevención, las relaciones con las instituciones del sector y cómo actuar ante un problema de salud. Sería bueno que el Colegio Médico convocara a todos los actores involucrados en el debate en torno a las negligencias a discutir en una jornada estos temas”.

“La medicina humanista –opina- es la que toda la gente quiere, esa de la viejita que llega dónde el médico y éste la escucha, le conversa sobre su persona, la acoge. Se demora media hora sólo en formarse una impresión de lo que le pasa. Después la llama a la casa para saber cómo evoluciona. Esa medicina es la que debemos reestablecer porque no basta tener grandes avances tecnológicos Pero hoy el sistema le exige al médico, como ocurre en las isapres, porque los problemas no sólo son del sector público, que tiene que atender seis personas en una hora. Y en 10 minutos por persona este profesional no alcanza a entrar siquiera en una comunicación efectiva”.

Juan Luis Castro, presidente del Colegio Médico, concuerda en que “cuando hay buena relación médico-paciente, este último acepta hasta que se puede equivocar el doctor porque no es Dios. Pero si la relación es fría, distante o mala, esa persona no va a perdonar. Por ello hay que reconvertir esa relación como la fuerza principal”.

El dirigente gremial llama a las escuelas de Medicina a “impartir una gran información en el campo legal porque los médicos están entrenados para hacer medicina pero no para ver las consecuencias legales de los actos médicos. Es clave también que la universidad tenga mucha formación en lo ético, en lo valórico, para que el médico afronte con nuevos instrumentos los cambios en la profesión”.

Al respecto, el doctor Ricardo Peña amplía el desafío y dice que “si bien la relación médico-paciente tiene que ser un tema importante dentro de la docencia de las escuelas de medicina, hay además una obligación por parte del Estado de educar desde la enseñanza básica a la población de cuáles son sus derechos y deberes...porque si un diabético crónico no se cuida y el día de mañana pierde un pie no es por culpa de los médicos que lo atendieron en el servicio de urgencia. La salud es responsabilidad de todos. También de este paciente es su responsabilidad mantener su glicemia compensada”.

“La salud es un problema intersectorial porque en salud entra vivienda, salario justo, alimentación y educación adecuada. Si nosotros no actuamos sobre estos cuatro puntos y nos transformamos sólo en una medicina curativa, siempre vamos a tener, como una espada de Damocles sobre la cabeza de los médicos y del sistema, el problema de las negligencias médicas. La educación tiene que partir sosteniendo que la salud es responsabilidad de cada persona. El médico lo único que puede hacer es ayudarlo a bien mejorar o al bien morir, pero él no tiene la función de Dios para curarla”, expone el médico de urgencia.

El ministro de Salud, Pedro García, coincide con estas voces diciendo que “está demostrado que cuando hay una mejor relación médico-paciente las personas tienden menos a la litigación y más los acuerdos. Generalmente, cuando hay conflicto es cuando se ha quebrado esa relación, pero cuando gente conoce y valora al personal de su sistema de salud, no hay problemas...y entonces ahí los abogados se tendrán que dedicar a otra cosa”.

En ese sentido, cree que la salud familiar es una alternativa porque –según expone– cuando hay un mayor involucramiento del médico, a través de un seguimiento a su paciente, con mejor prevención o promoción, es el camino para que los usuarios del sistema

de salud comprendan más la labor del facultativo, se sientan más apoyados, y es muy distinto a que se encuentren de la noche a la mañana “frente al desastre”, que es el detonante de los reclamos. La autoridad de gobierno hizo estas declaraciones en el marco de esta investigación periodística durante la II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar realizada en octubre pasado en el Hotel Sheraton de Santiago.

Al respecto, Pedro Barría valora la medicina familiar y dice que hay que rescatar el concepto de médicos de cabecera. “Mi familia se atiende con médicos que conocemos hace años. Yo les concedo la posibilidad de equivocarse y jamás presentaría una demanda contra ellos. Es un asunto de confianza”, es el testimonio personal de este abogado.

También percibe esto como una eventual solución al problema José Pinilla, padre del joven en estado de coma Luis Pinilla: “Una mejor comunicación entre el doctor y el paciente yo creo que mejoraría en algo todo esto pero también ellos tienen que aprovechar la nueva tecnología con la que cuentan, saber aprovecharla”. En otras palabras aboga por un buen apoyo de la tecnología sin olvidar que este conflicto es entre seres humanos.

RESCATANDO LA MEDICINA HUMANISTA

¿Y qué están haciendo los docentes en las escuelas de Medicina para mejorar esto y enfrentar el complejo nuevo escenario frente al tema? La discusión en todo caso no parece estar determinada exclusivamente a la educación a partir de la enseñanza universitaria, sino que viene desde la base, como ya han dicho otras voces.

Así al menos lo cree el doctor Santiago Soto, quien entrega una particular y crítica visión sobre el problema. Él es un prestigiado y reconocido médico internista y actual decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Finis Terrae (UFT), un proyecto que intenta rescatar precisamente la medicina humanista, y una de las últimas escuelas de Medicina de universidades privadas que surgieron el 2002, el mismo año que abrieron sus puertas a la carrera de Medicina la Universidad del Desarrollo y la Universidad Diego Portales. Un año antes lo había hecho la Universidad Nacional Andrés Bello.

“Si la educación primaria y secundaria fuera una formación y no una información, si formara como hombre y respetase el valor de los 10 mandamientos, sea como divino o natural, yo no tendría necesidad de la bioética y bastaría el decálogo para ser un buen hombre y para entender al otro hombre que me está dando salud y no acusarlo, y yo médico entender ese mismo decálogo para aplicarlo en el hombre que estoy atendiendo en su salud, para no causarle ningún daño”, expone Soto.

Pare este médico, una negligencia “es un concepto difícil de definir pero uno estima, desde el punto de vista moral, que ocurre cuando se persiste en la ignorancia o en otras palabras cuando uno no conoce lo que va a hacer y mantiene la idea de aplicarlo. Cualquier daño que esto conlleve es negligencia médica”. Y da un ejemplo: “Para usar un medicamento la única posibilidad de usarlo es sabiendo claramente las acciones del fármaco, las complicaciones y los efectos laterales. Para ello hay que cerciorarse, mediante la historia clínica y el examen, saber si el enfermo lo va a tolerar o no, y tercero si corresponde el remedio para la enfermedad que va a ser tratada. Si falla cualquiera de esos aspectos, por una acción voluntaria del médico, eso es una negligencia”.

En esta línea considera que “el error médico accidental”, como cortar un uréter en una operación, no es negligencia médica. “Tendría que haber un dolo, una mala intención. Los problemas en cirugía suelen producirse, más que por ignorancia, por apuro, por alteraciones en los tejidos, en los órganos, porque a veces hay patologías que cambian el escenario anatómico”, relata.

Apuesta a que “un paciente que ha sido apoyado por el médico, que ha sido consolado por el médico, nunca va a hacer una persecución judicial del doctor, sea cual fuere el error del profesional, porque apreciará, primero que todo, su buena voluntad. Y por lo tanto le va a perdonar sus errores”.

Para el doctor Soto es determinante para la buena praxis médica hacer una buena anamnesis, una historia clínica, cuyos datos los obtiene el médico con la simple conversación con su paciente. “Hay que hacerse amigo del paciente en busca de lograr su

sanación. Ese enfermo al que uno le ha hecho un completo examen físico, que les has preguntado un montón de cosas, como sus problemas, los de su familia, los de sus amigos, sus síntomas, sus cosas personales, te verá como su alero”, dice el decano de la UFT.

No obstante, el doctor Soto tiene una opinión pesimista sobre la tendencia que prima y mandará en el ejercicio de la medicina. Para él, entre los médicos “casi nadie práctica el arte de la medicina porque es una cuestión muy costosa” ya que, detalla, una buena anamnesis demanda unos 20 minutos y un examen físico 5 a 7 minutos. Por lo tanto en media hora un buen médico debiera tener una visión bastante integral del enfermo.

El problema es que el promedio de atención de un paciente, sobretodo en el demandado sector público, son 10 minutos. “Eso es en todas partes del mundo pero eso no te da nada. Es cierto que es una Medicina cara pero a la larga lo que el país puede ahorrar es gigantesco”, reclama el doctor Soto.

Y argumenta sus razones: “Por haber preguntado correctamente uno puede dejar de pedir exámenes de laboratorio o disminuirlos en número, solicitar exámenes reduciendo riesgos o determinar el tratamiento más indicado. Y hay que considerar que el 85% de los diagnósticos son de historia y no de examen físico o resultados de exámenes de laboratorio.

Por este motivo considera que esta medicina humanista, que se toca con otros conceptos como medicina familiar, médicos de barrios o médicos de cabecera, debe ser el enfoque para darle una atención más integral al paciente y puede ser el gran muro de contención para un alza en las denuncias por negligencias médicas.

“Son cosas parecidas porque un muy buen doctor de barrio es un gran médico de familia porque atiende al marido, a los hijos, les da consejos a todos desde el punto de vista de su salud como familia y como personas”, comenta el doctor Soto y se la juega por levantar esta opción.

“Los enfermos se volverían a sentir cuidados, apoyados, y tendría a su amigo en el doctor, con una confianza ciega en él, en sus consejos. No estoy hablando de un doctor paternalista sino un doctor que trata al paciente de “tú a tú” diciéndole yo te recibo, yo te escucho, yo te ayudo, feliz, pero no soy tu papá”.

Estas ideas, cuenta el doctor Soto, está procurando aplicarla a la formación de los estudiantes de la Universidad Finis Terrae.

“Quisimos que los alumnos tuvieran contacto con los pacientes desde primer año y aunque no tuvieran idea de medicina fueran capaces de balbucear una historia clínica. Eso para llegar a hacer una gran anamnesis cuando tuvieran los siete años de la carrera. Pero ese primer contacto le permite al estudiante que se le ocurran ideas, tener la visión carnal de lo que uno tiene que hacer en la carrera para ayudar a los enfermos”, dice con entusiasmo.

Las otras propuestas que incluye la malla curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad Finis Terrae , aparte del fuerte énfasis en los ramos clínicos, es la presencia del análisis psicobiosocial del paciente a través de varias horas de Psicología y Psiquiatría en los primeros cuatro años de carrera y, a contar del 2006, la incorporación de Bioética como ramo permanente durante los cinco primeros años, antes del internado. “Con esto se aborda en la formación el cuerpo, el alma y la relación del hombre con el hombre, que es la bioética. Esos son los tres pilares de esta escuela de Medicina”, afirma Soto.

Precisa, además, que contenidos de leyes, manejo de las comunicaciones y administración hospitalaria están contemplados en el ramo de Bioética, que es el inicio de un proyecto más ambicioso de la UFT, como es crear un Centro o Facultad de Bioética.

Pese a esta opción para –en su esencia- mejorar la relación médico-paciente, y de paso contener las denuncias de negligencias médicas, el doctor Soto es pesimista con respecto a si este tipo de enfoque para mejorar el arte de la Medicina logre imponerse en las mallas de la mayoría de las escuelas de la carrera.

“La Medicina es un arte y no una ciencia. Usa la ciencia como quien usa la pintura para hacer un cuadro. El arte tiene que ser hecho con una justa relación con la persona. La medicina es una miseria como oficio, pero para eso le aportamos ciencia, con mucha fisiología, con mucha anatomía patológica, con mucha farmacología. El problema es que el médico cuando va aprendiendo ciencia se va alejando del hombre y va apareciendo otras cosas, que te marean, y un abdomen pasa a ser algo desechable frente a una mitocondria (organelo intracelular encargado de la producción de energía)”, expone Soto.

Y luego aterriza sus conceptos: “Esto que estoy diciendo apunta a que hoy los programas de las escuelas de Medicina privilegian la ciencia, vacía para mi gusto, y el hombre se va perdiendo entre primero y segundo año. Cuando llegan los alumnos a tercero, con todo un bagaje científico, sientes que no estás formado para la miseria de la medicina, para la orina, los escupos, las deposiciones”.

En suma, el doctor Soto piensa que más que copiar modelos teóricos, como puede ser, por ejemplo, el modelo de salud familiar, hay que rescatar al hombre, para mejorar la relación médico-paciente, pero duda que hoy “las escuelas de medicina tengan ruedas en este momento para eso porque están metidas en un engranaje que se mueve de una manera distinta”.

“¿Cómo les digo a los médicos de alta ciencia que se vayan, que cambien sus programas, si están orgullosos de ellos?. ¿Cómo? Estoy haciendo el esfuerzo por conciliar eso. Y les digo, doctor enseñe a los alumnos el abecedario de la ciencia, y no toda la ciencia porque voy a perder indefectiblemente al hombre. Que sepa lo que es la mitocondria y sus funciones pero que no se le olvide que está metida en una persona”, destaca.

Como la tendencia mayoritaria en las escuelas de Medicina es formar a los alumnos en el científicismo de la medicina, el doctor Soto es categórico en afirmar que “la relación médico-paciente no tiene vuelta, al menos no mientras no mejore todo desde la básica. Visto así los próximos 15 años no tienen vuelta”.

“Mi esperanza es que al menos el médico que egrese de la Universidad Finis Terrae sea generoso, honesto, noble, leal y que se deje comer (demandar por el paciente) sin alegar”, balbucea, con algo de desaliento.

LA VOZ OFICIAL DE LOS FORMADORES

Una mirada mucho más optimista de cómo enfrentar el problema de las negligencias médicas tiene la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (Asofamech), organización que agrupa a aquellas escuelas de medicina del país acreditadas, con generaciones de egresados.

En 1990 sólo había en nuestro país seis escuelas de medicina (Universidades de Chile, Católica de Chile, de Concepción, de Valparaíso, Austral de Valdivia y La Frontera de Temuco). Hoy la carrera la imparten 19 universidades tradicionales y privadas, dos de ellas con dos sedes, lo cual sube el número de escuelas a 21. Doce de las 11 escuelas con egresados (de ellas salieron el año pasado 783 médicos titulados) pertenecen a Asofamech, incluidas todas las universidades tradicionales, más la universidades de Los Andes y Mayor, pero con excepción de la Universidad San Sebastián de Concepción.

Su presidente, el doctor Octavio Enriquez, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, y además presidente del nuevo Tribunal Supremo de Ética del Colegio Médico, expone que es necesario aclarar que “el concepto de negligencia médica se refiere cuando un médico, pudiendo haber hecho todo lo que está al alcance hacer y todo lo que la *Lex Artis* (valoración objetiva de la acción u omisión) establece como el procedimiento justo y adecuado buscando el bien del paciente, no lo hace o hace menos que lo que debería haber hecho. Ese es un acto negligente”.

“Si yo estoy ante la sospecha de un cáncer de determinada localización y soy cirujano y no hago la verificación correspondiente mediante la biopsia o estudio

histopatológico preciso, puedo que sea otra enfermedad y yo haga una operación que resulte una alternativa desproporcionada para enfrentar la patología”, ejemplifica.

A partir de esta definición admite que la judicialización de la medicina es parte de un nuevo concepto que se ha ido construyendo en los últimos 20 años en el mundo occidental, y Chile no escapa a eso. Lo atribuye a una serie de componentes que, de una u otra forma, tocan el conflicto.

“Hay un crecimiento tecnológico vertiginoso, con rápida renovación de los conocimientos y obsolescencia de otros; una expansión de la oferta de educación médica pues no sólo han aumentado las escuelas de medicina en nuestro país sino en toda América Latina, sin controles suficientes para asegurar la calidad de su enseñanza; y se ha introducido la necesidad de un aprendizaje centrado en el estudiante, y no en el maestro, teniendo presente que el estudiante requerirá educarse de por vida”, expone.

Añade que, además, hay un nuevo escenario de salud, con un cambio epidemiológico, en que las prioridades de la medicina han cambiado (en Chile hay que preocuparse, con el envejecimiento de la población, más de desarrollar la geriatría que la pediatría pues hoy los matrimonios apenas tienen más de dos hijos en promedio) y por cierto un cambio ético.

“La medicina ha dejado de tener, desde el punto de vista de la relación médico-paciente, esta relación vertical, de paternalismo, que se observaba 25 años atrás. El médico era el que sabía, el que manejaba la información, y por lo tanto él tomaba las decisiones y no le rendía cuentas a nadie. Hoy el paradigma es otro: respeto a la autonomía del paciente, a sus derechos, entre ellos el de participar en las decisiones que le afectan”, afirma.

“Esta cultura, mayor información y mayor conciencia de los derechos de las personas ha hecho que manifieste una insatisfacción de los propios usuarios de los diferentes sistemas de salud frente al actuar del médico, que se traduce en demandas

radicadas en instancias judiciales, donde la pérdida de tuición ética de los colegios profesionales incidió en esta judicialización”, opina.

Así, agrega “en un escenario en que el sistema de salud presenta deficiencias se ha establecido una percepción de que la medicina y los médicos están atravesados de un cierto grado de deshumanización, materialismo e indiferencia con respecto a los mandatos tradicionales de la medicina hipocrática. Ante ello los médicos tenemos que ser capaces de establecer una efectiva relación de ayuda con un paciente y con su familia y eso pasa por el diálogo, por escuchar, por respetar los puntos de vistas alternativos y ser capaces de persuadir en esta conversación, que debe ser horizontal”.

Esa es la meta pero la realidad es otra. “En los médicos y en los estudiantes de Medicina existe gran preocupación por este fenómeno de la judicialización de la medicina. Hay un problema real, es decir, hay algunas actuaciones médicas que no se enmarcan dentro de los códigos de ética tradicionales, el hipocrático, que es milenario, y los códigos bioéticos modernos que tienen 30 años. Lo que se ha producido es que ha buscado, en términos culturales, ir mucho más allá de lo que es racionalmente exigible y se pretende sostener que la medicina y los médicos son infalibles, que la ciencia todo lo puede. Ese escenario es el que se ha transformado ciertamente en una amenaza”, manifiesta el presidente de la Asofamech.

Ante este panorama, cuenta Enriquez, lo que se les está diciendo a los alumnos de medicina en las escuelas es que “por encima de todo están los principios médicos tradicionales de la medicina y los nuevos principios bioéticos y que si enmarcan su actuación médica dentro de esos mandatos no tienen que temer. No deben ponerse en una actitud de medicina defensiva con respecto a eventuales denuncias. Siempre la verdad tiene que establecerse y sobreponerse a los manejos que, en forma interesada, pueden realizar algunos demandantes legales que apoyan a tales o cuales personas que se sienten afectadas por tal decisión médica o por tal o cual manejo mediático”

Por ello afirma que todas las instancias internacionales ligadas a las escuelas de medicina han consensuado que “hoy es tanto o más importante formar a los estudiantes en el campo de los conocimientos y en las habilidades o destrezas, como evaluar las conductas y las actitudes de los estudiantes y, por lo tanto, de los futuros médicos. Y este último aspecto, que es ético, es mucho más amplio, abarcante y mucho más exigente que lo legal. Se denomina preocupación de los educadores médicos por el profesionalismo médico”

Lo anterior, a juicio del presidente de Asofamech, debiera traducirse en reformas curriculares profundas que abran espacio dentro de los planes de estudios para el desarrollo de la bioética y en cuyo marco se realicen los nuevos conflictos a los que está expuesto el actuar médico del siglo XXI, que tiene que ver con temas con la eutanasia, la vida prenatal, la clonación y los experimentos con seres humanos.

“Tengo confianza en que no se ha producido ninguna crisis definitiva de la medicina, ni el fin de la medicina, como algunos plantean. Yo creo que sigue siendo una profesión extraordinariamente sólida en cuanto a sus valores tradicionales”, declara.

Coincide con el doctor Soto en sostener que la medicina no es una ciencia, sino que un saber práctico que se desenvuelve en un ambiente de probabilidades e incertidumbres y que tiene tres componentes fundamentales: las ciencias biológicas y sociales; el arte clínico o la capacidad a través del diálogo y el examen clínico del paciente de adentrarse en su realidad sicobiosocial y espiritual para aproximarse a un diagnóstico y una propuesta terapéutica; y la ética. “Debe velarse en la formación médica por el desarrollo armónico de estos tres componentes y también en la educación continua”, opina Enriquez.

Informa que, por ejemplo, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, que él encabeza, desde 1992 están desarrollando asignaturas relacionadas con Bioética y el 2002 se reformó por completo la malla de asignaturas. Así el tema está presente en cursos como Introducción a la Medicina y la idea es que esté presente en todo el eje curricular. Cuenta que las otras universidades tradicionales, incluida la Universidad de Chile, están realizando reformas en el mismo sentido.

También destaca que de alguna forma hay que incorporar contenidos de manejo de Comunicaciones y Derecho. Cuenta, por ejemplo, que acaba de realizarse este año 2005 un II Congreso Nacional de estudiantes de Medicina y Derecho de varias escuelas del país, lo cual aplaude porque “es necesario que los futuros médicos y abogados conozcan los principios rectores de la Reforma Procesal Penal y de la Reforma en Salud, donde hay nuevas exigencias cualitativas que se le agregan a los médicos; la ley de mediación en salud que busca resolver, perjudicialmente, los conflictos entre médicos y usuarios; y los consensos internacionales (ver anexo 4) respecto de profesionalismo médico”.

El doctor Enriquez concluye diciendo que “es de esperar por el bien de todos, no sólo de los médicos sino de la sociedad”, que en virtud a este nuevo escenario global, incluyendo la recuperación de la restitución del control ético por parte de los colegios profesionales, lo cual abre otra alternativa de resolver denuncias sobre negligencia médicas en un campo prejudicial, “no sigamos con la judicialización de la medicina, sino que ésta quede en la dimensión que naturalmente debiera tener, es decir, acotada a hechos que ameriten investigaciones formales. Yo estoy optimista y creo que todos los procesos que están en marcha debieran mejorar el escenario en que estamos insertos”.

JURAMENTO DE HIPÓCRATES (400 A.C.)

(Anexo 1)

Juro por Apolo el Médico y Esculapio y por Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolos de jueces, que este mi juramento será cumplido hasta donde tenga poder y discernimiento. A aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres; él participará de mi mandamiento y si lo desea participará de mis bienes.

Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo.

Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas.

Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aún cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa.

No operaré a nadie por cálculos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica. A cualesquier casa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres u hombres libres o esclavos.

Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas.

Ahora, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro.

DECÁLOGO DE LA BUENA PRÁCTICA MÉDICA

(Anexo 2)

La siguiente es una declaración de principios que debe regir el acto médico (no tiene carácter legal) y figura en la página web del Colegio Médico de Chile (www.colegiomedico.cl) desde el 12 de septiembre del 2003:

“El ejercicio profesional de un médico debe ser la expresión de su formación integral, en la que a sus valores éticos y morales se van agregando, a lo largo de toda su vida, conocimientos, habilidades y destrezas que pone al servicio del paciente.

Es la constancia entre sus valores éticos y morales y su ejercicio profesional, lo que le hace digno de tener la confianza de la sociedad y de sus pacientes.

Los pacientes deben poder confiar a los médicos su salud. Para justificar esa confianza, yo, como profesional tengo el sagrado deber de mantener un buen nivel de conocimientos y práctica, mostrando en todo momento, el máximo respeto por la dignidad y la vida humana.

Como médico debo cumplir especialmente con el siguiente decálogo:

1. Hacer que la atención de mis pacientes sea mi principal preocupación; tratando a cada uno de ellos con gentileza y consideración.
2. Respetar la dignidad y privacidad de mis pacientes; escuchando sus puntos de vista.
3. Entregar a mis pacientes información oportuna, clara y precisa, de manera que ellos puedan entender y decidir.
4. Respetar el derecho de mis pacientes a participar de las decisiones que tengan relación con su salud.

5. Considerar a cada uno de mis pacientes como seres únicos, integrales, sin hacer diferencias por consideraciones económicas, raciales, políticas o religiosas.
6. Asegurarme que mis creencias personales no perjudiquen la atención de mis pacientes.
7. Ser honesto y confiable; respetando y protegiendo la información confidencial de mis pacientes y colegas.
8. Mantener mis conocimientos y práctica al día, reconociendo los límites de mi competencia profesional y si tengo buenas razones para estimar que no estoy en condiciones de atender mi paciente, adoptar todas las medidas necesarias en su resguardo.
9. Actuar rápida y diligentemente para proteger a mis pacientes de riesgos.
10. No abusar de mi posición como médico; y trabajar con el máximo respeto y unidad con mis colegas de manera de servir mejor a los intereses de mis pacientes. En todas estas materias, jamás debo discriminar injustamente a mis pacientes o colegas y debo estar siempre preparado para justificar mis acciones ante ellos y la sociedad”.

CARTA SOBRE PROFESIONALISMO MÉDICO

(Anexo 3)

En su edición de mayo de 2004 (año 4 número 4) la publicación “Medwave”, con página en internet y dedicada a impartir educación continua para los médicos, publicó un artículo del doctor Rodolfo Armar Merino, profesor titular de la Universidad de Chile y presidente de Sociedades Científicas Médicas de Chile (Asocimed), en que resume los aspectos de llamada “Carta sobre Profesionalismo Médico”, un documento difundido en febrero del 2002 por las prestigiadas revistas “Lancet” y “Annals of Internal Medicine” (*).

Es una propuesta de un nuevo código o carta constitucional para la profesión médica, elaborado por la American Board of Internal Medicine, American College of Physicians, y Federación Europea de Medicina Interna.

Principios fundamentales:

Primacía del bienestar del paciente: Con altruismo se contribuye a la confianza, esencial para la relación médico-paciente. Las fuerzas del mercado, las presiones sociales y las exigencias administrativas no pueden vulnerar este principio.

Autonomía del paciente: Los médicos deben ser honestos con los pacientes y capacitarlos para que tomen decisiones informadas sobre su tratamiento.

Justicia social: Los médicos deben trabajar activamente para eliminar toda discriminación en los cuidados de salud, sea por razones étnicas o raciales, de género, socioeconómicas, religiosas o de cualquier otra categoría social.

Conjunto de compromisos:

Competencia profesional: Los médicos deben comprometerse a aprender toda la vida. Corporativamente, la profesión debe esforzarse para que todos sus miembros sean competentes.

Honestidad con los pacientes: Los médicos deben asegurarse de que los pacientes estén completa y honestamente informados antes de aceptar un tratamiento; deberán estar capacitados para decidir sobre el curso de la terapia. Los médicos también deben reconocer que, a veces, cometen errores que afectan a los pacientes. Si por ello resulta dañado un paciente, éste y su familia deben ser rápidamente informados, ya que lo contrario puede lesionar seriamente la confianza del paciente y de la sociedad, en los médicos y la medicina.

Confidencialidad con los pacientes: Satisfacer el compromiso de confidencialidad es más importante hoy que nunca antes, dado el amplio uso de sistemas de información electrónica para recopilar datos de los pacientes.

Mantener relaciones apropiadas con los pacientes: Los médicos nunca deberán aprovecharse sexualmente de sus pacientes, ni obtener con ellos ganancias financieras personales o utilizarlos con ningún otro propósito privado.

Mejorar la calidad de los cuidados: El médico debe trabajar con otros profesionales para reducir los errores, aumentar la seguridad de los pacientes, evitar el uso exagerado de los recursos y optimizar los cuidados de salud.

Mejorar el acceso a la atención de salud: Los médicos deben, individual y colectivamente, esforzarse por reducir las barreras para una atención de salud equitativa.

Justa distribución de recursos limitados: Los médicos deben comprometerse a trabajar con otros médicos, hospitales y financistas, para desarrollar guías de cuidados costo-efectivos. La responsabilidad profesional de los médicos, para una apropiada asignación de recursos, requiere evitar escrupulosamente efectuar exámenes y procedimientos superfluos.

Conocimiento científico: Los médicos tienen el deber de resguardar los estándares científicos, promover la investigación y crear nuevos conocimientos, asegurando su apropiada utilización.

Mantener la confianza manejando los conflictos de intereses: Los médicos tienen la obligación de reconocer, alertar al público en general y enfrentar los conflictos de intereses. Las relaciones entre la industria y los líderes de opinión deben ser transparentes.

Responsabilidades profesionales: De los médicos se espera que participen en procesos de autorregulación, incluyendo la rectificación y la disciplina de los miembros que han faltado al cumplimiento de los estándares profesionales.

(*) Traducción de la versión extractada de la Declaración sobre Profesionalismo Médico, del American College of Physicians (ACP-ASIM), el American Board of Internal Medicine (ABIM) y la European Federation of Internal Medicine (EFTM) publicada en Ann Int Med 2002; 136: 243-6; Lancet 2002; 359:520-2; Rev Med Chile 2003; 131:454-60, JAMA 2001; 286: 3065-66.

CARTA DE DERECHOS DEL PACIENTE

(Anexo 4)

La siguiente es una declaración de buenas intenciones (sin carácter legal) del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) en lo que respecta a la atención de los pacientes, que data del gobierno de Eduardo Frei Ruiz Tagle:

1. Recibir atención de salud sin discriminación.
2. Conocer al personal que lo atiende, el que deberá portar una identificación para facilitar su relación con él.
3. Recibir información y orientación sobre el funcionamiento y servicios del establecimiento donde se atiende (horarios de atención, régimen de visitas, estado de salud de un paciente hospitalizado, aspectos administrativos relacionados con la atención requerida por el paciente, etc.)
4. Formular felicitaciones, sugerencias o reclamos, en forma responsable y recibir respuesta escrita cuando corresponda.
5. Recibir atención de emergencia durante las 24 horas del día, en cualquier Servicio de Urgencia Público.
6. Acceso a la información y resguardo de la confidencialidad de la ficha clínica.
7. Decidir libremente si acepta someterse como paciente a actividades de docencia e investigación médica. En aquellos establecimientos que desarrollen esta actividad, su colaboración es necesaria para la formación práctica de los profesionales de la salud. Pero debe ser informado previamente.

8. Informarse sobre riesgos y beneficios de procedimientos, diagnósticos y tratamientos que se le indiquen, para decidir respecto de la alternativa propuesta. Sólo una vez que haya sido debidamente informado, usted podrá otorgar su consentimiento para dar inicio al tratamiento.

9. Recibir indicaciones claras y por escrito sobre los medicamentos que le receten.

PROYECTO DE LEY SOBRE DERECHOS DEL PACIENTE

(Anexo 5)

El siguiente texto es el proyecto de ley original sobre derechos de los pacientes presentado al Poder Legislativo, a mediados del año 2001, por los diputados Guido Girardi, María Antonieta Saa, Antonio Leal, Adriana Muñoz, Salvador Urrutia y Enrique Jaramillo, que se discute sin carácter de urgencia en la Cámara de Diputados (boletín 2797-11). Está en primer trámite legislativo, en un primer informe de la comisión de salud correspondiente:

Introducción

Nuestro ordenamiento jurídico, a diferencia de los de gran parte de los países modernos y algunos latinoamericanos, carece absolutamente de regulaciones sobre la actividad médica y los derechos de los pacientes. No existe, en efecto, disposición legal alguna que haga una referencia explícita a derechos y deberes entre médico y paciente ni menos un sistema o estatuto jurídico relativo a los pacientes.

Tradicionalmente el derecho continental de raigambre romana -incluyendo el derecho chileno, por supuesto- se ha ocupado sólo del sujeto de derecho: ser humano, en sus condiciones físicas y sociales normales y ordinarias sin hacer un tratamiento especial y casuístico a situaciones de enfermedad o dolencia.

El progreso de la ciencia médica y de la ciencia jurídica sobre los derechos humanos han planteado al derecho positivo la necesidad de establecer un estatuto del paciente que al menos contemple el sistema de derechos y deberes que a éste le corresponde cuando se ve enfrentado a una situación de dolencia o se encuentra bajo tutela y dirección médica.

Esta ausencia regulatoria no es sostenible para un país como Chile que se abre paso al desarrollo y que en dicho proceso va complejizando y modernizando sus sistemas de salud, tanto público como privado.

Tampoco es atendible la inexistencia de un marco regulatorio a este respecto, teniendo presente que Chile intenta avanzar en mayores niveles de reconocimiento y protección de derechos colectivos de orden económico, social y cultural entre los que encontramos el derecho de todos a la protección de la salud, garantía reconocida sólo a nivel programático en la Constitución Política de 1980 en su art. 19 N° 9.

Las actuales regulaciones nacionales sólo se refieren al ámbito institucional, orgánico y funcional de los sistemas de salud público y privado, haciendo caso omiso a quienes son los destinatarios de dichos sistemas, sus consumidores o sus pacientes como quiera que se desee referir a la persona que está detrás de dicho sistema. En el fondo, la legislación ha olvidado y postergado el elemento humano, el paciente que generalmente vive, en dicha calidad un drama personal que compromete su cuerpo y su espíritu.

Es deber del gobernante y del legislador de estos tiempos volcar su mirada al ser humano-paciente e introducir de esta manera un elemento de humanidad en el despersonalizado sistema nacional de salud, por la vía de legislar acerca de los derechos de los pacientes para de este modo contrarrestar los abusos que se cometen o puedan cometerse en el futuro en el ámbito del ejercicio de la medicina y la prestación de servicios médicos y hospitalarios.

La propuesta legislativa contenida en este proyecto ha intentado recoger la más moderna doctrina y legislación extranjera sobre la materia, haciendo énfasis en la regulación de los derechos sustantivos de los pacientes más que en cuestiones de orden procedimental o funcional. Asimismo ha consultado también la experiencia y opinión de expertos chilenos que de uno u otro modo han estado vinculados al tema.

Con todo, la iniciativa legislativa propuesta tiene el sello de la originalidad y la innovación a riesgo de ser, por ello, desestimada, en cuanto a que su núcleo central presenta una categorización de los derechos de los pacientes, distribuida o dividida en macroderechos, -muchos de ellos, directa o indirectamente reconocidos a nivel nacional e

internacional como derechos humanos fundamentales- a partir de los cuales se desglosan un conjunto de subcategorías de derechos específicos, concreción de los primeros.

Debemos advertir que esta propuesta en ningún caso pretende constituirse en un todo armónico y acabado sobre el tema. Tan sólo es el primer paso en un ámbito nuevo e inexplorado del derecho moderno que deberá incluir y abordar en el mediano plazo otros aspectos relacionados de vital importancia tales como el ejercicio profesional de la medicina, sus reglas y responsabilidades jurídicas, leyes sobre trasplante, donación de órganos, uso de la sangre, Sida, seguros de salud, fecundación artificial y asistida, manipulación genética, regulaciones biotecnológicas y bioéticas, etc.

Finalmente, ha de puntualizarse que este proyecto contempla una expresa aspiración de corto plazo sin la cual aparece trunco e incompleto: se trata del establecimiento del control ético y disciplinario de los profesionales de la salud en el Colegio de la Orden. Se trata de una anhelada necesidad para hacer más efectivo el ejercicio de los derechos de los pacientes y las consiguientes responsabilidades disciplinarias que puedan surgir de la mala praxis médica o de la violación del catálogo de esta nueva categoría de derechos.

Por estas consideraciones es que los parlamentarios que suscriben sometemos a vuestra consideración el siguiente,

PROYECTO DE LEY

Título I

DISPOSICIONES GENERALES

Art. 1.- La presente ley regula los derechos y obligaciones existentes entre establecimientos asistenciales de salud, profesionales del ámbito de la salud y pacientes, sin perjuicio de lo que establezcan otras leyes especiales sobre la materia. En caso de conflicto, prevalecerán las normas de esta ley.

Art. 2.- Todo paciente es titular de los derechos y deberes de que es titular cualquier persona, y además goza de los derechos y deberes que por su calidad de paciente les reconoce la presente ley.

Los pacientes no podrán ser discriminados bajo ninguna circunstancia por razones de origen, sexo, situación familiar, edad, estado de salud, razones políticas, económicas o religiosas.

Art. 3.- Ninguno de los derechos establecidos en la ley podrá ser interpretado en un sentido restrictivo de los mismos, sino que por el contrario, siempre en un sentido amplio y a favor del paciente.

Título II

DEFINICIONES

Art. 4.- Para los efectos de esta ley se entiende por:

- a) Centro asistencial de salud: todos los hospitales, clínicas, laboratorios, centros médicos, de cualquier naturaleza, que otorguen a cualquier título prestaciones médicas o de salud.

- b) Profesional médico: todos aquellos médicos, enfermeras, matronas, odontólogos, farmacéuticos y demás profesionales habilitados para ejercer en el ámbito de la ciencia y arte médico, incluido todo el personal administrativo que, sin tener calificación en la disciplina, trabaje, atienda o se relacione con pacientes en centros asistenciales de salud.

- c) Paciente: toda aquella persona natural, incluidos sus familiares y amigos, que reciban cualesquiera prestación de salud en establecimientos asistenciales de salud.

Título III

DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LOS PACIENTES

1. Derechos relativos al acceso a la salud

Art. 5.- Todo paciente tiene derecho al acceso a las acciones y prestaciones necesarias para la promoción, protección y recuperación de su salud, y en particular:

1. El derecho a acceder, en condiciones de libertad e igualdad, a las prestaciones de salud que sean necesarias para el restablecimiento de su salud.
2. El derecho a poder acceder al tratamiento y acciones de rehabilitación necesarias para la recuperación de la salud.
3. El derecho a acceder oportunamente y tan pronto el paciente lo necesite a las acciones de salud. Se deberá atender y efectuar prestaciones médicas en horarios hábiles, a menos que ello no sea posible.
4. El derecho a acceder a medicamentos básicos y genéricos.
5. El derecho a obtener los medicamentos que necesite si se trata de un paciente crónico.

2. Derechos relativos a la libertad de elección de la salud

Art. 6.- Todo paciente tiene el derecho a elegir el sistema de salud, centro asistencial de salud y profesional médico de su conveniencia. Este derecho incluye:

1. El derecho de todo paciente a elegir y determinar libremente su sistema y plan de salud.
2. El derecho a optar por atenderse en el centro asistencial que desee, sin más limitaciones que las que le imponga su condición económica o su sistema o plan de salud y sin perjuicio de los derechos de acceso mínimo establecidos en el art. 5.

3. Derechos relativos a la dignidad del paciente

Art. 7.- Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye:

- 1.El derecho a ser respetado en todo momento por el profesional médico. Asimismo, se tendrá especialmente cuidado en respetar la dignidad del paciente en todo trato y acción relativa a él.
2. El derecho a que se evite el dolor del paciente y se adopten las medidas técnicamente apropiadas y disponibles con los medios tecnológicos existentes para minimizar, aplacar y atender el dolor. No sólo debe atenderse el dolor físico, sino que también el emocional o espiritual.
3. El derecho a ser tratado y llamado por su nombre.
4. El derecho a estar acompañado por sus seres queridos en todos los momentos del parto, peligro de muerte o proximidad a ésta, sin más limitaciones que las impuestas por los profesionales médicos para el adecuado desempeño de sus funciones.
5. El derecho a morir dignamente, comprendiendo en él, al menos, el derecho a que se respete la voluntad del paciente a tener una muerte natural y en paz, evitando adelantarla o retardarla artificialmente.

4. Derechos al acceso y transparencia de la información de salud

Art. 8.- Todo paciente tiene el derecho a ser informado sobre todo lo relacionado con su salud. Este derecho incluye:

1. El derecho a ser informado completa, oportuna y verazmente sobre su diagnóstico, tratamiento, terapias y pronóstico médico. Esta información debe ser periódica, actualizada y constar por escrito.
2. El derecho a ser informado sobre las distintas alternativas de tratamientos, procedimientos y terapias médicas existentes y disponibles. Esta información deberá constar por escrito si así lo requiere el paciente.
3. El derecho a saber quién, para su caso, autoriza y aplica tratamientos.
4. El derecho a tener un expediente médico completo y legible que incluya al menos una individualización completa del paciente, médico tratante, sistema de salud, tipo de atención, diagnósticos, tratamientos, evolución, procedimientos aplicados, exámenes efectuados.
5. El derecho a tener acceso y copia del expediente médico.
6. El derecho a un intérprete si el paciente es extranjero o no puede darse a entender.
7. El derecho a la igualdad en el acceso a la información. Este derecho implica que todo paciente sin importar su condición ha de ser informado en términos claros y sencillos sobre su situación de salud. Los profesionales médicos deberán tener en consideración las condiciones personales, de edad, psíquicas, morales y de comprensión del paciente para dar cabal cumplimiento a esta disposición.
8. El paciente tendrá siempre el derecho a saber en detalle sobre su situación de salud. No hay secreto médico entre médico tratante y paciente.
9. El derecho de los niños a conocer su situación de salud en función de su edad y capacidad de comprensión, sin perjuicio del mismo derecho que le compete a los padres o representante legal.

10. La familia como el paciente tienen el derecho a dialogar sobre la situación de salud del primero. Es un deber del médico tratante informar de manera oportuna y fidedigna la situación de salud de su paciente a éste y a sus familiares directos.

Sólo de manera excepcional y tratándose de un pronóstico fatal, puede el médico no informar inmediatamente a su paciente en cuyo caso deberá siempre informar prudentemente a sus familiares cercanos.

11. El derecho a una información epidemiológica veraz y oportuna por parte de la autoridad sanitaria.

12. El derecho a que se le extienda certificado que acredite su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria, o a solicitud del paciente para fines particulares.

Art. 9.- Todo paciente tiene derecho a saber los detalles de las prestaciones que se le practican y los costos asociados a ellas. Este derecho incluye:

1. El derecho a conocer detalladamente y por escrito todos los costos y procedimientos de cobro de las prestaciones de salud que se le apliquen, incluyendo pormenorizadamente los insumos, medicamentos, exámenes, derechos de pabellón, días cama y honorarios de cada uno de los profesionales médicos que lo atendieron.
2. El derecho a que en todas las prestaciones efectuadas se le aplique un precio razonable y justo o de mercado.
3. El derecho a pagar sólo los insumos y medicamentos efectivamente utilizados y al valor de mercado previamente establecido por el centro asistencial.

5. Derechos de propiedad del paciente

Art. 10.- Todo paciente tiene derecho a disponer de su propio cuerpo para fines terapéuticos o de intervención médica, en los términos y condiciones expresados en el art. 12.

Art. 11.- A todo paciente le pertenece toda la información que se obtenga de él con motivo de la aplicación de terapias de cualquier naturaleza. Este derecho incluye:

1. El derecho de propiedad sobre la ficha o expediente médico.
2. El derecho de propiedad sobre los exámenes de laboratorio.
3. El derecho de propiedad sobre la demás documentación oficial relativa a su condición de salud, diagnóstico, tratamientos, estudios y certificaciones sobre su salud.

6. Derechos relativos a la privacidad en materia de salud

Art. 12.- Todo paciente tiene el derecho a la privacidad y confidencialidad de toda la información relacionada con su salud. Las instituciones que manejen información de sus pacientes deberán respetar siempre este derecho, a menos que una resolución judicial disponga fundadamente lo contrario. Este derecho incluye:

1. El derecho a la privacidad personal.
2. El derecho a la confidencialidad de enfermedades, diagnósticos, tratamientos o cualquier otro aspecto de su afección.
3. El derecho a la confidencialidad de su ficha e historial clínico.
4. El derecho a rehusarse a hablar o a dar información a otras personas que no sean quienes lo atienden directamente.

5. El derecho a que su expediente sea leído solamente por aquellos que están involucrados en su tratamiento o los encargados de supervisar la calidad de éste.

6. El derecho a que toda consulta o mención de su caso sea hecha discretamente y que no haya gente presente que no esté involucrada en su tratamiento.

7. Derechos relativos a la calidad de los servicios de salud

Art. 13.- Todo paciente tiene el derecho a una atención y prestaciones médicas de calidad. Este derecho incluye:

1. El derecho a un profesional médico capacitado y competente o a un especialista, si su afección lo requiere.
2. El derecho a acceder a medicamentos de calidad y debidamente garantizados. Este derecho incluye saber los efectos propios y colaterales del medicamento.
3. El derecho a que sus exámenes de laboratorio estén sometidos a un sistema de control de calidad universal y obligatorio.
4. El derecho a que el centro de salud cumpla con otorgar las prestaciones y servicios de calidad que ofrece.

8. Derechos relativos a la libertad de decisión sobre la salud

Art. 14.- Todo paciente tiene la libertad de decidir sobre las acciones que pueda o no emprender para la protección y recuperación de su salud. Este derecho incluye:

1. El derecho a participar, razonablemente, en las decisiones relacionadas con su tratamiento. Este derecho incluye el de poder elegir y determinar el tratamiento que le parezca más apropiado para su salud.

2. Todo acto médico debe efectuarse con consentimiento, expreso o tácito, del paciente. Esto se extiende también a todo acto de investigación biomédica que se efectúe con el paciente, el que no podrá en ningún caso poner en riesgo su vida o su salud. No se requerirá este consentimiento:
 - a) Cuando la no intervención suponga un peligro inminente para la vida del paciente.

 - b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o representante legal.

 - c) Cuando la urgencia no permita demoras ante la inminencia de poder ocasionarse lesiones irreversibles o existir peligro de muerte.

3. El derecho a rechazar el o los tratamientos que se le ofrezcan a su propio riesgo y cuenta. Con todo este derecho no puede en ningún caso llegar al extremo de comprometer la vida del propio paciente.

4. El derecho, a petición del paciente y por su cuenta, a solicitar la presencia y opinión especializada de otro médico.

5. El derecho a usar durante su estancia hospitalaria el vestido y los utensilios apropiados así como los símbolos religiosos que no interfieran con su tratamiento.

6. El derecho a no conocer el diagnóstico médico, bajo su propia responsabilidad.

7. El derecho a participar en las actividades de promoción y prevención en salud que las leyes y reglamentos establezcan.

9. Derechos relativos a la atención y cuidados médicos y hospitalarios

Art. 15.- Todo paciente tiene el derecho a la atención y cuidados médicos y hospitalarios en conformidad a las leyes. Este derecho incluye:

1. El derecho a una atención oportuna e integral. Este derecho incluye el de ser atendido individualmente y no en grupos o en presencia de terceros, y a que el médico tratante le destine el tiempo suficiente para atender debidamente su situación particular.
2. El derecho a que su seguridad física o personal esté razonablemente garantizada durante toda su permanencia en el establecimiento de salud.
3. El derecho a ser examinado en instalaciones apropiadas, con personal de su propio sexo, siempre que ello sea posible, así como a estar desnudo el menor tiempo posible.
4. El derecho a una atención de calidad, que incluya el derecho a ser tratado por un especialista certificado y a cerciorarse de los títulos del profesional. Este derecho incluye el saber la identidad y la posición profesional de los individuos que le están prestando servicios.
5. El derecho a gozar de todas las atenciones de necesidad mínimas, otorgadas por profesionales y personal calificado.
6. El derecho a un rescate, derivación y traslados oportunos y apropiados en caso de urgencias.

Título IV

DE LOS DEBERES Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Art. 16.- El paciente tiene además deberes para con su médico tratante, para con el profesional médico que lo atiende y para con el centro asistencial de salud. Estos deberes son establecidos para beneficio y protección del propio paciente.

Art. 17.- El paciente tiene la obligación de suministrar, a su entender, información precisa y completa sobre la enfermedad o dolencia motivo de su asistencia al centro asistencial.

Este deber incluye la responsabilidad de informar sobre cualquier cambio en su condición, así como informar si entiende claramente el curso de la acción contemplada y lo que se espera de él.

Art. 18.- El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento, instrucciones y pautas de cuidado recomendadas por el profesional médico. Este derecho incluye el deber de cumplir con sus citas y cuando no lo pueda hacer de comunicar al médico.

Art. 19.- El paciente es responsable de sus acciones si rehúsa recibir tratamiento o si no sigue las instrucciones del médico responsable. En caso de no acatar las recomendaciones médicas tiene el deber de firmar su alta voluntaria o los documentos que dejen constancia de su decisión.

Título V

DEBERES Y RESPONSABILIDADES DEL CENTRO ASISTENCIAL DE SALUD

Art. 20.- Todo centro asistencial de salud deberá cumplir con las condiciones indispensables para hacer cumplir todos y cada uno de los derechos de los pacientes establecidos en la presente ley.

Art. 21.- Los centros asistenciales deben ser aptos en cuanto a tecnología, equipamiento e infraestructura. Este deber incluye la obligación de contar con el o los equipos técnicos suficientes y aptos de acuerdo a la complejidad de los procedimientos médicos aplicados en el centro.

Los centros deberán informar de sus características y complejidad técnicas a sus pacientes por medio de avisos puestos en lugares visibles y a la autoridad sanitaria a lo menos una vez al año y cada vez que el centro sufra variaciones estructurales.

Art. 22.- El derecho a visitas estará siempre garantizado. El centro asistencial podrá regular el ejercicio de este derecho, procurando siempre otorgar las máximas facilidades a familiares y amigos.

Art. 23.- Los centros asistenciales de salud contarán con habitaciones aisladas visual y auditivamente y procurarán brindar comodidad y bienestar a sus pacientes y familiares en todas ellas.

Art. 24.- Todo centro asistencial dispondrá, para el público en general, de un listado detallado de los precios y valores actualizados de todas las prestaciones que ofrezca y se practiquen en él.

Art. 25.- Todo centro asistencial dispondrá para el público de la información completa de los profesionales médicos que presten servicios en el centro, con indicación precisa de su habilitación legal para el ejercicio de la profesión y su especialidad si la tuvieren. Asimismo, se dispondrá de la información sobre sus honorarios detallados por prestación.

Art. 26.- Los establecimientos de salud establecerán mecanismos de reclamación y de propuesta de sugerencias. En caso de reclamación deberán dar respuesta por escrito al paciente en un plazo máximo de 15 días.

Título VI

DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SANCIONES POR INFRACCIONES A LA LEY

Art. 27.- Las infracciones a la presente ley cometidas por los centros asistenciales de salud originarán responsabilidad administrativa sancionada por el correspondiente servicio de salud en virtud de sus facultades legales, sin perjuicio de las demás responsabilidades que se originen en conformidad a las leyes.

Art. 28.- Las infracciones a la presente ley cometidas por profesionales médicos habilitados legalmente para el ejercicio de la profesión originarán responsabilidad disciplinaria sancionada por el Colegio de la Orden, si procediere en conformidad a sus propios procedimientos, sin perjuicio de las demás responsabilidades que pueda corresponderles en conformidad a las leyes.

Art. 29.- Los Servicios de Salud aplicarán el procedimiento y sanciones establecidas en el Libro X del Código Sanitario.

Título VII

DISPOSICIONES FINALES

Art. 30.- Dentro de los 6 meses siguientes a la vigencia de la ley, todos los establecimientos del país estarán obligados a confeccionar un reglamento interno sobre derechos de los pacientes.

Este reglamento incluirá como mínimo los derechos establecidos en esta ley y todos los demás derechos, beneficios y reglas internas que el establecimiento establezca.

Art. 31.- El reglamento interno de cada centro asistencial estará a disposición de los pacientes en la administración del establecimiento, el que además será publicado extractado en lugares visibles y abiertos al público del propio recinto.

Título VIII
ARTÍCULO TRANSITORIO

El art. 28 de la ley comenzará a regir una vez que entren en vigencia las reformas constitucionales y legales que establezcan el control disciplinario de los profesionales médicos en el Colegio de la Orden”.

CONCLUSIONES

Luego de conocer los puntos de vista de los principales actores involucrados en el emergente conflicto en salud, aquél centrado en las denuncias por negligencias médicas, las conclusiones y proyecciones sobre el tema son varias, aunque es difícil dimensionar su impacto porque el problema está en plena evolución y en Chile existe un nuevo escenario legal, cuyos alcances están por verse.

La primera conclusión es que se trata de un conflicto en aumento para el cual no se vislumbran fronteras. Tal como se afirma en el título de este informe, es eterno. Y si bien siempre han existido dificultades en la relación médico-paciente por estar en juego la vida, en la medida en que las expectativas respecto de los alcances de la Medicina sigan creciendo, también lo harán las denuncias o demandas.

La segunda conclusión es que la relación entre ambos protagonistas ha cambiado y seguirá cambiando, como parte de los tiempos contemporáneos. Hay consenso entre todos los entrevistados en que se está transitando desde una relación vertical, donde el médico toma las decisiones, hacia una relación horizontal en que ambos determinan de común acuerdo los pasos a seguir. Esta última es una relación mucho más deshumanizada y economicista, establecida entre un prestador temeroso de que lo demanden (médico) y un consumidor exigente de sus derechos (paciente).

¿Pero hay más mala praxis médica en la actualidad? No. Esa es la tercera conclusión, ya que las estadísticas, y lo ratifican la totalidad de los entrevistados, evidencian que hay más denuncias contra de los médicos, ya sea por la vía comunicacional o mediante acciones judiciales (demandas penales o civiles). Ese es el análisis de las estadísticas de la última década que maneja el Colegio Médico. No son lo mismo 36 denuncias en 1995 que 1.044 el año 2004. Ni tampoco 3 juicios en 1995 que 83 el 2003. Queda proyectar si esta tendencia aumentará o disminuirá y eso depende de dos fuerzas motrices que están empujando en distintas direcciones.

LAS FUERZAS EN PUGNA

Por un lado hay algunos periodistas y abogados que han descubierto en los últimos 10 años un nicho que les reporta beneficios profesionales: las denuncias por negligencias médicas.

Los primeros suelen amplificar este tipo de denuncias porque impacta a la opinión pública, pero muchas veces –como reconocen todos los periodistas entrevistados en esta investigación- los reporteros que trabajan en medios de comunicación son poco rigurosos en su ejercicio profesional, entre otras razones por la falta de especialización y los escasos tiempos para indagar propios de la mayoría de los medios, incompatibles con una investigación a fondo. No consultan suficientes fuentes y tipifican como negligencia hechos que deben ser investigados y que pueden corresponder a "error médico" o a carencias del sistema de salud. Además, por lo general, no informan el desenlace de un caso.

Los segundos, aquellos que la misma Prensa bautizó como los “abogados caza-ambulancias”, se han percatado que pueden desarrollar un nuevo campo laboral en el competitivo ejercicio de su profesión, incentivando denuncias sin cobrar un peso, con el sólo compromiso del cliente de darle un porcentaje si logran el objetivo de conseguir que el médico pague una indemnización millonaria. Pero sólo entre el 5 a 10 por ciento de los juicios llega a establecer que hubo negligencia médica.

De no controlarse esta tendencia al aumento de las denuncias, el impacto en el paciente, y ésta es la cuarta conclusión, es que subirá el costo de su salud, ya que tanto los prestadores (médicos e instituciones de salud públicas y privadas) se verán obligados a invertir más dinero en contratar pólizas de seguros, costo que saldrá de las personas.

El ejemplo de Estados Unidos, que ha estado presente en el marco teórico (introducción) y en varios capítulos de este trabajo, es revelador. Allí los costos por negligencias médicas representan entre 17 y 29 billones de dólares anuales y muchas compañías simplemente se están saliendo de ese mercado específico o empezaron a excluir a algunas especialidades médicas más riesgosas, porque el negocio ya no les es rentable.

Ya es sugerente que aproximadamente el 40% de los médicos que ejercen aquí, tanto chilenos como extranjeros, estén pagando 14 mil 500 pesos mensuales a la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico de Chile (Falmed) para protegerse, sin contar las compañías que han captado a otro elevado número de médicos mediante convenios con importantes redes de salud privada en expansión, como Integra Médica.

Pero estos actores se encuentran hoy con un nuevo escenario legal, configurado a partir del 2005: la partida del plan Auge, en el marco de la reforma en salud, que contempla la creación de unidades de mediación, tanto a nivel de salud pública como privada; la restitución del control de la ética de los colegios profesionales, fijada en las reformas efectuadas a la Constitución de 1980 y la operación, en todo Chile, de la Reforma Procesal Penal, tras la incorporación de la Región Metropolitana.

La mayoría de los entrevistados de perfil técnico coincide en que la mediación en salud actuará como un filtro de denuncias y permitirá llegar a acuerdos, como ha ocurrido con el mismo instrumento en Argentina y México, en la mayoría de los reclamos por prestaciones de salud, donde las denuncias por negligencias médicas son sólo una parte.

En esa misma línea debería actuar la recuperación del control ético de los colegios profesionales sobre sus asociados, incluido el gremio médico.

Al menos a estos dos ajustes legales se refiere el doctor Octavio Enríquez, presidente de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (Asofamech), cuando dice, al terminar el último capítulo de este trabajo, que “todos los procesos que están en marcha debieran mejorar el escenario en que estamos insertos”

No está tan claro el impacto de la Reforma Procesal Penal. A juicio de algunas voces consultadas en la presente investigación podría agilizar las causas judiciales, que es uno de sus propósitos legales básicos, y por lo tanto esto debería traducirse en acelerar las sentencias de querellas (efectos penales) y, como consecuencia, de demandas (efectos

civiles), además de exponer más al médico a la posibilidad de un juicio público oral, que lo estigmatice profesionalmente, independientemente de la resolución judicial.

No obstante, otros entrevistados piensan que los múltiples caminos alternativos de la reforma, en su afán de aplicar justicia, pueden conducir a que el médico simplemente evada posibles responsabilidades penales mediante acuerdos reparatorios de algún tipo acordados con el fiscal o con la parte querellante.

Otro aliado para contener este problema, que a los médicos tanto les gusta llamar la “judicialización de la medicina”, pueden ser los periodistas, pero aquellos que trabajan para los hospitales y las clínicas, quienes saben que, efectivamente, tal como dijo el estratega comunicacional Pablo Halpern, “toda crisis moderna parte y termina en los medios de comunicación”. Ellos también están haciendo mediación en salud y son actores principales.

Sea cual sea la tendencia que nos espere en los próximos años en el terreno de las denuncias por negligencias médicas, se cumple la hipótesis de este trabajo: el problema existe y son más las denuncias que la mala praxis médica, lo que ya está afectando al paciente, pues su relación con su médico se ha deteriorado, aunque todavía el paciente no está viendo del todo afectado su bolsillo.

NÓMINA DE ENTREVISTADOS

1. Doctor Pedro García, ministro de Salud
2. Doctor Enrique Accorsi, diputado de la República.
3. Doctor Juan Luis Castro, presidente del Colegio Médico de Chile.
4. Doctor Pablo Rodríguez Whipple, presidente de la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico de Chile (Falmed).
5. Doctor Ricardo Peña, presidente de la Asociación Metropolitana de Médicos de Urgencia.
6. Abogado Raúl Meza Rodríguez, presidente de la Organización (ex Fiscalía) Anti-Negligencias Médicas.
7. Abogado Pedro Barría, director de la Unidad de Mediación en Salud del Consejo de Defensa del Estado (CDE)
8. Doctor Vito Sciaraffia, director del Instituto de Administración en Salud (IAS) de la Universidad de Chile.
9. Héctor Sánchez, director ejecutivo del Instituto de Políticas Públicas y Gestión en Salud “Salud y Futuro” de la Universidad Nacional Andrés Bello.
10. Doctor Octavio Enríquez, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, presidente de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (Asofamech) y del Tribunal Supremo de Ética del Colegio Médico de Chile.

11. Doctor Santiago Soto, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Finis Terrae.
12. Berta Morales, paciente que pidió la eutanasia por sentirse víctima de negligencia médica (entrevista realizada por el autor de esta investigación periodística el 2000 y publicada en Las Últimas Noticias el 16 de marzo de ese año)
13. Reina Valdés, hija del fallecido cantante chileno Roberto “Viking” Valdés, fallecido el 2002 de un infarto al miocardio en la Clínica Avansalud de La Florida.
14. José Pinilla, padre del adolescente Luis Pinilla Parraguez, conocido como el caso del “niño resucitado” del Hospital Padre Hurtado de San Ramón (2002).
15. Sergio Osorio, hermano de Jessica Osorio, la mujer que murió luego de ser operada de una abdominoplastía por un médico ecuatoriano (octubre de 2005)
16. Víctor Hugo Durán, periodista con larga trayectoria (10 años) de reporteo del sector salud en medios de comunicación social (diarios La Tercera y El Mercurio)
17. Sandra Pizarro, periodista y jefe de Comunicaciones y Relaciones Públicas del Hospital Padre Hurtado.
18. Haydée Rojas, periodista y jefe de Comunicaciones de Clínica Alemana.
19. Andrea Srur, alumna de Medicina de la Universidad Mayor y presidente de IFMSA Chile, filial de una organización internacional de estudiantes de la carrera.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Informe 2. N.16. del Instituto de Políticas Públicas y Gestión en Salud “Salud y Futuro” de la Universidad Nacional Andrés Bello disponible en www.saludyfuturo.cl Abril de 2005.
- 2) Nuevo Código de Etica 2004. Colegio Médico de Chile.
- 3) Cómo materializar un instrumento de consentimiento informado. Exposición de abogado Jesús Vicent Vásquez en seminario del Hospital Padre Hurtado de San Ramón.
- 4) Patricio Carrasco Tapia. “Responsabilidad Legal Profesional”. Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes (año 2005).
- 5) Ver en apéndice anexos de “Juramento de Hipócrates”, “Decálogo de la Práctica Médica” y “Carta de Profesionalismo Médico”.
- 6) Presentación de periodista Haydée Rojas, jefe de Comunicaciones de Clínica Alemana, ante la Asociación de Isapres sobre “Protocolo de Crisis” para responder comunicacionalmente ante denuncias periodísticas de negligencias médicas.
- 7) Ver en anexos “Carta de Derechos del Paciente” del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y “Proyecto de Ley de Derechos del Paciente” (ingresó a tramitación a Parlamento chileno el año 2001. Boletín 2597-11)
- 8) Diccionario Médico. Cuarta Edición. Masson S.A. 1998.